

UNIVERSITE CHEIKH ANTA DIOP DE DAKAR

FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE



ANNEE 1998

N°47

**ETUDE DES CANCERS DU CAVUM
AU CHU DE DAKAR (1981-1996)**

THESE

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE
(DIPLOME D'ETAT)

Présentée et soutenue publiquement le 29 Juillet 1998

Par

Bay Karim DIALLO

Né le 03 Mai 1965 à Dakar (Sénégal)

Interne des Hôpitaux de Dakar

MEMBRES DU JURY

PRESIDENT	Mr. El Hadji Malick	DIOP	<i>Professeur</i>
MEMBRES	Mr. Victorino Mr. Abdourahmane Mr. Raymond Mr. Papa Amadou	MENDEZ DIA DIOUF NDIAYE	<i>Maître de Conférences Agrégé</i> <i>Maître de Conférences Agrégé</i> <i>Maître de Conférences Agrégé</i> <i>Maître de Conférences Agrégé</i>
DIRECTEUR DE THESE :	Mr. Raymond	DIOUF	<i>Maître de Conférences Agrégé</i>

**UNIVERSITE CHEIKH ANTA DIOP DE DAKAR
FACULTE DE MEDECINE DE PHARMACIE
ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE**

PERSONNEL DE LA FACULTE

DOYEN.....	M. René	NDOYE
PREMIER ASSESSEUR.....	M. Doudou	BA
DEUXIEME ASSESSEUR.....	M. Papa Demba	NDIAYE
CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS	M. Assane	CISSE

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR GRADE POUR L'ANNEE
 1997/1998

PROFESSEURS TITULAIRES

M.	José Marie	AFOUTOU	Histologie-Embryologie
M.	Mamadou	BA	Pédiatrie
M.	Salif	BADIANE	Maladies Infectieuses
M.	Fallou	CISSE	Physiologie
M.	Fadel	DIADHIOU	Gynécologie-Obstétrique
M.	Baye Assane	DIAGNE	Urologie
M.	Lamine	DIAKHATE	Hématologie
M.	Samba	DIALLO	Parasitologie
+M.	El Hadj Malick	DIOP	O.R.L.
Mme	Thérèse MOREIRA	DIOP	Médecine Interne (Clinique Médicale I)
M.	Sémou	DIOUF	Cardiologie
M.	Mohamadou	FALL	Pédiatrie
M.	Mamadou	GUEYE	Neuro-Chirurgie
M.	Momar	GUEYE	Psychiatrie
M.	Nicolas	KUAKUVI	Pédiatrie
M.	Bassirou	NDIAYE	Dermatologie
M.	Ibrahima Pierre	NDIAYE	Neurologie
+M.	Madoune Robert	NDIAYE	Ophtalmologie
&M.	Mouhamadou Mansour	NDIAYE	Neurologie
M.	Papa Demba	NDIAYE	Anatomie Pathologie
+M.	Mamadou	NDOYE	Chirurgie Infantile
M.	René	NDOYE	Biophysique
M.	Abibou	SAMB	Bactériologie-Virologie
§M.	Abdou	SANOKHO	Pédiatrie
M.	Mamadou	SARR	Pédiatrie
§Mme	Awa Marie	COLL/ SECK	Maladies Infectieuses

+ Associé
 & Disponibilité
 § Détachement

.../...

M.	Seydina Issa Laye	SEYE	Orthopédie-Traumatologie
+M.	Dédéou	SIMAGA	Chirurgie Générale
M.	Abdourahmane	SOW	Maladies Infectieuses
M.	Ahmédou Moustapha	SOW	Médecine Interne (Clinique Médicale II)
M.	Housseyn Dembel	SOW	Pédiatrie
M.	Moussa Lamine	SOW	Anatomie
+M.	Cheikh Tidiane	TOURE	Chirurgie Générale
M.	Pape	TOURE	Cancérologie
M.	Alassane	WADE	Ophtalmologie

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

M.	Mamadou	BA	Urologie
M.	Serigne Abdou	BA	Cardiologie
M.	Moussa	BADIANE	Radiologie
M.	Seydou Boubakar	BADIANE	Neuro-Chirurgie
M.	Mohamed Diawo	BAH	Gynécologie-Obstétrique
§M.	Mamadou Diakhite	BALL	Dermatologie
M.	Moussa Fafa	CISSE	Bactériologie-Virologie
M.	Abdarahmane	DIA	Anatomie
M.	Amadou Gallo	DIOP	Neurologie
M.	Babacar	DIOP	Psychiatrie
M.	El Hadj Ibrahima	DIOP	Orthopédie-Traumatologie
M.	Saïd Nourou	DIOP	Médecine Interne (Clinique Médicale II)
M.	Raymond	DIOUF	O.R.L.
M.	Souvasin	DIOUF	Orthopédie-Traumatologie
M.	Babacar	FALL	Chirurgie Générale
Mme	Mame Awa	FAYE	Maladies Infectieuses
Mme	Sylvie SECK	GASSAMA	Biophysique
M.	Oumar	GAYE	Parasitologie
+M.	Serigne Maguèye	GUEYE	Urologie
M.	Abdoul Almamy	HANE	Pneumophtisiologie

+ Associé

.../...

Mme Bineta SALL	KA	Anesthésie-Réanimation
M. Salvy Léandre	MARTIN	Pédiatrie
M. Victorino	MENDES	Anatomie-Pathologique
M. Jean Charles	MOREAU	Gynécologie-Obstétrique
Mme Mbayang NDIAYE	NIANG	Physiologie
&M. Mohamed Fadel	NDIAYE	(Médecine Interne Clinique Médicale I)
M. Mouhamadou	NDIAYE	Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
M. Pape Amadou	NDIAYE	Ophtalmologie
+M. Youssoupha	SAKHO	Neuro-chirurgie
M. Niama Diop	SALL	Biochimie Médicale
M. Mouhamadou Guélaye	SALL	Pédiatrie
M. Mamadou	SARR	Pédiatrie
M. Moustapha	SARR	Cardiologie
M. Birama	SECK	Pédopsychiatrie
M. Mamadou Lamine	SOW	Médecine Légale
+M. Pape Salif	SOW	Maladies Infectieuses
Mme Haby SIGNATE	SY	Pédiatrie
M. Omar	SYLLA	Psychiatrie
M. Doudou	THIAM	Hématologie
M. Meïssa	TOURE	Biochimie Médicale

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

+M. Claude MOREIRA Pédiatrie

MAÎTRES : ASSISTANTS

M. El Hadj Amadou	BA	Ophtalmologie
M. Boubacar	CAMARA	Pédiatrie
M. El Hadj Souleymane	CAMARA	OrthopédieTraumatologie
M. Jean-Marie	DANGO	Anatomie-Pathologie
M. Michel	DEVELOUX	Dermatologie
+M. Massar	DIAGNE	Neurologie
M. Bernard Marcel	DIOP	Maladies Infectieuses
M. Ibrahima Bara	DIOP	Cardiologie

+ Associé
& Personnel en Détachement

.../...

MAÎTRES - ASSISTANTS

M.	Alassane	DIOUF	Gynécologie
M.	Boucar	DIOUF	(Médecine Interne Clinique Médicale I)
M.	Saliou	DIOUF	Pédiatrie
M.	Oumar	FAYE	Parasitologie
M.	Ibrahima	FALL	Chirurgie Générale
Mme	Gisèle Woto	GAYE	Anatomie Pathologique
M.	Abdoul	KANE	Cardiologie
M.	Abdoulaye	NDIAYE	Anatomie-Chirurgie
&M.	Adama Bandiougou	NDIAYE	Immunologie (Hématologie)
Mme	Coura SEYE	NDIAYE	Ophtalmologie
*M.	Issa	NDIAYE	O.R.L.
M.	El Hadj	NIANG	Radiologie
M.	Doudou	SARR	Psychiatrie
M.	Amadou Makhtar	SECK	Psychiatrie
M.	Gora	SECK	Physiologie
M.	Ahmed Iyane	SOW	Bactériologie-Virologie
Mme	Hassanatou TOURE	SOW	Biophysique
M.	Cheikhna	SYLLA	Urologie
M.	Alé	THIAM	Neurologie

ASSISTANT DE FACULTE - ASSISTANTS DES SERVICES UNIVERSITAIRES DES HOPITAUX

M.	Boubacar Samba	DANKOKO	Médecine Préventive
M.	Abdoulaye Séga	DIALLO	Histologie-Embryologie
M.	Yémou	DIENG	Parasitologie
M.	Dialo	DIOP	Bactériologie-Virologie
M.	Mamadou	DIOP	Anatomie
M.	Moctar	DIOP	Histologie-Embryologie
M.	Saliou	DIOP	Hématologie
Mme	Mame Coumba GAYE	FALL	Médecine Légale
Mme	Khadissatou SECK	FALL	Hématologie
M.	Oumar	FAYE	Histologie-Embryologie
M.	Lamine	GUEYE	Physiologie
M.	El Hadj Alioune	LO	Anatomie

-
- + Maître -Assistant Associé
 & Personnel mis en Disponibilité
 * Stage

.../...

M. Ismaila	MBAYE	Médecine Légale
M. Mamadou	MBODJ	Biophysique
M. Oumar	NDOYE	Biophysique
M. Abdoulaye	SAMB	Physiologie
M. Ndéné Gaston	SARR	Biochimie Médicale
Mme Anta	TALL/DIA	Médecine Préventive
M. Kamadore	TOURE	Médecine Préventive
M. Issa	WONE	Médecine Préventive

**CHEFS DE CLINIQUE - ASSISTANTS DES SERVICES
UNIVERSITAIRES DES HOPITAUX**

Mme Marième Guèye	BA	Gynéco-obstétrique
M. Momar Codé	BA	Neuro-Chirurgie
M. Moussa	BA	Psychiatrie
M. Cheikh Ahmed Tidiane	CISSE	Gynécologie-Obstétrique
Mme Mariama Safiétou KA	CISSE	Médecine Interne (Clinique Médicale II)
M. André Vauvert	DANSOKHO	Orthopédie-Traumatologie
Mme Elisabeth FELLER	DANSOKHO	Maladies Infectieuses
+M. Ibrahima	DIAGNE	Pédiatrie
M. Djibril	DIALLO	Gynécologie-Obstétrique
sM. Saïdou	DIALLO	(Médecine Interne Clinique Médicale I)
Mme Sokhna BA	DIOP	Radiologie
M. Ahmadou	DEM	Cancérologie
+M. Mame Thierno	DIENG	Dermatologie
M. Jean François	DIENNE	Anesthésie-Réanimation
M. Rudolph	DIOP	Stomatologie
M. Mamadou Lamine	DIOUF	Médecine Interne (Clinique Médicale I)
Mme Elisabeth	DIOUF	Anesthésie-Réanimation
M. Edouard Marcel Ignéty	GUEYE	Neuro-Chirurgie
M. Limamoulaye	HANE	Cardiologie

S En Stage
+ Associé

.../...

+M.	Mamadou Mourtalla	KA	Médecine Interne (Clinique Médicale I)
M.	Assane	KANE	Dermatologie
xM.	Abdoul Aziz	KASSE	Cancérologie
Mme	Aminata DIACK	MBAYE	Pédiatrie
+M.	Mouhamadou	MBENGUE	(Médecine Interne Clinique Médicale I)
M.	Amadou Koura	NDAO	Neurologie
M.	Cheikh Tidiane	NDOUR	Maladies Infectieuses
M.	Alain Khassim	NDOYE	Urologie
M.	Ndaraw	NDOYE	Neuro-chirurgie
Melle	Paule Aïda	NDOYE	Ophthalmologie
+M.	Abdou	NIANG	Médecine Interne (Clinique Médicale I)
M.	Abdoulaye	POUYE	Médecine Interne (Clinique Médicale I)
M.	Mamadou	SANGARE	Gynécologie-Obstétrique
Mme	Anne Aurore	SANKALE	Chirurgie Générale
Mme	Anna	SARR	Médecine Interne (Clinique Médicale II)
M.	Doudou	SARR	Psychiatrie
Mme	Fatou	SENE	Neurologie
M.	El Hassane	SIDIBE	Médecine Interne (Clinique Médicale II)
+M.	Masserigne	SOUMARE	Maladies Infectieuses
M.	Charles Mouhamed	SOW	Orthopédie-Traumatologie
M.	Daouda	SOW	Psychiatrie
M.	Mouhamadou Habib	SY	Orthopédie-Traumatologie
M.	Abdourahmane	TALL	O.R.L.
M.	Gilbert	TENDING	O.R.L.
M.	Silly	TOURE	Stomatologie

+ Associé.

