

BURKINA FASO

UNIVERSITE DE OUAGADOUGOU

**UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE
EN SCIENCES DE LA SANTE (U.F.R.'S.D.S)**

SECTION MEDECINE

Année universitaire : 2000 - 2001

THESE N° : 37

**ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES, CLINIQUES ET THERAPEUTIQUES DES
CANCERS DU PHARYNX DANS LE SERVICE D'O.R.L. DU CENTRE
HOSPITALIER NATIONAL YALGADO OUEDRAOGO DE
OUAGADOUGOU : A PROPOS DE SEIZE (16) CAS.**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 06 décembre 2001 pour l'obtention du
GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE (DIPLOME D'ETAT)

PAR

KIWALLO Jean-Baptiste, né le 03 mars 1970 à GOUANDE (BENIN)

JURY

Directeur de thèse :

Pr. Ag. Kampadilemba OUOBA

Président :

Pr. Amadou SANOU

Membres :

Pr. Ag. Kampadilemba OUOBA

Dr. Maïmouna DAO/OUATTARA

Dr. Dieudonné OUEDRAOGO

SOMMAIRE

LISTE DES ABREVIATIONS	4
LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX	5
PREMIERE PARTIE : INTRODUCTION ET GENERALITES	6
1- INTRODUCTION – ENONCE DU PROBLEME.....	7
2- GENERALITES.....	10
2-1. Histoire naturelle du cancer.....	10
2-1.1. L'étape du pré cancer.....	10
2-1.2. L'étape du cancer clinique.....	11
2-2. La cellule cancéreuse.....	13
2-3. La classification histologique des cancers.....	14
2-3.1. Les épithéliomas ou carcinomes.....	14
2-3.2. Les cancers d'origine conjonctive : les sarcomes.....	15
2-3.3. Les autres formes.....	15
2-4. Les facteurs de la carcinogenèse.....	16
2-4.1. Le tabac.....	16
2-4.2. L'alcool.....	16
2-4.3. Les autres facteurs.....	17
2-5. L'anatomie du pharynx.....	18
2-5.1. Configuration extérieure	20
2-5.2. Configuration intérieure et subdivision anatomique du pharynx.....	20
2-6. Structure du pharynx.....	27
2-6.1. Les muscles du pharynx.....	27
2-6.2. Le raphé pharyngien.....	28
2-6.3. Le raphé bucco-pharyngien.....	28

2-7. Vascularisation et innervation.....	29
2-7.1. La vascularisation.....	29
2-7.2. L'innervation.....	31
2-8. Histologie du pharynx.....	31
2-8.1. La tunique musculaire et aponévrose du pharynx.....	31
2-8.2. La muqueuse du pharynx.....	32
2-9. Physiologie du pharynx.....	33
2-9.1. La respiration.....	34
2-9.2. La déglutition.....	34
2-9.3. La phonation.....	35
2-9.4. L'élaboration des défenses immunitaires.....	36
2-9.5. Autres fonctions.....	36
2-10. Etude clinique des cancers du pharynx.....	36
2-10.1. Cas de l'oropharynx et de l'hypopharynx.....	37
2-10.2. Cas du cavum.....	40
2-10.3. La classification TNM.....	42
2-11. Traitement des cancers du pharynx.....	45
2-11.1. Le but du traitement.....	45
2-11.2. Les moyens.....	46
2-11.3. Les indications.....	47

DEUXIEME PARTIE : NOTRE ETUDE

3 - NOTRE ETUDE.....	53
3-1. Objectifs.....	53
3-1.1. Objectif général.....	53
3-1.2. Objectifs spécifiques.....	53
3-2. Méthodologie.....	53
3-2.1. Le type de l'étude.....	53
3-2.2. Le cadre de l'étude.....	53
3-2.3. Matériel et méthode.....	54
a) Matériel.....	54
b) Méthode.....	55

3-3. Résultats.....	57
3-3.1. La fréquence.....	74
3-3.2. L'âge.....	74
3-3.3. Le sexe.....	74
3-3.4. Les facteurs favorisants.....	75
3-3.5. Le délai de consultation.....	75
3-3.6. Le motif de consultation.....	75
3-3.7. L'état général.....	75
3-3.8. Les données de l'examen paraclinique.....	76
3-3.9. Les données de l'histologie.....	77
3-3.10. La classification TNM de nos patients.....	77
3-3.11. Les traitements reçus par nos patients.....	78
3-3.12.L'évolution.....	79
3-4. Discussions.....	80
3-4.1. Les limites générales de l'étude.....	80
3-4.2. Les aspects épidémiologiques.....	80
3-4.3. Les facteurs de risque.....	83
3-4.4. Les aspects cliniques.....	91
3-4.5. Traitement.....	99
3-4.6. Les difficultés de prise en charge du traitement.....	104
3-4.7. Pronostic.....	106
4- CONCLUSION.....	108
5- SUGGESTIONS.....	109
6- REFFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	111

LISTE DES ABREVIATIONS

O.R.L. : Oto-Rhino-Laryngologie.

V.A.D.S. : Voies Aéro-Digestives Supérieures.

CHN-YO : Centre Hospitalier National Yalgado OUEDRAOGO.

TAF : Tumor Angiogenesis Factor.

&FP : Alpha-Foeto-proteïne.

ACE : Antigène Carcino-Embryonnaire.

AJC : American Joint Committee on Cancer.

UICC : Union Internationale de lutte Contre le Cancer.

Ho :

ADP : Adénopathies.

5FU : 5 Fluoro-Uracile.

Gy : Gray.

HDM : Histoire De la Maladie.

ATCD : Antécédents.

CM : Centre Médical.

CHR : Centre Hospitalier Régional.

CHN-SS : Centre Hospitalier National Souro SANON de Bobo.

IRM : Imagerie par Résonance Magnétique.

TDM : Tomodensitométrie.

NPC : Nasopharyngeal Carcinoma.

NIEP : Néoplasie Intra épithéliale Pharyngée.

UCNT : Undifferentiated Carcinoma of Nasopharyngeal Type.

MV : Millivolt.

HTA : Hypertension Artérielle.

IEC : Information, Education, Communication.

Ig : Immunoglobuline.

AJC : Américan Joint Commitee on Cancer.

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

TABLEAUX :

Tableau I : Répartition des cancers du pharynx selon l'exposition éthylo-tabagique.

Tableau II : Répartition des signes fonctionnels.

Tableau III : Types histologiques des cancers du pharynx.

Tableau IV : Répartition T N selon la classification de l'UICC,1987.

Tableau V : Répartition des patients par tranche d'âge.

Tableau VI : Echelle de KARNOFSKY.

Tableau VII : Les catégories socioprofessionnelles de nos patients.

FIGURES :

Figure 1 : Pharynx et carrefour aéro-digestif.

Figure 2 : Parois latérale, supérieure et postérieure du nasopharynx.

Figure 3 : Cavité buccale et oropharynx.

Figure 4 : Les principaux groupes ganglionnaires de la tête et du cou.

Figure 5 : Répartition des cancers du pharynx selon l'âge et le Pourcentage.

Figure 6 : Siège des lésions

INTRODUCTION – ENONCE DU PROBLEME

1- INTRODUCTION – ENONCE DU PROBLEME

L'Oto- Rhino - Laryngologie est une spécialité médico-chirurgicale qui, non seulement prend en compte les voies aéro – digestives supérieures et ses annexes, mais aussi, la face et le cou. Pour plus de clarté et de précision MEYER B. dira de l'O.R.L. qu'elle est une "très vaste spécialité, à la fois médicale et chirurgicale, s'intéressant aux voies aéro-digestives supérieures, à la plupart des organes des sens, à la traumatologie cervico-faciale, à la cancérologie. Spécialité frontière avec d'autres, l'O.R.L. a une part très importante dans la pratique médicale quotidienne ".

Bien que dominée par les infections, la sphère ORL est aussi le siège d'autres pathologies telles que : les malformations, les allergies, les tumeurs bénignes et les cancers [71 ; 77 ; 81]. Ainsi, le nombre de plus en plus croissant de cancers des V.A.D.S, ces dernières années, va susciter des intérêts d'étude et de publications en Afrique Noire. Le pharyngo-larynx en tête de tous les cancers des V.A.D.S, occupe une proportion de 24,85 % des cancers O.R.L. [27].

En France le cas des cancers du pharynx a fait l'objet de nombreuses études et de publications. Il en résulte que les cancers de l'hypopharynx sont les plus fréquents, représentant 10 à 15% des cancers des V.A.D.S.. De même les cancers de l'oropharynx ont occupé une proportion d'environ 30% des cancers bucco-pharyngés. Pour ces deux sièges du cancer du pharynx le tabac et l'alcool sont des facteurs favorisants bien connus. Contrairement aux cancers de l'oropharynx et de l'hypopharynx , les cancers du rhinopharynx sont assez rares dans les pays industrialisés comme l'Europe, l'Amérique du Nord, le Japon et l'Australie où le niveau d'incidence est très bas (autour de 0,1 à 0,5 pour 100 000 habitants représentant 1 à 3% des cancers des V.A.D.S.) [31;96].

Cependant des zones à haut risque comme le Sud de la Chine et une grande partie de l'Asie du Sud-Est présente une incidence élevée du cancer du rhinopharynx atteignant 20 à 30 pour 100 000 habitants et 100 à 120 pour 100 000 individus de sexe masculin, âgés entre 45 et 55 ans. Dans ces régions, les cancers du rhinopharynx représentent le premier cancer de l'homme et le premier des cancers de V.A.D.S [31 ; 96].

En Afrique Noire les cancers du pharynx représentent 14,20% de l'ensemble des cancers des V.A.D.S., et comme tous les autres cancers, leur étude a toujours montré des limites [7 ; 22 ; 48 ; 77]. Ces limites sont liées aux difficultés diagnostiques et de prise en charge dans un contexte de sous médicalisation marquée par l'insuffisance du plateau technique et de spécialistes.

En ce qui concerne le cas spécifique du Burkina- Faso, peu d'études ont été consacrées à la carcinologie cervico-faciale. ANDONABA [4] a noté que la localisation des cancers de la sphère O.R.L. et stomatologique occupait le 3ème rang après celles génitales et digestives. OUOBA et collaborateurs [81] nous ont souligné dans leur étude les difficultés rencontrées, KONSEM [54] va insister sur les aspects anatomopathologiques et ILBOUDO [48] va s'intéresser au cas spécifique des cancers du larynx. Cependant aucune étude carcinologique sur le cas spécifique du pharynx n'a encore été effectuée à notre connaissance.

A ce propos :

- Qu'en est-il du profil épidémiologique et clinique du cancer du pharynx ?
- Comment est-il pris en charge ?
- Peut-on améliorer cette prise en charge ?

C'est pour répondre à ces questions que notre étude porte sur une analyse des cas observés et traités au cours de ces dix (10) dernières années dans le service O.R.L. du Centre Hospitalier National Yalgado OUEDRAOGO. A la suite des généralités, nous présenterons nos observations et nos résultats, que nous analyserons et discuterons. A la fin de l'étude nous ferons des suggestions.

2 – GENERALITES

Le cancer, dans ses expressions, présente deux (2) notions essentielles : la néoplasie et l'anaplasie.

- la néoplasie est une prolifération cellulaire aboutissant à la formation d'un néotissu relativement autonome à tendance croissante de façon indéfinie. Il existe une perte partielle ou complète du contrôle normal imposé par l'environnement.
- l'anaplasie est la perte, à des degrés variables, des propriétés normales des cellules différenciées, le retour à des normes embryonnaires ou l'acquisition de propriétés nouvelles telles que la sécrétion de polypeptides ou d'hormones.

La morphologie cellulaire et les caractères chromosomiques se modifient. Le contact cellulaire diminue énormément expliquant la tendance à métastaser.

2-1. HISTOIRE NATURELLE DU CANCER

Elle commence dès l'apparition de la première cellule mutée et se termine avec la ou les métastase (s). Elle est faite de plusieurs phases dont les grandes étapes sont :

2-1.1. L'étape du pré-cancer ou la vie cachée du cancer

Pendant cette vie cachée, le cancer va s'organiser et l'on va assister à un réglage de tous les événements de la vie du cancéreux. Cette étape comporte trois (3) phases :

a) Le pré cancer biologique

Il s'agit de la période d'exposition aux carcinogènes correspondants à la phase d'initiation. La transformation maligne s'opère à ce stade avec traduction

biologique et immunologique. La mutation génétique s'accompagne toujours d'un changement dans l'antigénicité de la cellule cancéreuse.

b) Le pré cancer morphologique

C'est le début de la promotion. Cette phase se traduit par l'apparition de lésions morphologiques précancéreuses prédominant au niveau du caryotype. Nous pouvons assister à une régression des anomalies ou à une évolution vers le cancer maladie.

c) Le cancer pré clinique

C'est à ce niveau de l'évolution du cancer que la promotion s'achève. Les cellules cancéreuses existent déjà mais cliniquement non perceptibles.

2-1.2. L'étape du cancer clinique

Elle se traduit par l'émergence de la tumeur. Sa taille permet de la palper et de la reconnaître.

a) La phase d'extension.

Cette phase correspond à la progression du processus cancéreux. En effet, après la croissance, il y a la compression et l'invasion qui vont se traduire par l'extension du cancer aux tissus et organes voisins. Une organisation interne au cancer se traduit par la formation d'un stroma, de néo-capillaires, sous l'impulsion d'un facteur d'angiogenèse (TAF).

Sa croissance dépendra de la fraction proliférante et des pertes cellulaires. La phase d'accélération du processus tumoral va se traduire par une croissance exponentielle de la tumeur.

b) La phase de généralisation ou de métastases.

Elle se traduit par l'apparition d'un foyer cancéreux à distance du foyer primitif grâce à la mobilisation, au départ, au transport, à la fixation et à la multiplication de la cellule cancéreuse.

Ce départ de la cellule cancéreuse est favorisé par le manque de cohésion entre les cellules cancéreuses. Il faut noter que la cellule cancéreuse qui se détache est capable de se mouvoir et de se déplacer. Il est très important de savoir que les cellules cancéreuses qui se détachent de la tumeur mère ont un profil sur le plan caryotypique ; ce sont des cellules hypersélectionnées : cellules devenues résistantes et autonomes.

Le transport des cellules cancéreuses sera fait par voie lymphatique ou sanguine. La fixation et la multiplication de la cellule cancéreuse dépendent de l'environnement (favorable ou non) et des propriétés intrinsèques de la cellule cancéreuse.

c) L'invasion lymphatique

Le pharynx est drainé par deux réseaux lymphatiques dont le second sous-muqueux très riche explique la lymphophilie des cancers du pharynx. En ce qui concerne l'invasion lymphatique (processus métastatique) après l'atteinte de la paroi lymphatique, le drainage lymphatique des tissus normaux expliquera l'envahissement rapide par les cellules tumorales. La poursuite, de proche en proche, de l'invasion des lymphatiques aboutit au déversement des cellules cancéreuses dans la circulation générale par le canal thoracique. Une étape intermédiaire fréquente est la présence d'un ganglion sus-claviculaire gauche (appelé ganglion de Troisier), dernier relais avant la circulation générale, et qui signe ainsi une diffusion prochaine à tout l'organisme du processus cancéreux.

2-2. LA CELLULE CANCEREUSE

Des propriétés morphologiques et métaboliques différencient la cellule cancéreuse des autres.

a) Morphologie

Ces caractéristiques morphologiques vont se baser sur :

- son noyau, aux contours irréguliers (indentation), très volumineux parfois monstrueux, et riche en chromatine. Ces mitoses monstrueuses sont très nombreuses et n'obéissent pas à l'homéostasie. On parle de polyploïdie ;
- un cytoplasme pauvre en mitochondrie et en ergastoplasme ; il est basophile, riche en ribosomes avec un rapport nucléo-cytoplasmique élevé.

Certaines particularités de la cellule cancéreuse sont à noter :

- la baisse de l'adhésivité cellulaire ;
- l'augmentation de la séparation de la cellule lors de la cytoponction ;
- la dédifférenciation progressive par rapport à la cellule d'origine qu'elle soit partielle ou totale, voire l'acquisition d'une autre différenciation.

La réaction de Masson va donner naissance au stroma qui, en fait, constitue le support nourricier du parenchyme néoplasique et sera le siège de remaniements inflammatoires et hémorragiques, de calcifications et de dépôts amyloïdes.

b) Métabolisme de la cellule cancéreuse

Des anomalies métaboliques vont ponctuer la vie de la cellule cancéreuse. Il s'agit :

- d'une glycolyse anaérobie (phénomène WARBURG 5)
- d'une synthèse protéique plus intense ;
- d'une synthèse excessive de substances spécifiques (hormones, Ig)
- d'une synthèse de substances embryonnaires (α FP, ACE) ;
- d'une synthèse de substances à activité hormonale, à l'origine de syndromes paranéoplasiques.

De ces anomalies métaboliques, aucune n'est constante, spécifique, nécessaire ou suffisante.

2–3. LA CLASSIFICATION HISTOLOGIQUE DES CANCERS

Cette classification est basée sur la différenciation cellulaire et tissulaire. Deux groupes vont prédominer. Il s'agit :

- des cancers épithéliaux ou carcinomes ou épithéliomas ;
- les cancers d'origine conjonctive ou sarcomes.

2–3.1. Les épithéliomas ou carcinomes

a) Le carcinome épidermoïde

Il est retrouvé au niveau d'organes dont le revêtement est habituellement malpighien ou dont la muqueuse va présenter une métaplasie sous l'influence d'agressions diverses (pharynx.).

b) Le carcinome glandulaire ou adénocarcinome

Il reproduit les tubes glandulaires ou les acini plus ou moins différenciés et se développe sur une muqueuse cylindrique ou cubique.

c) Le carcinome indifférencié

On ne peut le rapprocher du tissu d'origine ; l'extrême est réalisé par l'anaplasie. Seule la microscopie électronique permet d'apprécier une éventuelle différenciation résiduelle.

d) Le carcinome in situ

C'est l'épithélium qui lui donne naissance et il va se développer en son sein. Il va présenter de nombreuses anomalies cytonucléaires avec respect de la membrane basale.

Une fois que la membrane basale est franchie, le cancer devient :

- micro-invasif si l'infiltration ne dépasse pas 3 à 5 mm et ;
- invasif si l'infiltration est au-delà de 5 mm.

2-3.2. Les cancers d'origine conjonctive : les sarcomes

Ils vont se développer à partir des éléments du tissu conjonctif (fibroblastes, histiocytes, lipocytes, muscles lisses et striés, tissu vasculaire, os, cartilage).

2-3.3. Les autres formes

- a) Les formes intermédiaires :** exemple du mulléroblastome qui associe une prolifération glandulaire endométriale et une partie conjonctive.

b) Les formes particulières : les tumeurs du système mélanique, les tumeurs nerveuses.

c) Les cancers embryonnaires , ce sont :

- les dysembryomes malins
- les tumeurs malignes du blastème : hépatoblastome, néphroblastome, pneumoblastome.

2-4. LES FACTEURS DE LA CARCINOGENESE

Ils sont multiples et multifformes :

2-4.1. Le tabac

Le tabac participe aux trois phases de la carcinogenèse (initiation, promotion, accélération. Son rôle cancérigène au niveau de l'oropharynx et de l'hypopharynx, qui n'est plus discuté, est lié à différents facteurs :

- des agents carcinogènes complets (3/4 Benzopyrène + +, Dibenzone anthracène ++)
- des agents irritatifs (goudron, particules) ;
- un effet thermique direct ;
- un effet chimique (PH de la fumée).

2-4.2. L'alcool

Le rôle de l'alcool dans le cancer des V.A.D.S. est très probable. Le mécanisme le plus communément admis est le rôle de solvant joué par l'alcool, pour certains carcinogènes (nitrosamines, hydrocarbures...) et également une irritation locale à l'origine de métaplasies.

La mauvaise alimentation (carence en vitamine E et oligo-éléments) constatée chez les alcooliques baisserait par ailleurs la capacité de réparation et de différenciation cellulaire locale.

2-4.3. Les autres facteurs

- Les facteurs alimentaires : ce sont principalement les nitrites, les colorants, certaines graisses animales, les contaminants alimentaires (aflatoxine, cyclamates).
- Les facteurs infectieux :
 - les virus : de nombreux virus peuvent induire un cancer ; les principaux sont : l'herpès virus, les adénovirus et les oncornavirus;
 - les agents parasitaires : schistosomes (vessie) plasmodium (BURKITT).
- Les facteurs physiques : principalement les radiations ionisantes.
- Les facteurs chimiques, ils sont nombreux :
 - facteurs à action directe : amiante, acide sulfurique, agents alkylants ;
 - cocarcinogènes : hydrocarbures aromatiques, organochlorés etc ;
 - autres : hormones, implants plastiques, benzène, pyrazolés.
- Les facteurs génétiques : cancers héréditaires (exemple du rétinoblastome).

Les facteurs de la carcinogénèse sont multiples mais en ce qui concerne le cancer du pharynx, c'est l'éthylotabagisme chronique et les facteurs environnementaux qui constituent des déterminants essentiels.

2-5. ANATOMIE DU PHARYNX

Le pharynx est un conduit musculo-membraneux disposé verticalement en avant de la colonne cervicale, derrière la face, étendu de la base du crâne à la partie supérieure du cou à hauteur de la sixième vertèbre cervicale. Sa forme globale étant celle d'un entonnoir irrégulier, évasé large en haut (diamètre transversal au niveau du rhino-pharynx est de 4 à 5 cm), et rétréci en bas (diamètre transversal au niveau du rhino-pharynx est de 2 à 2,5 cm), le pharynx a une hauteur d'environ 15 cm chez l'adulte. Le pharynx ne constitue pas une individualité topographique vraie puisque comportant plusieurs étages :

- Le rhino-pharynx ou naso-pharynx ou cavum ou encore arrière cavité des fosses nasales ou épi-pharynx, communiquant avec les fosses nasales ;
- L'oropharynx ou pharynx buccal compris entre le voile du palais en haut et l'os hyoïde en bas, directement en communication avec la cavité buccale par l'isthme du gosier ;
- L'hypopharynx ou pharynx laryngé, immédiatement en dessous, se continuant en bas au niveau du sphincter pharyngo-oesophagien par l'oesophage.

Par ailleurs, il faut reconnaître au pharynx compte tenu de sa situation et de sa configuration extérieure, une face postérieure, deux faces latérales et deux extrémités (l'une supérieure, l'autre inférieure) (figure 1).

