

CANCERS ORL DE L'ENFANT : CLINIQUE ET HISTOPATHOLOGIE AU CNHU DE COTONOU (2000-2009)



VIGNIKIN-YEHOUESSI B (1), AKELE-AKPO M-T (2), MENSAH E (3), AFFOIGNON B(1), MEDJI St (1), VODOUHE U-B(1) , FLATIN M (1), VODOUHE S. J (1)

(1) Service d'ORL et de Chirurgie Cervico-faciale/ CNHU-Cotonou-01 BP 386-Rép. BENIN
(2) Laboratoire d'Anatomie pathologie de la Faculté des Sciences de la santé de Cotonou
(3) Service de Chirurgie de la Faculté de Médecine de Parakou
Adresse pour correspondance : bernadetteyehouessi@yahoo.fr

RESUME

Objectifs : cette étude a recensé les cancers ORL de l'enfant au CNHU de Cotonou. Elle a aussi décrit les caractéristiques cliniques et histopathologiques de ces cancers.

Patients et Méthode : l'étude a été rétrospective, descriptive et analytique. La période d'étude s'est étalée sur 10 ans du 1er Janvier 2000 au 31 Décembre 2009. Ce travail a pris en compte les cancers avec une confirmation histopathologique chez les enfants traités avec des suivis inscrits aux dossiers. Au total 46 cas ont été retenus.

Résultats : La fréquence globale des cancers ORL chez l'enfant était de 1,98 %. La moyenne d'âge était de 8 ans. Les enfants de la tranche d'âge de 6 à 10 ans ont constitué : vingt cas (20) soit 43,48 %. Trente (30) enfants soit 65,21% ont été de sexe masculin contre seize (16) enfants soit 34,78% de sexe féminin. Les adénopathies cervicales chroniques vingt (20) cas soit 43,48 % et la tuméfaction maxillo- faciale seize (16) cas soit 34,78 % étaient les motifs les plus fréquents. La région cervico- faciale avait constitué la zone de prédilection des cancers ORL chez l'enfant : 31 cas soit 67,4 %. Les cancers ORL enregistrés avaient été découverts au stade 3 dans trente six cas (36) soit 87,8%. Les types histopathologiques les plus retrouvés étaient : le lymphome de BUR-KITT : vingt cinq cas (25) soit 54,34%, le lymphome de HODGKIN : treize cas (13) soit 28,26%, les lymphomes malins non Hodgkiniens : trois cas (3) soit 6,52%.

Mots- clés : cancer ORL enfant, clinique, histopathologie.

ENT CANCERS OF CHILD AT TEACHING HOSPITAL OF COTONOU (2000-2009)

SUMMARY

Objectives : this study has identified ENT and Cervico-Facial cancers of the child at teaching hospital of Cotonou. She described the clinical and histopathological characteristics of these cancers.

Patients and method : the study was retrospective, descriptive and analytical. The study period spanned 10 years from 1st january 2000 to december 31, 2009. This work took into account histopathological cancers treated and followed with the recorded files. A total of 46 cases were selected.

Results : The overall frequency of ENT cancers of child was 1.98%. The average age was 8 years old. Children from 6 to 10 years have established twenty (20) cases or 43.48%. Thirty (30) children or 65.21% were male against sixteen (16) children or 34.78% of female. Chronic cervical lymphadenopathy twenty (20) cases or 43.48% and swelling maxillo - facial sixteen (16) cases or 34.78% were the most frequent reasons. The head neck region had been the area choice for ENT cancers in children: 31cas or 67.4%. ENT cancers registered had been discovered at stage 3 in thirty six (36) cases or 87.8%. More found histopathological types were : BUR-KITT's lymphoma : twenty-five (25) cases or 54.34%, HODGKIN's lymphoma : 13 cases (13) or 28.26%, non-HODGKIN malignant lymphomas: three cases (3) or 6.52%.

Key words: Child ENT cancer, clinic, histopathological aspect.

INTRODUCTION

Les cancers ORL de l'enfant sont rares mais graves. Au plan clinique, ces cancers se présentent sous l'aspect de masse tumorale maxillo-faciale ou sous forme d'adénopathies cervicales chroniques.

L'examen histopathologique d'un prélèvement biopsique ou d'une pièce d'exérèse tumorale confirme le cancer et précise la variété histopathologique.

En ORL au CNHU de Cotonou, 46 cancers ORL de l'enfant ont été reçus et suivis ces dix dernières années. Cette étude a recensé ces

cancers ; elle a aussi décrit leurs caractéristiques cliniques et histopathologiques.

PATIENTS ET METHODE

L'étude a été rétrospective, descriptive et analytique. La période d'étude s'est étalée sur 10 ans du 1er Janvier 2000 au 31 Décembre 2009. Ont été inclus les patients de 0 à 15 ans admis dans le service et présentant une tumeur de la région ORL suspecte de malignité avec confirmation histopathologique. Ont été exclus de l'étude, les dossiers incomplets et inexploitable. Au total 46 dossiers ont été retenus.