.../...

ATTACHES CHEFS DE CLINIQUE

M. Oumar	BA	Pneumophtisiologie
Mme Bineta DIOP	BADIANE	Anesthésie-Réanimation
M. Saïba	CISSOKHO	Pneumophtisiologie
M. Arona Kane	DIALLO	Neurologie
Mme Pauline	DIOUSSE	Dermatologie
M. Mor	NDIAYE	Pneumophtisiologie

ATTACHES - ASSISTANT

M. Néloum	DJIMADOUN	Histologie-Embryologie
Melle Oumou Kalsoume	SY	Biochimie-Médicale

PROFESSEURS TITULAIRES

M. Doudou	BA	Chimie Analytique et Toxicologie
M. Emmanuel	BASSENE	Pharmacognosie
+M. Babacar	FAYE	Pharmacologie et Pharmacodynamie
M. Issa	LO	Pharmacie Galénique
+M. Souleymane	MBOUP	Bactériologie-Virologie
+M. Oumar	NDIR	Parasitologie

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

M. Mamadou	BADIANE	Chimie Thérapeutique
M. Cheikh Saad Bouh	BOYE	Bactériologie-Virologie
M. Mounirou	CISS	Toxicologie
M. Balla Moussa	DAFFE	Pharmacognosie
Mme Aminata SALL	DIALLO	Physiologie Pharmaceutique (Pharmacologie et Pharmacodynamie)
M. Alioune	DIEYE	Immunologie
M. Pape Amadou	DIOP	Biochimie Pharmaceutique

MAITRES - ASSISTANTS

Melle Issa Bella	BAH	Parasitologie
Mme Aïssatou GAYE	DIALLO	Bactériologie-Virologie
M. Alioune	DIEYE	Biochimie Pharmaceutique
M. Amadou	DIOUF	Toxicologie
Mme Rita Berehoundougou	NONGONIERMA	Pharmacognosie

+ Associé

.../...

ASSISTANTS

Melle Issa Bella	BAH	Parasitologie
xM. Aynina	CISSE	Physique Pharmaceutique
M. Mounibé	DIARRA	Physique Pharmaceutique
Melle Thérèse	DIENG	Parasitologie
xM. Amadou Moctar	DIEYE	Pharmacologie et Pharmacodynamie
M. Yérim Mbagnick	DIOP	Chimie Analytique
M. Ahmédou Bamba K.	FALL	Pharmacie Galénique
M. Djibril	FALL	Pharmacie Chimique et Chimie Organique
Mme Aminata	GUEYE SANOKHO	Pharmacologie et Pharmacodynamie
M. Modou	LO	Botanique
M. Tharcisse NKULIKIYE	MFURA	Chimie Analytique
xM. Augustin	NDIAYE	Physique Pharmaceutique
Mme Maïmouna NIANG	NDIAYE	Physiologie Pharmaceutique
M. Boubacar	NIANE	Chimie Analytique
Mme Maguette Dème SYLLA	NIANG	Biochimie Pharmaceutique
Mme Philomène LOPEZ	SALL	Biochimie Pharmaceutique
M. Amadou Matar	SECK	Pharmacie Chimique et Chimie Organique
xM. Elimane Amadou	SY	Chimie Générale et Minérale
SM. Oumar	THIOUNE	Pharmacie Galénique
M. Alassane	WELE	Chimie Physique

ATTACHES

M. William	DIATTA	Botanique
Melle Edwige	GOMIS	Pharmacognosie
M. Aly Coto	NDIAYE	Physiologie Pharmaceutique (Pharmacologie et Pharmacodynamie)
Mme Françoise NDOUR	NGOM	Hématologie
M. Mamadou	SARR	Physiologie Pharmaceutique

x Assistant Associé
S En Stage

.../...

UNIVERSITE CHEIKH ANTA DIOP DE DAKAR
FACULTE DE MEDECINE DE PHARMACIE
ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

III-CHIRURGIE DENTAIRE

PROFESSEURS TITULAIRES

M. Ibrahima	BA	Pédodontie-Prévention
Mme Ndioro	NDIAYE	Odontologie Préventive et Sociale

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

M. Boubacar	DIALLO	Odontologie Chirurgicale
M. Papa Demba	DIALLO	Parodontologie
Mme Charlotte FATY	NDIAYE	Pathologie et Thérapeutique Spéciales
M. Malick	SEMBENE	Parodontologie

MAITRES - ASSISTANTS

Melle Fatou	GAYE	Dentisterie Opératoire
M. Abdoul Wahab	KANE	Dentisterie Opératoire
M. Abdoul Aziz	YAM	Pathologie et Thérapeutique Spéciales

ASSISTANTS DE FACULTE

&M. Christiane JOHNSON AGBOTON		Prothèse Dentaire
Mme Aïssatou TAMBA	BA	Pédodontie-Prévention
Mme Khady DIOP	BA	Orthopédie Dento-Faciale
&Mme Maimouna	BADIANE	Dentisterie Opératoire
M. Daouda	CISSE	Odontologie Préventive et Sociale

& Personnel mis en Disponibilité

.../...

xM. Fallou	DIAGNE	Orthopédie Dento-Faciale
Mme Adam Marie AWA SECK DIALLO		Parodontologie
+M Lambane	DIENG	Prothèse dentaire
Mme Affissatou NDOYE	DIOP	Dentisterie Opérateur
Mme Fatou	DIOP	Pédodontie-Prévention
&M. Libasse	DIOP	Prothèse Dentaire
M. Mamadou Moustapha	GUEYE	Odontologie Préventive et Sociale
xM. Malick	MBAYE	Dentisterie-Opérateur
Mme Paulette M. AGBOTON MIGAN		Matières Fondamentales
M. Edmond	NABHANE	Prothèse Dentaire
Mme Maye Ndave NDOYE	NGOM	Parodontologie
M. Paul Débé Amadou	NIANG	Chirurgie Buccale
xM. Mohamed Talla	SECK	Prothèse Dentaire
Mme Soukeye DIA	TINE	Pathologie et Thérapeutiques Spéciales
M. Saïd Nour	TOURE	Prothèse Dentaire
M. Younes	YOUNES	Prothèse Dentaire

ATTACHES

M. Abdou	BA	Chirurgie Buccale
M. Henri Michel	BENOIST	Parodontologie
M. Malick	FAYE	Pédodontie-Orthodontie
M. Babacar	FAYE	Odontologie Conservatrice Endodontie
M. Daouda	FAYE	Pédodontie-Orthopédie
M. Cheikh Mouhamadou M. LO		Odontologie Préventive et Sociale
M. El Hadj Babacar	MBODJI	Prothèse Dentaire
M. Mohamed	SARR	Odontologie Conservatrice Endodontie
Mme Fatoumata DIOP	THIAW	Odontologie Conservatrice Endodontie
M. Babacar	TOURE	Odontologie Conservatrice Endodontie

x Assistant Associé
& Personnel mis en Disponibilité.

**JE DEDIE CE
TRAVAIL.....**

AU SEIGNEUR LE TOUT PUISSANT

Maître de l'Univers,
pour que règnent la paix, la justice sur terre.

A MON PÈRE (in mémoriam)

Pour qui, en ce moment précis, j'ai une pensée toute particulière.
Le fruit de ce travail vous appartient car sans cette éducation, base pour une vie ici-bas et dans l'au-delà tous mes efforts auraient été vains.

A MA MERE

Tu as pu jouer le rôle de la mère et du père.
Sois rassurée que tes conseils ont été suivis. Trouves ici toute l'expression de ma profonde reconnaissance et que Dieu t'accorde longue vie.

A MA FEMME

Compagne de tous les moments. Tu as partagé ce travail dans la joie, la patience, la compréhension. Sans ton soutien inflexible, ce manuscrit n'aurait vu le jour.
Sois en félicité et remerciée.

A MES ENFANTS

Vous êtes ma joie de vivre.
Que le bon Dieu fasse de vous des grands parmi les grands.

A ma grand mère : Aïssatou Diallo

Confidente de tous les temps.

A mes frères et sœurs

Vous avez toujours témoigné amour et respect pour le frère que je suis.

A mes neveux et nièces

Encouragements et félicitations.

A mes beaux-Frères Ousmane et Lamarana

Trouvez ici l'expression d'un amour fraternel .

Merci pour tous les conseils et multiples sacrifices que vous avez consentis pour la réussite de la famille.

A ma belle famille

A mon ami Ibrahima LY

Tu as été pour moi en tout point un exemple.

A mon ami Alpha BA

Entière reconnaissance

A Oumar DIALLO et famille

Sincères remerciements

**Aux Docteurs Mouhamadou SANE, Hamidou BA, Adama Hamady,
David Diatta, Fatou Fall.**

Au Docteur Margueritte DEMEIDEROS et Famille.

Au Docteur Issa Cheikh NDIAYE

Vos encouragements, votre enthousiasme et votre sens de l'organisation m'ont beaucoup aidé à atteindre mon objectif .

Mes nombreuses discussions avec vous ont toujours été une source d'enrichissements.

Soyez ici très sincèrement remercié .

A mes amis et collaborateurs de l'Institut Pasteur

Docteur Philippe Michel, Docteur Korka DIALLO, Monsieur Ousmane DIOP, Monsieur Omar SECK, Monsieur Pape DIEME.

A mes promotionnaires du Lycée et de Faculté

A Madame MBAYE Ndèye Bineta THIAM et toutes les personnes de Yassine Art Galerie

Pour la diligence et la rapidité dont elles ont fait preuve dans l'accomplissement de ce travail

A tout ceux qui ont d'une façon et d'une autre contribué à l'élaboration de ce travail.

Aux habitants de « KHAR YALLA »

A tout le personnel de la clinique ORL et Chirurgie Cervico-Faciale de l'Hôpital Aristide Le Dantec (H.A.L.D.).

A tout le personnel de la clinique Chirurgicale de l'H.A.L.D.

A l'Association des Internes et Anciens Internes des Hôpitaux de Dakar (A.I.H.D.)

Au peuple sénégalais

**A NOS MAITRES
ET JUGES**

**A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY, MONSIEUR LE
PROFESSEUR EL HADJI MALICK DIOP**

L'honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce Jury n'est qu'un reflet de l'homme que vous êtes.

C'est un grand honneur pour nous que de vous avoir comme Président du Jury.

Nous avons eu l'immense privilège d'être interne dans votre service. Nous avons admiré vos qualités intellectuelles et humaines.

Votre rigueur scientifique a toujours dominé dans votre enseignement et uniquement dans notre intérêt.

Recevez ici, par la grâce de Dieu, l'expression de notre profonde gratitude et notre respect.

**A NOTRE MAITRE ET JUGE, MONSIEUR VICTORINO MENDES,
MAITRE DE CONFERENCES AGREGES**

Vous nous avez fait l'honneur de juger ce travail malgré vos multiples charges.

Votre présence parmi nos juges est le gage de notre admiration pour vos immenses connaissances scientifiques et votre généreuse disponibilité.

La collaboration entre nos deux services pour une meilleure prise en charge des malades nous a permis de vous approcher et d'apprécier votre permanente disponibilité.

Le travail que nous soumettons à votre sanction nous donne l'occasion de vous exprimer notre profonde gratitude et nos sentiments les plus respectueux.

**A NOTRE MAITRE ET JUGE, MONSIEUR ABDOURAHMANE DIA,
MAITRE DE CONFERENCES AGREGES**

Vous avez accepté spontanément de juger ce travail. Vos qualités pédagogiques lors des cours d'Anatomie et lors de notre stage à la CLINIQUE CHIRURGICALE nous ont séduit et font de vous l'exemple de la sagesse, de l'humanisme et du dévouement à l'égard des étudiants.

Puisse-ce travail refléter modestement une partie de l'enseignement que vous nous avez prodigué.

Veillez recevoir, Monsieur, l'expression de notre considération.

**A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE, MONSIEUR
RAYMOND DIOUF, MAÎTRE DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS**

En acceptant de diriger cette thèse, vous avez su par votre rigueur, par votre disponibilité, vos conseils éclairés, nous amener à ce jour de couronnement qui n'est autre que le vôtre en réalité.

Permettez-nous de le dire publiquement combien vous avez répondu à notre attente et avec de très grandes qualités humaines.

Nous vous en sommes sincèrement très reconnaissants.