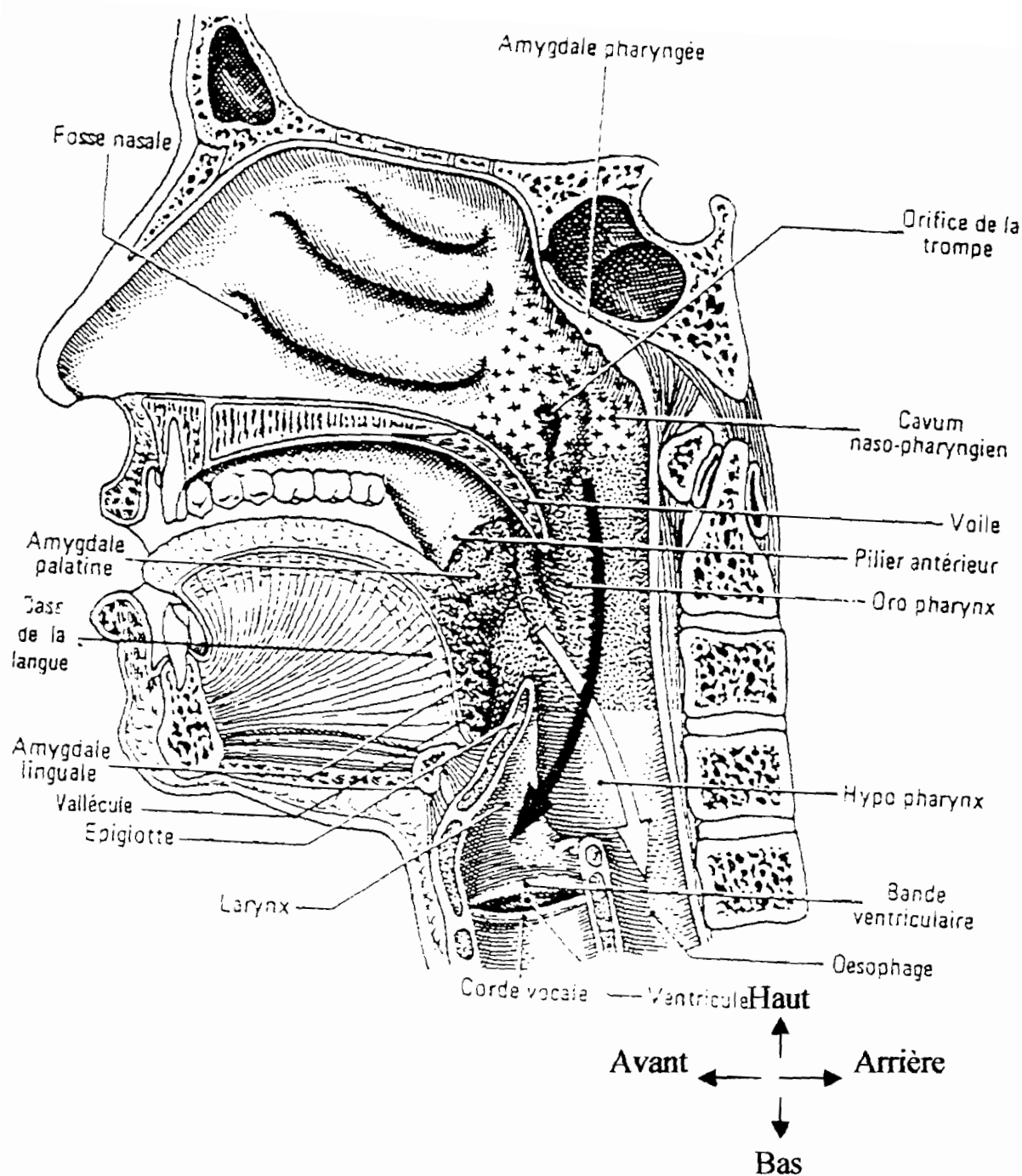


Figure 1 : Pharynx et carrefour aéro-digestif.

D'après LEGENT F., PERLLEMMUTER L., VANDERBROUCK CL.,

[70]

2-5.1. Configuration extérieure

La forme globale du pharynx est celle d'un entonnoir irrégulier, évasé, large en haut et rétréci en bas.

On lui décrit :

- 1 extrémité inférieure qui se continue avec l'œsophage en bas ;
- 1 extrémité supérieure qui correspond à sa ligne d'attache avec la base du crane ;
- 4 faces :
 - une (1) face postérieure ;
 - deux (2) faces latérales ;
 - 1 face antérieure qui se confond avec les fosses nasales, la cavité buccale et le larynx.

L'extrémité supérieure du larynx fait saillie dans l'hypopharynx ; c'est pourquoi le pharynx forme avec le larynx une sorte de couple indissociable qu'ont peut schématiquement représenter par un grand entonnoir (pharynx) dans lequel fait saillie un tube (larynx).

L'espace compris entre le tube laryngé et la paroi pharyngée s'appelle sinus piriforme qu'emprunte le bol alimentaire au cours de la déglutition.

2-5.2. Configuration intérieure et subdivision anatomique du pharynx.

L'utilisation de miroir ou d'endoscope permet d'examiner avec beaucoup de précision certaines zones cachées du pharynx qui ont « mauvaise réputation » en raison des difficultés rencontrées lors de l'examen clinique dont on ne doit plus se contenter à l'heure actuelle.

L'endopharynx est subdivisible en trois (3) portions que nous étudierons successivement :

- le rhinopharynx ;
- l'oropharynx ;
- l'hypopharynx ;

a) Le rhinopharynx (par nasalis P.N.A)

C'est la partie toute supérieure du pharynx encore appelée cavum ou arrière cavité des fosses nasales ou encore épipharynx. Il n'est pas visible directement à l'abaisse-langue mais seulement en utilisant un miroir laryngée (rhinoscopie postérieure). On lui décrit 6 parois :

- Les parois supérieure et postérieure.

La paroi supérieure est inclinée en arrière et en bas en pente douce pour se continuer avec la basilaire de l'os occipital et le sphénoïde. Au niveau de la paroi supérieure se trouve un amas de follicules lymphoïdes (amygdale pharyngée de Luschka) dont l'hypertrophie détermine les végétations adénoïdes.

- Deux parois latérales : elles sont relativement étroites. C'est là que s'ouvre de chaque côté l'orifice antérieur ou pharyngé de la trompe d'Eustache qui fait communiquer le pharynx avec la caisse du tympan.
- La paroi antérieure est formée par les choanes, orifice antérieur des fosses nasales ;
- La paroi inférieure est ouverte en arrière (communication avec l'oropharynx) ; elle est formée en avant par le voile du palais, cloison

musculo-membraneuse mobile qui se prolonge en arrière pour donner au milieu un prolongement cylindro-conique, la luette (Figure 2).

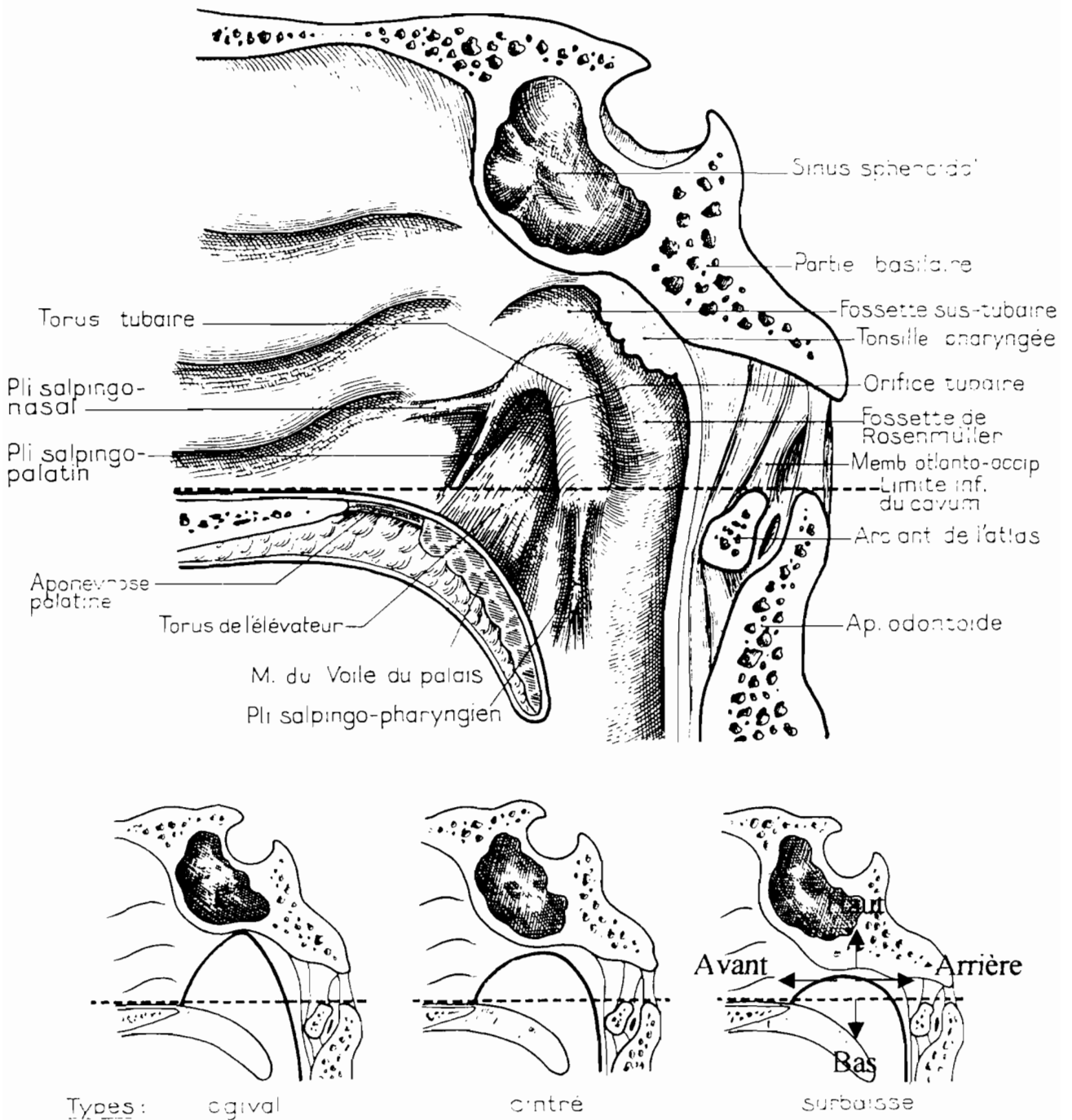


Figure 2 : Parois latérale, supérieure et postérieure du nasopharynx.

D'après LEGENT F., PERLLEMMUTER L., VANDERBROUCK CL.,

[70]

b) L'oropharynx (pars oralis P.N.A)

C'est la partie moyenne du pharynx, celle qu'on voit à l'examen du pharynx à l'abaisse – langue. Il présente à décrire 6 parois :

- Une paroi supérieure ouverte en arrière, formée par le voile du palais en avant ;
- Deux parois latérales où se trouvent les amygdales palatines dont les loges sont délimitées par les piliers antérieurs et postérieurs du voile du palais.

Les amygdales palatines sont de gros amas lymphoïdes appartenant à un vaste ensemble : l'anneau lymphatique ou cercle amygdalien de Waldeyer. Elles sont le siège de transformations malignes fréquentes.

- La limite entre la cavité buccale et l'oropharynx est appelée l'isthme du gosier. Elle est formée par le voile du palais, les 2 piliers antérieurs du voile du palais et le « V » lingual ;
- La paroi antérieure est donc virtuelle ;
- La paroi inférieure est largement ouverte en arrière et formée par la base de la langue en avant ;
- La paroi postérieure relativement plane, répond au rachis cervical.

La limite entre le rhinopharynx et l'oropharynx est déterminée par une ligne

Horizontale passant par le voile du palais (Figure 3).

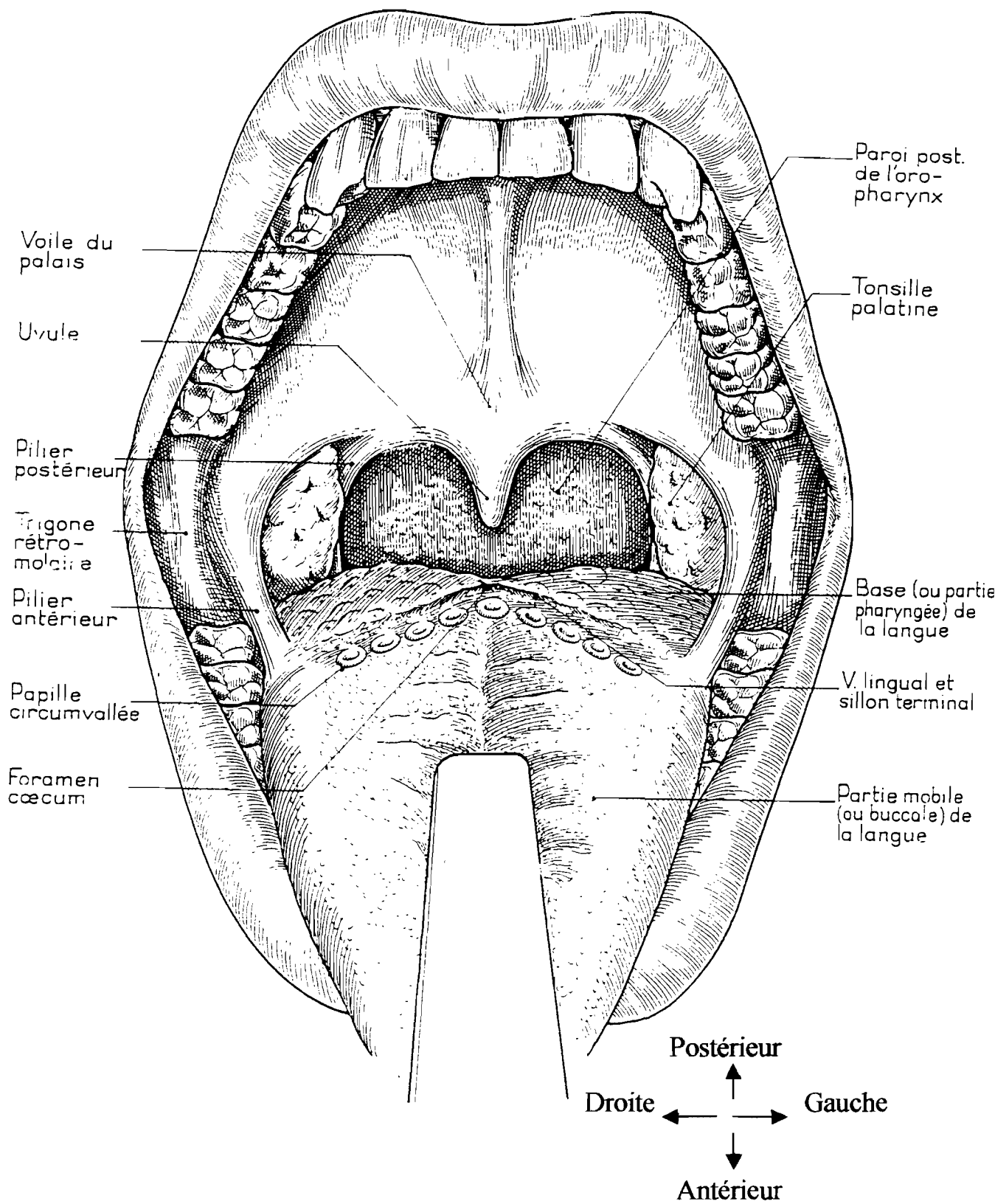


Figure 3 : Cavité buccale et oropharynx.

D'après LEGENT F., PERLLEMMUTER L., VANDERBROUCK CL.,

.[70]

c) L'hypopharynx ou pharynx laryngé (Pars Laryngea P.N.A)

C'est la partie inférieure du pharynx, la moins large, invisible à l'examen à l'abaisse-langue mais visible à l'aide d'un miroir laryngé. On lui décrit :

- une paroi postérieure ;
- une paroi antérieure qui se confond avec la partie du tube laryngé qui fait sailli dans le pharynx ;
- deux parois latérales formées par les sinus piriformes (cul de sac délimité par la paroi pharyngienne latérale en dehors et le tube laryngé en dedans.

L'hypopharynx communique en haut avec l'oropharynx ce qui explique l'absence de paroi supérieure. Il se prolonge en bas avec l'œsophage. La zone de jonction entre l'hypopharynx et l'œsophage s'appelle la bouche de l'œsophage ou bouche de Killian. La limite entre l'oropharynx et l'hypopharynx est une ligne horizontale mais passant par la base de la langue (Figure 1).

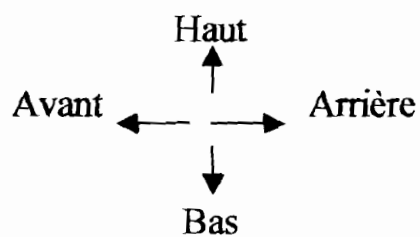
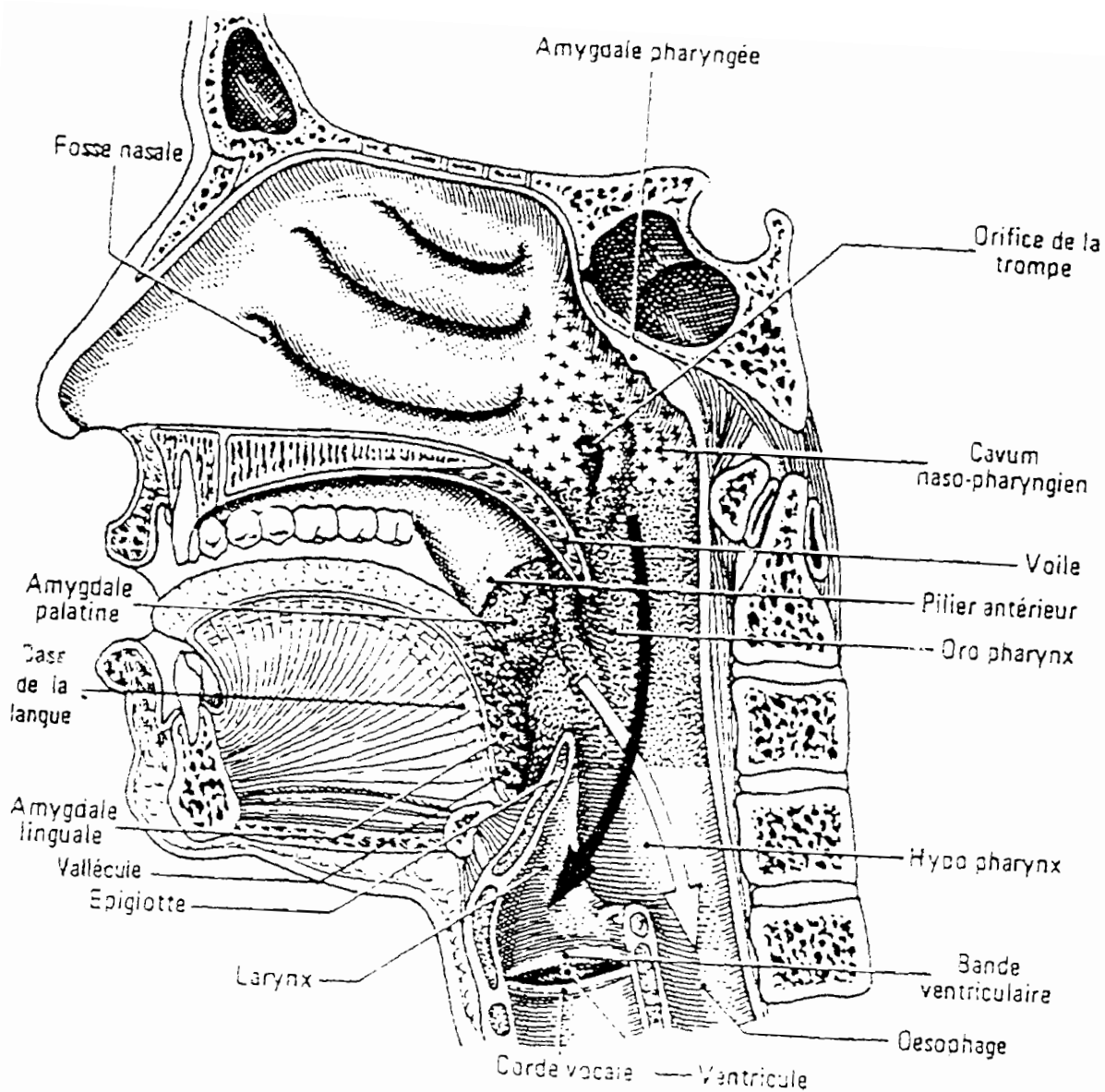


Figure 1 : Pharynx et carrefour aéro-digestif.

D'après LEGENT F., PERLLEMMUTER L., VANDERBROUCK CL., [70]

2-6. STRUCTURE DU PHARYNX

Musculo-membraneuse, la paroi pharyngienne se compose de quatre couches ou tuniques concentriques qui sont, de la lumière vers la surface externe :

- une tunique interne ou muqueuse, de type respiratoire ;
- une tunique moyenne ou squelette fibreux ou aponévrose pharyngée en forme de demi-cylindre ou de gouttière à direction verticale et à concavité antérieure (épaississement à ce niveau du tube digestif de la celluleuse sous-muqueuse formant un fascia fibreux) ;
- une tunique externe musculaire striée, très importante en raison de son rôle physiologique dans la déglutition ;
- la tunique la plus externe ne fait pas partie intégrante du pharynx ; il s'agit d'une gaine celluleuse, l'aponévrose péripharyngienne.

2-6.1. Les muscles du pharynx : tunique musculaire

Les muscles du pharynx, pairs et symétriques, au nombre de dix, soit cinq de chaque côté, se répartissent en deux groupes en fonction de leur action comme de leur forme :

a) Les muscles constricteurs ou intrinsèques : larges et minces formés de fibres transversales ou obliques, destinés à rétrécir le pharynx.

Ce sont :

- le muscle constricteur supérieur ;
- le muscle constricteur moyen du pharynx qui présente deux hiatus, l'un supérieur et l'autre moyen au sein desquels cheminent des éléments vasculo-nerveux.
- le muscle constricteur inférieur du pharynx qui présente le hiatus inférieur au niveau duquel cheminent le nerf laryngé externe.

Au plan physiologique : ces muscles lorsqu'ils se contractent, entraînent un rapprochement de la paroi postérieure du pharynx vers la paroi antérieure en même temps que les parois latérales se portent l'une vers l'autre. Cette contraction entraîne une diminution des deux diamètres : antéro-postérieur et transversal du pharynx. Les constricteurs moyen et inférieur assurent une fonction d'élévation du pharynx.

b) Les muscles élévateurs ou extrinsèques, ce sont :

- . le muscle stylo-pharyngien ;
- . le muscle palato-pharyngien qui réalise la synergie et la compétence vélo-pharyngée.

Au plan physiologique : ces deux (2) muscles assurent l'élévation du pharynx et du larynx lors de la déglutition. Le muscle palato-pharyngien assure en plus, une action constrictrice.

2-6.2. Le raphé pharyngien (raphé pharyngis P.N.A)

Il correspond à un entrecroisement tendineux des muscles constricteurs sur la ligne médiane de la face postérieure du pharynx..

2-6.3. Le raphé bucco-pharyngien - le ligament ptérygo-mandibulaire (raphé ptérygo-mandibularis P.N.A)

C'est une intersection fibro-musculaire entre constricteur supérieur du pharynx en arrière et buccinateur en avant.

Le raphé ou ligament ptérygo-mandibulaire constitue une limite entre les bords antérieurs de la gouttière musculo-membraneuse pharyngienne et les muscles de la face. Les premiers sont essentiels à la déglutition tandis que les seconds prennent part au premier temps de la déglutition.

2-7. VASCULARISATION ET INNERVATION

2-7.1. Vascularisation

a) Les artères

La vascularisation artérielle du pharynx est dense et ses apports sont multiples :

- pour la partie supérieure du pharynx :
 - l'artère pharyngienne ascendante branche de la carotide externe ;
 - les artères ptérygo palatines et du canal ptérygoïdien (ex : vidiennes) se distribuent à la voûte du pharynx.
- pour la partie moyenne du pharynx : l'irrigation artérielle est commune à celle du gosier (voile, amygdales palatines, base de langue) et nous retrouvons :
 - l'artère palatine descendante, branche de la maxillaire interne
 - l'artère dorsale de la langue, branche de la linguale.
- pour la partie basse du pharynx :
 - l'artère thyroïdienne supérieure envoie plusieurs rameaux, soit directs, soit issus des artères laryngées supérieures ;
 - l'artère thyroïdienne inférieure envoie aussi des artérioles aux parois de l'hypopharynx.

b) Les veines

Elles se drainent dans deux plexus : l'un est sous-muqueux, l'autre péri-pharyngien.

- Le plexus sous-muqueux des parois latérales et postérieures du pharynx gagne les plexus péri-pharyngiens et ptérygoïdiens.