RESULTATS

EPIDEMIOLOGIE

Fréquence

Sur 2 318 nouveaux patients hospitalisés pour diverses pathologies ORL au CNHU de Cotonou ces dix dernières années, 819 parmi eux étaient des enfants. Ainsi la fréquence globale des cancers ORL de l'enfant était de 1,98%. En nous référant uniquement à la population d'enfants, cette fréquence serait de 5,65%.

Age

Le tableau n° I indique la répartition selon les tranches d'âges en années.

Tableau n° I : Répartition selon les tranches d'âges en années

Tranches d'âges	Effectif	%
00- 05 ans	14	30,45
06-10 ans	20	43,48
11-15 ans	12	26,08
TOTAL	46	100,0

Sexe

Sur 46 enfants reçus et suivis pour des cancers ORL et cervico-faciaux, 30 parmi eux ont été de sexe masculin soit 65,21 % contre 16 enfants de sexe féminin soit 34,78 %.

ASPECTS CLINIQUES

Motifs de consultation

Le tableau n° II précise les motifs de consultation enregistrés chez les patients.

Tableau n° II : Répartition selon les motifs de consultation

Motifs de consultation	Effectif	%
Adénopathie cervicale	20	43,48
Tuméfaction maxillo-faciale	16	34,78
Tuméfaction buccale	10	21,74
TOTAL	46	100,0

DISCUSSION

AU PLAN EPIDEMIOLOGIQUE ET HISTOPATHOLOGIQUE

En ORL au CNHU de Cotonou, la fréquence globale des cancers ORL de l'enfant a été de 1,98% avec une incidence annuelle de 4 à 5 cas par an. Ce taux est loin de la réalité car seuls ont été pris en compte les cas avec une confirmation histopathologique et ayant pu

Délai avant la consultation

Le délai de consultation a été de une à trois semaines dans 3 cas soit 6,52% ; de trois à six semaines dans 12 cas soit 26,08 % et de six semaines à quatre mois dans 31 cas soit 67,4 %.

Localisation initiale de la tumeur

La région maxillo- faciale a constitué la zone de prédilection des cancers ORL de l'enfant : 30 cas soit 65,21%. Elle a été suivie de la localisation buccale 10 cas soit 21,74%. Le cavum a été concerné dans 4 cas soit 8,69% et la région parotidienne dans 2 cas soit 4,34%.

Stades des tumeurs

Le tableau n° III renseigne sur les stades des tumeurs reçues.

Tableau n° III : Répartition selon les stades des tumeurs

Stades TNM	Effectif	%
Stade I : T1 ou NOM0	03	07,3
Stade II : T2 ou N1M0	05	12,2
Stade III : T3 ou N2M0	36	87,8
Stade IV : T4 ou N3M+	02	04,9
Total	46	100,0

HISTOPATHOLOGIE

Le tableau n° IV indique la répartition selon les types histopathologiques des tumeurs.

Tableau n° IV : Répartition selon les types histopathologiques des tumeurs

Histopathologie	Effectif	%
Lymphome BURKITT	25	54,34
Lymphome HODGKIN	13	28,26
Lymph. non HODGKIN	03	06,52
Rhabdomyosarcome	02	04,35
Carcinome épidermoïde	02	04,35
Adénocarcinome	01	02,17
TOTAL	46	100,00

bénéficier d'un traitement anti cancéreux. Pour KA A-S et al [1] au Sénégal en 2003, cette incidence annuelle serait de 12 cas par an. Pour ARFAOUI A et al [2] au Maroc en 2008, la fréquence des cancers ORL de l'enfant était de 1,7%. Selon les travaux du groupe Franco-Africain d'Oncologie Pédiatrique, réalisés en 2007 dans 12 pays d'Afrique sous la supervi-

sion de LEMERLE J et al [3], la fréquence réelle des cancers ORL de l'enfant a varié entre 1 à 2% et reste dominée par le lymphome de BURKITT avec un âge moyen de 8ans. Cette même fréquence de 1 à 2% a été rapportée par BISWAS D et al [4] en 2007 aux USA. La tumeur de BURKITT est un cancer viral. Le virus en cause est l'EBSTEIN-BARR Virus (EBV).

Par ailleurs la tumeur de BURKITT sévit en zone d'endémie paludéenne. En Afrique, la malnutrition, les infections, les polyparasitoses jointes à la pauvreté constituent les facteurs aggravants de ces cancers chez l'enfant.

Pour LIU D et al [5] à New-York, aux USA en 2007, le lymphome de BURKITT est un lymphome à cellules B matures très agressif et caractérisé par un haut degré de prolifération et une dérégulation du gène c-myc. Pour ces mêmes auteurs, cette translocation peut aussi se faire en triple mode sur les chromosomes t (8 ; 4 ; 18) : ils ont rapporté deux cas. Ainsi le lymphome de BURKITT est ubiquitaire et un cancer multifactoriel (viral, parasitaire, et chromosomique) relativement fréquent.