**A NOTRE MAITRE ET JUGE, MONSIEUR PAPA AMADOU NDIAYE,
MAITRE DE CONFERENCES AGREGES**

C'est avec beaucoup de reconnaissance et de gratitude que nous vous remercions de juger notre travail.

Vos qualités tant professionnelles qu'intellectuelles et humaines, alliées à une grande modestie vous mènent chaque jour d'avantage à donner le meilleur de vous-même et ce dans la simplicité.

Soyez assuré de notre parfaite reconnaissance et de notre profonde gratitude.

" Par définition la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ou improbation "

SOMMAIRE

1. INTRODUCTION.....	1
2. RAPPELS.....	3
2.1. ANATOMIE.....	3
2.1.1. Situation topographique.....	3
2.1.2. Rapports.....	3
2.1.3. Vascularisation.....	4
2.1.4. Innervation.....	4
2.1.5. Drainage lymphatique.....	5
2.2. PHYSIOLOGIE.....	5
2.3. HISTOIRE NATURELLE.....	5
2.3.1. L'évolution locale.....	6
2.3.2. L'évolution régionale.....	6
2.3.3. Métastases à distance.....	7
2.3.4. Cancers multiples.....	7
2.4. HISTOLOGIE.....	7
2.5. CLASSIFICATION.....	10
3. MALADES ET METHODES.....	13
3-1. MALADES.....	13
3-2. METHODES.....	13
4. RESULTATS.....	16
4-1. EPIDEMIOLOGIE.....	16
4.1.1. L'incidence.....	16
4.1.2. Fréquence selon l'âge et le sexe.....	16
4.1.3. Répartition selon l'origine géographique (figure 4).....	16
4.1.4. Facteurs de risque.....	16
4.2. EXAMEN CLINIQUE.....	17
4.2.1. Circonstances de découverte.....	17
(symptômes révélateurs).....	17
4.2.2. Temps d'évolution de la symptomatologie.....	17
(T.E.S.C.).....	17
4.2.3. Examen physique.....	17
4.2.3.1. Point de départ présumé.....	17
4.2.3.2. Aspect macroscopique :.....	17
4.2.3.3. Structures envahies en dehors du cavum :.....	18
4.2.3.4. Aires ganglionnaires envahies.....	18
4.3. EXAMENS COMPLEMENTAIRES.....	18
4.3.1. Audiogramme.....	18
4.3.2. Imagerie.....	18
4.3.3. Sérologie EBV.....	18
4.3.4. Endoscopie.....	19
4.3.5. Histologie → classification → Stadification.....	19
4.4. LE DÉLAI (D2) :.....	19
4.5. ECHECS CARCINOLOGIQUES (n = 10):TABLEAU V.....	20
4.6. COMPLICATIONS.....	20

4.7. CAUSES DE DÉCÈS (n = 12)	20
4.8. SURVIE (figure 5).....	21
5. COMMENTAIRES	22
5.1 EPIDEMIOLOGIE	22
5.1.1 L'incidence :.....	22
5.1.2. Répartition selon l'âge.....	22
5.1.3. répartition selon le sexe.....	22
5.1.4. Répartition géographique	23
5.1.4. Facteurs de risque.....	23
5.2. SUR LE PLAN DIAGNOSTIQUE	24
5.3. INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES	27
6. PERSPECTIVES.....	33
6.1 La formation.....	33
6.2 L'information	34
7. CONCLUSIONS GENERALES.....	35

INTRODUCTION

1. INTRODUCTION

Les cancers du cavum sont des lésions malignes des voies aéro-digestives supérieures (V.A.D.S.) développées aux dépens de la muqueuse du cavum (carcinomes) ou à partir de l'amygdale pharyngée (lymphomes).

La grande majorité des cancers nés à ce niveau est représentée par des carcinomes qui possèdent de nombreuses particularités par rapport aux autres carcinomes des V.A.D.S. Particularités :

- étiolo-épidémiologiques : sex-ratio, répartition géographique
- virologiques, immunologiques et génétiques : interférence de facteurs génétique, et immunologique associant le carcinome indifférencié du cavum au virus d'Esptein-Barr (EBV).
- histologiques : Pourcentage très élevé de carcinomes indifférenciés (undifferentiated carcinoma nasopharyngeal type = UCNT).
- Histoire clinique dominée par :
 - ⇒ l'envahissement osseux de la base du crâne,
 - ⇒ l'extension ganglionnaire cervicale,
 - ⇒ la fréquence des métastases à distance,
 - ⇒ la rareté des cancers multiples.

Depuis que l'attention a été attirée sur ces caractères particuliers, de nombreux travaux ont été consacrés à ces cancers (48). Ainsi, ces cancers ont bénéficié des progrès de la technologie moderne

notamment par l'apport de la sérologie EBV, de la tomodensitométrie (TDM), de l'imagerie par résonance magnétique (IRM), de l'informatique, des masques thermophomes, des fibres optiques...

Les moyens thérapeutiques gravitent autour de la radiothérapie. Des protocoles randomisés de chimiothérapie (efficaces pour les lymphomes) sont à l'étude pour les carcinomes.

En dépit de tous ces progrès, la survie dans les grands centres anti-cancéreux est environ de 40 % à 3 ans et de 30 % à 5 ans (19; 35;48).

Au Sénégal, le cancer du cavum accuse une incidence croissante ces 10 dernières années. Il s'agit de cancers intéressant la population active. Suite au retard de consultation, le cancer est souvent très avancé au moment du diagnostic. La survie est nulle à 3 ans.

Nous rapportons ici l'expérience du service d'ORL et de Chirurgie Cervico-Faciale du CHU de Dakar qui porte sur 42 malades. Sur une période de 16 ans (1981-1996), nous avons évalué l'incidence ce cancer; nous tentons de cerner l'épidémiologie et la gravité afin de dégager des perspectives visant à améliorer le pronostic.

RAPPELS

2. RAPPELS

2.1. ANATOMIE

2.1.1. Situation topographique

Le cavum (ou rhinopharynx ou nasopharynx ou arrière cavité des fosses nasales) constitue la partie haute rétro-nasale du pharynx. Il peut être assimilable à une cavité cubique, profondément situé sous la base du crâne, en avant des 2 premières vertèbres cervicales en arrière des choanes et du voile du palais (figure 1).

Il comprend 2 parois :

- la paroi postéro-supérieure ou toit marquée par l'amygdale pharyngée de LUSCHKA.
- La paroi latérale, musculo-aponévrotique constituée par le constricteur supérieur du pharynx, perforée par la trompe d'Eustache qui est doublée des péristaphylins interne et externe. Elle est marquée par l'orifice de la trompe d'Eustache, le bourrelet tubaire et la fossette de Rosen Müller. La taille du nasopharynx varie avec l'âge, le développement sphéno-cranial et l'angle sphéno-occipital. Il mesure habituellement chez l'adulte 4 à 6 cm transversalement sur 2 à 3 cm d'avant en arrière, et 3 à 4 cm de haut en bas.

2.1.2. Rapports

En avant : la partie postérieure des fosses nasales, les sinus maxillaires, la cavité orbitaire, l'ethmoïde.

En haut et en arrière : en fonction du développement du sinus sphénoïdal, le corps du sphénoïde et le clivus occipital avec les fosses cérébrales moyenne et postérieure. Les nerfs craniens V et XI sont sagittaux, les VII et VIII sont transversaux, les IX, X et XI gagnent le trou déchiré postérieur, le XII le trou condylien antérieur.

En arrière : l'espace rétro-pharyngé, l'atlas et les muscles et ligaments prévertébraux.

Latéralement : le trou déchiré antérieur et la carotide interne, l'espace maxillo-pharyngé contenant les gros vaisseaux et les nerfs mixtes du cou, le sympathique cervical et les ganglions les plus hauts de la chaîne jugulaire interne. Cet espace communique en haut avec la fosse sous temporale, en avant avec l'espace ptérygo-maxillaire, en bas avec la gouttière carotidienne et en arrière avec la loge parotidienne.

En bas : l'oropharynx, surtout la loge amygdalienne.

2.1.3. Vascularisation

Les artères proviennent du système carotidien externe, la pharyngienne ascendante en est la principale. Des branches de l'artère maxillaire interne (vidienne, ptérygo-palatine) et de l'artère faciale (palatine ascendante) s'anastomosent avec la pharyngienne ascendante et forment un très riche réseau sous-muqueux et muqueux (« Anastomoses dangereuses »).

Les veines, surtout développées au niveau des plexus sous-muqueux latéraux, se drainent dans la jugulaire interne.

2.1.4. Innervation

Elle est assurée par le plexus pharyngien, constitué par les nerfs mixtes IX et X et le contingent sympathique provenant du ganglion cervical supérieur. Le IX prédomine au niveau du nasopharynx. Le nerf maxillaire supérieur (V) participe à l'innervation sensitive du toit du cavum.

2.1.5. Drainage lymphatique

Le drainage lymphatique comprend un réseau sous-muqueux très riche qui se draine vers les ganglions latéro ou rétro-pharyngés et, de là, vers le groupe sous-digastrique et la chaîne spinale.

2.2. PHYSIOLOGIE

Carrefour aéro-digestif, le pharynx est situé à la jonction du cou, de la base du crâne et de la face. Cette situation l'amène à intervenir à des degrés divers dans la déglutition, la phonation, l'olfaction, la gustation, l'audition et la respiration.

Selon son action digestive ou respiratoire, le pharynx entre en relation soit avec la bouche et l'œsophage, d'une part, soit avec le nez et la langue et les voies respiratoires inférieures (VRI) d'autre part. Sont ainsi nés 2 courants dont la commande nerveuse centrale est tout à fait distincte.

Le cavum est fermé par la face postérieure du voile lors de la déglutition.

2.3. HISTOIRE NATURELLE

La clinique des cancers cervicaux faciaux répond à une histoire naturelle fort bien étudiée par Y. CACHIN et ses collaborateurs (5; 14) en France à l'Institut Gustave Roussy (IGR)

2.3.1. L'évolution locale

Les signes cliniques du NPC sont essentiellement de siège nasal et auriculaire. Le développement progressif de la tumeur s'accompagne d'un écoulement nasal, plus ou moins sanguinolent. L'obstruction choanale entraîne une obstruction nasale (O.N.), d'abord unilatérale, puis bilatérale, alors accompagnée d'une voix nasonée. L'occlusion de la trompe d'Eustache ou son envahissement entraîne une symptomatologie auriculaire à type d'otite séreuse souvent unilatérale. La membrane tympanique est rétractée, avec parfois un niveau liquide bien visible.

Le risque majeur est de considérer cette symptomatologie comme bénigne.

2.3.2. L'évolution régionale

Il s'étend de proche en proche vers les structures adjacentes (figure 1). Vers le haut, l'envahissement de la base du crâne se traduit cliniquement par des douleurs et une atteinte des nerfs crâniens.

L'atteinte des nerfs oculo-moteurs est la plus fréquente notamment le VI, parfois les X, XI, XII et le VII. Pour ses dernières paires, il peut aussi s'agir d'une compression par une adénopathie volumineuse sur le trajet cervical. L'extension antéro-supérieure de la tumeur se fait vers l'orbite avec exophtalmie, ou vers le bas, bloquant progressivement l'oropharynx ce qui occasionne des troubles progressifs de la déglutition et dans les cas extrêmes des troubles respiratoires justiciables d'une trachéotomie. En dehors puis en avant, il infiltre l'espace parapharyngé, la région ptérygo-maxillaire occasionnant un trismus.

L'envahissement ganglionnaire cervical postérieur est fréquent, important, quelque fois trompeur lorsqu'il ne s'accompagne que de peu ou d'aucune symptomatologie rhino-pharyngée. Le volume de l'A.D.P. provoque parfois un torticolis.

2.3.3. Métastases à distance

L'étude de cette histoire naturelle a permis en particulier dans les formes loco-régionales avec envahissement ganglionnaire massif (N2C-N3) de découvrir un nombre important de métastases souvent asymptomatiques (médullaires, osseuses, hépatiques et pulmonaires). Leur installation est précoce (18 mois) et s'associe fréquemment à des syndromes para-néoplasiques originaux (36) (réactions leucémoïdes, fièvre néoplasique, ostéo-arthropathie).

2.3.4. Cancers multiples

Peuvent être successifs ou simultanés.

Sont rares (10; 24; 35)

2.4. HISTOLOGIE

Le nasopharynx (NP) est revêtu d'une muqueuse de type digestif dans les 2/3 postérieurs et en principe de type cylindrique respiratoire dans le 1/3 antérieur (48).