- Le plexus péri-pharyngien est un réseau à mailles multiples avec de nombreux plexus désignés (veines de l'amygdale) .

c) Les lymphatiques

Deux réseaux assurent la collecte des lymphatiques pharyngés, le premier est connecté avec ceux de l'amygdale, du voile et de la base de la langue. Le second, le réseau sous-muqueux est très riche, ce qui explique la lymphophilie des cancers du pharynx et justifie les indications du curage ganglionnaire.

Les collecteurs lymphatiques des différentes parties du pharynx gagnent toute la chaîne jugulaire interne depuis les ganglions sous-digastriques et même du ganglion jugulaire de cunéo situé sous la base du crâne jusqu'aux ganglions rétro-jugulaires basi-cervicaux. Les ganglions rétro-latéro-pharyngiens de Gillette ne sont fonctionnels que dans la première enfance. (Figure 4)

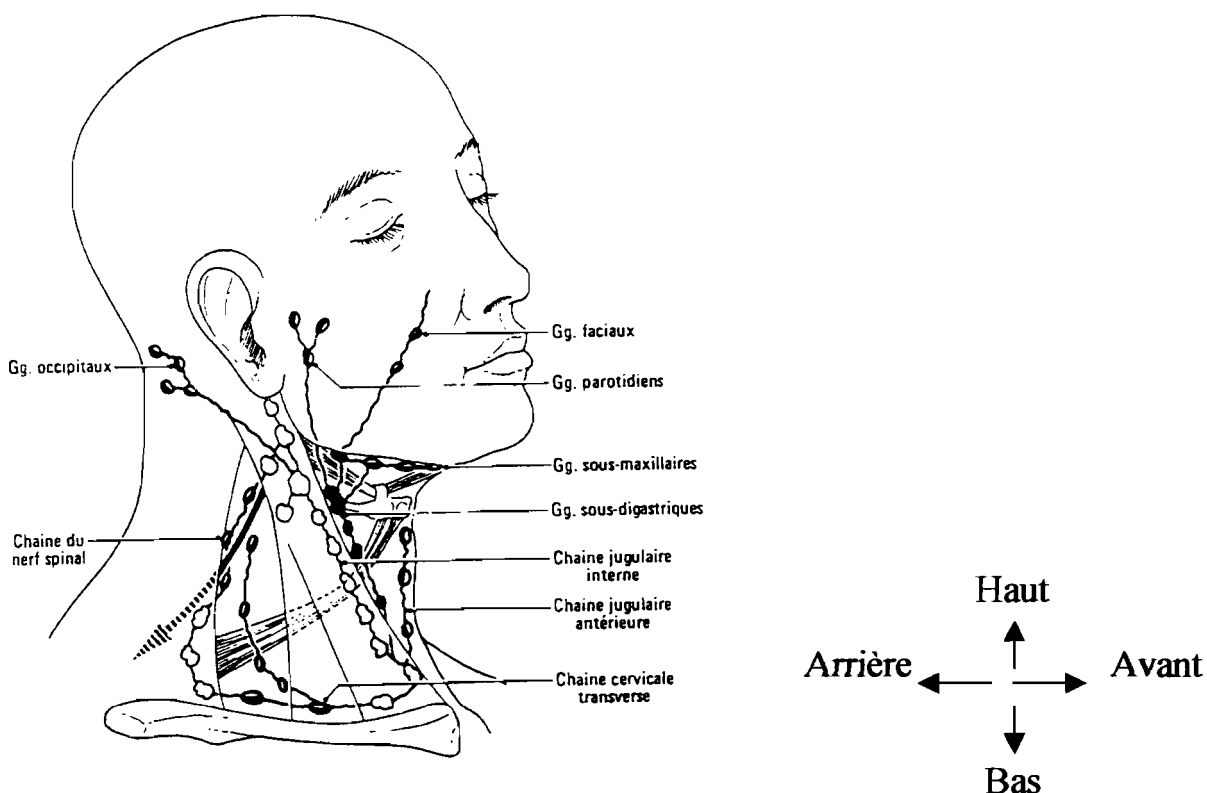


Figure 4 : Les principaux groupes ganglionnaires de la tête et du cou.

D'après LEGENT F., PERLLEMMUTER L., VANDERBROUCK CL., .[70]

2-7.2. Innervation

a) l'innervation sensitive

Les rameaux sensitifs proviennent essentiellement du glosso-pharyngien. En effet, de nombreux rameaux (ramipharyngei P.N.A) se ramifient sur le muscle constricteur supérieur du pharynx.

Ils vont s'anastomoser avec des branches du vago-spinal et du sympathique pour former le plexus pharyngien (plexus pharyngeus P.N.A) d'où partiront presque tous les nerfs sensitifs destinés au pharynx ainsi que de nombreux nerfs moteurs.

b) Innervation des muscles du pharynx

A partir du plexus pharyngé à la constitution desquels participent le glosso-pharyngien, le pneumo-gastrique, le XI et le sympathique cervical :

- le constricteur supérieur est innervé en partie par le glosso-pharyngien (fibres les plus antérieures) et surtout par le vagospinal ;
- les constricteurs moyen et inférieur sont innervés par le spinal ;
- le pharyngo-staphylin est innervé par le glosso-pharyngien ;
- le stylo-pharyngien est innervé par un rameau du glosso-pharyngien (ramus m. stylo-pharyngei P.N.A) qui pénètre le muscle par sa face superficielle.

2-8. HISTOLOGIE DU PHARYNX

Le pharynx comprend de dehors en dedans :

- une tunique musculaire ;
- une aponévrose ;
- une tunique muqueuse.

2-8.1. La tunique musculaire et aponévrose du pharynx

- Cette tunique est formée de fibres striées, de direction variable : les muscles longitudinaux et arciformes.

- C'est une lame fibreuse qui se poursuit avec la sous-muqueuse de l'œsophage. Elle sert de tendon aux muscles du pharynx.

2-8.2. La muqueuse du pharynx

La muqueuse du pharynx n'est pas partout identique. Comme dans l'ensemble des muqueuses des V.A.D.S. nous distinguons deux types histologiques différents :

a) la muqueuse du Nasopharynx :

D'aspect rouge, cette muqueuse est épaisse, chagrinée et très adhérente au muscle sous-jacent.

Dans la majeure partie de son étendue, l'épithélium du naso-pharynx est stratifié prismatique et cilié.

Mais à la face postérieure du naso-pharynx et au sommet des plis de l'amygdale pharyngienne, l'épithélium est de type pavimenteux stratifié malpighien. Des glandes mixtes sont annexées à cet épithélium dont le canal est revêtu d'un épithélium cilié.

Le chorion, quant à lui, est infiltré de follicules clos. Sa surface lisse, est hérissée de très courtes papilles.

b) La muqueuse du pharynx buccal et de l'hypopharynx

Elle présente un aspect blanc rosé, mince et plus ou moins plissée. L'épithélium est de type pavimenteux stratifié, le chorion présente trois zones bien distinctes :

- la zone profonde représentée par un réseau élastique ;
 - la couche tendineuse faite d'une nappe de tissu conjonctif épaisse et résistante
 - la zone superficielle du chorion délicate et infiltrée de follicules clos.
- Elle est hérissée de papilles de deux types dont les papilles de type composé (volumineuses) s'observent seulement chez l'adulte.

Il faut noter qu'au niveau du sinus piriforme, le chorion présente outre des follicules clos (éléments lymphoïdes), des glandes mixtes séro-muqueuses surtout au niveau de la face latérale de l'aryténoïde.

En résumé, la paroi intérieure du pharynx est revêtue dans tout son étendu par une couche muqueuse irrégulière, plissée en certains points, recouverte en d'autres de petites saillies arrondies plus ou moins confluentes correspondant aux formations lymphoïdes sous-jacentes.

Cette muqueuse, plus épaisse en haut qu'en bas, couleur rosée ou franchement rouge, est constituée par :

- un épithélium de type respiratoire au niveau du rinopharynx (épithélium cylindrique vibratile), et de type digestif (épithélium pavimenteux stratifié) plus bas ;
- un chorion lisse à sa partie supérieure, riche en papilles en dessous ;
- des glandes mixtes (muqueuses et séreuses) ou séreuses exclusives, situées plus ou moins profondément dans la muqueuse ou la sous-muqueuse ;
- des formations lymphoïdes (anneau de Waldeyer).

Le développement d'un épithélioma malpighien sur ce type de muqueuse est toujours précédé d'une métaplasie de celle-ci, liée aux irritations chroniques dont elle est le siège[72].

2-9. PHYSIOLOGIE DU PHARYNX

Le pharynx est un véritable carrefour aéro-digestif. Il va assurer plusieurs fonctions fondamentales : la respiration, la phonation, et les défenses immunitaires. Son importance sur le plan physiologique tient :

- à sa situation anatomique d'une part ;
- d'autre part à la grande richesse en tissu réticulo lymphocytaire et son innervation.

2-9.1. La respiration

Le pharynx dans son entité complète (rhinopharynx, oropharynx et hypopharynx) fera passer l'air inspiré vers les poumons.

2-9.2. La déglutition

Les mécanismes de la déglutition sont complexes et se déroulent, classiquement, en 3 temps :

- le temps buccal ;
- le temps pharyngé ;
- et le temps oesophagien.

Grâce à la radiocinématographie ces mécanismes sont actuellement mieux connus.

- Le temps buccal

La bouche étant close, les lèvres et les dents rapprochées, le contenu alimentaire buccal est d'abord mastiqué puis insalivé rassemblé et comprimé sur la face dorsale de la langue en un véritable bol alimentaire prêt à être projeté dans l'oropharynx par la langue, à travers l'isthme du gosier. Ce temps est volontaire et peut être interrompu.

- Le temps pharyngien

Tandis que le bol alimentaire franchi l'isthme du gosier, les voies respiratoires se ferment :

- le voile s'élève et s'applique sur la paroi postérieure du pharynx pour fermer le naso-pharynx.
- L'occlusion du larynx s'effectue grâce à deux mécanismes :
 - le larynx s'élève, ce qui se traduit par l'ascension de la pomme d'Adam pour que son orifice supérieur vienne buter sur la base de la langue, ceci entraîne le rabattement de l'épiglotte sur le vestibule laryngé (généflexion de l'épiglotte selon FARABEUF).

- L'orifice laryngé ainsi recouvert, son étanchéité sera complétée par la fermeture de la glotte.

Les voies respiratoires ainsi exclues, la contraction du pharynx fait progresser le bol alimentaire vers la bouche de l'œsophage qui, pour la circonstance, s'ouvre, car en dehors de la déglutition, elle est fermée. Pour passer dans l'œsophage, le bol alimentaire est divisé en deux pour emprunter les gouttières pharyngo - laryngées ou sinus piriformes.

Ce 2^{ème} temps de la déglutition est réflexe et échappe donc à la volonté et ne peut se faire que bouche fermée.

- Le temps œsophagien

C'est le dernier temps de la déglutition.

A la fin du temps pharyngien, la bouche de l'œsophage ou bouche de KILLIAN, s'ouvre pour accueillir le bol alimentaire. Dès lors, ce bol va progresser vers l'estomac sous l'action des ondes de contractions œsophagiennes ou ondes péristaltiques. Ce temps est également réflexe.

La déglutition peut être altérée à l'un quelconque de ces trois temps et déterminer la dysphagie. Cette dysphagie peut être de deux ordres :

- organique : il existe un obstacle qui gêne la déglutition (tumeur pharyngée ; corps étranger) ;
- ou fonctionnelle : par lésion d'un des nerfs qui participe au mécanisme de la déglutition (V ; IX ; X ; XII) .

2-9. 3. La phonation

La phonation nécessite le rapprochement, la tension et la vibration des cordes vocales. Le larynx permet l'émission de sons fondamentaux résultant de la vibration des cordes vocales du fait d'un souffle phonatoire produit par l'appareil respiratoire. Ces sons fondamentaux vont être modulés par les cavités

de résonance sus-glottiques dont : le pharynx, les fosses nasales et les mouvements de la langue et des lèvres.

2-9.4. L'élaboration des défenses immunitaires.

Le pharynx occupe une grande place dans l'élaboration des défenses immunitaires parce qu'il bénéficie de deux situations particulières :

- La richesse nerveuse (véritable panier nerveux sensitif, moteur, neuro-végétatif) dont la mise en alerte provoque des réactions neuro – endocriniennes souvent à distance.
- La grande richesse en tissu réticulo-lymphocytaire (végétations adénoïdes, amygdales linguales et palatines : « organes lymphoïdes secondaires » formant l'anneau de Waldeyer).

2-9.5. Autres fonctions

- La fonction gustative assurée par les papilles
- La ventilation de l'oreille moyenne assurée par la trompe d'Eustache qui fait communiquer le rhinopharynx et la caisse du tympan.
- La phonation : le pharynx participe à la modulation du son laryngé fondamental.

2-10. ETUDE CLINIQUE DES CANCERS DU PHARYNX[99]

Les manifestations cliniques des cancers sont variées. Elles peuvent être étudiées en deux grands groupes :

- L'étude clinique des cancers de l'oropharynx et de l'hypopharynx ;
- L'étude clinique des cancers du cavum.

2- 10.1. Cas de l'oropharynx et de l'hypopharynx[98]

La symptomatologie des cancers de l'oropharynx et de l'hypopharynx est souvent frustrée au début de la pathologie tumorale. Progressivement vont apparaître les signes d'appel.

a) Les signes cliniques révélateurs

Ces signes apparaissent généralement chez un sujet de plus de 40 ans, éthylo-tabagique. Il peut s'agir :

- d'une dysphagie ;
- d'une otalgie réflexe ;
- d'une dysphonie ou d'une dyspnée laryngée ;
- d'un trismus ;
- d'adénopathies cervicales chroniques ;

Devant ces signes d'appel, il faut effectuer un examen ORL complet en particulier de l'oropharynx et de l'hypopharynx.

L'examen pharyngé recherche la lésion qui impose une biopsie pour la confirmation histologique.

b) L'examen clinique de l'oropharynx et de l'hypopharynx

- Pour examiner l'oropharynx, la langue doit être en position de repos dans la cavité buccale ouverte. L'émission de la lettre A fait contracter le voile et abaisser la langue. L'abaisse-langue doit être manié avec une grande douceur pour affaisser les 2/3 antérieurs de la langue. L'empiètement sur les 1/3 postérieurs accentue les réflexes nauséux.

L'examen des loges amygdaliennes demande beaucoup d'attention pour préciser le volume et l'aspect des amygdales, l'état des cryptes après avoir déplié les piliers à l'aide d'un crochet mousse.

La région du V lingual est aperçue en tirant d'une main sur la langue et en déprimant sa partie postérieure avec une abaisse-langue .On peut alors voir la partie supérieure de l'épiglotte, du moins chez l'enfant

La palpation constitue un temps fondamental de l'examen pour :

- Découvrir parfois une zone indurée passée inaperçue à l'inspection ;
- Préciser le siège d'une douleur ;
- Exprimer les amygdales et mettre en évidence du caséum ou des sécrétions purulentes ;
- Découvrir une longue apophyse styloïde à travers le pilier antérieur ou l'amygdale.

La base de la langue et les vallécules s'examinent surtout au miroir, et aussi en palpant lorsqu'on suspecte un cancer.

- Pour l'examen de l'hypopharynx , il faut tirer doucement la langue à l'aide d'une compresse qui enveloppe la partie mobile pour éviter un traumatisme sur les incisives ; faire respirer le malade puis lui demander d'émettre la lettre « é »ou « i » ce qui a pour effet de fermer la glotte et de relever l'épiglotte. On peut ainsi apprécier l'hypopharynx dans sa globalité :

- Ainsi les parois antérieure et postérieure sont bien appréciables de même que le sinus piriforme ;
- Il permet aussi d'apprécier la mobilité des aryténoïdes et des cordes vocales du larynx dans le cadre d'un bilan d'extension ;
- L'examen de la commissure antérieure exige de l'examineur à se placer parfois debout devant le malade qui reste assis.

En cas de réflexe nauséux important, on a recours soit à une simple anesthésie de contact (xylocaïne à 5%) soit à une prémédication. Après toute

anesthésie locale bucco-pharyngée, il faut éviter que le patient ne s'alimente pendant au moins une heure de temps ce qui permet d'éviter les fausses routes.

Malgré cette anesthésie locale, la laryngoscopie indirecte au miroir peut s'avérer très difficile, notamment pour des raisons anatomiques soit parce que l'épiglotte est recourbée vers l'arrière, masquant partiellement l'hypopharynx et le larynx, soit chez un sujet à grosse langue et un cou court. On peut alors avoir recours à d'autres examens tels que : la fibroscopie (fibroscope introduit par une fosse nasale après anesthésie locale) ; l'hypopharyngoscopie (à tube rigide et court) et la laryngoscopie en suspension.

Au terme de l'investigation, les lésions peuvent se présenter sous la forme :

- bourgeonnante ;
- infiltrante ;
- ulcérée ou ;
- associée.

c) Les examens complémentaires

Ces examens vont compléter l'examen clinique et parfois orienter déjà vers des indications thérapeutiques précises.

- La panendoscopie

C'est l'exploration endoscopique de toutes les voies aéro-digestives supérieures.

Il doit être pratiqué par l'O.R.L. qui prendra en charge le traitement du malade. Si ce bilan a été pratiqué par un autre ORL, il sera systématiquement refait par l'ORL thérapeute. C'est un examen capital car il permet :

- La description de la lésion ;
- La recherche d'une seconde localisation ;
- Les biopsies pour l'examen anatomo-pathologique qui seul permet de confirmer le diagnostique.

La panendoscopie est pratiquée sous anesthésie générale. Les gestes pratiqués durant cette endoscopie sont :

- Une inspection et une palpation de la cavité buccale ;
- Une inspection et une palpation de l'oropharynx, en particulier la base de langue ;
- Une hypopharyngoscopie directe ;
- Une laryngoscopie directe ;
- Une bronchoscopie ;
- Une œsophagoscopie au tube rigide, ce qui évite au patient de subir une fibroscopie œsophagienne.

Si une chimiothérapie est envisagée, il est usuel de mettre en place un système d'accès veineux implantable durant la même anesthésie.

- Le bilan d'extension métastatique

Il comprend deux examens systématiques :

- la radiographie de thorax, de face et de profil et
- L'échographie hépatique.

Les autres examens complémentaires seront effectués en fonction d'éventuels signes d'appel (douleurs osseuses, troubles neurologiques etc.) :

- les radiographies standards, les plus courantes ;
- L'échographie cervicale avec résolution tissulaire qui permet de différencier les adénopathies métastatiques infra-cliniques des ganglions sains non envahis ;
- La tomodensitométrie avec injection de produits de contraste reste la plus performante ;
- l'IRM ne semble pas actuellement plus performante que la TDM.

2-10.2. Cas du cavum (rhinopharynx)[98]

Les signes cliniques des cancers du cavum sont assez particuliers.

a) Les signes cliniques révélateurs

Les cancers du cavum peuvent rester longtemps latents ou paucisymptomatiques. Les signes d'appel peuvent être classés en 5 syndromes :

- un syndrome rhinologique :
 - épistaxis récidivantes, souvent modérées ;
 - une obstruction nasale d'abord unilatérale puis bilatérale ;
 - une rhinorrhée postérieure souvent purulente ;
 - une douleur pharyngée haute située en arrière et au-dessus du voile du palais.

Ces manifestations sont révélatrices dans 20% des cas ;

- Un syndrome otologique témoignant d'un dysfonctionnement tubaire avec une otite séreuse unilatérale ou bilatérale. Les signes cliniques sont une hypoacousie, une autophonie, des acouphènes, une impression de plénitude de l'oreille ; tous ces signes étant le plus souvent unilatéraux au début de l'évolution. Ces manifestations sont révélatrices dans 25% des cas ;
- Un syndrome neurologique avec des céphalées, une diplopie (VI), une névralgie du nerf maxillaire supérieur ou inférieur puis une atteinte progressive des autres paires crâniennes. Ces manifestations sont révélatrices dans 1/5 des cas ;
- Un syndrome ganglionnaire : l'apparition d'adénopathies cervicales dures, de siège sous-mastoïdien ou sous-digastrique, unilatérales ou bilatérales. Des adénopathies sont révélatrices dans près de 40% des cas.

La suspicion diagnostique est d'autant plus importante que ces manifestations surviennent chez des sujets originaires de zones à risque (Maghreb, Asie du sud-est).

b) L'examen clinique

Il doit comprendre :

- un examen des fosses nasales et du cavum par rhinoscopie antérieure et postérieure si possible avec une optique éclairée par une lumière froide permettant de préciser l'extension de la tumeur ;

- une otoscopie à la recherche d'une otite séreuse ou d'un dysfonctionnement tubaire voire une otite séreuse ;
- un examen neurologique complet, en particulier l'examen des paires crâniennes ;
- la palpation des aires ganglionnaires à la recherche d'adénopathies cervicales.

Les examens complémentaires sont identiques à ceux de l'oropharynx et l'hypopharynx.

c) Les examens complémentaires.

En dehors des examens paracliniques conventionnels il faut demander :

- les examens radio-tomographiques comportant toujours une exploration de la base du crâne,
- et le scanner.

2-10.3. La classification TNM

La classification TNM des cancers du pharynx ne s'adresse qu'aux épithéliomas. Par ailleurs le pharynx ne constituant pas une entité anatomique vraie, cette classification est faite en tenant compte de l'étage concerné(rhinopharynx, oropharynx et hypopharynx).

L'UICC ou AJC et le Ho ont présenté les classifications suivantes :

a) Classification des cancers de l'hypopharynx

Nous avons utilisé la classification TNM de l'UICC 1987.

Les régions anatomiques prises en compte sont les suivantes :

- Jonction pharyngo-oesophagienne (région rétro- crico - aryénoïdienne)
- Sinus piriforme ;
- Paroi pharyngée postérieure ;

TX : Evaluation impossible de la tumeur primitive

Tis : Carcinome in situ

T0 : Absence de tumeur primitive

T1 Tumeur limitée à une région anatomique de l'hypopharynx

T2 Tumeur envahissant plus d'une région anatomique de l'hypopharynx sans fixation de l'hémilarynx

T3 Tumeur envahissant plus d'une région anatomique de l'hypopharynx ou une région adjacente, avec fixation de l'hémilarynx .

T4 Tumeur envahissant les structures adjacentes ; exemple : le cartilage ou les tissus mous du cou.

Les Ganglions (N)

Nx : Evaluation impossible des ganglions régionaux

N0 : Absence d'adénopathie métastatique régionale.

N1 : Adénopathie métastatique, unique, homolatérale de 3 cm ou moins dans la plus grande dimension

N2 : Adénopathie métastatique, unique, homolatérale mesurant plus de 3 cm ou moins de 6 cm dans la plus grande dimension.

N2a : adénopathie métastatique, unique, homolatérale mesurant plus de 3 cm mais moins de 6 cm dans la plus grande dimension.

Stade III :	T3	N0	M0
	T1, T2, T3	N1	M0
Stade IV :	T4	N0, N1	M0
	Tous T	N2, N3	M0
	Tous T	Tous N	M1

c) Classification des cancers du rhinopharynx

- En ce qui concerne les cancers du rhinopharynx : la classification de l'UICC de 1986 prend mieux en compte le problème de l'envahissement ganglionnaire et est mieux adapté à la classification des NPC .

T1 : Tumeur limitée à une paroi

T2 : Tumeur limitée à deux parois

T3 : Tumeur étendue à la fosse nasale et / ou à l'Oropharynx

T4 : Ostéolyse et/ou atteinte des nerfs crâniens.

2-11. TRAITEMENT DES CANCERS DU PHARYNX

De réels progrès ont été réalisés au cours de ces dernières décennies dans le domaine du traitement des cancers des voies aéro-digestives supérieures. Les techniques de chirurgie conservatrice laryngée ont progressé. Les procédés de restauration vocale après laryngectomie totale ont été mis au point avec des résultats remarquables. Enfin, de nouveaux procédés de reconstruction cervico-faciale par lambeaux musculo-cutanés et transplants digestifs ont été décrits [15].