AU PLAN CLINIQUE ET HISTOPATHOLOGIQUE

Parmi les motifs de consultation enregistrés, l'adénopathie cervicale retrouvée dans 43% et la tuméfaction maxillo-faciale observée dans 34% ont été les motifs les plus fréquents. Par ailleurs, la série d'étude s'est caractérisée par le retard à la consultation. Ceci a été souligné par KA A.S et al [1] au Sénégal en 2003 où le délai moyen était de trois mois pour tous les cancers de l'enfant et entre un et six mois pour TOGO B et al [6] au Mali en 2008. La région maxillo-faciale a constitué la zone de prédilection des cancers ORL chez l'enfant : 65% ;

suivie de l'oropharynx 10%. Ces mêmes constatations ont été faites par ARFOUI A et al [2] au Maroc en 2008 et LEMERLE J et al [3] du groupe Franco-africain en 2007. Le diagnostic du cancer est confirmé par l'histopathologie qui précise la variété histopathologique. Le lymphome de BURKITT et le lymphome de HODGKIN ont été les types histopathologiques les plus fréquents avec respectivement 54% et 28% dans la série étudiée.

Ces chiffres se rapprochent de ceux de TOGO B et al [6] au Mali 63% et diffèrent par contre de ceux de KA AS au Sénégal où le lymphome de HODGKIN n'a été retrouvé que dans 5%. Les autres variétés histopathologiques ne sont pas exceptionnelles, il s'agit des rhabdomyosarcomes, des carcinomes : BUWALDA J et al [7] aux USA en 2003, MORETTI G et al [8] à Sao-Paulo au Brésil en 2010. Notons qu'au plan clinique, la tumeur de BURKITT se présente sous trois formes : une forme endémique (Afrique Noire et liée au virus d'EPSTEIN – BARR), une forme sporadique (Occident) et une forme liée au VIH/SIDA.

Pour LIU D et al [5] à New-York, aux USA en 2007 d'une part et ROSENWALD A et al [9] en 2008 toujours aux USA, et pour [10,11,12] d'autre part, le diagnostic de la maladie de BURKITT doit être non seulement clinique mais également histopathologique que biologique (la biologie moléculaire avec le dosage de CD20, CD10 et sur la translocation des chromosomes).

CONCLUSION

La manifestation clinique la plus fréquente des cancers ORL de l'enfant est la tuméfaction maxillo-faciale ou cervico-faciale. Le lymphome de BURKITT est le type histopathologique le plus observé.

REFERENCES

- 1-KA AS, IMBERT P, MOREIRA C, NIANG A, GUYON P. Epidémiologie et pronostic des affections malignes de l'enfant à Dakar, Sénégal. *Med Trop* 2003 ; 63 :521-526.
- 2- ARFAOUI A., SOULAYMANI A., HABIB F., KHALED M. CHOULLI E. QUYOU A. Les cancers de l'enfant au Maroc : étude épidémiologique sur un centre d'oncologie à Rabat. *Reviews in Biology and Biotechnology* 2008;1(7) :21-26.
- 3-LEMERLE J, BARSAOUI S, HARIF M, HIRECHE K. Le traitement des cancers de l'enfant en Afrique : travaux du groupe Franco-africain d'oncologie pédiatrique. *Med Trop* 2007; 67(5):497-504.
- 4-BISWAS D, SAHA S, BERA S. Relative distribution of the tumours of ear, nose and throat in the paediatric patients. *J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2007; 71(5):801-805.
- 5-LIU D, SHIMONOV J, PRIMANNENI S, LAI Y, AHMED T, SEITER K. t (8 ;14 ;18) : A 3-way chromosome translocation in two patients with BURKITT's lymphoma / leukemia. *Molecular Cancer* 2007; 6 (35):1-5.
- 6-TOGO B, KEITA M-A, DIALLO M, TRAORE F, AG MOHAMED A, KEITA M. Lymphome de BURKITT à révélation ORL: quelle prise en charge? *J TUN ORL* 2008;20:62-66.

7-BUWALDA J, SCHOUWENBERG P-F, BLANK L, CARON H-N. A novel local treatment strategy for advanced stage head and neck rhabdomyosarcomas in children : results of AMORE protocol. *European Journal of cancer* 2003;39:1594-1602.

8- MORETTI G, GUIMARADES R, de OLIVEIRA K, SANJAR F, VOEGELS R-L. Rhabdomyosarcoma of the head and neck : 24 cases. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2010;76 (4) :533-537.

9- ROSENWALD A, OTT G. BURKITT lymphoma versus diffus large B-Cell lymphoma. *Annals of Oncology* 2008;19 (4):67-69.

10- BUWALDA J, FRELING N, BLANK L-E, JOHANNES H-M. AMORE protocol in pediatric head and neck rhabdomyosarcoma : descriptive analysis of failure patterns. *Head-Neck* 2005,27:390-396.

11-BELCADHI M, FDHILA R, ELIKHLIFI H, CHAHED H, KERMANI W, BOUZOUITA K. Les lymphomes de l'anneau de WALDEYER : traitement et pronostic. *J TUN ORL* 2008 ; 21:13-18.

12- CLAVEL J Épidémiologie des cancers de l'enfant. *Prat Rev.*2007;57(10):1061- 1064.



Lymphome de BURKITT



Lymphome de BURKITT



Lymphome malin ulcéré et nécrosé