Cette muqueuse repose sur un conjonctif commun. Celui-ci renferme des glandes salivaires, de type mixte, participe à l'anneau lymphoïde de WALDEYER.

La muqueuse subit une métaplasie précoce sous l'effet des infections répétées et est presque totalement de type épidermoïde chez l'adulte.

Le point de départ ne peut pas toujours être précisé. Les tumeurs les plus fréquemment rencontrées semblent naître sur une paroi latérale, en particulier la région tubaire et la fossette de Rosen-Müller, et sur le toit.

L'aspect macroscopique est variable : les formes ulcéro-bourgeonnantes et ulcéro-infiltrantes sont fréquentes et plus aisées à reconnaître que les formes infiltrantes sous muqueuses.

L'histopathologie permet de reconnaître :

- les carcinomes

Il a été convenu d'en distinguer 3 classes ou types (O.M.S. 1978)

Type I : carcinome malpighien spino-cellulaire qui présente des ponts inter-cellulaires et de la Kératine.

Type II : carcinome non kératinisant.

Type III : carcinome indifférencié de type naso-pharyngé (UCNT = Undifferentiated Carcinoma Nasopharyngeal Type) présentant un aspect syncitial plutôt que pavimenteux, avec éléments tumoraux disposés en amas irréguliers noyés dans un stroma lymphoïde.

Pour certains auteurs (Micheau, Kurger) l'individualisation du type II est remise en question et les NPC se réduisent alors à 2 types

histologiques : les carcinomes spino-cellulaires (C.S.) et les UCNT. Cette dualité histologique se base sur des considérations clinique (évolution particulière), sérologique (titre bas des anticorps dans les C.S.) et épidémiologique (UCNT quasi exclusif dans les régions à forte incidence).

Y. ELOUARD (18) et collaborateurs ont réalisé un classement histopronostique des UCNT en soulignant l'importance du stroma avec des formes « diffuses éclatées » : de meilleur pronostic, « diffuse compacte » : de pronostic intermédiaire, « cordonales compactes » : de plus mauvais pronostic.

– Les lymphomes

développés à partir de l'amygdale pharyngée

d'architecture le plus souvent diffuse, rarement nodulaires et fréquemment constitués de grandes cellules.

Relativement fréquents en Europe occidentale (10 à 15 % des NPC)

– Tumeurs malignes rares

adénocarcinomes

* carcinome adénoïde kystique (cylindrome)

* tumeurs muco-épidermoïdes

Craniopharyngiome

Sarcome embryonnaire

Rhabdomyosarcome

Plasmocytome.

2.5. CLASSIFICATION

- Avant d'établir la classification TNM des épithéliomas du cavum {American Joint Committee for clinical staging (AJC)/Union Internationale contre le cancer (UICC) 1987}, il faut réunir les conditions suivantes :
 - ⇒ un examen clinique complet ;
 - ⇒ un cliché du thorax à la recherche de métastase pulmonaire ;
 - ⇒ une échographie abdominale, à la recherche de métastase abdominale ;
 - ⇒ une scintigraphie osseuse, à la recherche de métastase osseuse ;
 - ⇒ un scanner (TDM) du cavum pour déterminer l'extension loco-régionale de la tumeur ;
 - ⇒ une panendoscopie pour apprécier l'extension locale de la tumeur et rechercher une deuxième localisation ;
 - ⇒ un examen histopathologique pour confirmer le caractère carcinomateux de la tumeur du cavum.

Cette classification se fait suivant la délimitation du cavum en siège (paroi latérale, paroi postéro-supérieure).

- Tumeur (T) :

T0 : absence de tumeur primitive

Tis : "carcinome in situ"

T1 : tumeur limitée à un siège

T2 : tumeur s'étendant à 2 sièges

T3 : tumeur s'étendant aux fosses nasales et/ou à l'oropharynx.

T4 : tumeur avec extension à la base du crâne et/ou signes neurologiques.

TX : impossibilité d'évaluer l'extension de la tumeur

– Aires ganglionnaires (N) :

N0 : absence de ganglion cliniquement métastatique ,

N1 : ADP unique, homolatérale, < 3 cm

N2 :

a : homolatérale, unique, > 3 cm et < 6 cm

b : homolatérales, multiples, < 6cm

c : bilatérales ou contro-latérales, < 6 cm

N3 : ADP > 6 cm

NX : impossibilité d'évaluer l'extension lymphatique

– Métastase (M) :

M0 : pas de signe métastatique à distance

M1 : présence de métastase à distance

MX : on ne dispose pas de condition minimale requise pour apprécier la présence de métastase à distance.

- DES LYMPHOMES

- ⇒ Stade I : 1 territoire ganglionnaire atteint
- ⇒ Stade II : 2 territoires lymphoïdes (rate) ou plus mais d'un même côté du diaphragme
- ⇒ Stade III : atteinte sus et sous diaphragmatique mais limitée au tissu lymphoïde
- ⇒ Stade IV : atteinte viscérale : foie, moelle, os, poumon...

MALADES
ET METHODES

3. MALADES ET METHODES

3-1. MALADES

Notre étude porte sur une période allant du 1er Janvier 1981 au 31 décembre 1996 soit une période de 16 ans.

54 malades porteurs d'une tumeur du cavum cliniquement suspecte de malignité ont été admis à la clinique universitaire d'O.R.L. et de Chirurgie Cervico-Faciale de Dakar.

La confirmation histologique fut obtenue pour 42 malades.

Notre étude porte sur cette série de 42 malades.

Il s'agissait de 22 hommes et 20 femmes.

L'âge moyen était de 33 ans avec des extrêmes de 5 à 72 ans.

3-2. METHODES

Les malades ont tous bénéficié d'un examen clinique et d'une biopsie.

Cette biopsie a été réalisée :

- au fauteuil, au niveau de la tumeur primitive
 - ⇒ directement au niveau du cavum (11 cas) en s'aidant parfois de releveurs de voile.
 - ⇒ à travers la fosse nasale (15 cas) après bonne cocaïnorétraction.
- au bloc opératoire
 - ⇒ sous anesthésie locale (AL), au niveau de

⇒ sous anesthésie générale (AG), au niveau de la tumeur (11 cas), dans la foulée d'une Panendoscopie.

20 malades ont bénéficié d'un examen audiométrique

23 d'une radiographie du cavum de profil prenant le cou.

21 malades ont bénéficié d'une sérologie EBV dès leur première consultation. Cette sérologie était réalisée de manière systématique (à partir de janvier 1993) par l'unité d'épidémiologie des virus oncogènes de l'Institut Pasteur de Paris en collaboration avec le laboratoire de virologie de l'Institut Pasteur de Dakar.

29 malades ont bénéficié d'un traitement à visée curative :

– radiothérapie (R.T.) : 26 malades

⇒ R.T. exclusive : 23 malades

* conventionnelle (effectuée à l'Hôpital Principal de Dakar de 1981 à 1987) : 5 malades

* cobalthérapie (effectuée à l'Hôpital A. Le Dantec à partir de 1989) : 18 malades

⇒ Chimiothérapie (C.T.) d'induction (= C.T. néo-adjuvante) : 1 malade

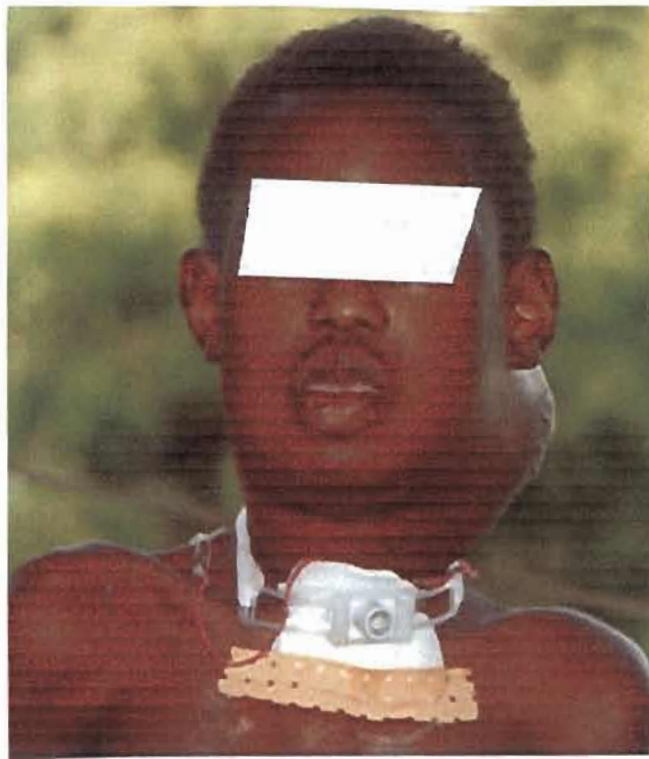
⇒ Chimiothérapie (C.T.) adjuvante : 2 malades

– Chimiothérapie seule : 3 malades

4 malades ont été trachéotomisés (traitement symptomatique) (photo n° 1).

Photo n° 1 : U.C.N.T.

Canule de Trachéotomie avec Pansement



Les malades étaient suivis en ambulatoire. A la date du 15/12/1996 on notait 11 vivants, 19 perdus de vue et 12 décès.

Le traitement informatique des données par le logiciel de l'O.M.S. Epi-Info-version 5.01 CDC a facilité l'exploitation des données. Le logiciel microsoft excel version 5.0 a permis de tracer la courbe de survie des malades selon la méthode de KAPLAN-MEIER.