2-11.1. But

- Contrôle tumoral local et ganglionnaire;
- Eviter les récidives;

- Eviter les métastases à distance;
- Améliorer la qualité de vie du malade.

2-11.2. Les moyens

a) Les moyens médicamenteux :

- la chimiothérapie[88] : elle est encore au centre de controverses et présente deux volets :
 - la polychimiothérapie qui associe plusieurs drogues selon des protocoles variés dont le plus utilisé comprend la cisplatine, le 5FU et la bléomycine et ;
 - un traitement symptomatique d'accompagnement est toujours institué : une bonne réhydratation, un traitement antiémétisant .Une surveillance hématologique doit être instituée à la recherche d'une agranulocytose[95 ;88].
- l'utilisation des antibiotiques à large spectre, d'anti inflammatoires et antalgiques est fréquente ;
- L'immunothérapie avec l'utilisation du levamisole, du BCG.Il faut noter que cette immunothérapie peut être active, spécifique, non-spécifique, passive et active. Elle présente cependant des limites car son efficacité n'est perceptible que quand le nombre de cellules cancéreuses à tuer est petit (facteur limitant).

b) Les moyens chirurgicaux

Ils sont variés et diversifiés obéissant aux règles de la chirurgie carcinologique.

- les gestes portant sur la tumeur :

- l'exérèse par voie endobuccale ;
- oro-pharyngectomie par pharyngotomie latérale ;

- la bucco-pharyngectomie transmandibulaire ;
- les procédés de reconstruction pharyngée peuvent faire appel à un lambeau de paucier, une greffe de Dargent, une transposition du sterno cléido mastoïdien, des lambeaux cutanés et musculo-cutanés etc.

- Les gestes portant sur les adénopathies :

- soit un curage fonctionnel : cellulo adénectomie large respectant les muscles, les gros vaisseaux et les nerfs ;
- soit un curage radical qui emporte les muscles et le nerf spinal ;
- l'adénectomie s'adresse aux relicats post-radiques ;

- Autres gestes

- trachéotomie dans les cas de dyspnée paroxystique ;
- gastrostomie d'alimentation ;

c) Les moyens physiques

Ils sont représentés par la radiothérapie[34].

Nous pouvons citer :

- la radiothérapie externe exclusive orientée sur le lit tumoral et les aires ganglionnaires. Cela nécessite une préparation du malade (soins dentaires ; repères ; protection des organes nobles).La dose totale est comprise entre 65 et 70gy fractionnée et étalée sur 5 à 7 semaines.
- la curiethérapie à l'aide de gouttières vectrices [76] .

Différentes modalités radiothérapeutiques s'offrent aux praticiens. Ainsi nous avons : une radiothérapie curative, post-opératoire et palliative.

2– 11.3. Les indications

L'indication thérapeutique n'est posée que lorsque le diagnostic histologique est confirmé. Elle dépend :

- de la lésion (formes histologique et macroscopique ;siège ;extension) ;

- du terrain (éthylisme ; tabagisme ; éthylo-tabagisme ; immunodépression)
- des moyens dont on dispose ;
- des équipes.

a) Cas des cancers du rhinopharynx

Les carcinomes sont les plus fréquents. Le traitement repose sur la radiothérapie de la tumeur et des aires ganglionnaires. La chirurgie se limite à l'exérèse d'éventuels reliquats ganglionnaires plusieurs mois après l'éradication [9].

- La survie dépend du type histologique, de la taille de la tumeur et de l'importance de l'envahissement ganglionnaire :

- selon le type histologique, malgré le risque métastatique, la survie est deux fois supérieure dans les UCNT que dans les formes différenciées, respectivement 53% et 26% à 3 ans, selon l'expérience de l'Institut Gustave Roussy [50] ;
- selon la taille de la tumeur, l'ostéolyse de la base du crâne (T4) se solde par un taux d'échecs élevé, surtout s'il s'agit de formes différenciées. La survie est alors inférieure à 20% à 5 ans quelque soit l'extension ganglionnaire cervicale ;
- selon l'importance de l'envahissement ganglionnaire (N3) et en particulier l'extension ganglionnaire au groupe inférieur du cou sont des éléments défavorables, en raison des risques métastatiques relatifs[19].

- Les échecs sont rencontrés à deux niveaux :

- l'échec local, elle est fonction de l'extension tumorale et de l'histologie ;

- l'échec métastatique est fonction de l'envahissement ganglionnaire et de l'histologie. Les métastases sont fréquentes quand les ganglions sont volumineux (N> 6cm), de topographie basse, sus-claviculaire et surtout s'il s'agit d'un UCNT[19].

Ces métastases sont surtout osseuses, hépatiques, pulmonaires, axillaires et inguinales.

b) Cas des cancers de l'oropharynx

Il est important de bien distinguer 2 grands groupes tumoraux :

- Les tumeurs développées sur une muqueuse reposant sur du tissu lymphoïde : amygdales palatines, amygdales linguales sont en règle générale radiosensibles et le contrôle local (notamment les carcinomes peu différenciés) est en général bon. Mais le pronostic est toujours lié à l'apparition possible de métastases à distance [47] ;
- Les tumeurs développées sur les masses musculaires, notamment base de langue, dont les indications préférentielles sont chirurgicales.

Dans les 2 cas, il est important de rechercher l'extension tumorale aux structures osseuses[37 ;38 ;39 ;41 ;68].

c) Cas des cancers de l'hypopharynx

Le problème thérapeutique actuel des cancers de l'hypopharynx réside non dans le traitement des tumeurs de faible volume où la préservation du larynx est possible par la chirurgie conservatrice ou la radiothérapie mais dans les formes avancées où l'on tente de préserver le larynx par des traitements associant chimiothérapie néo-adjuvante et radiothérapie externe [9 ;12 ;69 ;94] .

- Le traitement chirurgical du site tumoral [12 ; 15 ; 60 ; 87 ; 100]

Le problème essentiel est posé par la nécessité de pratiquer l'exérèse carcinologiquement satisfaisante de la lésion pharyngée tout en préservant le larynx. Il faut d'abord évaluer la faisabilité de la chirurgie conservatrice de la

fonction laryngée, puis définir la technique chirurgicale appropriée à la tumeur [15 ; 100].

Les cancers de faible volume (T1 et T2) du sinus piriforme sont accessibles à une chirurgie conservatrice du larynx (hémi-pharyngo-laryngectomie supra-cricoïdienne, pharyngo-laryngectomie partielle supra-glottique) [61]. Dans tous les autres cas, une pharyngo-laryngectomie totale doit être pratiquée [85].

Si le cancer de l'hypopharynx s'étend à l'œsophage cervical ou s'il existe une seconde localisation tumorale œsophagienne simultanée, il faut pratiquer une pharyngo-laryngectomie totale circulaire associée à une œsophagectomie totale. La reconstruction digestive est faite par transplant colique ou gastrique dans le médiastin postérieur [9 ; 15].

- Le traitement chirurgical des aires ganglionnaires

L'importance de la lymphophilie des cancers de l'hypopharynx impose le traitement systématique des aires ganglionnaires et ce quel que soit le siège de la tumeur. Le type de l'intervention réalisée dépend de la présence ou non d'adénopathies cliniquement décelables de leur siège, de leur taille, et de leur uni ou bilatéralité [60 ; 62].

Deux sortes d'évidements ganglionnaires sont praticables, conservateur ou fonctionnel encore appelé par certains cellulo-adénectomie élargie, et non conservateur encore appelé radical.

- La radiothérapie [9 ; 12]

La source d'irradiation la plus couramment utilisée est le télécobalt dont les rayons émis par le Cobalt 60 sont de 1,25 MV. Une irradiation large du site tumoral et des chaînes ganglionnaires bilatérales est en règle systématique, que la radiothérapie soit administrée à titre exclusif ou à titre prophylactique en post-opératoire.

La radiothérapie exclusive à visée curative distribue une dose variant entre 60 et 75 Gy (dose cible) en fonction du fractionnement et de l'étalement (en règle 6 à 8 semaines) [9 ; 20].

L'avantage primordial de la radiothérapie exclusive est de préserver les fonctions physiologiques laryngées. Plusieurs essais thérapeutiques portent actuellement sur les associations radiothérapie-chimiothérapie concomitante ou alternée, et sur la chimiothérapie utilisée comme radiosensibilisant [106]. En cas d'échec après radiothérapie première (non stérilisation ou récurrence locale), le sacrifice complet du pharynx et du larynx sera souvent la seule intervention réalisable ; les difficultés de la chirurgie de rattrapage après irradiation et les complications parfois mortelles ont amené un grand nombre de chirurgiens à préférer la chirurgie première. Après radiothérapie exclusive, les échecs carcinologiques locorégionaux sont plus fréquents en cas de tumeur ou adénopathie volumineuse [9 ; 12].

La radiothérapie préopératoire a pour but de réduire le volume tumoral avant l'intervention. Les doses administrées sont de l'ordre de 50 Gy. Elle est rarement utilisée compte-tenu des complications post-opératoires liées aux troubles de la cicatrisation[9 ; 12 ; 17].

La radiothérapie post-opératoire repose sur le concept du traitement de la maladie au stade intra-clinique par irradiation du site tumoral et des aires ganglionnaires à des doses n'excédant pas 50 à 55 Gy. Elle est indiquée en présence d'adénopathies cervicales métastatiques ou en rupture capsulaire [17].

NOTRE ETUDE

3 – NOTRE ETUDE

3-1. OBJECTIFS

3-1.1. Objectif général

Etudier les aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques du cancer du pharynx au CHN-YO.

3-1.2. Objectifs spécifiques

1. Déterminer le profil épidémiologique du cancer du pharynx au CHN-YO ;
2. Identifier les éléments diagnostiques du cancer du pharynx
3. Analyser les résultats thérapeutiques du cancer du pharynx au niveau du CHN-YO ;
4. Faire des suggestions en vue d'améliorer la prise en charge du cancer du pharynx au CHN-YO.

3-2. METHODOLOGIE

3– 2.1. Type de l'étude

Il s'agit d'une étude rétrospective sur 10 ans, couvrant la période de janvier 1989 en décembre 1998.

3 – 2.2. Cadre de l'étude

Notre étude s'est déroulée dans le service d'O.R.L. du CHN-YO qui reçoit aussi bien des résidents de Ouagadougou (Capitale du Burkina - Faso), que des évacués d'autres localités.

Ce service est doté :

- d'un (1) bloc opératoire ;
- de trois (3) salles de consultation pour médecins ORL ;
- de deux (2) salles de consultation pour infirmiers spécialisés en O.R.L ;

- d'une (1) salle d'audiométrie et de six (6) salles d'hospitalisation d'une capacité d'accueil de 14 lits.

Le personnel se compose comme suit :

- Un (01) Maître de conférence agrégé en O.R.L.
- Deux (2) médecins spécialistes O.R.L.,
- Vingt (20) infirmiers spécialisés dont :
 - 15 (quinze) attachés de santé spécialistes O.R.L.
 - 2 (deux) infirmiers brevetés spécialistes O.R.L.
 - 2 (deux) attachés de santé spécialisés en anesthésiologie ;
 - et 1 (un) attaché de santé spécialisé en audiologie ;
- Deux (02) manœuvres.

Le service d'O.R.L. du CHN-YO reste le seul centre de référence de la spécialité malgré l'ouverture d'un service O.R.L. à l'Hôpital National Souro SANON de Bobo-Dioulasso. Du fait de l'insuffisance de médecins spécialistes, l'accent a été mis sur la formation d'infirmiers spécialisés qui occupent les unités O.R.L. dans les 9 centres hospitaliers régionaux du pays.

3-2.3. MATERIEL ET METHODE

a) Matériel

Nous avons eu à utiliser les dossiers des patients ayant consulté dans le service d'O.R.L. du CHNYO pendant la période de l'étude :

- Les registres de consultation des médecins
- Les registres d'anatomo-pathologie ;
- Les registres des protocoles opératoires du service d'ORL.
- Les rapports statistiques sanitaires.

b) Méthode

Il s'agit d'une étude rétrospective sur dossiers des patients porteurs d'un cancer du pharynx reçus dans le Service d'O.R.L. du CHN-YO durant la période comprise entre le premier janvier 1989 et le trente et un décembre 1998.

Les variables qui ont été étudiées dans ce travail sont :

- l'âge ;
- le sexe ;
- la profession ;
- les antécédents ;
- les renseignements cliniques :
 - . motif de consultation ou d'hospitalisation
 - . mode de début,
 - . durée d'évolution des symptômes d'appel,
 - . les signes physiques
 - . les données endoscopiques.
- Les renseignements paracliniques :
 - . histologie,
 - . radiologie,
 - . biologie + ou –
- La classification T N M ;
- Le traitement effectué ;
- L'évolution :
 - . les suites opératoires,
 - . les résultats fonctionnels,
 - . les résultats carcinologiques.

Nous avons retenu parmi les dossiers suspects d'un cancer du pharynx ceux qui présentent :

- une observation clinique complète et ;
- une confirmation histologique.

Nous avons exclu :

- les dossiers avec observation clinique incomplète ;
- les dossiers non histologiquement confirmés.

3-3. RESULTATS

Nous avons choisi de présenter nos observations suivies d'un résumé des résultats principaux.

OBSERVATION N° 1

Mr S.S., 58 ans, cultivateur, domicilié à Tougan référé le 08/10/90 par le CM de Tougan pour une consultation en ORL du CHN – YO : Il présentait une dyspnée avec empatement cervical.

HDM : Le début remonte à 4 mois par l'apparition d'un empatement qui va croître progressivement avec installation récente avant l'hospitalisation d'une dyspnée qui motive le transfert vers le CHN – YO.

ATCD : Ethylo tabagisme chronique de plus de 30 ans .

Examen : . Etat général médiocre avec état de dénutrition ;
. Mauvais état bucco- dentaire (dents cariées) ;
. *L'examen au miroir frontal montre une tuméfaction de l'amygdale palatine droite, ulcéro – bourgeonnante d'environ 5 cm ;*
. Adénopathies cervicales bilatérales de 4 cm de diamètre ;
. Oropharynx rétréci.

Histologie : Envahissement carcinomateux ;

Radiographie du cou : Déviation gauche de la trachée.

Radiographie pulmonaire : Image de métastases pulmonaires.

Classification TNM : T₃ N₂ M₁.

Traitement

- . Hospitalisé le 08 /10/90 ;
- . Traitement médical : Antibiotiques + Corticoïdes + Anti inflammatoire + Antiseptique buccal.

Evolution : Sorti sans avis médical le 11/11/90 et perdu de vue depuis ce jour.

OBSERVATION N° 2

Mr K.J., 50 ans, Chef de chantier domicilié au secteur 28 de Ouagadougou, consulte dans le service d'O.R.L. du CHN – YO le 24 /10 / 90 pour dysphagie progressive associée à une otalgie bilatérale.

HDM : Dysphagie progressive évoluant depuis 04 mois avec otalgie bilatérale.

ATCD : Alcool-tabagisme chronique de plus de 30 ans.

Examen :

- . Etat général passable ;
- . Début de dénutrition avec fonte musculaire ;
- . L'examen au miroir frontal révèle une tumeur ulcéro-bourgeonnante des deux amygdales palatines avec envahissement de la paroi postérieure et la base de la langue ;
- . Mauvais état bucco dentaire ;
- . Pas d'adénopathies cervicales palpables.

Histologie : Carcinome épidermoïde différencié ;

Radiographie pulmonaire : Transparence pulmonaire normale.

Classification TNM : T₃ N₀ M₀.

Traitement

- . Hospitalisé le 24/10/90 ;
- . Traitement médical : Antibiotiques + anti inflammatoire + Antiseptique buccal + Cyclophosphamide en perfusion.

Evolution : Patient sorti sans avis médical le 15/02/91 et perdu de vue depuis ce jour.

OBSERVATION N° 3

Mr S.A., 46 ans, cultivateur domicilié au secteur 4 de Ouagadougou consulte en ORL du CHN – YO le 30/07/91 pour dysphagie aux solides accompagnée d'hypersialorrhée.

HDM : Dysphagie progressive d'abord aux solides puis aux liquides apparue il y a environ 3 mois associée à une hypersialorrhée de quelques jours.

ATCD : Ethylo – tabagisme chronique de plus de 15 ans.

Examen :

- . Mauvais état général et bucco dentaire ;
- . Anémie clinique ;
- . La laryngoscopie indirecte montre une masse bourgeonnante localisée au niveau du sinus piriforme gauche de 5 cm de diamètre ;
- . Macro adénopathie sous digastrique droite d'environ 4 cm de diamètre.

Endoscopie : Faite le 02/08/94 objective une masse bourgeonnante infiltrante sale avec stase salivaire au niveau du sinus piriforme gauche et hypomobilité de l'hémilarynx gauche.

Histologie : Carcinome épidermoïde bien différencié mature et infiltrant ;

Radiographie pulmonaire : Transparence pulmonaire normale.

Classification TNM : T₃ N₂ M₀.

Traitement :

- . Hospitalisation le 30/07/91 ;
- . Traitement médical : Antibiotique + corticoïde + antalgique et réanimation ;
- . Adénectomie faite le 19/05/95 au Ghana.

Evolution : Dysphagie totale avec adénopathies cervicales multiples. Le 02/06/95, il sort sans avis médical et perdu de vue depuis ce jour.

OBSERVATION N° 4

Mme O.M., 60 ans, ménagère résident à Kongoussi référé par le CM de Kongoussi pour une consultation spécialisée en ORL du CHN – YO le 16/08/91 devant une tuméfaction ulcérée du palais.

HDM : Le début remonte à 5 mois par l'apparition d'une tuméfaction du palais qui va croître en volume et s'ulcérer malgré le traitement. Ce qui motive une consultation au CHN – YO pour prise en charge.

ATCD : Chique le tabac depuis sa jeunesse.

Examen : . Etat général médiocre (état de dénutrition) ;
. Mauvais état bucco-dentaire (dents cariées) ;
. L'examen au miroir frontal montre une tumeur ulcéro –
bourgeonnante du palais mou d'environ 5cm de diamètre ;
. Adénopathies cervicales bilatérales dures mobiles et indolores de
4 cm de diamètre.

Histologie : Carcinome épidermoïde bien différencié et infiltrant.

Radiographie des sinus : Pas de lésions osseuses.

Radiographie pulmonaire : Transparence pulmonaire normale.

Classification TNM : T₃ N₂ M₀.

Traitement :
. Hospitalisée le même jour ;
. Traitement médical : Antibiotiques + anti inflammatoire.

Evolution : Sortie à la demande de la famille le 11/10/91 et perdue de vue
Depuis ce jour.

OBSERVATION N° 5

Mr O.M, 34 ans, chauffeur domicilié au secteur 23 de Ouagadougou, consulte au CHN-YO en ORL pour dysphagie progressive associée à une dysphonie.

HDM : Le début il y a huit mois, marqué par une dysphagie progressive d'abord aux solides puis aux liquides. Apparition récente d'une dysphonie motivant une consultation en ORL au CHN-YO .

ATCD : Croque la cola depuis plus de 15 ans.

Examen :

- . Etat général médiocre (amaigrissement) ;
- . Mauvais état bucco dentaire (dents cariées) ;
- . Laryngoscopie indirecte montre une tuméfaction bourgeonnante et hémorragique de l'hypopharynx dans son ensemble avec une atteinte de l'hémilarynx droit ;
- . Anémie clinique ;
- . Adénopathies cervicales, bilatérales, mobiles indolores de 3 cm de diamètre.

Endoscopie : Faite le 15/04/92 : révèle une tumeur bourgeonnante et hémorragique de la paroi postérieure de l'hypopharynx étendue à tout le reste de l'hypopharynx et de l'hémilarynx droit. La glotte n'est pas visible et les aryténoïdes sont immobiles.

Histologie : Carcinome épidermoïde mature kératinisant.

RX pulmonaire : Transparence pulmonaire normale.

Classification TNM : T₃ N₂ M₀

Traitement :

- . Hospitalisé le 02/04/92
- . Traitement médical : Antibiotique + Corticoïdes ;
- . Refus catégorique de l'intervention chirurgicale.

Evolution : Décède le 20/04/92 à l'hôpital dans un tableau de cachexie néoplasique.

OBSERVATION N° 6

Mme B.K. 30 ans, ménagère domiciliée au Sanmatenga consulte en ORL au CHN – YO le 21/04/93 pour dysphagie importante accompagnée de dyspnée.

HDM : Il s'agit d'une dysphagie remontant à plus de 6 mois qui s'est progressivement aggravée. Elle a été d'abord observée pour les solides puis les liquides. Ce qui oblige la patiente à consulter le 21/04/93 en ORL au CHN – YO.

ATCD : Pas d'antécédents particuliers.

Examen :

- . Mauvais état général ;
- . Anémie clinique ;
- . Discret tirage sus-sternale ;
- . Laryngoscopie indirecte montre une tuméfaction volumineuse du sinus piriforme gauche ulcérée étendue à la bouche de l'œsophage ;
- . Adénopathies cervicales, bilatérales dures, indolores de 4cm de diamètre.

Endoscopie : Faite le 23/04/93 révèle une tumeur du sinus piriforme gauche, volumineuse, infiltrante et ulcéro-bourgeonnante étendue à la bouche de l'œsophage rendant impossible l'œsophagoscopie.

Histologie: Carcinome épidermoïde modérément différencié du sinus piriforme

Radiographie pulmonaire : Transparence pulmonaire normale.

Classification TNM : T₃ N₂ M₀.

Traitement :

- . Hospitalisation le 21/04/93 ;
- . Traitement médical : Antibiotique + corticoïdes.

Evolution : Sortie sans avis médical et perdue de vue depuis le 10/05/93

OBSERVATION N° 7

Mr S.H., 12 ans enfant d'un cultivateur domicilié à KAYA, adressé par le CHR de Kaya le 17/05/94 pour une consultation en ORL au CHN-YO pour prise en charge adéquate devant une obstruction nasale chronique avec rhinolalie.

HDM : Il s'agit d'une obstruction permanente évoluant depuis plus de 9 mois accompagnée récemment (environ 2 mois) d'une rhinolalie. Un traitement décevant fait au CHR de Kaya oblige une orientation vers le CHN – YO en ORL.

ATCD : Pas d'antécédents particuliers.

Examen :

- . Etat général passable ;
- . Tumeur surinfectée du cavum, extériorisée par la fosse nasale gauche ;
- . 3 (trois) adénopathies latéro-cervicales droites, mobiles, indolores de 3 à 4 cm de diamètre.

Endoscopie : faite le 18/06/94 montre une tumeur bosselée du rhynopharynx, non hémorragique, refoulant le voile du palais en avant, située au niveau du cavum.

Histologie : carcinome épidermoïde modérément différencié nécrosé et infiltrant du rhino – pharynx.

Radiographie du cavum : Métastases des os de base du crane.

Radiographie pulmonaire : métastase pulmonaire.

Classification TNM : T₄ N₂ M₁.

Traitement :

- . Hospitalisé le 17/05/94 ;
- . Traitement médical : antibiotiques + Corticoïdes
- . Trachéotomie sous isthmique d'urgence pour dyspnée paroxystique le 19/05/94 ;
- . Exérèse de la tumeur le 26/06/94

Evolution :

- . Récidives + adénopathies latero-cervicales controlatérales observée le 14/07/94.
- . Réadmis en ORL du CHN-YO le 30/08/94, le patient décède dans un tableau de cachexie néoplasique.

OBSERVATION N° 8

Mr M.Y, 67 ans, militaire en retraite résident à Koupéla, a été référé le 10/10/94 par CHR de Koupela en ORL au CHN-YO pour une dysphagie importante accompagnée de crachats sanglants

HDM : Début remonte à 7 mois par l'apparition d'une dysphagie qui va s'aggraver progressivement pour donner une dysphagie sévère s'accompagnant de crachats sanglants.

ATCD : Angines à répétition et éthylo-tabagisme chronique.

Examen :

- . Mauvais état général (dénutrition) ;
- . Mauvais état bucco-dentaire (dents cariées) ;
- . Tumeur ulcéro – bourgeonnante de la loge amygdalienne droite avec infiltration de la base de la langue droite ;
- . Adénopathies droites, dures, ligneuses fixées au plan profond, de siège sous angulo-maxillaire et jugulo-carotidien droit de 6 – 7 cm de diamètre.

Histologie : Carcinome épidermoïde bien différencié et infiltrant avec remaniement nécrotique.

Radiographie pulmonaire : Métastase pulmonaire (ombre tumorale avec lacune inhomogène).

Classification TNM : T₃ N₃ M₁.

Traitement :

- . Refus de l'hospitalisation
- . Traitement médical : antibiotiques + Corticoïdes
- . Opte pour le suivi externe.

Evolution : Patient meurt à domicile dans des conditions non précisées.

OBSERVATION N° 9

Mr OK, 46 ans, cultivateur résident à Nanoro, consulte le 20/12/94 en ORL au CHN – YO pour tuméfaction de l'oropharynx avec dysphagie importante.

HDM : Tuméfaction de l'oropharynx évoluant depuis un an et qui s'est compliquée d'une dysphagie importante depuis 2 mois.

ATCD : Croque la cola dans un contexte d'éthylisme chronique de plus de 20 ans (tous alcools confondus).

Examen :

- . Etat général altéré (dénutrition) ;
- . Mauvais état bucco-dentaire ;
- . Tumeur ulcéro bourgeonnante de 5 cm de diamètre siégeant au niveau de l'amygdale droite avec infiltration de la paroi postérieure de l'oropharynx ;
- . Adénopathies ligneuses, dures sous angulo-maxillaires bilatérales de 3 à 4 cm de diamètre.

Histologie : Carcinome épidermoïde moyennement différencié et infiltrant avec remaniement inflammatoire

Radiographie pulmonaire : Transparence pulmonaire normale

Classification TNM : T₃ N₂ M₀.

Traitement :

- . Hospitalisation
- . Traitement médical : Antibiotiques + Corticoïdes + Antiseptiques buccales

Evolution : Patient sorti sans avis médical depuis le 10/01/95 et perdu de vue depuis ce jour.

OBSERVATION N° 10

Mr S.O., 44 ans, cultivateur résident à Nanoro consulte en ORL du CHN – YO le 14/12/94 pour une Hypertrophie de l'amygdale palatine gauche.

HDM : Le début remonte à 08 mois marqué par une gêne à la déglutition qui va s'aggraver progressivement et motiver une consultation au CSPA de Nanoro où l'infirmier objective une hypertrophie de l'amygdale palatine gauche.

ATCD : Tabagisme chronique de plus de 25 ans (1 paquet/jour).

Examen :

- . Bon état général ;
- . Mauvais état bucco – dentaire (dents cariées) ;
- . Montre une tumeur infiltrante du pilier antérieur et de la loge amygdalienne gauche de 5 cm de diamètre ;
- . Adénopathies ligneuses, dures sous-angulo-maxillaires de 4 cm de diamètre + adénopathies droites palpables de 3 cm de diamètre.

Histologie : Carcinome indifférencié à cellules rondes

Radiographie pulmonaire : Transparence pulmonaire normale.

Classification TNM : T₃ N₃ M₀.

Traitement :

- . Hospitalisation
- . Traitement médical : Antibiotique + Corticoïdes + antiseptiques buccales + anti inflammatoires.
- . Refus catégorique de l'intervention chirurgicale.

Evolution : Sorti sans avis médical et non revu depuis le 25/01/95.

OBSERVATION N° 11

Mme B.R., 54 ans, ménagère domiciliée à Ouagadougou secteur 17 reçue en ORL du CHN – YO le 30/04/96 pour une tuméfaction du palais mou.

HDM : Début remonte à 5 ans avec l'apparition d'une tuméfaction au niveau du palais mou qui va progressivement augmenter de volume et motiver la consultation.

ATCD : Chique du tabac depuis plus de 30 ans.

Examen :

- . Bon état général ;
- . Mauvais état bucco – dentaire (dents cariées) ;
- . Découvre une tumeur ferme, mobile du palais mou, mesurant 5cm de diamètre ;
- . Pas d'adénopathies cervicales trouvées à la palpation.

Histologie : Adénome pleïmorphe d'une glande salivaire accessoire avec une zone d'adénocarcinome

Radiographie pulmonaire : Non faite

Radiographie du cavum : Non faite

Classification TNM : T₃ N₀ Mx.

Traitement :

- . Refus de l'hospitalisation
- . Traitement médical : Antibiotique + anti - inflammatoires

Evolution : Perdu de vue depuis le 4/05/96.

OBSERVATION N° 12

Mme C.T., 50 ans, ménagère domiciliée à Koubri a été reçue en ORL au CHN – YO le 27/08/96 pour otalgie rebelle droite associée à une masse latéro – cervicale droite.

HDM : Il s'agit d'une masse qui s'est développée au niveau de la région latéro – cervicale droite depuis 5 mois et qui va s'accroître progressivement en volume et s'accompagner d'otalgie droite rebelle au traitement motivant une consultation en ORL au CHN- YO pour une meilleure prise en charge.

ATCD : Chique du tabac depuis plus de 20 ans.

Examen :

- . Mauvais, état général (dénutrition)
- . Mauvais état bucco-dentaire (dents cariées)
- . Laryngoscopie indirecte : tumeur ulcérée siégeant au niveau du cavum.
- . Macroadénopathies latéro-cervicales droites douloureuses, dures mobiles et Indolores de 7 cm de diamètre.
- . Paralysie de l'hémilangue homolatérale (XII).
- . Otite moyenne droite

Endoscopie : Faite le 01/09/96 découvre une tumeur ulcéro-infiltrante siégeant au niveau du cavum et saignant au contact.

Histologie : Carcinome épidermoïde moyennement différencié et infiltrant avec stroma inflammatoire.

Radiographie pulmonaire : Transparence pulmonaire normale.

Classification TNM : T₄ N₃ M₀.

Electrocardiogramme : Arythmie sinusale, extrasystole ventriculaire

Traitement :

- . Hospitalisée le 27/08/96
- . Traitement médical : Antalgiques + antibiotiques + anti inflammatoire.

Evolution : Sorti sans avis médical le 07/01/97 et perdu de vue depuis ce jour là.

OBSERVATION N° 13

Mr Y.L., 48 ans, plombier à Ouagadougou au secteur 20, consulte le 26/03/97 en ORL au CHN- YO pour une dyspnée laryngée précédée d'une dysphagie.

HDM : Le début remonte à 5 mois par une dysphagie unilatérale gauche, d'installation progressive observée d'abord aux solides puis aux liquides. Depuis 2 mois, cette dysphagie s'est compliquée d'une dysphonie accompagnée d'une dyspnée laryngée.

ATCD : Ethylo tabagisme chronique (1 paquet par jour/ et ce depuis 14 ans).

Examen :

- . Mauvais état général (dénutrition) ;
- . Mauvais état bucco-dentaire (dents cariées) ;
- . Laryngoscopie indirecte : volumineuse tuméfaction ulcéro-bourgeonnante de tout le sinus piriforme gauche de 4 cm de diamètre avec atteinte du larynx et de l'oesophage.
- . Plis de déshydratation importants,
- . Anémie clinique
- . Adénopathies cervicales bilatérales, dures et indolores de 3 à 4 cm de diamètre.

Endoscopie : Faite le 29/03/97 montre une volumineuse tumeur ulcéro-bourgeonnante de tout le sinus piriforme gauche avec extension à la paroi postérieure dont elle dépasse la ligne médiane, au larynx et en bas à la bouche oesophagienne. Un important œdème du vestibule laryngé gauche.

Histologie : . Carcinome épidermoïde différencié mature.

RX pulmonaire : Transparence pulmonaire normale.

Classification TNM : T₃ N₃ M₀

Traitement :

- . Hospitalisé le 26/03/97
- . Trachéotomie trans-isthmique le 27/03/97 pour dyspnée laryngée majeure.
- . Gastrostomie de type FONTAN pour dysphagie totale le 5/04/97.
- . Traitement médical : Antibiotique + Corticoïdes.

Evolution : Décède le 24/07/98 des suites de complications infectieuses.

OBSERVATION N° 14

Mr I.A.P., 73 ans, cultivateur à Bousé consulte le 24/09/97 en ORL au CHN – YO pour une tuméfaction du palais accompagnée d'épistaxis.

HDM : Tuméfaction du palais évoluant depuis un an avec accroissement de son volume le tout associé à l'apparition récente d'épistaxis droite de moyenne abondance.

ATCD : Ethylo – tabagisme chronique de plus de 50 ans.

Examen :

- . Mauvais état général (dénutrition) ;
- . Mauvais état bucco-dentaire (dents cariées) ;
- . Examen au miroir frontal montre une tumeur bourgeonnante de 5cm de diamètre, ulcérée siégeant au niveau du palais mou ;
- . Adénopathies sous angulo-maxillaires gauches mobiles et indolores de 4 cm de diamètre.

Histologie : Carcinome épidermoïde bien différencié et infiltrant.

Radiographie pulmonaires : transparence pulmonaire normale.

Incidence blondeau (sinus): Absence de lésions osseuses.

Classification TNM : T₃ N₂ M₀.

Traitement :

- . Hospitalisé le même jour (24/09/97) ;
- . Traitement médical : Antibiotiques + Anti – inflammatoires.

Evolution : Libéré à la demande de la famille le 28/09/97 et perdu de vue depuis ce jour.

OBSERVATION N° 15

Mr O.A., 52 ans, cultivateur domicilié à Bobo – Dioulasso référé du CHN – SS de Bobo Dioulasso le 29/09/97 en ORL du CHN – YO pour hypertrophie amygdalienne avec dyspnée.

HDM : Hypertrophie amygdalienne évoluant depuis 03 mois accompagnée de dyspnée récente.

ATCD : Ethylotabagisme chronique avec HTA suivi et stabilisé au niveau du CHN – SS de Bobo Dioulasso.

Examen :

- . Un état général passable
- . Mauvais état bucco dentaire (dents cariées).
- . Tumeur amygdalienne droite ulcéro-bourgeonnante, saignant au contact, de 5cm de diamètre.
- . Pas d'adénopathies cervicales palpables.

Histologie : Carcinome épidermoïde moyennement différencié et infiltrant avec remaniement inflammatoire.

Radiographie pulmonaire : Transparence pulmonaire normale.

Classification TNM : T₃ N₀ M₀.

Electrocardiogramme : Extrasystoles ventriculaires.

Traitement :

- . Hospitalisé le 29/09/97 ;
- . Traitement médical : antibiotique + Corticoïde + antiseptique buccal.
- . Amygdalectomie totale faite dans le service d'ORL du CHN – YO le 1^{er}/10/97.

Evolution : Sorti le 15/10/97 et perdu de vue depuis ce jour.

OBSERVATION N° 16

Mr N.E., 57 ans, cultivateur résident à Kombissiri a été reçu le 12/12/97 en ORL au CHN-YO pour une tuméfaction latéro – cervicale droite associée à une dysphagie.

HDM : Tuméfaction latéro-cervicale droite évoluant depuis plus d'un an avec apparition tardive d'une dysphagie.

ATCD : Pas d'antécédents particuliers.

Examen :

- . Etat général passable ;
- . Mauvais état bucco dentaire (dents cariées) ;
- . Laryngoscopie indirecte : tumeur nécrosée du cavum avec remaniement inflammatoire de 5cm de diamètre ;
- . Adénopathies cervicales gauches, dures, indolores et mobiles de 4 cm de diamètre.

Ponction – biopsie d' adénopathie : Faite le 13/12/97 pour l'examen histologique

Histologie du 03/04/98 : Montre une métastase ganglionnaire d'un carcinome épidermoïde moyennement différencié indiquant la recherche de la tumeur primitive.

Endoscopie du 05/04/98 : découvre une tumeur nécrosée hémorragique du cavum.

Histologie : Carcinome épidermoïde mature infiltrant.

Radiographie du cavum : non faite.

Radiographie pulmonaire : Transparence pulmonaire normale.

Classification TNM : T₃ N₂ M₁.

Traitement :

- . Hospitalisé le même jour ;
- . Traitement médical : antibiotique + anti inflammatoire + Anti – hémorragique ;
- . Radiothérapie + chirurgie faite au Ghana le 08 /07/ 1997.

Evolution : Sorti sans avis médical le 13/11/98 et perdu de vue depuis ce jour.

Le résumé des résultats principaux :

3-3.1. Fréquence

Sur 15 425 consultants reçus dans le service d'ORL du CHN-YO durant la période d'étude, nous avons répertorié 188 cancers de la sphère ORL dont 16 concernant le pharynx. Les cancers du pharynx ont ainsi représenté 08,51% des cancers O.R.L..

3-3.2. Le sexe

Sur nos 16 patients, 12 étaient de sexe masculin et 4 de sexe féminin, soit un sex-ratio de 3 en faveur des hommes.

3-3.3. L'âge

Dans notre étude, la répartition selon l'âge est donnée par la figure ci-dessous.

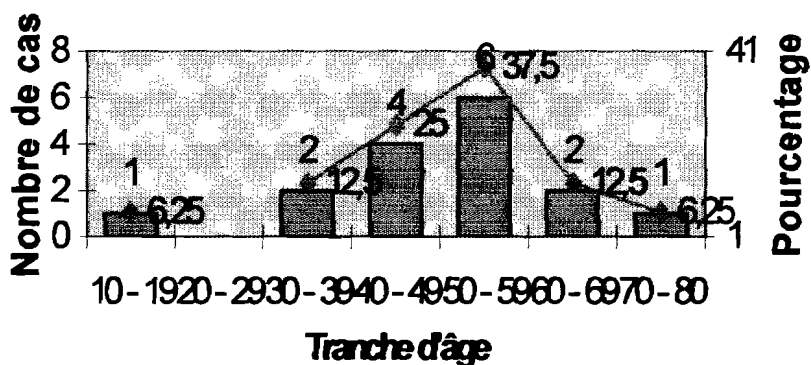


Figure 5 : Répartition des cancers du pharynx selon l'âge et le pourcentage.

Sur les 16 cas, 10 étaient âgés de 40 à 59 ans (soit 62,50% de nos malades).

L'âge moyen est de 49 ans avec des extrêmes de 12 et 73 ans. Il faut remarquer que le patient de 12 ans (Observation n° 7) est un jeune enfant ayant présenté un cancer du cavum.

3-3.4. Facteurs favorisants

Tableau I : Répartition des cancers du pharynx selon l'exposition éthylo-tabagique.

Exposition Siege	Alcool tabac	+	Alcool	Tabac	Ni alcool Ni Tabac	TOTAL
Rhinopharynx	-		-	1	2	3
Oropharynx	5		1	3	-	9
Hypopharynx	2		-	-	2	4
TOTAL	7		1	4	4	16

3-3.5. Délai de consultation

Le délai de consultation chez nos 16 patients a été assez long. En effet il va de trois mois à cinq ans avec une moyenne de plus de 10 mois.

3-3.6. Motif de consultation

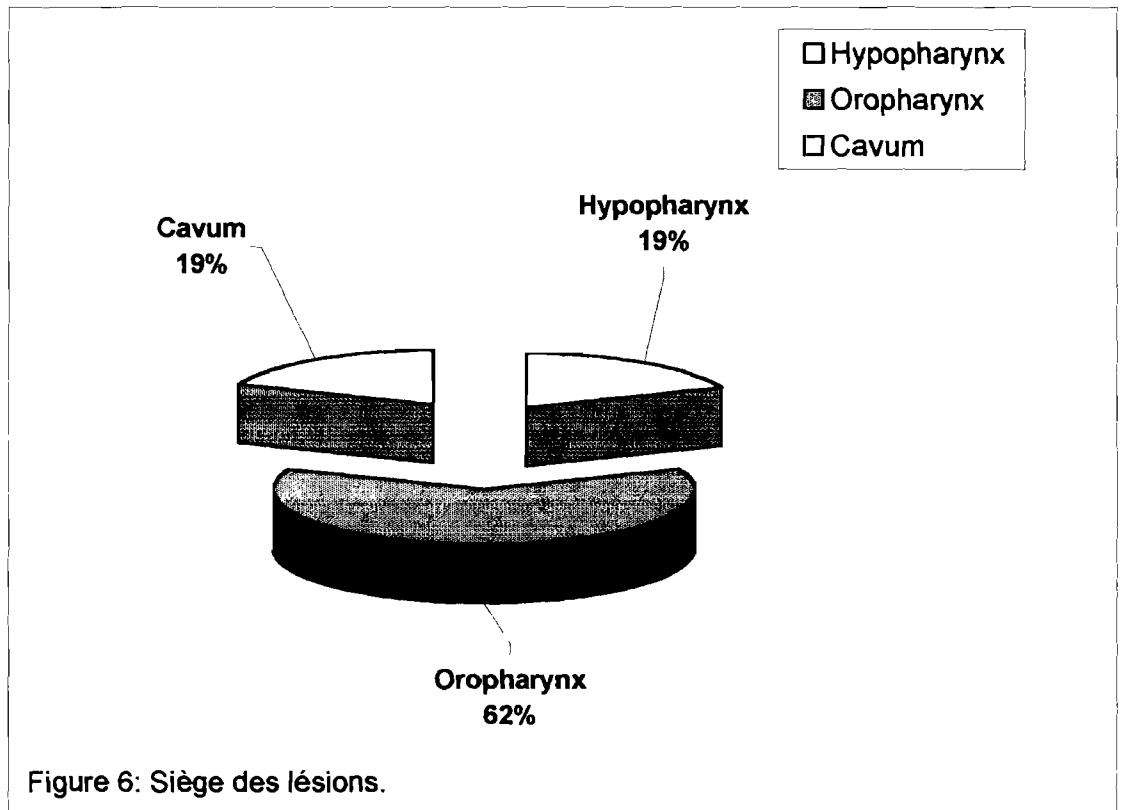
Tableau II : Répartition des cas en fonction des signes fonctionnels

Signes Fonctionnel s	Dysphagie	Dyspnée	Adénopathie	Epistaxis	Dysphonie	Angine à répétition	Obstruction Nasale	Rhinolalie	Hypersia- lorrhée
Nombre de cas	8	4	7	1	1	1	1	1	1
%	50	25	43,75	6,25	6,25	6,25	6,25	6,25	6,25

3-3.7. L'état général

Dans notre série l'état général était altéré chez 10 de nos patients, soit 62,50%, et la plupart (12 patients) a été classée dans l'intervalle de 40 à 60 dans l'échelle de KARNOFSKY.

3-3.8. Les données des examens paracliniques



L'imagerie médicale :

- La radiographie des poumons a été un examen paraclinique obligatoire chez tous nos patients. Un seul ne l'a pas fait. Nous avons noté 15 clichés de radiographie des poumons parmi lesquels nous enregistrons 3 métastases pulmonaires.
- Radiographie des sinus (incidence blondeau) :
Deux clichés ont été répertoriés à la recherche de lésions osseuses. Aucune lésion osseuse n'a été constatée.
- Radiographie du cavum :
Un seul cliché a été répertorié pour un cancer du cavum avec métastase des os de la base du crâne.

- La TDM ou IRM : aucun de ces examens n'a été effectué
- Les aspects macroscopiques à l'endoscopie ou au miroir laryngé des lésions que nous avons noté ont été les suivantes :
 - (03) lésions bourgeonnantes ;
 - (01) lésion infiltrante ;
 - (01) lésion ulcérée ;
 - (11) lésions associées.

3-3.9. Les données de l'histologie

Tableau III : Types histologiques des cancers du pharynx recensés.

Formes histologiques	Nombre de cas
Carcinomes épidermoïdes	14
Carcinome indifférencié	1
Adénocarcinome	1
TOTAL	16

3-3.10. Classification TNM de nos malades

TABLEAU IV : Répartition de nos patients selon la classification de l'UICC, 1987.

Adénopathie Tumeur	N0	N1	N2	N3	TOTAL
T1	-	-	-	-	-
T2	-	-	-	-	-
T3	04	-	08	03	15 (93,75%)
T4	-	-	01	-	01(06,25%)
TOTAL	04(25%)	-	09(56,25%)	03(18,75%)	16(100%)

Tous nos patients se sont présentés à un stade très avancé de leur maladie soit T3 - T4 ; 12 (douze) d'entre eux présentaient déjà des adénopathies cervicales chroniques. Selon la classification par stade, 12 de nos patients se sont présentés au stade III et IV soit 75% de notre effectif.

3-3.11. Les traitements reçus par nos patients

a) Traitement à visée curative :

- **Traitement médical :** Un seul patient (observation n°2) a bénéficié d'un traitement curatif à base de cyclophosphamide en perfusion mais ce patient a été perdu de vue précocement.
- **Traitement chirurgical :** Deux exérèses de tumeurs dont une amygdalectomie droite (Observation n°15) et une exérèse d'une tumeur du cavum (Observation n°07).

b) Traitement symptomatique :

- Traitement médical :

Tous nos patients ont été l'objet d'une antibiothérapie et d'un traitement antiinflammatoire. Les corticoïdes, les antalgiques et les antiseptiques buccaux ont été les moins utilisés.

- Traitement chirurgical :

Parmi les gestes chirurgicaux d'urgence, il a été réalisé :

- . deux (2) trachéotomies d'urgence pour dyspnée laryngée paroxystique ;
- . une (1) gastrostomie d'alimentation de FONTAN ;

3-4. DISCUSSIONS

3-4.1. Limites générales de l'étude

- L'ensemble des problèmes liés à la gestion des dossiers d'hospitalisation et fiches de consultation fait que les observations cliniques étaient parfois sommaires et les mises à jour non souvent notées rendant difficile l'analyse des événements évolutifs notamment carcinologiques.
- L'absence de confirmation histologique pour de nombreux cas cliniquement suspects a réduit considérablement l'effectif de notre étude qui est passé de 34 à 16 patients.

Un grand nombre de nos malades n'ayant pas bénéficié de traitement à visée curative soit par refus délibéré ou perte de vue soit par les limites de moyens thérapeutiques, le volet thérapeutique de notre étude se trouve limité.

3-4.2. Les aspects épidémiologiques[96]

a) Fréquence

La fréquence des cancers du pharynx est diversement appréciée de par le monde.

Une estimation pour la France a été calculée à partir des registres du Bas-rhin, du Calvados, de la Côte -d'Or, du Doubs, de l'Herault, de l'Isère, de la Somme et du Tarn pour la période 1983 – 1987 [1 ;25] .Ainsi estimés, les taux d'incidence bruts de cancers du pharynx sont de 27,4 pour 100.000 hommes et 1,4 pour 100.000 femmes soit 7759 nouveaux cas par an. Les cancers de l'oropharynx représentaient 50% de l'ensemble de cancers du pharynx [1 ;25] et au moins 20.000 cas sont diagnostiqués chaque année. Ces tumeurs malignes de l'oropharynx représentent un problème important de santé publique en France.

Dans le Sud de la chine et une partie de l'Asie du Sud-Est, c'est le cancer du cavum ,en particulier le nasopharyngeal carcinoma, qui constitue un véritable problème de santé publique comme l'indique de nombreuses études. Dans ces régions le NPC représente le premier cancer de l'homme et le premier des cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS) : 20 à 30 pour 100.000 habitants [49 ; 80 ; 96].

Dans nos pays, cette fréquence est très difficile à situer avec précision en l'absence de registres nationaux de cancers. De ce fait on ne peut s'appuyer que sur des cas colligés dans les services O.R.L. En 1992, dans une étude portant sur 990 pièces de tumeurs malignes colligées dans le service d'anatomopathologie du CHN-YO, J.B. ANDONABA avait trouvé que 12,33% des cancers étaient ceux de la sphère ORL et stomatologique [4]. Dans la même année et dans le même service, KONSEM en se basant sur les registres d'anatomie pathologie du service avait trouvé que la fréquence de la pathologie du cancer ORL au Burkina était de 8,30% [54].