RESULTATS

Figure : 2

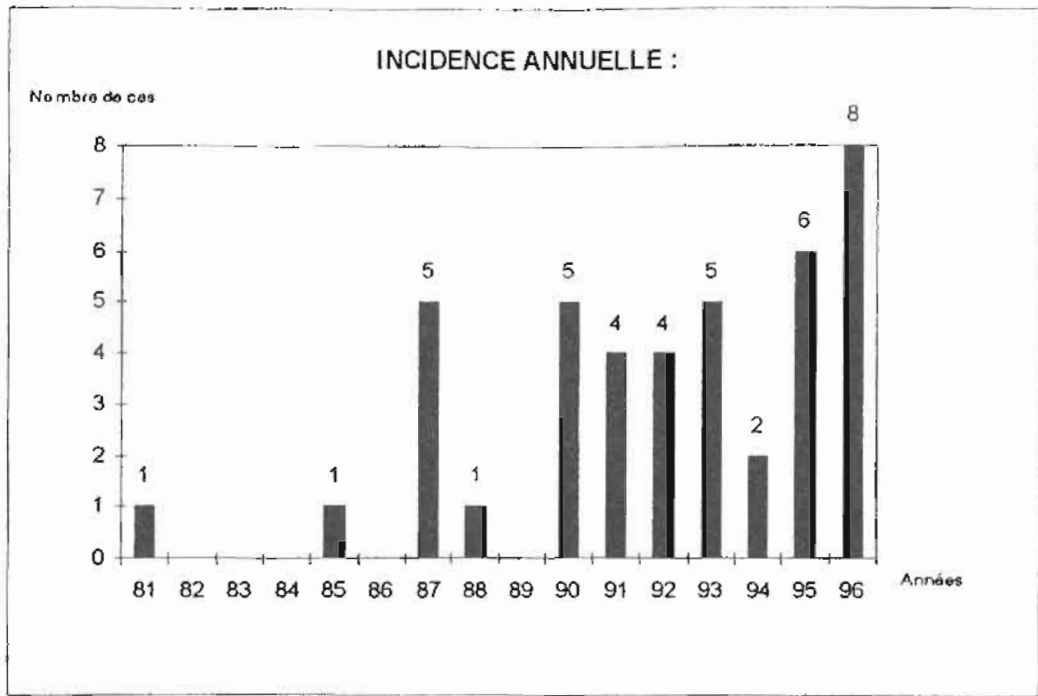


Figure : 3

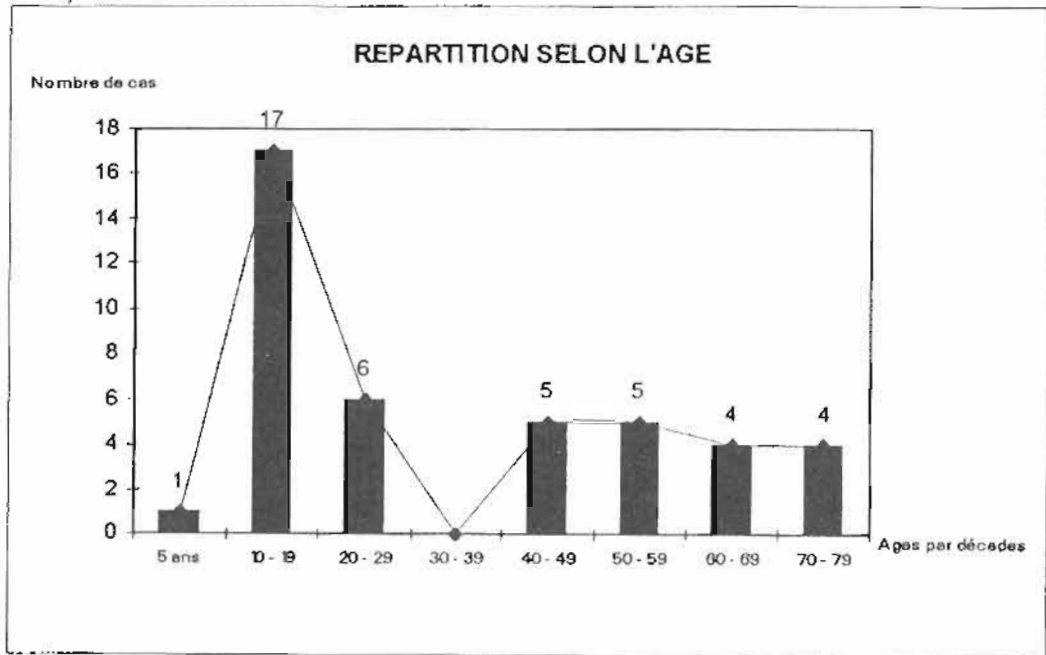
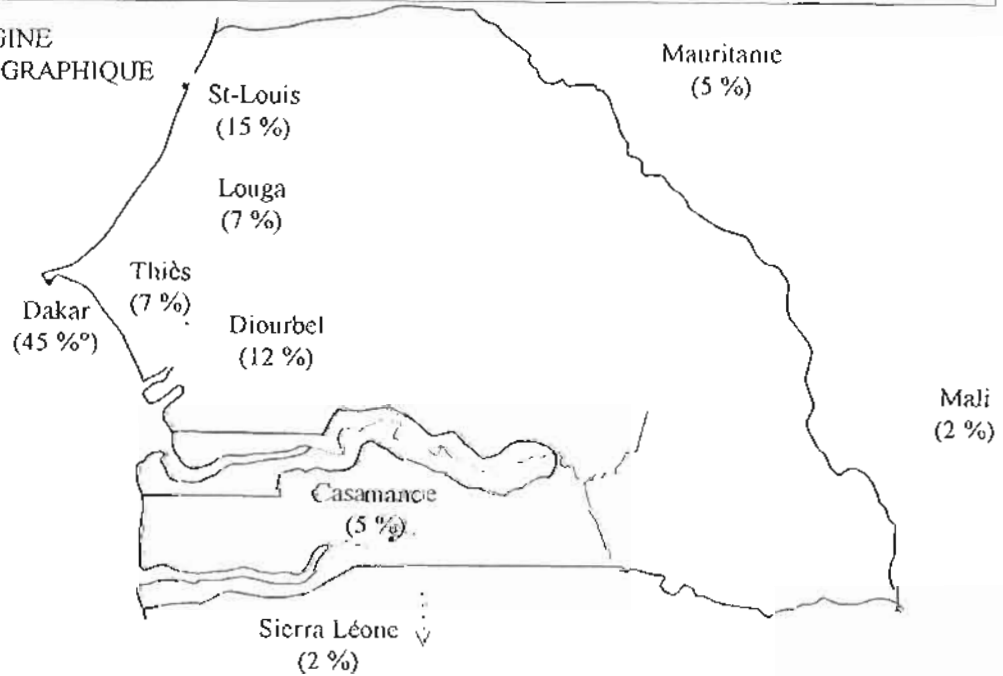


Figure 4 : ORIGINE

GEOGRAPHIQUE



4. RESULTATS

4-1. EPIDEMIOLOGIE

4.1.1. L'incidence

Nous avons noté une augmentation plus ou moins régulière des NPC à partir de 1987 et chute en 1988 et 1989 (figure n° 2).

Abstraction faite des années 1988 et 1989 ; l'incidence moyenne annuelle a été de 5 cas ces 10 dernières années.

4.1.2. Fréquence selon l'âge et le sexe

Le sex-ratio était de 1,1 en faveur des hommes (22 hommes pour 20 femmes)

La répartition des malades selon l'âge (figure 3) , mettait en évidence 2 périodes prépondérantes :

- La décade de 10-19 ans (17 malades = 40 %)
- La période au-delà de 40 ans (18 malades = 43 %)

4.1.3. Répartition selon l'origine géographique (figure 4)

19 malades provenaient de la région de Dakar, suivaient ensuite les régions de Saint-Louis (6malades), Diourbel (5 malades), Thiès (3 malades) , Louga (3 malades) et Casamance (2 malades).

2 malades provenaient de la Mauritanie, 1 du Mali et 1 autre de la Sierra Léone.

4.1.4. Facteurs de risque

Tableau I

SYMPTOMES REVELATEURS

SIGNES (Symptômes)	NOMBRE DE CAS (n)	POURCENTAGE (%)	SIEGE DES ADENOPATHIES (ADP)		EXEMPLES D'ASSOCIATION DE SIGNES			
			n	%		n	%	
ADP cervicales	38	90%						
Signes rhinologiques			Toutes les chaînes ganglionnaires	7	18,42%	2 Signes		
épistaxis	34	81%	Sous-digastrique (SD)	13	34,21%	ADP + épistaxis	27	64%
obstruction nasale (O.N.)	25	60%	SD + jugulo-carotidienne	3	7,89%	ADP + hypoacousie	31	31%
Signes otologiques			SD + sus-omo-hyoïdienne	2	5,26%	ADP + céphalées	45	45%
hypoacousie	14	33%	SD + sous-omo-hyoïdienne	1	2,63%	Epistaxis + céphalées	14	33%
otalgie	11	26%	SD + sous-mandibulaire	1	2,63%			
Signes neurologiques			SD + spinal moyen	1	2,63%			
atteinte des paires crâniennes	13	31%	SD + spinal haut	1	2,63%	3 Signes		
céphalées	25	59%	Spinal haut	5	13,10%	ADP + épistaxis + hypoacousie	10	24%
Signes ophtalmologiques			Spinal haut + moyen + inférieur	1	2,63%	ADP + hypoacousie + céphalées	10	24%
enophtalmie	4	9%	Spinal haut + spinal moyen	1	2,63%	ADP + O.N. + céphalées	9	21%
baisse acuité visuelle	4	9%	Spinal haut + jugulo-carotidienne	1	2,63%	ADP + O.N. + hypoacousie	9	21%
Autres signes			Spinal moyen	1	2,63%			
trismus	8	19%						
torticolis	2	5%						
cervicalgies postérieures	2	5%						
			TOTAL	38	100%			

Le niveau socio-économique des malades était bas dans 31 cas (74 %), la consommation de nitrosamines (poissons séchés et fumés) était constante dans 38 cas (90 %) et tous les malades avaient déjà utilisé des produits euphorbiacés (esters de phorbol = produits chinois)

4.2. EXAMEN CLINIQUE

4.2.1. Circonstances de découverte

(symptômes révélateurs)

Tous les malades présentaient au moins un signe clinique qui a motivé leur première consultation.

Nous les avons classé en 6 catégories (Tableau I)

4.2.2. Temps d'évolution de la symptomatologie

(T.E.S.C.)

Le délai (D1) entre le début de la symptomatologie clinique et la première consultation chez le spécialiste O.R.L. était de 7 mois avec des extrêmes de 1 mois à 12 mois.

4.2.3. Examen physique

4.2.3.1. Point de départ présumé

dans 7 cas (17 %) le point de départ se situait à la paroi latérale.

4.2.3.2. Aspect macroscopique :

formes bourgeonnantes : 28 cas (66 %)

Formes ulcéro-bourgeonnantes : 11 cas (26 %)

PHOTO N° 2 : U.C.N.T.

Macropolyadénopathie cervicale



Tableau II

MARQUEURS E.B.V. / N.P.C.

MALADES	VCA/IgG	VCA/IgM	VCA/IgA	EA/IgG	EA/IgA	EBNA	CONCLUSIONS
1	640	Négatif	80	>160	40	320	PréNPC ou NPC
2	1280	Négatif	Négatif	>160	Négatif	40	Réactivation
3	640	Négatif	40	>160	40	320	PréNPC ou NPC
4	1280	Négatif	640	>160	80	160	PréNPC ou NPC
5	640	Négatif	80	>160	>40	Négatif	PréNPC ou NPC
6	640	Positif	Négatif	160	Négatif	Négatif	Primo-infection
7	>1280	Négatif	Négatif	>160	Négatif	40	Réactivation
8	1280	Négatif	160	>40	>40	160	PréNPC ou NPC
9	1280	Négatif	Négatif	>40	Négatif	160	Infection latente
10	40	Négatif	Négatif	10	Négatif	10	Cicatrice
11	>1280	Négatif	80	>40	40	1280	PréNPC ou NPC
12	1280	Négatif	80	>160	>40	Négatif	PréNPC ou NPC
13	20	Négatif	80	>40	>40	Négatif	PréNPC ou NPC
14	320	Positif	160	>40	40	Négatif	PréNPC ou NPC
15	320	Négatif	160	>40	Négatif	160	PréNPC ou NPC
16	160	Positif	20	>40	Négatif	160	PréNPC ou NPC
17	640	Négatif	80	>160	>40	Négatif	PréNPC ou NPC
18	>1280	Négatif	80	>40	40	1280	PréNPC ou NPC
19	20	Négatif	Négatif	Négatif	Négatif	40	Cicatrice
20	640	Négatif	80	>160	40	320	PréNPC ou NPC
21	170	Négatif	80	160	80	200	PréNPC ou NPC

VCA = Viral Capsid Antigen (antigène de la capside virale)

EA = Early Antigen (antigènes précoces)

EBNA = Epstein Barr Nuclear Antigen (antigène du noyau)

Ig = Immunoglobuline

4.2.3.3. Structures envahies en dehors du cavum :

Oropharynx et fosses nasales : 17 cas (40 %)

Base du crâne (avec atteinte des paires crâniennes) : 13 cas (31 %)

Fosse ptérygo-maxillaire : 8 cas (19 %)

4.2.3.4. Aires ganglionnaires envahies

(Tableau I)

Toutes les chaînes ganglionnaires étaient envahies dans 7 cas (17 %) avec tableau de macropoly-adénopathie cervicale (photo n° 2)

Dans 13 cas (34 %) l'adénopathie (ADP) était de siège sous-digastrique et dans 5 cas (13 %) de siège spinal haut.

4.3. EXAMENS COMPLEMENTAIRES

4.3.1. Audiogramme

Sur les 20 malades ayant bénéficié d'un examen audiométrique, tous avaient présenté une surdité de transmission.

4.3.2. Imagerie

La radiographie standard du cavum de profil, prenant le cou montrait la tumeur avec refoulement de l'axe laryngo-trachéal dans 17 cas.

4.3.3. Sérologie EBV

Sur les 21 malades ayant bénéficié d'un filtrage des anticorps (AC) EBV, 15 (71%) avaient un profil sérologique typique corrélié avec l'U.C.N.T. (Tableau II)

Tableau III

HISTOLOGIE

HISTOLOGIES	NOMBRE DE CAS	POURCENTAGE
U.C.N.T.	32	76%
Carcinome bien différencié	4	10%
Carcinome muco-épidermoïde	1	2%
Lymphomes L.M.N.H. (3) Hodgking (2)	5	12%
TOTAL	42	100%

Tableau IV

CLASSIFICATION T.N.M. (A.J.C./U.I.C.C.) (n = 37 carcinomes)

N \ T	T1	T2	T3	T4	TOTAL
N0		1	1	2	4
N1			3		3
N2		2	3	2	7
a			2		2
b					
c					
N3	2	2	8	9	21
TOTAL	2	5	17	13	37

4.3.4. Endoscopie

L'endoscopie précisait le point de départ présumé dans 6 autres cas (paroi latérale) et dans 5 cas c'était la paroi postéro-supérieure.

La panendoscopie systématique, pour 11 malades, n'avait pas retrouvé de deuxième localisation cancéreuse.