Sur une période de 10 ans, 16 cas de cancers du pharynx confirmés par l'histologie ont pu être recensés dans le service O.R.L. du CHN-YO, soit 1,6 cas par an en moyenne.

Ces chiffres ne reflètent pas la réalité quand on sait que de nombreux malades n'arrivent pas jusqu'à l'hôpital soit par inaccessibilité aux structures de soins (éloignement, manque de moyens) soit par choix délibéré de la médecine traditionnelle et que bon nombre de cas cliniquement suspects (18 patients) n'ont pu être confirmés.

En effet, 18 cas cliniquement suspects de malignité n'ont pu bénéficier de biopsies car 6 d'entre eux présentaient des contres-indications à l'anesthésie générale, les 12 autres ont été perdus de vue dans l'attente des résultats des

examens pré-anesthésiques. En dépit de tout cela, la fréquence des cancers du pharynx reste importante, puisqu'elle représente 8,51% des 188 cancers de la sphère ORL recensés pendant la période de notre étude.

De façon globale, nos résultats sont comparables à ceux d'autres auteurs de la sous région. Ainsi, DIOP et REYNAUD au Sénégal ont publié en 1971, 43 cancers du pharynx sur 338 cancers de la sphère ORL colligés à DAKAR de 1959 à 1970 (11 ans d'étude) soit 12,72% [27] . KABRE, en 1987, présentait au CHU de DAKAR 12 cas de cancers de l'hypopharynx sur un total de 31 cas cliniquement suspects, soit 39 % des cas.

b) L'âge

Dans notre étude, la répartition selon l'âge est donnée par le tableau ci-dessous.

Tableau V : Répartition des cancers du pharynx selon l'âge.

Tranche d'âge en année	Nombre de cas	Pourcentage
10 – 19	1	6,25
20 – 29	-	
30 – 39	2	12,50
40 – 49	4	25,00
50 – 59	6	37,50
60 – 69	2	12,50
70 et plus	1	6,25
Total	16	100,00

examens pré-anesthésiques. En dépit de tout cela, la fréquence des cancers du pharynx reste importante, puisqu'elle représente 8,51% des 188 cancers de la sphère ORL recensés pendant la période de notre étude.

De façon globale, nos résultats sont comparables à ceux d'autres auteurs de la sous région. Ainsi, DIOP et REYNAUD au Sénégal ont publié en 1971, 43 cancers du pharynx sur 338 cancers de la sphère ORL colligés à DAKAR de 1959 à 1970 (11 ans d'étude) soit 12,72% [27] . KABRE, en 1987, présentait au CHU de DAKAR 12 cas de cancers de l'hypopharynx sur un total de 31 cas cliniquement suspects, soit 39 % des cas.

b) L'âge

Dans notre étude, la répartition selon l'âge est donnée par le tableau ci-dessous.

Tableau V : Répartition des patients par tranche d'âge.

Tranche d'âge en année	Nombre de cas	Pourcentage
10 – 19	1	6,25
20 – 29	-	
30 – 39	2	12,50
40 – 49	4	25,00
50 – 59	6	37,50
60 – 69	2	12,50
70 et plus	1	6,25
Total	16	100,00

C'est le rôle irritatif local joué par l'alcool et le tabac, et surtout l'association des deux qui est redoutable. Leur action synergique multiplie les risques et produirait des réactions en chaîne dans l'apparition du cancer.

a) L'exposition éthylo – tabagique [52 ; 73 ; 92]

Dans notre étude la répartition des cancers du pharynx en fonction de l'exposition éthylo-tabagique montre 11 patients exposés au tabac et à l'alcool, soit 69 % dont presque la moitié sont éthylo-tabagique (43.75 %).

b) Le tabac

Le tabac est le principal facteur de risque[79]. Il a une action par des cancérigènes directes (benzopyrènes) et par brûlure chronique. Dans notre étude, 10 de nos patients sur les 16, tous de sexe masculin étaient des fumeurs actifs depuis plusieurs années (Soit 62,5% de nos malades).

VODOUHE et collaborateurs au cours d'une étude rétrospective sur 14 ans à COTONOU ont trouvé jusqu'à 21 tabagiques chroniques sur 33 soit 63,33%. De même ZOHOUN et collaborateurs dans leur étude, avaient constaté ce état de fait[111].

De nos jours, l'implication du tabac dans les cancers du pharynx (oropharynx et hypopharynx exclusivement), de façon spécifique et de façon plus générale dans les cancers des V.A.D.S., est démontrée par de nombreuses études [12 ;18 ;66 ;92 ;111].

Les risques sont importants pour une consommation supérieure à 10 cigarettes par jour [75 ;93]. BOMPOINT dans son étude a montré qu'un paquet de cigarettes par jour représentait la dose moyenne dangereuse et que 15 à 20 ans de tabagisme serait la durée moyenne provoquant l'apparition du cancer, soit

15 à 20 paquets/année. Pour notre étude, dix (10) de nos seize (16) patients identifiés présentaient un tabagisme dépassant la moyenne d'exposition tabagique 50 paquets/ années avec des extrêmes de 30 et 80 paquets / années. Cette moyenne est comparable à celle de VODOUHE et collaborateurs qui trouvaient cependant des extrêmes de 20 et 30 paquets / année [110].

MASHBERG et collaborateurs ainsi que IARC ont montré que la quantité de tabac, la durée du tabagisme, l'usage ou non de filtre et la durée de sevrage influent sur les risques des cancers de la cavité buccale et du pharynx [75 ; 47].

Les risques varient aussi en fonction du type de tabac fumé. Cela a été étayé par 2 études ; l'une menée par SANCHO – GARNIER – H et Collaborateurs [93] et l'autre par DE STEFANI. E. et Collaborateurs [23]. En effet les risques les plus importants sont liés aux cigarettes à teneur élevée en goudron. Cette différence entre les tabacs a été attribuée à la plus forte teneur en N nitrosamines et amines aromatiques de la fumée du tabac brun [45].

Dans une étude beaucoup plus élaborée, HOFFMANN D. et WYNDER E.L. ont démontré qu'après ajustement sur les principaux facteurs (tels que l'âge de début, l'âge, la durée du tabagisme, l'usage de filtre et la durée d'arrêt) le risque est encore 3,4 fois plus important pour les fumeurs de tabac brun que pour les fumeurs de tabac blond [45].

Au Burkina – Faso, aucune étude n'a été menée dans ce sens, prenant en compte la nature de la cigarette, sa couleur, sa quantité en goudron ni sa teneur en N nitrosamines et amines aromatiques.

c) L'alcool

L'alcool, second grand facteur de risque, serait un solvant des cancérigènes du tabac et aurait aussi une action irritative chronique [90 ; 102]. De ce fait, l'alcool agirait comme co-cancérigène et l'éthanol comme promoteur [78]. Ceci permet de comprendre que l'association tabac/alcool multiplie les risques. Quel que puisse être le mécanisme, il n'y a aucun doute que dans les populations occidentales où la consommation d'alcool est largement répandue et socialement admise, l'usage des boissons alcoolisées augmente le risque du cancer du pharynx (oropharynx et hypopharynx), particulièrement quand il est associé à l'usage du tabac. La France où la consommation d'alcool est particulièrement importante vient en tête (Nord Pas de Calais, Normandie et Bretagne sont les plus touchés) [66].

Dans notre série, sept (7) patients sont des alcooliques chroniques dont six (6) alcoolos tabagiques chroniques (soit 43,75% de nos patients). BLANCHET et Collaborateurs trouvaient 63% des cas de sa série consommant plus de 40g d'alcool / jour dans le calvados [13]. PIGNON estimait que 89% des décès par cancer du pharynx chez les hommes et 30% chez les femmes étaient attribuables à l'alcool [84].

c) L'association alcool – tabac

Parmi nos 10 fumeurs, 6 étaient aussi de vrais alcooliques. Il faut dire que ceci est en deçà des réalités quand nous connaissons les habitudes et les comportements de nos populations.

Il est démontré que les risques chez les sujets grands consommateurs à la fois d'alcool et de tabac est de 6 à 15 fois plus élevée que celui des sujets non-buveurs et non-fumeurs [5 ;32;53 ;91 ;92 ;96]. Des études menées par DE STEFANI et collaborateurs ont prouvé que les risques liés à la consommation d'alcool et de tabac sont compris entre 1,6 à 199 en Europe et 3 à 485 en Uruguay [23].

Les différences de résultats suivant les auteurs peuvent être en partie expliquées par les difficultés méthodologiques suivantes :

- Les expositions sont mal définies dans leur nature, leur intensité et leur durée ;
- Les sous-groupes de sujets exposés sont parfois inclus dans des groupes importants de sujets peu exposés ;
- La prise en compte du tabagisme et de l'alcoolisme n'est pas toujours correctement analysé. Ces connaissances parcellaires indiquent surtout qu'il faut rester vigilant devant tout cas diagnostiqué et s'enquérir des expositions professionnelles passées et des habitudes de vie de façon détaillée.

e) Les autres facteurs de risque

- Facteurs nutritionnels :

Les déficits alimentaires en fruits, légumes et en certaines vitamines favoriseraient l'installation du foyer cancéreux. L'absence de ces éléments du régime alimentaire exposerait le pharynx à la survenue de cancer [55 ;73]. Dans notre effectif le niveau socio - économique étant bas, il ne serait pas étonnant que le régime alimentaire soit déficient et participe aux conditions favorables à une néoformation.

- Facteurs professionnels

L'exposition professionnelle semble jouer un faible rôle dans la genèse des cancers du pharynx [14]. Des taux élevés de cancers ont été signalés chez les personnes exposées à des facteurs tels que les fibres minérales ou les brais et goudrons de houille. L'association amiante et cancer du pharynx est également possible, mais les résultats des études ne permettent pas de conclure[29 ;32]. Dans le rapport HEI – AR, des cas de tumeurs du larynx, de l'oropharynx et de

l'appareil digestif ont été signalés dans quelques cohortes de sujets exposés à l'amiante [16].

DUCLOS et collaborateurs, au cours de leur étude, ont fait apparaître un rapport possible entre les cancers de l'amygdale, du voile et de la base de la langue et le métier de transporteur[29].

- **Hygiène bucco – dentaire**

La mauvaise hygiène bucco – dentaire constituerait un facteur promoteur dans le développement des cancers du pharynx, mais son rôle étiologique n'est pas encore bien connu [29 ;104].

D'après MARSHALL, une mauvaise dentition est liée à une augmentation du risque des cancers de la cavité buccale et du pharynx [74]. Pour KABAT et FRANCO par contre il n'y a pas d'augmentation significative du risque lorsque ces risques sont ajustés sur la consommation d'alcool et de tabac [49 ;36]. Les bains de bouche pourraient également être impliqués à travers leurs constituants (alcool 95°, chloroforme etc...) [52 ;108]. Ces risques seraient d'autant plus importants que leur teneur en alcool serait élevée pour les bains de bouche à teneur en alcool > 25% [108]. Le non brossage quotidien constituerait un autre risque [36]. D'autres études sont nécessaires pour confirmer ces résultats.

- **Facteurs viraux**

Certains adénovirus et herpès virus ont été impliqués dans les cancers du pharynx [98]. Les herpès simplex virus ont été particulièrement étudiés, mais leur rôle dans la carcinogenèse reste équivoque [78 ; 98]. Les human papilloma virus 6, 11 et 16 ont été également mis en cause bien qu'il aient été aussi détectés dans la muqueuse normale [109]. De façon beaucoup plus explicite un lien a été établi entre EBV (EPSTEIN BARR VIRUS) et la survenue des NPC. On s'est aperçu qu'il existait des anticorps anti EBV à des titres aussi élevés dans les NPC qui avaient été inclus comme cas témoins que dans les tumeurs de

Burkitt testées. Bien que l'EBV soit un virus lymphotrope, leurs marqueurs viraux, au nombre de deux, sont retrouvés dans les cellules épithéliales. Ces mêmes récepteurs de surface d'EBV sont également mis en évidence sur les lymphocytes B et les cellules épithéliales du cavum [96].

- Facteurs liés à l'environnement

L'intervention d'un facteur environnemental lié au mode de vie est très souvent suggérée dans la plupart des enquêtes épidémiologiques [7 ; 96] sans qu'aucun d'eux ne puisse être retenu avec certitude.

Euphorbiacés et nitrosamines sont en tête d'une longue liste de produits ou alcool et tabac sont exclus. On ne sait pas si ces facteurs agissent par eux-mêmes ou s'ils ne font que réactiver une infection latente de l'EBV qui paraît bien être la cause majeure du NPC [2 ; 7 ; 96].

- Facteurs génétiques

En dehors des facteurs extrinsèques, certains auteurs se sont attachés à rechercher le rôle des prédispositions génétiques dans les cancers de la cavité buccale et du pharynx. Une étude américaine a mis en évidence un risque faiblement augmenté chez les personnes dont un membre de la famille avait un cancer [40]. Des marqueurs de susceptibilité individuelle ont été proposés, par exemple, un nombre moyen de cassures par cellule pourrait être un bon facteur prédictif d'une hypersensibilité phénotypique [21]. La perte de séquence sur le chromosome 3 pourrait être associée aux cancers épidermoïdes de la cavité buccale et du pharynx et servir d'indicateur pronostique [82 ; 33]. Ces résultats méritent d'être confrontés à d'autres études.

Mieux, des populations de certaines régions du monde ont été ciblées comme étant prédisposées à faire les cancers du cavum. En effet JAUSSERAN et collaborateurs avaient mentionné dans leur étude à Marseille en France, que les

sujets porteurs du cancer du cavum étaient d'origine maghrébine ou latino-méditerranéenne [49].

- La répartition géographique des cancers du nasopharynx

Les cancers du nasopharynx, à l'instar des autres cancers du pharynx, sont des cancers typiques de la variation de la répartition des cancers dans le monde.

Trois (3) niveaux de fréquence sont à distinguer pour ces cancers :

- les zones à haut risque dans le sud de la Chine et une grande partie de l'Asie du Sud-Est où l'incidence du NPC atteint 20 à 30 cas pour 100 000 habitants et environ 100 à 120 cas pour 100 000 individus de sexe masculin, âgés entre 45 et 55 ans. Ceci les distingue des autres cancers du pharynx et surtout de ceux de l'appareil digestif dont l'incidence se modifie rapidement après migration en zone à risque différent pour ces cancers (cancers du colon et de l'estomac chez les Japonais ayant émigré aux USA par exemple) ;
- les zones à risque intermédiaire sont constituées essentiellement par le pourtour méditerranéen et l'Afrique de l'Est avec une incidence de 5 à 9 pour 100 000 habitants ;
- un troisième niveau d'incidence très bas de 0,1 à 0,5 pour 100 000 habitants couvrant le monde industrialisé (Europe, Amérique du Nord, Japon, Australie) où le NPC ne représente que 1 à 3 % des cancers des V.D.A.S.. Les cas observés en France sont recensés le plus souvent au sein de la population maghrébine émigrée [49 ; 50].

Dans notre série, les cancers du nasopharynx ont représenté 18,75 % de l'ensemble des cancers du pharynx que nous avons étudiés. Mais notre échantillon ne peut être pris en compte vu les limites de notre étude. Ainsi la classification par zone à risque ne peut être appliquée dans ce contexte.

3-4.4. Les aspects cliniques

Le profil épidémiologique classique du patient atteint d'un cancer du pharynx est celui d'un sujet âgé de plus de 40 ans éthylique et/ou tabagique. Ces deux facteurs favorisants concernent les cancers de l'oropharynx et de l'hypopharynx. Les facteurs incriminés dans les cancers du rhinopharynx sont d'origine virale : il s'agit de l'EBV, de certains adénovirus et herpès virus.

Le tabagisme plus facilement avoué que l'alcoolisme se reconnaît par le mauvais état bucco-dentaire et l'hippocratisme digitale qui témoigne de la chronicité du vice.

Devant un tel terrain, les signes d'appel prennent toute leur importance.

a) Le délai de consultation

Dans nos régions, malheureusement marquées par l'insuffisance de personnels qualifiés et de structures de référence, les premiers consultés n'y pensent pas toujours si bien que le retard à la consultation est important. Ainsi dans notre série le délai de consultation va de 3 mois à 5 ans avec une moyenne de plus de dix (10) mois. KABRE, VODOUHE et collaborateurs relevaient ce retard à la consultation. Les malades arrivaient alors à un stade avancé type T3-T4 ce qui limite et rend difficile la prise en charge thérapeutique [10 ; 53 ; 105].

Si ce délai est moins long dans les pays développés pour les cancers de l'oropharynx et l'hypopharynx, force est de constater que, dans les cancers du cavum, le retard à la consultation est constaté aussi bien dans les pays développés que dans les pays du tiers monde [49]. A ce propos JAUSSERAN et collaborateurs à Marseille ont notifié ce retard qu'ils ont expliqué par la symptomatologie banale et protéiforme et des difficultés d'examen de cette région du pharynx. L'intervalle moyen entre le premier signe et le traitement a été de sept (7) mois [49].

Le retard au diagnostic a constitué un autre obstacle dans la prise en charge rapide des cancers. Plusieurs raisons sont évoquées entre autres :

- la méconnaissance des signes d'appel des cancers pharyngo-laryngés ;
- l'insuffisance de la formation de base ;
- l'absence de formation continue ;
- les erreurs de diagnostics et les diagnostics par excès .

Ces raisons ont pour corollaire une prise en charge inadaptée.

b) Les signes d'appel

- Dans les cancers de l' Oropharynx et l'hypopharynx :

*** La dysphagie :**

La dysphagie a constitué le motif de consultation pour la moitié de nos patients (soit 50% de nos malades). Rencontrée dans les tumeurs malignes de l'oropharynx et de l'hypopharynx, elle va se manifester d'abord aux liquides, puis aux solides mais pouvant être d'emblée aux liquides. Pour le patient et le médecin non averti elle est souvent qualifiée « d'angine » puisque dans certains cas il s'agit d'une odynophagie. Ainsi KABRE mentionnait 9 cas de dysphagie sur 12 soit 75% des motifs de consultation dans son étude portant sur les tumeurs de l'hypopharynx [53]. Ceci est comparable à l'étude menée par VODOUHE et collaborateurs qui trouvaient jusqu'à 86 % de cas de dysphagie comme motif de consultation [105] pour tumeur de l'amygdale palatine.

Le pourcentage de 50 % recensé dans notre étude s'explique par le fait que notre étude porte sur l'ensemble des cancers du pharynx. Si on tient compte du nombre de cancer de l'oropharynx et de l'hypopharynx le pourcentage en fonction du motif de consultation est superposable aux études précédentes [53 ; 105].

*** Les adénopathies**

Dans notre étude, les adénopathies en tant que motif de consultation occupaient le deuxième rang après la dysphagie. En effet 7 de nos patients (observation n° 1 ; 4 ; 9 ; 12 ; 14 ; 15 ; 16) ont consulté pour ce signe d'appel. Il est important de savoir que l'adénopathie cervicale en apparence isolée sans autres signes d'appel peut être révélatrice d'un cancer évolutif du pharynx surtout lorsqu'il s'agit d'un sujet à risque.

KABRE et VODOUHE recensaient respectivement 8 et 4 adénopathies comme motif de consultation dans leurs études [53 ; 105] .

Il ne faut jamais réaliser de biopsie isolée de cette adénopathie car on fait courir au malade le risque d'essaimage tumoral cervical.

Il n'est pas rare que l'adénopathie se présente sous la forme d'une tumeur volumineuse du cou avec parfois des nodules de perméations réalisant, en s'ulcérant, de véritables cratères surinfectés. Ces cas témoignent d'un grand retard de consultation et se voit fréquemment dans les pays en développement [48 ; 53 ; 105] .

*** La dyspnée**

C'est un signe d'appel présenté par 4 de nos patients soit 25% de notre effectif. Il s'agit des cancers de l'hypopharynx et de l'oropharynx qui se partagent équitablement ce signe d'appel. La dyspnée est un signe très peu rencontré dans les autres études [53 ; 105]. Elle se traduit par une bradypnée inspiratoire avec tirage et cornage témoignant d'une néoformation très avancée. Ce signe d'appel traduit également un grand retard à la consultation. Parmi nos quatre (4) patients, deux (2) d'entre eux ont fait l'objet de trachéotomie dont un en urgence dès l'entrée et l'autre au cours de l'hospitalisation.

*** Les autres signes**

Parmi les autres motifs de consultation il faut noter :

La dysphonie, les crachats sanglants et les épistaxis droites qui ont été observés dans les observations n° 05 ; 08 et 14.

L'association des symptômes n'a pas manqué dans notre série. Le praticien doit procéder à un interrogatoire minutieux et à un examen clinique complet du patient.

- les cancers du rhinopharynx :

Les tumeurs malignes du rhinopharynx sont des cancers de diagnostic souvent tardif à cause de sa symptomatologie protéiforme et des difficultés d'examen du rhinopharynx [49].

Dans une étude menée par JAUSSERAN et collaborateurs portant sur deux cent cinq (205) cas, à l'Institut Paoli-Calmette de Marseille (France), il a été rapporté que le premier symptôme était ganglionnaire, soit 43% de son effectif. La symptomatologie otologique et rhinologique occupaient respectivement 38% et 10%, soit le deuxième et le troisième rang [49].

Nos trois (3) malades présentant un cancer du cavum ont consulté avec déjà une volumineuse adénopathie cervicale soit 100% de notre effectif.

c) L'état général [103]

L'état général est un paramètre important non seulement dans le choix de la thérapeutique mais aussi et surtout dans la réussite de celle ci [103].

Dans notre série l'état général était altéré chez 10 de nos patients soit 62,50%.

Comme le rapportent certains auteurs le statut du malade peut être exprimé par l'échelle du KARNOFSKY. Son index tient compte de la capacité de travail, de l'autonomie et de la dépendance du malade. Il est coté de 100 à 0 (

voir tableau échelle de KARNOFSKY). La plupart de nos patients ont été classés dans l'intervalle de 40 à 30

TABLEAU VI : Echelle de KARNOFSKY

Définition	Valeur	Critères
Travail possible	100	Activité normale et asymptomatique
	90	Activité normale symptomatique
	80	Activité normale, difficile, symptomatique.
Travail impossible mais autonomie.	70	Soins propres, peu actif.
	60	Soins propres mais aide occasionnel
	50	Soins médiocres et aide importante
Autonomie impossible	40	Incapacité sans aide et soins spéciaux
	30	A hospitaliser car totalement dépendant.
	20	Grabataire
	10	Agonie
	0	Décès

d) Les explorations paracliniques

- L'endoscopie [71 ; 101]

Nous avons constaté que les formes les plus fréquentes sont les lésions bourgeonnantes et ulcérées (soit 87,50 % des cas).

De même VODOUHE et collaborateurs [104] trouvaient 51,51% de lésions ulcérées et KABRE trouvait jusqu'à 75% de lésions ulcéro-bourgeonnantes dans son étude [53].

Cette notion d'ulcération des lésions dénote du retard à la prise en charge adéquate.

Dans les pays industrialisés comme l'Europe ; les Etats-Unis, caractérisés par un personnel spécialisé étoffé et un plateau technique sophistiqué, ces degrés de lésions sont rarement atteints grâce à la prise en charge précoce.

- L'imagerie médicale [59 ; 99 ; 101]

L'imagerie médicale constitue une étape importante dans le bilan de l'extension.

La radiographie pulmonaire est systématiquement demandée dans le service à la recherche de métastases pulmonaires que nous avons retrouvées chez 3 de nos patients (observation 01 ; 07 ; 08).

Nous avons en plus noté une (1) métastase des os de la base du crâne chez le patient (observation n° 07).

A l'heure actuelle, la tomodensitométrie avec injection de produit de contraste est l'examen de choix dans les centres hospitaliers équipés. Elle supplante les clichés du larynx de profil sans préparation, frontales, et le transit hypopharyngé.

Elle permet d'analyser plus précisément les régions suivantes : la loge hyo – thyro-épiglottique , la région sous glottique, le cartilage thyroïde et cricoïde et les adénopathies cervicales [59]. Elle n'est réalisable au Burkina Faso que depuis l'an 2000.

L'IRM ne semble pas actuellement plus performante que la tomodensitométrie.

L'échographie cervicale avec Doppler pulsé couleur permet de différencier les adénopathies métastatiques infra-cliniques des ganglions sains non envahis.

Cependant, pour les cancers du cavum l'IRM permet une meilleure étude des parties molles parapharyngées du fait d'un meilleur contraste. Elle permet ,

en pondération T2, de différencier les phénomènes inflammatoires et les extensions tumorales, notamment vers les fosses nasales et les cavités du massif facial [101]. Aucun de nos patients n'a pu bénéficier de cet examen .KABRE, DIOP et VODOUHE avaient relevé cet handicap dans la réalisation de cet examen [27 ;53 ;105].

- Les aspects anatomo pathologiques[72]

- Dans la majorité des cas, les cancers pharyngés sont des carcinomes épidermoïdes (carcinomes malpighiens plus ou moins différenciés), plus ou moins matures et invasifs. Ce type histologique représente 82,5% de notre étude comme le montre le tableau VI.

D'autres auteurs ont remarqué la prédominance de ce type histologique :VODOUHE et collaborateurs, et KABRE ont trouvé respectivement 86,95% et 75% [53 ;105]. Patrick et Nicole Marandas ont notifié jusqu'à 95% de carcinomes épidermoïdes dans leur étude.

- Le carcinome in situ est le stade initial du cancer. Il se traduit par la présence des cellules cancéreuses sans que celles ci ne franchissent la membrane nasale. Classification habituelle NIEL grade III. Ce type de lésion est exceptionnellement rencontré dans nos pays à cause du retard de consultation et des mauvaises techniques de pratiques des biopsies. Aucun de nos malades n'a présenté ce type de lésion.
- Le carcinome micro-infiltrant se traduit par un franchissement très limité de la membrane basale avec pénétration des cellules tumorales au niveau du chorion. Nous n'avons pas observé non plus ce type de lésions.

- Les autres cancers sont rares (moins de 5%) : adénocarcinomes ; lymphosarcomes, lymphome malin non hodgkinien,... ; Ces types histologiques sont caractérisés par leur haut degré de malignité avec des métastases ganglionnaires cervicales à distance précoce.

Dans notre série, entre autres facteurs, nous avons remarqué que l'évolution est compromise par le délai relativement long entre la biopsie et les résultats de l'analyse histologique. En effet ce délai est de 2 mois en moyenne avec des extrêmes de 2 semaines et 12 mois. Ce constat est imputable à de nombreux facteurs, mais les plus importants sont le niveau socio- économique précaire de nos patients qui assument tous les frais des examens complémentaires et des soins, l'insuffisance du plateau technique et le nombre très réduit d'anatomo pathologistes (un (1) seul jusqu'en décembre 1994, deux (2) jusqu'en fin 2000).

e) Classification TNM

Tous nos patients soit 100% se sont présentés à un stade très avancé de leur maladie soit T3 - T4 ; 12 (douze) d'entre eux présentaient déjà des adénopathies palpables. La classification par stade retrouve cet état de fait puisque tous ces patients sont arrivés au stade III et IV.

Ce constat décevant à été mentionné par VODOUHE et Collaborateurs [105] qui classait 91,44% de ses patients au stade III et IV. KABRE trouvait 75% de son effectif de cancers de l'hypopharynx au stade III et IV [53]. L'état avancé des lésions est étroitement lié au retard à la consultation, lui-même tributaire de nombreux facteurs :

- la méconnaissance des signes d'appel et de la gravité de la maladie par ces patients ;
- les croyances mystico-religieuses (envoûtements ; sorcellerie ; interdits...) ;

- l'inaccessibilité géographique aux structures sanitaires ;
- l'inefficacité du système de référence ;
- l'insuffisance du plateau technique ;
- le manque de personnel qualifié.

3-4.5. Traitement

Nous allons présenter le volet thérapeutique qui a été très pauvre selon le siège :

a) Cas des cancers du rhinopharynx

- Traitement des carcinomes

Dans notre série, sur les trois (3) cas de NPC observés, deux (2) ont subi une intervention chirurgicale à la place de l'indication principale qui est la radiothérapie. Les raisons sont de deux (2) ordres :

- l'inexistence de la radiothérapie ;
- l'absence de radiothérapeute.

La place de la chimiothérapie, quoique relativement efficace sur les UCNT (Undifferentiated Carcinoma of Nasopharyngeal Type) reste encore à préciser.

*** Les résultats thérapeutiques**

La tumeur disparaît cliniquement par radiothérapie dans plus de 90% des cas. La régression ganglionnaire est plus lente. Un quart des malades N palpables présente encore des reliquats ganglionnaires en fin d'irradiation. Cette régression va se poursuivre encore régulièrement dans la majorité des cas. L'indication d'une exérèse complémentaire (deux à trois mois après la fin du traitement, voire plus) reste une éventualité relativement peu fréquente [24 ; 89]. Les aléas majeurs sont la récurrence locale et l'apparition de métastases à distance.

Les échecs

L'échec local est fonction de l'extension tumorale et de l'histologie. Chez les malades décédés, on note 40% de récidives locales dont 20% sont des échecs isolés. Cet échec est plus fréquent dans les formes différenciées (CS) et dans les formes étendues à la base du crâne (T4).

L'échec ganglionnaire est rare. 20% des malades décédés présentent des adénopathies cervicales mais ces ganglions sont isolés dans moins de 5% des cas. Ce taux est inférieur à 1% si le patient ne présentait pas d'adénopathies palpables initialement.

Les deuxièmes cancers sont exceptionnels au décours du NPC. Ce caractère les rapproche des cancers du massif facial et les différencie des autres cancers des VADS où l'on note 10 à 20% de deuxièmes localisations, selon la topographie du cancer initial.

La survie globale [9 ; 24 ; 89] des NPC oscille entre 40 % à 3 ans et de 30 % à 5 ans. Les facteurs pronostiques sont essentiellement au nombre de trois :

- Le type histologique : malgré le risque métastatique, la survie est deux fois supérieure dans les UCNT que dans les CS, respectivement 53 % et 26 % à 3 ans, dans l'expérience de l'Institut Gustave Roussy [50] ;
- L'ostéolyse de la base du crâne (T4) se solde par un taux d'échec élevé, surtout s'il s'agit de formes différenciées. La survie est alors inférieure à 20 % à 5 ans quelle que soit l'extension ganglionnaire cervicale [9] ;
- L'importance de l'envahissement ganglionnaire (N3) et en particulier l'extension ganglionnaire au groupe inférieur du cou sont des éléments défavorables, en raison du risque métastatique qui leur sont corrélés.

Dans notre série nous n'avons recensé que trois (3) cas de NPC (Observation n°7 ; n°12 ; n°16).

Deux de nos patients (Observation n°7 ; n°12) ont bénéficié d'une chirurgie d'exérèse de la tumeur. Le patient de l'observation n°7 a été opéré dans le service ORL du CHN-YO. Il a présenté moins d'un mois après l'intervention, une récurrence avec des adénopathies latéro-cervicales contralatérales puis décède dans un tableau de cachexie néoplasique. Ceci est en accord avec la littérature [9 ; 24 ; 89] qui notifie que les causes des échecs sont loco-régionales et à distance.

Le second opéré de notre série a subi son intervention chirurgicale au GHANA. Il s'agissait d'une chirurgie d'exérèse de la tumeur, complétée d'une radiothérapie post-opératoire complémentaire par radiothérapie conventionnelle. Admis dans le service ORL du CHN-YO pour récurrence de la tumeur, il a été perdu de vue précocement.

*** Traitement des échecs [89]**

Les métastases isolées ou associées à une récurrence loco-régionale relèvent d'une chimiothérapie générale qui permet parfois d'obtenir des rémissions prolongées [89]. Cependant les récurrences locales isolées posent un difficile problème surtout dans nos conditions de travail.

Dans notre étude nous avons recensé deux échecs du fait de récurrences loco-régionales (Observation n°7 ; 16) mais aucun n'a été l'objet d'un traitement d'échec.

- Traitement des autres formes histologiques des cancers du Nasopharynx [89].

Au stade où le diagnostic de cancer du nasopharynx est porté, une chirurgie carcinologiquement valable est rarement envisageable. Ainsi, le

traitement des autres formes histologiques réputées peu radiosensibles reste assez univoque : radiothérapie plus ou moins associée à la chimiothérapie. Le fractionnement est souvent modifié dans l'espoir de pouvoir améliorer l'efficacité locale. Il en est ainsi pour les adénocarcinomes et leurs variantes.

En ce qui concerne les lymphomes malins, leur traitement dépend avant tout du stade d'évolution et de leur formule histologique et s'aligne sur le traitement des autres localisations de la maladie (prépondérance de la poly-chimiothérapie).

b) Cas des cancers de l'oropharynx

Les indications thérapeutiques tiennent compte des méthodes thérapeutiques conventionnelles que sont la radiothérapie, la chirurgie et leurs associations possibles.

- Radiothérapie [9]

Dans notre série, aucun patient souffrant d'une tumeur de l'oropharynx n'a bénéficié de ce traitement. En effet la radiothérapie n'est pas pratiquée au BURKINA-FASO par manque d'infrastructures adéquates et de radiothérapeute. L'inexistence du plateau technique et le manque de personnel qualifié a été mentionné dans d'autres études[81 ;105].

- Chirurgie

Dans notre étude, seul le patient de l'observation n°15 a bénéficié d'une résection par voie endo-buccale. Il s'agit de la classique amygdalectomie élargie de HUET et PIETRANTONI. Ce malade a été perdu de vue précocement limitant de ce fait l'étude des autres paramètres (les récurrences ;les autres localisations ;le recul...)

VODOUHE et collaborateurs ont remarqué dans leur étude au BENIN, après une amygdalectomie large, des récurrences tumorales chez deux (2) de leur

patients 3 mois et 5 ans après l'intervention. Aucune récurrence ganglionnaire n'a été rapportée au cours de cette étude [105].

Dans les indications chirurgicales, des procédés de reconstruction (osseuses et des parties molles) [42] peuvent être associés, avec en complément une radiothérapie post-opératoire systématique. Ceci n'a pas été le cas dans notre étude et celles effectuées dans la sous région[27 ; 81 ; 105].

- Chimiothérapie

Un seul cas dans notre série (Observation n°2) a subi une mono chimiothérapie à base de cyclophosphamide . Ce patient a été perdu de vue précocement.

Dans une étude faite au BENIN, VODOUHE et collaborateurs ont recensé plus de cas sous mono chimiothérapie, 27 patients sur un total de 33 cas. Neuf (09) ont été perdus de vue mais les dix-huit (18) autres ont été suivis jusqu'à leur décès et aucune régression tumorale n'a été observée [105].

DIOP L. et REYNAUD J. ont souligné dans leur étude au SENEGAL la très grande sensibilité des tumeurs malignes de l'amygdale à la radiothérapie, à la chimiothérapie et à leurs associations [26 ; 27].

La chimiothérapie d'induction n'a pas apporté la preuve de son efficacité tant en terme d'amélioration de la survie, qu'en terme de contrôle loco-régional. Les protocoles d'association radio-chirurgicale sont encore actuellement en cours de validation [8 ; 86].

C) Cas des cancers de l'hypopharynx

Dans la littérature, les volets thérapeutiques suivants sont appliqués dans les cancers de l'hypopharynx. Nous avons :

- le traitement chirurgical du site tumoral ;
- le traitement chirurgical des aires ganglionnaires et ;
- la radiothérapie.

Aucun de nos patients souffrant d'un cancer de l'hypopharynx n'a reçu un traitement curatif.

Les difficultés de prise en charge sont un obstacle majeur dans l'amélioration des conditions de vie de nos patients.

3-4.6. Les difficultés de prise en charge[48 ;81 ;105]

Les raisons sont nombreuses dans nos conditions d'exercice :

1. Le retard à la consultation lié à :

- a) la négligence des signes d'appel par les malades ;
- b) la méconnaissance de la démarche diagnostique par le personnel non ORL ;
- c) l'insuffisance du personnel qualifié :

- Un manque de médecins ORL (4 médecins ORL pour 10 000 000 d'habitants tous consultants au CHN-YO) ;
- Le nombre réduit d'anatomo-pathologistes (un seul jusqu'en décembre 1994 et deux (2) jusqu'en fin 2000).

2. Le niveau socio-économique des patients

La prise en charge des malades cancéreux mobilise beaucoup de ressources tant humaines, matérielles que financières. L'évaluation du coût financier est variable selon les auteurs et selon les pays. Cependant tous s'accordent pour dire que ce coût de prise en charge est plus honoreux dans les pays en voie de développement que dans les pays industrialisés. En effet les patients prennent à leur compte les frais des examens complémentaires, les frais d'hospitalisation et les frais thérapeutiques. C'est pourquoi beaucoup de patients viennent consulter après avoir épuisé les recours aux tradipraticiens et donc trop tardivement.

TABLEAU VII : la profession de nos patients

PROFESSION	NOMBRE	POURCENTAGE
Cultivateurs et Ménagères	12	75%
Chef de chantier	01	6,25%
Chauffeur	01	6,25%
Militaire	01	6,25%
Plombier	01	6,25%

Les patients issus de la classe socio-économique défavorisée (cultivateurs et ménagères) ont constitué les 75% de notre série.

3. L'insuffisance du plateau technique

- a) l'inexistence du matériel de radio thérapie ;
- b) un seul laboratoire d'anatomo- pathologie publique au CHN- YO ;
- c) un manque de produits anticancéreux dans nos pharmacies ;
- d) les problèmes anesthésiologiques et de réanimation.

4. Absence d'équipe pluridisciplinaire de prise en charge des cancers.

Le corollaire en est que :

- nos malades nous arrivent tard ;
- et pour ceux qui arrivent tôt, la prise en charge est difficile.

Vu l'ensemble de toutes ces difficultés de prise en charge, le pronostic du cancer du pharynx est alors médiocre.

Dans les pays industrialisés, un plateau technique à la pointe du progrès et un personnel qualifié offre de meilleures conditions de prise en charge intégrée du cancéreux allant de la phase thérapeutique jusqu'à la réinsertion sociale et professionnelle.

TABLEAU VII : Répartition des patients selon les catégories socioprofessionnelles.

PROFESSION	EFFECTIF	POURCENTAGE
Cultivateurs et Ménagères	12	75%
Chef de chantier	01	6,25%
Chauffeur	01	6,25%
Militaire	01	6,25%
Plombier	01	6,25%

Les patients issus de la classe socio-économique défavorisée (cultivateurs et ménagères) ont constitué les 75% de notre série.

3. L'insuffisance du plateau technique

- a) l'inexistence du matériel de radio thérapie ;
- b) un seul laboratoire d'anatomo- pathologie publique au CHN- YO ;
- c) un manque de produits anticancéreux dans nos pharmacies ;
- d) les problèmes anesthésiologiques et de réanimation.

4. Absence d'équipe pluridisciplinaire de prise en charge des cancers.

Le corollaire en est que :

- nos malades nous arrivent tard ;
- et pour ceux qui arrivent tôt, la prise en charge est difficile.

Vu l'ensemble de toutes ces difficultés de prise en charge, le pronostic du cancer du pharynx est alors médiocre.

Dans les pays industrialisés, un plateau technique à la pointe du progrès et un personnel qualifié offre de meilleures conditions de prise en charge intégrée du cancéreux allant de la phase thérapeutique jusqu'à la réinsertion sociale et professionnelle.

CONCLUSION - SUGGESTIONS

4- CONCLUSION

Ce travail avait pour but d'étudier les aspects épidémiologiques cliniques et thérapeutiques du cancer du pharynx dans le service d'O.R.L. du CHN-YO. 16 cas de cancers du pharynx tout siège confondu ont été colligés entre janvier 1989 et décembre 1998.

Le cancer du pharynx a représenté 08,51% des cancers O.R.L. et sa fréquence de 1,6 cas par an. 12 patients étaient de sexe masculin contre 4 de sexe féminin soit un sex.- ratio de 3. L'âge moyen a été de 49 ans avec des extrêmes de 12 et 73 ans. L'éthylotabagisme chronique a été retrouvé chez 11 de nos patients. La dysphagie a été retrouvée chez 08 de nos patients, suivi des adénopathies (07 patients de notre série) comme motifs de consultation. Le délai moyen de consultation était de dix (10) mois avec des extrêmes de trois (3) mois et cinq (5) ans.

Les cancers de l'oropharynx représentaient 62 % de l'ensemble des cancers du pharynx et les formes ulcéro-bourgeonnantes ont constitué 87,50 % des cas. Le carcinome épidermoïde a été la forme histologique prédominante (87,50 %). Les autres formes histologiques ont été rares : 1 adénocarcinome et 1 carcinome indifférencié.

Tous nos malades se sont présentés à un stade avancé de leur maladie (T3-T4) ; deux (2) d'entre eux ont dû subir une trachéotomie d'urgence et un (1) une gastrostomie de FONTAN. Le volet thérapeutique a été presque inexistant. Deux exérèses de tumeurs ont été pratiquées. Aucun résultat fonctionnel ni carcinologique n'a pu être apprécié à cause du niveau socio-économique, des perdus de vue, des refus catégoriques d'intervention chirurgicale ou à cause de tumeurs inopérables.

5 – SUGGESTIONS

Au terme de notre travail, tenant compte des problèmes rencontrés nous faisons des suggestions suivantes pour l'amélioration de la prise en charge des cancers du pharynx au CHN-YO :

Aux étudiants et stagiaires internés

- Bien rédiger les dossiers cliniques selon le plan d'examen en O.R.L ;
- Noter les mises à jour, les traitements, les comptes rendus opératoires, les événements carcinologiques et évolutifs dans les dossiers

Aux responsables du service O.R.L. et du CHN-YO

- Améliorer l'équipement médico-technique ORL en vue de la prise en charge des cancers du pharyngo-larynx, chirurgie lourde et longue :
 - Instrumentation ORL ;
 - Anesthésie (monitorage, oxymètre).
- Mettre en place une équipe pluridisciplinaire de prise en charge des cancers (chirurgiens, oto rhino laryngologistes, anatomo-pathologistes, oncologues etc...)
- Faire un plaidoyer pour la création d'une unité de radio thérapie au CHN-YO.
- Organiser la gestion informatisée des dossiers des malades ;

Aux autorités sanitaires, politiques

- Organiser des campagnes d'IEC sur les cancers O.R.L. à l'intention du public en vue d'une consultation précoce et d'un dépistage actif ;
- Mettre l'accent sur la formation de spécialistes O.R.L. au Burkina Faso ;
- Oeuvrer à la création d'un centre sous-régional de traitement du cancer pour réduire le coût des équipements et des évacuations sanitaires.

6 – LES REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1 ADENIS L., LEFEBVRE JL., CAMBIER L.
Régistre de cancers des voies aérodigestives supérieures des départements du nord et du PAS-DE-CALAIS. Bilan de l'année 1984.
Ann. Oto-Larynx (PARIS), 1986, 103 : 39-44.
- 2 ADENIS L., LEFEBV JL., CAMBIER L.-
Epidémiologie des cancers des voies aerodigestives supérieures (VADS) cas particulier de la région Nord-Pas-de-Calais.
Lille Médical., 1987, 5, 244-247.
- 3 ADENIS L., LEFEBVRE JL., BONNETERRE J., CAMBIER L.
The upper aerodigestive tract cancer registry in the Northern France. 14 th International cancer congress.
Abstract n° 4651. Budapest (Hongrie), August 1986, 21-27.
- 4 ANDONABA J-B.
Les tumeurs malignes au Burkina Faso à propos de 990 pièces opératoires colligées de 1988-1990 dans le service d'anatomie pathologique au CHNYO.
Thèse Méd. OUAGADOUGOU, 1992, n°193, FSS.
- 5 ANDRE K., SCHRAUB S., MERCIER M. and BONTEMPS P.
Role of alcohol and tobacco in the aetiology of head and neck cancer : a case-control study in the Doubs region of France.
Eur. J. Cancer, 1995, 31 B (5), 301 – 309.
- 6 ANDRE P.; PINEL J., LACCOURREYE H.
Fréquence et pronostic des adénopathies du sinus piriforme.
J. Fr. ORL 1977, 26, 6, 419-431
- 7 BAMBA M. et Collaborateurs.
Epidémiologie des cancers O.R.L. à Abidjan.
Revue de laryng. 1986, 107, (5) : 385 - 390.
- 8 BASSOT V. et coll.
Chimiothérapie d'induction dans les cancers des V.A.DS. par perfusion continue associant cisplatine (c), Fluoro-5-uracile (F), Bléomycine (B) ou cisplatine, Fluoro -5- uracile.
Ann. oto-laryng. 1986, 103, 73-76.
- 9 BATAINI J. P., BRUNIN F., POINVERT D.,
Principes généraux de la radiothérapie.
Cancers de voies aéro-digestives supérieures.
Brugère J. Ed., Flammarion, Paris, 1987; P. 113-114.
- 10 BATAINI J.P.,
Radiothérapie des cancers épidermoïdes de l'oropharynx.

Cancers des voies aéro-digestives supérieures
Brugère J. Ed., Flammarion, Paris. Doin, 1986, P. 111-122.

- 11 BATESTI F.
Le cancer en Côte d'Ivoire.
Etude statistique portant sur 816 cas confirmés histologiquement en 3 ans.
Thèse Méd. Abidjan, 1970, n° 14, 170 pages.
- 12 BEAUVILLAIN DE MONTREUIL CH.
Tumeurs malignes du larynx et de l'hypopharynx.
Epidémiologie, diagnostic, traitement.
Rev Prat 1996; 46 : 1149-53;
- 13 BLANCHET. F., DE RAUCOURT D., RAME J.P., MENEG 02 F., SANCHO -
GARNIER, RAYMOND. L.,
Facteurs de risque des cancers de l'hypopharynx.
Enquête cas - témoins dans le département du calvados (1977 - 1980).
Actualité de carcinologie cervico - faciale, tome 15, Ed. Masson 1989, P. 18-27.
- 14 BOYLE P., MacFARLANE G.J., BLOT W.J., CHIESA F., LEFEBVRE J.L.,
MANO AZUL A., DE VRIES N. and SCULLY C. –
European school of oncology advisor report to the european commission for the
europe against cancer programme : Oral carcinogenesis in Europe. Eur. J. Cancer,
1995, 31 B (2), 75-85.
- 15 BRASNU D.,
Cancers de la tête et du cou .
Traitement actuel des cancers,
Andrieu J.M. Ed., Paris Medsi, 1987, P. 145-171.
- 16 BRUGERE J. –
Amiante et cancers des voies aéro-digestives supérieures.
Rapport expertise collective amiante de L'I.N.S.E.R.M.
Ed., INSERM, Paris, 1989, 117.
- 17 BUISSET E., LEFEBRE J. L., CASTELAIN B., BEAUCAIRE BEAL
J. COCHEDERANT B., VANKEMMEL B.
Traitement radiochirurgical des cancers du sinus piriforme.
Expérience du Centre Ocart Lambret.
Cahiers d'ORL 1988, XXIII, 3, 184-198.
- 18 CACHIN Y.
Caractères généraux et étiolo-épidémiologiques des cancers des V.A.D.S.
Rev. Prat. 1978, 28, (31) : 2359-64.
- 19 CAHIN Y.
Les métastases ganglionnaires cervicales des carcinomes des V.A.D.S.
Ouest. Med. 1982, 35, 1, 27-38.