4.3.5. Histologie → classification → Stadification

- On notait 37 carcinomes (88%) dont 32 UCNT (76 %) et 5 lymphomes (12 %) : tableau III
- Classification TNM commune (A.J.C./U.I.C.C. 1987) :

(Tableau IV)

⇒ Les 37 carcinomes (n = 37) se répartissaient ainsi :

- * T1-T2 = 7 malades (19 %)
- * T3-T4 = 30 malades (81 %)

- Stades :

⇒ Pour les carcinomes (U.I.C.C.)

- * Stades I et II (T1-T2 ; N0) : 1 malade
- * Stade III (T3N0 ; T1-T2-T3-N1) : 4 malades
- * Stade IV (T4N0N1 ; tous TN2N3) 32 malades

⇒ Pour les lymphomes (/hodgking)

- * Stade IV : atteinte viscérale : foie, poumon : 2 malades

4.4. LE DÉLAI (D2) :

Tableau V

ECHECS CARCINOLOGIQUES (n = 10)

Traitement à visée curative	Echecs locaux (n = 4)		Echecs ganglionnaires (n = 3)		Métastases (n = 4)
	Poursuite évolutive	Récidive	Poursuite évolutive	Récidive	
RT exclusive Cobalt Conventionnelle	1* 1	1	1*	1	3 Osseuse et hépatique (n = 2) Péritonéal et hépatique (n = 1)
CT néo-adjuvante (= d'induction)		1			
CT adjuvante					
CT seule			1		1 Pulmonaire

1* = Poursuite évolutive tumorale et ganglionnaire (chez le même patient)

Entre le début de la symptomatologie clinique et le début du traitement à visée curative était en moyenne de 12 mois avec des extrêmes de 5 mois à 30 mois

4.5. ECHECS CARCINOLOGIQUES (n = 10):TABLEAU V

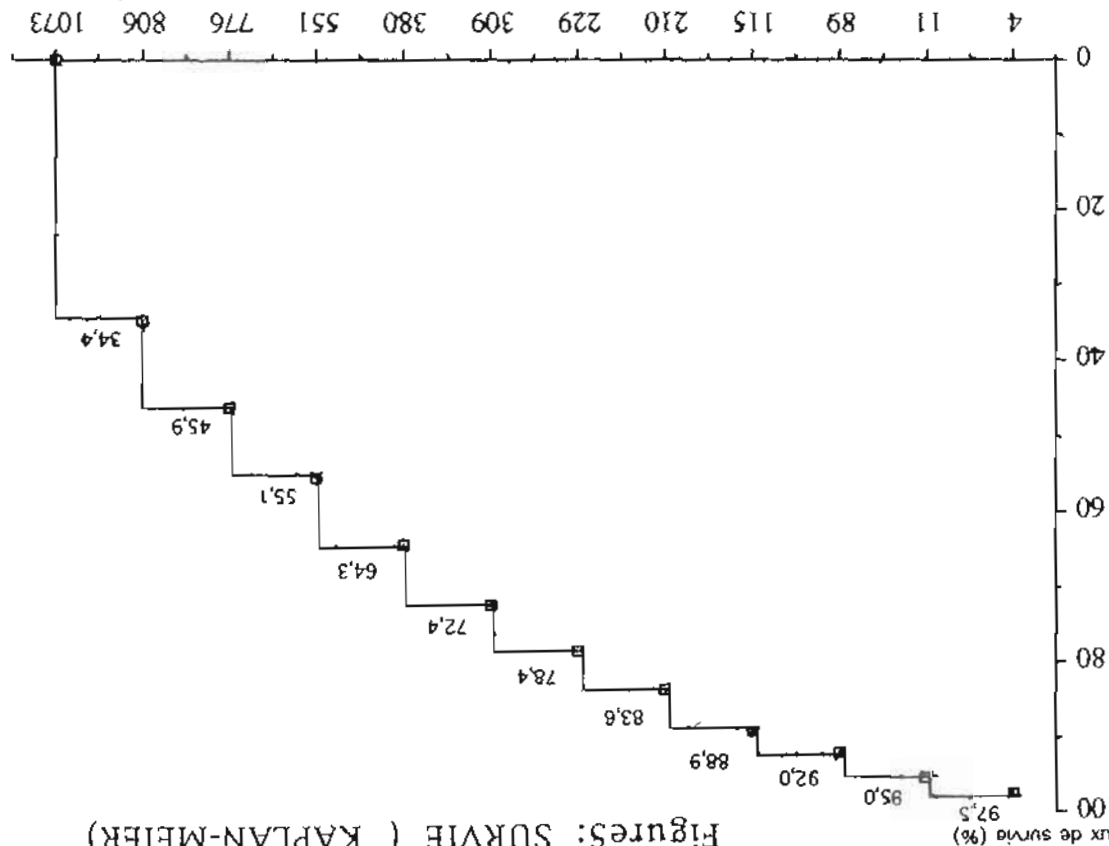
- Poursuite évolutive tumorale : 1cas
- Poursuite évolutive ganglionnaire : 1 cas
- Poursuite évolutive tumorale et ganglionnaire : 1 cas
- Récidive tumorale : 2 cas
- Récidive ganglionnaire : 1 cas
- Métastases : 4 cas

4.6. COMPLICATIONS

- De la radiothérapie (RT) :
 - ⇒ l'hyposialie (9 cas), la sécheresse des muqueuses (10 cas), la radio mucite (5 cas) avaient déterminé une dysphagie entraînant un amaigrissement (perte moyenne 3 Kg) chez 5 malades.
 - ⇒ Cécité : 4 cas
 - ⇒ Radiodermite : 2 cas
- De la chimiothérapie (CT) :
 - ⇒ Aplasie médullaire : 1 cas

4.7. CAUSES DE DÉCÈS (n = 12)

Durée de suivi (jours)



Figures: SURVIE (KAPLAN-MEIER)

- 6 malades sont décédés avant traitement {1 par hémorragie, 3 par métastase abdominale et 2 de cause indéterminée (décès à domicile)}
- 6 autres sont décédés après traitement à visée curative
 - ⇒ 1 dans un tableau évocateur d'aplasie médullaire
 - ⇒ 1 après poursuite évolutive tumorale et ganglionnaire
 - ⇒ 1 après récurrence tumorale
 - ⇒ 3 après métastases :
 - * osseuse et hépatique : 1 cas
 - * péritonéale et hépatique : 1 cas
 - * pulmonaire : 1 cas

4.8. SURVIE (figure 5)

Pour l'ensemble du groupe, la survie calculée par la méthode de Kaplan et Meier était de 65 % à 1 an, de 35 % à 2 ans. Elle était nulle à 3 ans.

COMMENTAIRES

5. COMMENTAIRES

5.1 EPIDEMIOLOGIE

5.1.1 L'incidence :

Cette incidence de 5 nouveaux cas par an ne traduit pas fidèlement l'ensemble des nouveaux cas au Sénégal.

Les cas que nous avons colligés ne concernent que l'Hôpital Universitaire de Dakar.

5.1.2. Répartition selon l'âge

Cette étude fait ressortir la distribution bimodale classique des NPC selon l'âge. Il y'a 2 périodes prépondérantes, la décade de 10-19 ans et celle au delà de 40 ans.

La moyenne d'âge de la série sénégalaise (33 ans) est comparable à celle de la population maghrébine (8; 20).

Le NPC touche surtout la population active (20)

5.1.3. répartition selon le sexe

Quelles que soient les régions considérées, l'homme est toujours plus fréquemment atteint que la femme. Le sex-ratio variant de 2 à 3 selon le degré de différenciation (4; 23; 29).

Dans cette courte série, le sex-ratio est de 22 hommes pour 20 femmes (1,1)

Ce sex-ratio est de l'ordre 10 dans les autres carcinomes des V.A.D.S., liés à l'alcool et au tabac (5; 35).

5.1.4. Répartition géographique

Il est difficile de retrouver la vraie origine géographique des patients, parce que les malades donnent habituellement l'adresse de leurs parents résidant dans la Capitale.

Cependant on constate (figure 4), le caractère essentiellement « côtier » du NPC.

Les études épidémiologiques ont mis en évidence 3 zones d'incidence :

- zone de forte incidence : en Asie du Sud-Est (15 à 30 nouveaux cas par an pour 100.000 habitants).
- zone de moyenne incidence : dans les pays d'Afrique du Nord et de l'Est, sur le pourtour méditerranéen (5 à 9 pour 100.000 habitants).
- zone de faible risque : le reste du monde (0,1 à 1 pour 100.000 habitants).

5.1.4. Facteurs de risque

Le facteur épidémiologique majeur reste l'EBV, virus ubiquitaire responsable aussi de la mononucléose infectieuse (M.N.I.) et du lymphome de Burkitt (1; 12).

Dans cette courte série, 15 patients avaient un profil sérologique typique corrélié avec l'U.C.N.T. (tableau II)

Outre l'EBV, nous avons retrouvé comme facteurs de risque : les nitrosamines (95 % des patients), présents dans les poissons

séchés et fumés que l'on retrouve dans certaines préparations culinaires sénégalaises, tunisiennes et groedlandaises (43; 45).

Ces nitrosamines sont aussi abondamment et constamment consommés par les chinois du sud (25; 43; 45).

Les esters de phorbol (euphorbiacés) contenus dans certaines préparations de la pharmacopée chinoise traditionnelle. Mais l'on ne sait pas si nos patients les utilisent plus parcequ'ils ont des symptômes nasaux dus à un NPC débutant ou l'inverse ; effet « œuf-poule ».

Les facteurs de prédisposition génétique, telle cette famille chinoise décrite par Ho où 9 cas de NPC sont observés sur 3 générations (45; 48), n'ont pu être étudié dans cette courte série s'échelonnant sur une période de 16 ans.

5.2. SUR LE PLAN DIAGNOSTIQUE

A la première consultation dans le service, l'adénopathie (ADP) est la circonstance de découverte la plus fréquente. Elle est suivie de près par l'Epistaxis (tableau I).

L'association ADP-épistaxis, ADP-épistaxis et hypoacousie est fortement suspecte d'un cancer du cavum (3; 4; 9). L'atteinte des paires crâniennes (31 %) traduit l'extension importante de la tumeur primitive au moment du diagnostic.

Le TESC était de 7 mois en moyenne. Ce retard à la consultation s'explique, comme dans toutes les séries (23; 27; 30) par la symptomatologie d'emprunt, déroutante de ce cancer; faisant consulter les patients chez divers spécialites (27; 42; 48; 49).

Au Sénégal il faut aussi tenir compte du recours aux tradithérapeutes en première intention allongeant d'autant la consultation chez le spécialiste.

S'agissant de la lésion initiale le point de départ présumé était la paroi latérale dans 13 cas (31 %). La prédilection pour les parois latérales est soulignée par les auteurs (51).

La détermination du site initial a été particulièrement difficile, voire impossible, chez les 8 malade (19 %) ayant présenté un trismus. Le trismus (photo n° 3) révèle indirectement l'extension de la tumeur à la fosse ptérygo-maxillaire. Cette propagation du NPC à la fosse ptérygo-maxillaire a été rapportée par les auteurs (2, 54).

Dans ces cas, apprécier l'aspect macroscopique de la lésion nous était parfois difficile. D'ailleurs cet aspect macroscopique n'obéit à aucune loi précise (14).

L'examen des aires ganglionnaires a été contributif dans le diagnostic. L'ADP était un signe quasi-constant (90 %) dans notre série ; chiffre comparable aux données de la littérature (24; 27; 28) C'est l'habituel relais sous-digastrique qui a été le plus fréquemment rencontré (29 cas = 69 %).

Ces ADP sont caractéristiques (photo n° 4) quand elles sont hautes et postérieures (16 cas = 38 %)

On insiste dans la littérature (12; 13; 16; 17; 31) sur l'intérêt diagnostique et de dépistage de la sérologie E.B.V. dans les U.C.N.T.

Celle-ci systématiquement réalisée à partir de 1993 a été contributive chez 15 malades.

Photo n° 3 : U.C.N.T.