- 20 CASTELAIN B., LEFEBVRE J.L., COCHE-DEQUEANT B., PREVOST, MADELAIN M., VANKEMMEL B.
Radiothérapie exclusive des cancers du sinus piriforme au centre Oscart.
Cahiers ORL 1988, XXIII, 3, 194-197.
- 21 CLOOS J., SPITZ M.R., SCHANTZ S.P., HSU T.C., ZHANG Z.F., TOBI H., BRAAKHUIS B.J.M., SNOW G.B. –
Genetic susceptibility to head and neck squamous cell carcinoma.
F. Nat. Cancer Inst., 1996, 88 (8), 530 - 535.
- 22 DAO/O. M, OUOBA K, KABRE M, SANOU A.
Morbidity and mortality in hospital services ORL and of cervico -
facial of the CHU of OUAGADOUGOU.
Le Bénin médical 1998;n° 10 : 48-52.
- 23 DE STEFANI E., CORREA P., OREGGIA F. et al. –
Black tobacco, wine and mate in oropharyngeal cancer.
A case control study from Uruguay.
Rev. Epidem. Santé Publi., 1988, 36 389,394
- 24 De VATHAIRE F., KOSCIELNY S., REZVANI A., ESTEVE J., FERLAY J. et al
–
Estimation de l'incidence des cancers en France durant la période 1983-1987.
Une publication du réseau français des registres de cancer FRANCIM (sous
presse), 1987,n°403.
- 25 DEPADT G. et Coll.
Traitement des cancers pharyngo-oesophagiens et des cancers des VADS.
Cahiers ORL 1988, XXIII, 3, 198-203
- 26 DIOP E.M., TOURE P., DIOP L.S.
Cancers cervico-faciaux.
Expérience de la clinique ORL du CHU .
Med. d'Afrique Noire 1984, 31, 11, 593-602.
- 27 DIOP L.S., REYNAUD J.
Les cancers de la sphère O.R.L. en Afrique Noire.
Méd. Afrique Noire, 1971, 18, (7), 593-614.
- 28 DU RUGGIERO Jean Marc.
Epithélioma du sinus piriforme.
Thèse Méd. Montpellier 1984.
- 29 DUCLOS J-C, PIGNAT J-C, HAGUENAUER J-P.
Du cancer O.R.L et de la profession (cancer de l'éthmoïde exclu).
Les cahiers d'O.R.L 1987 ; 22 (5) : 331-6.
- 30 DULMET-BRENDER E., JAUBERT Fr., LACCOURREYE H., RENAULT P.
Cancers multiples, simultanés et successifs des V.A.D.S.
Ann. Oto-laryng. 1981, 98, 253-257.

- 31 ELOUARET A., MICHEAU C., BOSQ J., CAILLAUD J.M., SCHWAAB G., TURSZ T., SANCHO-GARNIER H., DE THE G.
Classification histo-pronostique des carcinomes indifférenciés de type nasopharyngée (UCNT).
Importance de l'étude du stroma.
Ann. Oto-laryng. (Paris), 1986, 103, 145-158.
- 32 ELWOOD H., PEARSON J.C.G., SKIPPEN D.H., JACKSON S.M., "Alcohol, smoking, social and occupational factors in etiology of cancer of the oral cavity, pharynx and larynx",
Int. J. Cancers 1994, 34, P. 603-612.
- 33 EMILION G., LANGDON J.D., SPEIHT P. and partridge m; -
Frequent gene deletions in potentially malignant oral lesions.
British Journal of Cancer, 1996, 73, 809 – 813.
- 34 ESCHWEGE F, WIBAULT P.
Place de la radiothérapie dans le traitement des cancers des V.A.D.S.
La vie médicale 1981 ; 29 : 2067 - 70.
- 34 ESCHWEGE F., SANCHO - CARNIER H., GERARD J.P. et al –
Ten-year results of randomized trial comparing radiotherapy and concomitant bleomycin to radiotherapy alone in epidermoid carcinomas of the oropharynx : experience of the Euro-pean Organization for Research and Treatment of Cancer.
NCI Monogr., 1988, 6, 275-278.
- 36 FRANCO E.L., KOWALSKI L.P., OLIVIEIRA B.V. et al –
Risk factors for oral cancer in Brazil : a case-control study.
Int. J. Cancer, 1989, 43, 992 – 1000.
- 37 GEHANNO P. KEBAILI C., GUEDON C., MOISY N., Sichel J.
Bucco-pharyngectomie transmaxillaire première et bucco-pharyngectomie transmaxillaire de rattrapage dans les volumineux cancers de la région amygdalienne.
Ann. Oto-Laryngol., 1987, 104, 329-336.
- 38 GEHANNO P., COSTE A., DEPONDY J., GUEDON C., VIALARD D. -
Pharyngectomie latérale transmandibulaire conservatrice (PLTC) dans les cancers de la paroi oropharyngée latérale.
Ann Oto-Laryng., 1990, 107, 101-106.
- 39 GEOFFRAY B., LUBOINSKI B., WIBAULT P., MICHEAU C., RICHARD J.M.
-
Combined treatment of cancer of the posterior oral cavity and oropharynx. Clin Otolaryngol., 1987, 12, 429-439.
- 40 GOLDSTEIN A.M., BLOT W.J., GREENBERG R.S. et al. –
Familial risk in oral and pharyngeal cancer.

Eur. J. Cancer, 1994, 30, 319 – 322.

- 41 GUERRIER B., LALLEMANT J.G., CAGNOL G. –
La bucco-pharyngectomie transmandibulaire.
Cahiers d'O.R.L., 1981, 16, 2, 105-133.
- 42 GUERRIER B., LALLEMANT J.G., CAGNOL G. et al –
Notre expérience dans la reconstitution après bucco-pharyngectomie
transmaxillaire.
Etude comparative des différents lambeaux.
A propos de 74 cas.
Ann. Oto-Laryngol., 101,6,455-457.
- 43 GUSTAVSSON P., JAKOBSSON R., JOHANSSON H., LEWIN F., NORELL
S., RUTKVIST L E.
Occupational exposures and squamous cell carcinoma of the oral cavity, pharynx,
larynx, and oesophagus : a case - control study in SWEDEN.
Occup Environ Med. 1998 Jun ; 55 (6) : 393-400.
- 44 HITIMANA A.
Indications de la trachéotomie, bilan de 2 ans .
Thèse Méd. Dakar 1984, 89.
- 45 HOFFMANN D., WYNDER E.L. –
Chemical constituents and bioactivity of tobacco smoke.
In Zarydze d., Peto R. Eds Tobacco : A major international health hazard.
IARC Scientific Publications.
Lyon, International Agency for Research on Cancer, 1986, 74, 145 – 165.
- 46 HOUSSET M., BAILLET F., DESSARD-DIANA B., MARTIN D. and coll. –
A retrospective study of three treatment techniques for T1-T2 base of tongue
lesions : surgery plus postoperative radiation, external radiation plus interstitial
implantation and external radiation alone.
Int. J. Radiat. Oncol. Biol. phys., 1987, 13, 511-516.
- 47 IARC –
Monographs on the Evaluation of the carcinogenic risk of chemicals to humans.
Tobacco smoking.
Lyon, Internation Agency for Research on Cancer, 1986, 38.
- 48 ILBOUDO - P.
Le cancer du Larynx.
A propos de 23 cas observés au centre Hospitalier Yalgado Ouédraogo de
Ouagadougou.
Thèse Méd. , OUAGADOUGOU, 2000, N° 617: 67 p.
- 49 JAUSSERAN M., GIGNAC D., HENIN Y., COLONNA D'ISTRIA J.,
Signes de début des cancers du nasopharynx et pronostic.
A propos des observations (205 cas)de l'Institut Paolo-Calmettes(MARSEILLE)

couvrant la période de 1972 à 1981, France.
PERRIN C. Ed., Masson, Paris, 1988, 14, 15-19.

- 50 JULIERON M., MARANDAS P., MAMELLE G. et coll.
La chirurgie première par voie transmandibulaire dans les traitements des carcinomes de la région amygdalienne et de la cavité buccale. A propos de 239 cas suivis à l'Institut Gustave-Roussy.
Communication à la société française d'O.R.L. et de Pathologie Cervico-Faciale., 1990.
- 51 JAYANT K., BALAKRISHNANV ;, SANGHVI L.D. JUSSAWALLAD.J. –
Quantification of the role of smoking and chewing tobacco in oral, pharyngeal and oesophageal cancers.
Br. J. Cancer, 1977, 35, 232
- 52 KABAT G. C., HEERT J.R., WYNDER E. L.,
Risk factors for oral cancer in women.
Cancer in women.
Cancer Res., 1989, 49, 2803 – 2806.
- 53 KABRE M.
Les cancers de l'hypopharynx au CHU de Dakar (bilan de 8 ans : 1980 : 1987).
Certificat d'études spéciales d'ORL. Dakar. 1989.
- 54 KONSEM T.
Les cancers O.R.L et cervico-faciaux au Burkina Faso.
A Propos de 217 cas.
Thèse Méd. OUAGADOUGOU, 1992 n° 334.
- 55 KUNE G.A., FIELD B., WATSON L.F., CLELAND H., MERENSTEIN D. and VITETTA L., -
Oral and pharyngeal cancer, diet, smoking, alcohol, and serum vitamine A et B-carotene levels : a case-control study in men.
Nutr. And Cancer, 1993, 20 (1), 61-70.
- 56 LACCOURREYE H.
Epithélioma des V.A.D.S.
Evolution des thérapeutiques, pronostics, résultats.
La vie médicale 1981; 29 : 2083-87.
- 57 LACCOURREYE H. et ANDRE P.
Valeur pronostic du temps d'évolution de la symptomatologie clinique dans :
Ann. Oto-laryng. 1978, 95, 3, 149-173.
- 58 LACCOURREYE H. et coll.
EOA du sinus piriforme.
Orientations thérapeutiques.
Ann. Oto-laryng. 1986, 103, 91-103.

- 59 LACCOURREYE H., BEUTTER P., BRASNU D., LACAU-SAINT.
Intérêt de la tomодensitometrie dans les tumeurs du pharyngolarynx.
Ann. d'oto-laryng. 1983, 100, 341-345.
- 60 LACCOURREYE H., BRASNU D., MENARD M., LACAU ST GUILY J.,
FABRE A., JANOT F., SALIB N.,
Epithéliomas du sinus piriforme.
Orientation thérapeutique.
A propos de 642 malades .
An Otolaryng, chir., cervico-fac, 1986, 103,P.91-103
- 61 LACCOURREYE H., LACAN ST GUILY, BRASNU D., FABRE A., MENARD
M.J.,
Supracrico hemilaryngopharyngectomy.
Analysis of 240 cases.
Ann otol, Rhinol. Laryngol, 1987, 96, P. 21-221.
- 62 LACCOURREYE H.
Résultats du traitement des aires ganglionnaires dans les cancers de Nuevo-Arch.
Otol. 1977, 5, 2, 499-504.
- 63 LACCOURREYEH., BEUTTER P., BRASNU D., STRUNSKI W.,
Trachéotomie dans le traitement chirurgical des EAO du pharyngo-larynx.
Ann. Oto-laryng. 1981, 98, 501-504.
- 64 LANGLOIS D., HOFFSTETTER S., PERNOT M., TAGHIAN A. Salvage :
irradiation of oropharynx and mobile tongue about 192-Iridium brachytherapy in
Centre Alexi-Vautrin.
Int. J. Radiat. Oncol. Biol Phys., 1988, 14, 849-853.
- 65 LE FUR R., SENG S.H. et Coll.
Epidémiologie des voies aéro-digestives supérieures.
Gaz. Méd. De France : 1981, 88, (20).
- 66 LEFEBVRE J.L.,
Cancers de l'hypopharynx.
Cancers des voies aérodigestives supérieures.
Brugère Ed., Flammarion, Paris, 1987, P. 293-316.
- 67 LEFEBVRE J.L., ADENIS L.
Les cancers du sinus piriforme.
Epidémiologie et généralités.
Cahiers ORL 1988, XXIII, 3, 179-183.
- 68 LEFEBVRE J.L., VANKEMMEL B., COCHE-DEQUEANT B., CASTELAIN B.,
BUISSSET E., ADENIS L. –
Les différentes modalités d'association radio-chirurgicale dans le traitement des
tumeurs de la jonction bucco-pharyngée latérale.
Ann. Oto- tumeurs de la jonction bucco-pharyngée latérale.
Ann. Oto-Laryngol., 1987, 104, 1, 15-20.

- 69 LEFFEBVRE J. L.
Chimiothérapie des cancers du sinus piriforme.
Cahiers ORL 1988, XXIII, 3, 209-210.
- 70 LEGENT F, PERLLEMUTER L, VANDERBROUCK CL.
Cahiers d'anatomie O.R.L. T2 ; 4° éd. PARIS Masson, 1986 : 85-115P.
- 71 LOUGUE K. M.
Bilan de quatre années d'activités chirurgicales du service d'otorhino-laryngologie et de chirurgie cervico-faciale du centre Hospitalier Yalgado OUEDRAOGO de Ouagadougou.
Thèse Méd , OUAGADOUGOU, 1999, N°592, P: 89.
- 72 LUBOINSKI B.
Histologie des cancers en O.R.L.
La vie Médicale 1981 ; 29: 2043 - 2048.
- 73 MacFARLANE G.J., ZHENG T., MARSHALL J.R., BOFFETTA, NIU., BRASURE J., MERLETTIF., BOYLE P.
Alcohol, tobacco, diet and the risk of oral cancer : a pooled analysis of three case-control studies.
Oral Oncol., Eur. J. Cancer, 1995, 31 B (2), 75-85.
- 74 MARSHALL J.R., GRAHAM S., HAUGHEY B.P., SHEDD D., O'SHEA R., BRASURE J., WILKINSON G.S., WEST D. –
Oral cancer.
Oral Oncol., Eur. J. Cancer, 1995, 28 B (1) 9 – 15.
- 75 MASHBERG A., BOFFETTA P., WINKELMAN R., GARFINKEL L. –
Tobacco smoking, alcohol drinking and cancer of the oral cavity and oropharynx among US veterans.
Cancer, 1993, 72 (4) 1369 – 1375.
- 76 MAZERON J.J., PERNOT M. –
Curiethérapie des cancers des voies aérodigestives supérieures.
Bul. Cancer Radiothér., 1990, 77, 229-234.
- 77 MEDJI A. L., HOUNKPE Y. Y.C., VIGNIKIN-YEHOUESSI B.
Les cancers O.R.L. et cervico-faciaux au CHNU de Cotonou (BENIN).
Résultats d'une étude de 1978 à 1985.
Méd. Afr. Noire 1989, 36, (2), 153-157.
- 78 MUFTI S.I. –
Alcohol acts to promote incidence of tumors.
Cancer detection and prevention, 1992, 16 (2), 157 – 162.
- 79 NEGRIE., LA VECCHIA C., FRANCESCHI S. , TAVANIA.
Attributable risk for oral cancer in northern Italy.
Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention, 1993, 2 (3), 189-93.

- 80 OBURRA H O.
Late presentation of laryngeal and nasopharyngeal cancer in kenyatta national hospital.
East Afr Med J 1998 Apr, 75 (4) : 223 - 6.
- 81 OUOBA K., DAO M., GUIGMA Y., SAKANDE, KABRE M., BOURGAREL, SANOU A., SOUDRE B. R., BEUTTER P.
Les cancers O.R.L. et cervico-faciaux au Burkina Faso : Epidémiologie, problèmes de diagnostic et de prise en charge.
A propos de 217 cas.
Méd. Afr. Noire, 1997, 44, (8/9), 452-456.
- 82 PARTRIDGE M., KIGUWA S. and LANGDON J.D.
Frequent deletion of chromosome 3p in oral squamous cell carcinoma.
Eur. J. Cancer, 1994, 30 B (4), 30.B. (4), 248-2.
- 83 PECH A., SENEGHAL G., LACCOURREYE H. et al. –
Techniques actuelles de la chirurgie réparatrice en carcinologie cervico-faciale.
Rapport à la Société Française d'O.R.L. et de Chirurgie Cervico-Faciale, Paris, Librairie Arnette, 1986.
- 84 PIGNON J.P., HILL C. –
Nombre de décès attribuables à l'alcool, en France, en 1985.
Gastroenterol. Clin. Biol., 1991, 15, 51-56.
- 85 PIQUET et coll.
La pharyngolaryngectomie totale circulaire avec visceroplastie dans le,
Cahiers ORL 1988, XXIII, 3, 204-208.
- 86 PIQUET J.J. et al.
Les résultats de la chirurgie première dans le traitement des cancers de l'oropharynx.
Ann. Oto-Laryngol., 1986, 103, 555-558.
- 87 PIQUET J.J., PIEDOR P., DELMOTTE J., CHEVALIER D.DARRAS J.A.
Résultats du traitement des cancers du sinus piriforme par association.
Cahiers d'ORL 1988, XXIII, 3, 190-193.
- 88 RICHARD J M.
La chimiothérapie des tumeurs des voies aéro-digestives supérieures.
La vie médicale 1981; 29: 2075-80.
- 89 RICHARD J., ESCHWEGE F.,
Principes généraux du traitement des cancers des VADS.
Cancers des voies aéro-digestives supérieures.
J. Brugère, Flammarion Ed., Paris, 1987, P. 103 - 112.
- 90 ROTHMAN K.J. –
The proportion of cancer attributable to alcohol consumption.
Preventive medicine, 1980, 9, 174 – 179.

- 91 ROTHMAN K.J., KELLER A.,
"The effect of joint exposure to alcohol and tobacco on risk of cancer the mouth
and pharynx",
J. Chron. Dis., 1972, 25, P. 711-716.
- 92 ROY P.
Synergie entre les facteurs de risque, tabac et alcool dans les cancers des voies
aérodigestives supérieures.
Thèse Med, LYON, 1991, n° 23.
- 93 SANCHO - GARNIER H. and THEOBALDS. –
Black (air -cured) and blond (flue - cured) tobacco and cancer risk II : Pharynx and
larynx cancer.
Eur. J. cancer, 1993,29 A (2), 273-276.
- 94 SAUVAGE J-P, BESSEDE J-P.
Les cancers du Larynx et de l'hypopharynx.
Dans : Révision accélérée en Oto-Rhino-Laryngologie. Paris : Maloine, 1987 : 185
P.
- 95 SCHNEIDER M., DEMARD F., CHAUVEL P. et al –
Induction chemotherapy with Cisplatin and 5 FU for squamous cell carcinoma of
the head and neck.
6 years experience at the Nice Cancer Center.
Proc. Of the 3 rdt Int. Cong. On Neo-adjuvant chemotherapy - Springer Verlag,
Paris, 1991, 18-22.
- 96 SCHRAUB S., TUYNS A., SCHAFFER P., BELON LENEUTRE M.,
Epidémiologie et facteurs de risque.
Cancers des voies aéro-digestives supérieures.
Brugère J. Ed. , Flammarion , Paris, 1987, P. 3- 29.
- 97 SCHWAAB G., VANDENBROUCK C., LUBOINSKI B., RHYS EVANS P.
Les carcinomes de la paroi postérieure du pharynx traités par chirurgie
J. Eur. Radiothr. 1983, 4, 4, PP. 175-179.
- 98 SCULLY C. –
Viruses and oral squamous carcinoma.
Oral Oncol., Eur. J. Cancer 1995, 28 B (1) 57 – 59.
- 99 TROTOUX J.
Comment suspecter ou détecter un cancer O.R.L ?
La vie Médicale 1981; 29: 2051 - 52.
- 100 TROTOUX J. LUBOINSKI B.
Place de la chirurgie dans le traitement des cancers en O.R.L.
La vie Médicale 1981; 2055-62.
- 101 Trotoux J., HALIMI P.,
L'imagerie moderne en ORL,

Arnette Ed., Paris, 1994.

- 102 TUYNS A. –
Alcool et cancer.
Centre International de Recherche sur le Cancer, Lyon, 1978.
- 103 VAGDATLIS K, NOUSSIOS G, BOURLINO P, SIMASKOS N.
Effet de l'âge et de l'état nutritionnel sur les résultats post-opératoires dans les cancers de la tête et du cou.
Les cahiers d'O.R.L. 1997 ; 32 (1) : 60 - 64.
- 104 VELLY A M, FRANCO E L, SCHLECHT N, PINTOS J, OLIVEIRA BV, CURADO M.
Relationship between dental factor and risk of upper aérodigestive tract cancer.
Oral oncol 1998 ; 34 (4) : 284-91.
- 105 VODOUHE S.J., HOUNKPE Y.Y.C., KOUTANGNI M.C.G.O., MEDJI A.P.L.
Le cancer de l'amygdale palatine au CNHY de cotonou.
Aspects cliniques et thérapeutiques : a propos de 35 cas colligés dans le service D'O.R.L.
BENIN Médical ,1996 ;N° 3 : 29-32.
- 106 VOKES E.E., WEICHSELBAUM R.R. –
Concomitant chemoradiotherapy : rational and clinical experience in patients with solid tumors.
J. of Clin. Oncol., 1990, 8, 911 - 934.
- 107 WATERHOUSE J. et al.
Cancer incidence in five continents.
IARC scientific Publications ,Lyon, 1982, 4, n° 42.
- 108 WINN D.M., BLOT W.J., McLAUGHLIN J.K. et al –
Mouth-wash use and oral conditions in the risk of oral and pharyngeal cancer.
Cancer Res., 1991, 51, 3044 – 3047.
- 109 YEUDALL W.A. –
Human Papillomaviruses and oral neoplasia.
Oral Oncol., Eur. J. Cancer, 1995 28 B (1) 61 – 66.
- 110 ZINSOU C.P., FOURN L., ZOHOUN T.
Aspects épidémiologiques des cancers au Centre National Hospitalier et Universitaire de Cotonou.
Méd. Afr. Noire., 37, 5, 1990, P. 230-236.
- 111 ZOHOUN T H., FAYOMI, E B., JOHNSON B.
Le tabagisme en milieu socio-professionnel à COTONOU. République du BENIN.
Le BENIN Médical 1994; n° 3 : 29-35.

RESUME

Dans le but de contribuer à une meilleure prise en charge des cancer, nous avons effectué une étude rétrospective des cancers du pharynx au CHN-YO durant la période 1989-1998. Au terme de ce travail portant sur 16 cas colligés en 10 ans, nous avons abouti aux résultats suivants sur le plan épidémiologique, clinique et thérapeutique.

Les cancers du pharynx représentent 8,51 % des cancers de la sphère ORL et leur fréquence de 1,6 cas par an est sous estimée. Ils restent une affection de l'adulte éthylo-tabagique exception faite pour les cancers du cavum qui peuvent s'observer à tout âge.

Les motifs de consultation les plus fréquemment rencontrés ont été la dysphagie et les adénopathies cervicales chroniques. Parmi les cancers du pharynx, les cancers de l'oropharynx viennent en tête (65,50 %) avec une prédominance des formes ulcéro-bourgeonnantes.

Le carcinome épidermoïde reste la forme histologique prédominante soit 87,50 % des cas.

Le diagnostic et la prise en charge s'avèrent difficiles en raison du retard à la consultation et surtout les conditions de travail marquées par l'insuffisance en personnel qualifié et les limites du plateau technique.

En définitive, nos résultats globalement peu signifiants nous rappellent qu'il reste beaucoup à faire pour améliorer la prise en charge du cancer du pharynx au Burkina Faso. Cela passe à nos yeux par :

- l'amélioration du plateau technique ;
- La mise en place d'une équipe pluridisciplinaire de prise en charge des cancers ;
- L'organisation de campagnes d'IEC sur les cancers O.R.L. à l'intention du public en vue d'une consultation précoce et d'un dépistage actif.

Mots clés : cancer, pharynx, épidémiologie, clinique, Burkina-Faso.

Auteur : Jean-Baptiste KIWALLO 09 BP : 1188 Ouagadougou 09 Burkina-Faso