Trismus

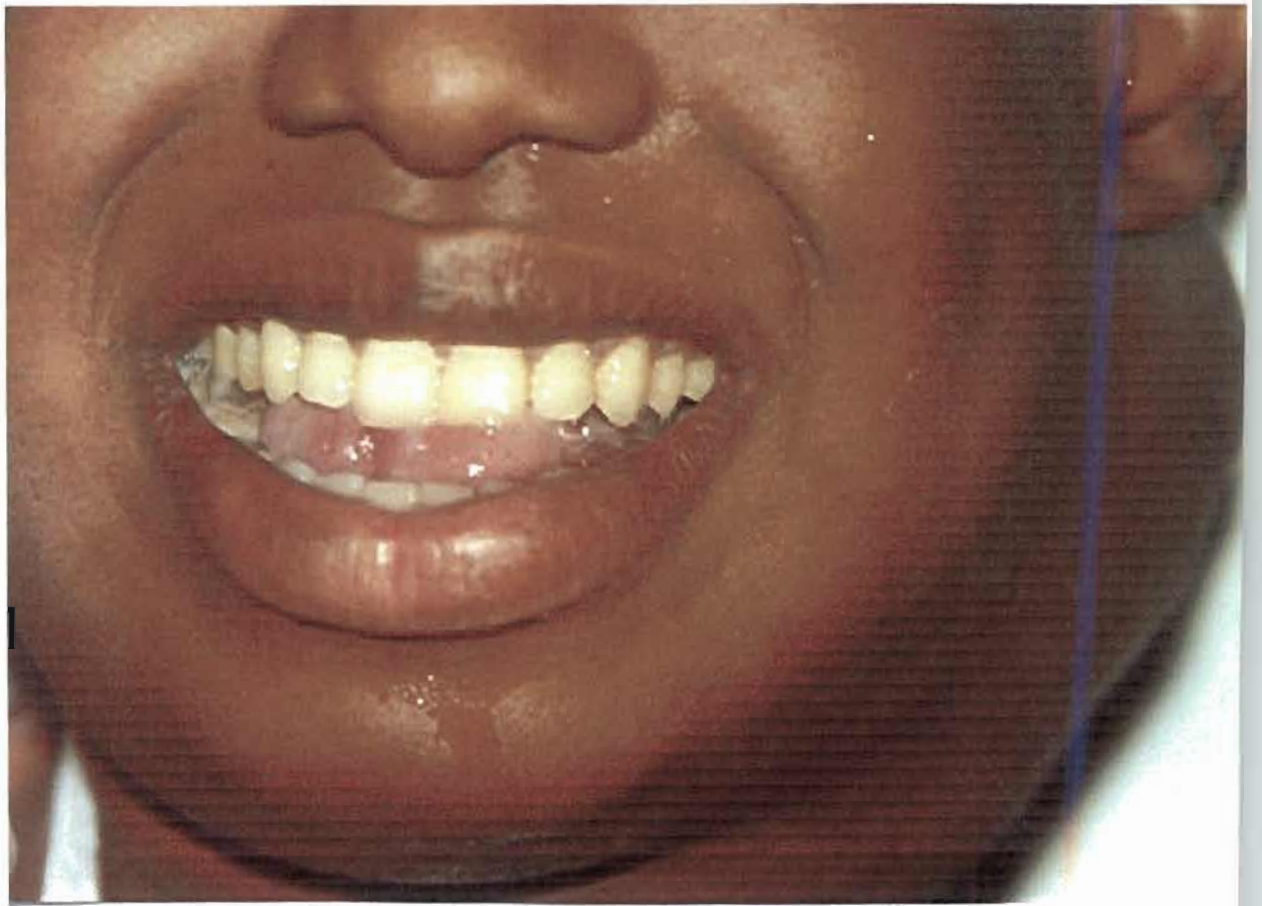


Photo n ° 4 : Adénopathie haute et postérieure
(+ Cicatrice de Biopsie)



Sur le plan diagnostique, le contexte clinique est indispensable parce que ce profil sérologique se voit dans les U.C.N.T. du larynx, de l'hypopharynx et dans le SIDA (38).

Les moyens diagnostiques anatomopathologiques ont été sur la tumeur, l'examen anatomopathologique d'un prélèvement biopsique.

Les biopsies de "principe", à "l'aveuglette" au niveau du cavum se justifient (42; 51) par l'âge des patients, la présence de signes otorhinologiques, mais surtout par le siège du ganglion.

Contrairement à certains auteurs (29), nous n'avons pas réalisé de cytologie ganglionnaire par ponction à l'aiguille fine. Par contre cinq (5) de nos patients ont bénéficié d'une adénectomie à visée diagnostique.

La variété histologique la plus rencontrée est l'U.C.N.T. (8; 18).

Paradoxalement certains auteurs (29) ont retrouvé dans leur série plus de carcinomes différenciés que d'U.C.N.T.

Outre ces U.C.N.T. nous avons retrouvé 4 cas (10 %) de carcinome différencié, 1 cas de carcinome mucoépidermoïde (2 %), 5 cas de lymphome (12 %).

Nous n'avons retrouvé ni de plasmocytome, ni de carcinome adénoïde kystique (cylindrome), ni de rhabdomyosarcome (RMS).

Pourtant ces variétés histologiques ont été rapporté par certains auteurs (18; 47; 49). Les R.M.S. sont fréquents chez l'enfant et représentent près de la moitié des cancers à ce niveau (49; 52).

Nous n'avons pas retrouvé de deuxième localisation. Elles sont rares (10; 24; 35). Par contre la rareté des métastases observées (17 %)

n'est pas conforme aux données de la littérature. Celles-ci varient de 30 % à 50 % selon les auteurs (24; 35).

5.3. INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES

Selon les données de la littérature (22; 47), l'irradiation transcutanée par télécobalt constitue l'essentiel du traitement. Les doses sont de l'ordre de 65 à 75 Grays (Gy) au niveau de la tumeur, en fonction du degré de différenciation et de l'extension locale. Les 2 régions cervicales sont traitées par une dose globale de 50 Gy avec des sur impressions de 20 à 25 Gy sur les territoires envahis.

Radiosensibilité et radiocurabilité sont telles que la place de la chirurgie est limitée à l'exérèse des reliquats ganglionnaires persistants 2 à 3 mois, voire plus, après la fin de l'irradiation.

La place de la chimiothérapie, notamment en ce qui concerne les U.C.N.T., reste à préciser. Il s'agit d'une tumeur chimiosensible comme les lymphomes. De nombreuses associations sont efficaces (34; 44). L'intérêt de la régression tumorale obtenue avant irradiation ne peut-être formellement affirmé aujourd'hui de même qu'une chimiothérapie après irradiation en vue de diminuer l'apparition d'une récurrence locale ou de métastase à distance.

Quant à la prévention du NPC les travaux s'orientent vers l'identification des facteurs de risque en vue de les éliminer et vers la poursuite des études pour la confection d'un vaccin anti-EBV.

D'un bilan initial, correctement réalisé, dépendent les indications thérapeutiques et la surveillance des malades.

Ce bilan pré-thérapeutique se compose d'un examen clinique (Stomatologiste, Ophtalmologiste), d'un bilan para-clinique comportant notamment un audiogramme, une imagerie médicale, une panendoscopie et un examen histopathologique.

Ainsi ce bilan pré-thérapeutique et le coût élevé du traitement (coût élevé de la radiothérapie et/ou de la chimiothérapie) retardaient la prise en charge adéquate des malades.

Sur nos 42 patients, 13 n'ont pas bénéficié de traitement à visée curative...

Parmi les 29 patients ayant reçu un traitement à visée curative, 10 cas d'échecs ont été déplorés.

- * 1 cas de poursuite évolutive tumorale d'un UCNT (T4N20Mx) après R.T. conventionnelle. Ce patient a été perdu de vue comme les 4 autres qui avaient bénéficié de la R.T. conventionnelle.
- * 1 cas de poursuite évolutive tumorale et ganglionnaire d'un UCNT (T3N1MX) après cobalthérapie exclusive. Ce patient est décédé après un recul de 13 mois. Auparavant il a présenté une cécité (post-radique et/ou relevant du cancer).
- * Le malade qui a présenté une récurrence ganglionnaire (T4N2MX) et celui qui a présenté une récurrence tumorale (T4N3MX) avaient bénéficié d'une cobalthérapie exclusive.

Ils avaient présenté une dysphagie post-radique puis un amaigrissement (avec perte moyenne de 3 Kg). Un traitement parentéral avait été instauré avec fenêtré

thérapeutique (interruption de la radiothérapie). Ils avaient présenté des signes neurologiques à type de strabisme interne de l'oeil gauche (VI), déviation gauche de la langue (XII) avec diminution de la protraction... Ils ont été perdus de vue.

- * Le seul patient de notre série qui a bénéficié d'une C.T. d'induction, était classé T2N0M0 (UCNT).

A son admission, le service de radiothérapie était momentanément fermé (par faute de radiothérapeute). Un an plus tard, il a bénéficié d'une cobalthérapie. Après un recul de 33 mois (2,75 ans), il est décédé, après avoir présenté une récurrence tumorale et une cécité.

Ces récurrences locales isolées posent un difficile problème (47). Différentes voies d'abord chirurgicales (47; 53) du nasopharynx ont été décrites et utilisées (transvellaire, transfacial, infratemporale de Fisch).

Ce type de chirurgie de rattrapage est rarement techniquement réalisable dans de bonnes conditions carcinologiques (35; 47). On trouve d'ailleurs rarement dans la littérature les détails sur la situation carcinologique des malades opérés et sur l'évolution carcinologique ultérieure (47).

Ainsi, le plus souvent, est on amené à proposer une reprise de l'irradiation avec parfois des séquelles non négligeables (4 cas de cécité dans notre série...).

- * Deux malades porteurs d'un UCNT initialement classés T4N3MX avaient bénéficié d'une cobalthérapie exclusive.

Au cours de l'évolution, l'un a présenté une métastase osseuse et hépatique et l'autre une métastase péritonéale et hépatique.

Ils n'ont pas bénéficié d'une C.T. adjuvante. Ils sont décédés après un recul moyen de 25,5 mois (= 2,12 ans).

- * Par contre un 3e malade ayant présenté une métastase osseuse (fémur droit) et hépatique d'un UCNT (initialement classé T3N3MX) a bénéficié d'une C.T. adjuvante.

De T3N3MX, il est passé de T0N0M1 après cobalthérapie (photo n° 5; photo n° 6).

Actuellement, sans évolution de sa maladie, Il a un recul de 2 ans 6 mois (30 mois). L'échographie abdominale de contrôle ne décelait plus de métastase hépatique. La métastase osseuse (fémur droit) avait nécessité une cobalthérapie de 23 Gy à visée antalgique. Paradoxalement le contrôle radiologique (standard) n'objectivait plus de foyer métastatique au niveau du fémur droit (M0).

Bien que cette C.T. adjuvante reste controversée (33) car ne présente aucun bénéfice pour certains auteurs (19; 26), elle nous a donné satisfaction à la lumière de cette observation, satisfaction obtenue d'ailleurs par d'autres auteurs (47).

Photo n ° 5 : U.C.N.T.
Avant Cobalthérapie



Photo n ° 6 : U.C.N.T.
Rémission sous Cobalt



- * En ce qui concerne les lymphomes, 2 malades sont décédés après traitement à visée curative.

L'un qui avait une maladie de Hodgking (stade IV) avait bénéficié d'une C.T. type protocole MOPP* :

Méthylchoréthane; Oncovin*; Procarbazine; Prednisone
(Oncovin *) = vincristine

Il est décédé 5 mois après le début du traitement après avoir présenté une métastase pulmonaire.

L'autre cas de lymphome (L.M.N.H.) est décédé 1 mois après le début d'une monochimiothérapie (cyclophosphamide) dans un tableau évocateur d'aplasie médullaire.

Le taux de mortalité lié directement à la C.T. n'est pas nul (47). La diminution des complications est l'une des préoccupations actuelles.

La mise à jour des dossiers (15 Décembre 1996) révèle que 12 malades sont décédés, 19 sont perdus de vue, 11 sont vivants sans évolution de leur maladie.

La survie bien qu'établie de façon approximative et surestimée était des plus médiocre dans notre série.

La survie globale était nulle à 3 ans. Elle est de 46 % à 3 ans et de 30 % à 5 ans dans d'autres série (24; 30; 48).

Cette sévérité particulière des NPC au Sénégal, imputable au retard thérapeutique, est à déplorer.

En définitive nos indications tiennent essentiellement compte du plateau technique existant et de l'accessibilité aux soins...

PERSPECTIVES

6. PERSPECTIVES

Face à la gravité des N.P.C. au Sénégal, il faut envisager dans les meilleurs délais une organisation de la lutte anti-cancéreuse par le biais de la formation et de l'information.

6.1 La formation

C'est d'abord l'introduction dans les études médicales d'éléments de carcinologie cervico-faciale et de principe de traitement des cancers cervico-faciaux (14; 15).

La formation s'adresse aussi au personnel paramédical et médical par des séances d'enseignement post universitaire (51).

Un aspect important à souligner est la décentralisation et l'extension des activités du service d'O.R.L..

Concrètement, pour les NPC, intérêt de créer au Sénégal, comme à l'I.G.R. (en 1977), un groupe NPC : groupe de travail multidisciplinaire qui réunirait des épidémiologistes, des cliniciens, des anatomopathologistes, des virologistes, des immunologistes, des radiothérapeutes, des chimiothérapeutes mais aussi des chirurgiens. Ce groupe devra confronter régulièrement ses travaux et ses résultats.

Car comme le disait AMIEL, "Malheur à l'homme seul qui se veut cancérologue total...". En effet, un esprit caractérise la cancérologie, c'est la concertation dans le cadre de réunions de comités pluridisciplinaires codifiant et planifiant la stratégie adaptée à chaque cas et ses résultats.

6.2 L'Information

Nécessité d'une meilleure connaissance du NPC par les praticiens. Car le NPC est caractérisé par une symptomatologie d'emprunt, déroutante, faisant consulter le malade chez divers spécialistes (ophtalmologiste, neurologue, interniste...).

De même, les facteurs de risque devraient être connus du personnel médical et paramédical, voire du public. Ils doivent faire l'objet de larges échos dans les médias. Cette politique d'information peut revêtir plusieurs formes (40; 41; 51): établissement de prospectus, temps d'antenne à la radio ou à la télévision.

Nous pensons que la réalisation de ces objectifs permettrait d'aboutir à une prise en charge précoce des malades; avec amélioration du pronostic.

CONCLUSIONS

GENERALES

7. CONCLUSIONS GENERALES

De cette étude portant sur 42 dossiers, de patient porteurs de cancers du cavum, colligés sur une période de 16 ans (1981-1996) au service d'ORL et de Chirurgie Cervico-Faciale du CHU de Dakar, il en ressort les constatations suivantes :

- L'incidence est de 5 nouveaux cas par an.
- Ce cancer touche surtout la population active avec une moyenne d'âge de 33 ans comparable à celle de la population maghrébine.
- Quelles que soient les régions considérées, l'homme est toujours plus fréquemment atteint que la femme avec un sex-ratio de 2 à 3 selon le degré de différenciation.
- Il est remarquable de constater sur une représentation géographique le caractère essentiellement "côtier" de ce cancer qui reste un exemple typique de la variation de la répartition des cancers dans le monde.
- Le facteur épidémiologique majeur reste l'EBV,
- Les classiques facteurs de risque des cancers des VADS (l'alcool et le tabac) ne sont pas incriminés dans la genèse de ce cancer. Par contre les nitrosamines présents dans les poissons séchés et fumés que l'on rencontre dans certaines préparations culinaires sénégalaises, tunisiennes, groenlandaises et chinoises sont incriminés (25; 43).
- Le délai de consultation de 7 mois en moyenne est comparable aux données de la littérature (23; 29; 48).

- L'épistaxis et l'Adénopathie (ADP) étaient des symptômes fréquemment rencontrés.
- Les ADP sont caractéristiques quand elles sont hautes et postérieures (spinal haut).
- Le profil sérologique EBV est corrélé à l'UCNT variété histologique la plus rencontrée (76 % des cas).
- Les patients étaient porteurs de tumeur de gros volume (T3-T4) dans 71 % des cas.
- Les carcinomes sont radiosensibles ; les lymphomes sont chimiosensibles.
- La survie à 3 ans était nulle (contre 46 % pour l'IGR). La médiocrité sans pareille de nos résultats prouve à quel point ces cancers sont avancés au moment du diagnostic et du traitement.

La sophistication des moyens de réalisation de la Radiothérapie (RT) peut faire espérer une amélioration substantielle des taux de guérison loco-régionale et une amélioration des séquelles.

L'amélioration globale du contrôle local de ces cancers passe par un diagnostic plus précoce suivi rapidement du traitement.

La sophistication des moyens de surveillance par l'imagerie et par la sérologie EBV, permet un diagnostic précoce des récurrences ou des métastases.

La perspective d'une Chimiothérapie (CT) d'induction ou adjuvante réduisant le nombre des récurrences mais surtout la fréquence des métastases, peut faire espérer une augmentation des taux de guérison.

BIBLIOGRAPHIE

1. ALAN F., ANTHONY GRECO F. and LARRY B. VOGLER

Lymphoproliférative diseases in immunocompromised hosts : The role of Epstein-Barr virus.

Journal of clinical oncologie, 1987, 5, 10, 1673-1686.

2. BEN ACHOUR A., BENACHOUR D., JELLOULI M., TOUIBI S., LADGHAM A.

Les envahissements de la fosse ptérygo-maxillaire par contiguïté dans les cancers du massif facial, du cavum et de l'orbite.

JFORL, 1992, 41, 251-254.

3. BRUGERE J., BATANI P., CHAVANE G et LAURENT M.

Tumeurs malignes du nasopharynx (cavum).

Encycl. Méd. Chir, Paris, oto-rhino-laryngologie, 1983, 20590A10, 11, 1-15.

4. BRUGERE J., COUPEZ D. et POINT D.

Cancers du nasopharynx (cavum).

Rev.Prat., 1978, 28, 31, 2399-2409.

5. CACHIN Y.

Caractères généraux et étiolo-épidémiologiques des cancers des voies aéro-digestives supérieures.

Rev . Prat., 1978, 28, 31, 2359-2364.

6. CACHIN Y.

Comment aborder le traitement des cancers des voies aéro-digestives supérieures.

Ouest Médical, 1975, 28, 19, 1345-1356.

7. CACHIN Y., SCHWAAB G., SANCHO-GARNER H., MARANDAS P.

Clinical aspects and natural history of nasopharyngeal carcinoma in western Europe

IARC Sci. Publi., 1978, 20, 131-145

8. CHADLI A., HAFSIA M. et MAAMOURI M.T.

Le cancer du cavum . Etude statistique et anatomopathologique sur une période de 20 ans.

Arch. Anat. Cytolol. Path., 1979, 24, 1, 13-22.

9. CHEMANA Y., BARRAUT S.

Cancer du nasopharynx.

Impact Internat, septembre 1985 , 75-80.

10. COLONA D'ISTRIA J., JAUSSEAN M., HERMANOWICZ M.

Dépistage des deuxièmes localisations dans la surveillance des cancers traités.

J Fr ORL, 1971, 20, 9, 1095-1097.

11. CVITKOVIC E., BOUSSEN H., RAHAL M., DOMENGE C., SCHWAAB G., ARMAND J.P.

Natural history of undifferentiated carcinoma of nasopharyngeal type therapeutic implication in a discovered redefined disease.

Proc-Asco 1987 in Abstract 547

12. DE-THE G.

Role of Epstein-Barr virus in human diseases : infections mononucleosis, Burkitt's lymphoma and nasopharyngeal carcinoma

Viral oncology, Raven Press, édit ., New York, 1980, 769-797

13. DE-THE G.

Valeur sémiologique du dosage des anticorps EBV dans les carcinomes du nasopharynx.

J. Fr. ORL, 1983, 32, 8, 493-499.

14. DIOP E.M., TOURE P. et DIOP L.S.

Carcinologie Cervico-Faciale.

Médecine d'Afrique Noire : 1984, 31, 11, 593-602.

**15. DIOUF R., DIOP E.M., NDIAYE I.C., TALL A., KASSE A.A.,
DIOP L.S.**

Limites à l'exercice de la carcinologie cervico-faciale, l'exemple des cancers du larynx.

Revue de laryngologie, 1991, 112, 5, 423-427.

16. DROUET E. B., DENOYEL G.A.

Les infections à Epstein-Barr virus (EBV) : Données récentes sur la biologie du virus et les pathologies associées.

Spectra Biologie, 1993, 93, 1, 29-38.

17. DROUET E.B., DENOYEL G.A.

Les infections à Epstein-Barr virus (EBV). Données actualisées sur la Sérologie.

Spectra Biologie, 1993, 93, 2, 41-49.

18. ELOUARET Y. et coll .

Classification histopronostique des carcinomes indifférenciés de type nasopharyngé (U.C.N.T.). Importance de l'étude du Stroma.

Ann. Oto.laryngol. chir. Cervico-fac., 1986, 103, 3, 145-158.

19. ESCHWEGE F., WIBAULT P., DOMENGE C., ARMAND J.P.

Chimiothérapie des cancers des voies aéro-digestives supérieures.

Actualités carcinologiques, Masson Edit., 1992, 11-13.

20. FAYE G., SALGAS P., VERDALLE P.B., CONESSA C., SOSSOU K., ELBAUM J.P.

Le Cancer du cavum : tumeur rare en Afrique Noire ? Mise au point diagnostique et thérapeutique.

Médecine d'Afrique Noire : 1988, 35(11), 817-825.

21. FLEISHER A.S., KOSLOW M., ROVIT R.L.

Neurological manifestation of primary rhabdomyosarcoma of the head and neck in children.

J. Neurosurg 1975, 43, 207-214.

22. GUEDARI B.

La radiothérapie en Cancérologie ORL.

O.R.L., ellipes AUPELF/UREF (PARIS), 1996, A10, 115-124.

23 HERMAN D., BONNAT H., DEBRY C., JUNG J.M., CONRAUX C.

Cancers du cavum.

J. Fr O.R.L., 1988, 37, 10, 449-458.

24. HERMAN D., PILLIER P., MONLUN E., THEBULT T., JUNG J.M., CONRAUX C.

Les cancers du cavum en Alsace: Importance pronostique du retard au diagnostic à propos de 49 cas traités entre 1977 et 1985.

J. Méd. Strasbourg, 1990, 21(9), 513-516.

25. HUBERT A. et DE-THE G.

Comportement alimentaire, modes de vie et cancer du rhinopharynx.

Bull. Cancer, 1982, 69, 5, 476-482.

26. ISAIAH W., SEWA S., LESTER J.

Adjuvant chemotherapy for advanced nasopharyngeal carcinoma.

Cancer, 1987, 60, 943-949.

27. JAUSSEAN M., GICNAC D., HENINI Y., COLONNA D'ISTRIA J.

Signes de début des cancers du nasopharynx et pronostic. A propos des observations de l'Institut Paoli-Calmettes (MARSEILLE).

Actualités Carcinologiques, Masson édit., Paris, 1988, 15-19.

28. JENKIN R.D.T., ANDERSON J.R., JEREB B. et al

Nasopharyngeal carcinoma : a retrospective review of patients less than thirty years of age.

Cancer 1981, 47, 360-366.

29. LEFEBVRE J.L., CABARET V., VANKEMEL B., DEMAILLE M.C., DELOBELLE-DEROIDE A., PROVOST B. et ADENIS L.

Tumeurs malignes du nasopharynx: Expérience sur 15 ans du Centre Oscar-Lambert.

Actualités Carcinologiques, Masson édit., Paris, 1988, 72-80.

30. LEFEBVRE J.L., MADELAIN M., ADENIS L. et al

Les épithéliomas nasopharyngés. Expérience du Centre Régional de lutte contre le cancer de Lille (79 cas de 1970 à 1982).

Bull. cancer, 1983, 70, 294-299.

31. LUBOINSKI B.

Bilan pré-thérapeutique des cancers des voies aéro-digestives supérieures.

Rev. Prat. 1995, 45, 825-829.

**32. MARANDAS P., BOSQ J., BOURHIS J., LARTIGAU E.,
JULIERON M., LERIDANT A.M., JANOT F., LUBOINSKI B.**

Les facteurs pronostiques de réponse au traitement des cancers des voies aéro-digestives supérieures : le point des études actuelles.

Revue officielle de la Société Française d'ORL, 1995, 28, 13-20.

33. MARANDAS P., GANDIA D., DOMENGE C.

Place de la chimiothérapie dans les cancers de la région cervico-faciale.

Revue officielle de la Société Française d'ORL 1993, 17, 23-31.

34. MARANDAS P., DOMENGE C.

La chimiothérapie dans les cancers des voies aéro-digestives supérieures.

O.R.L., Ellipse AUPEL/UREF (PARIS) 1996, A11, 126-134.

35. MARANDAS P., MARANDAS N.

Tumeurs malignes du rhinopharynx.

Rev. Prat., 1995, 45, 113 ; 629-633.

**36. MICHEAU C., BOUSSEN H., KLIJANENKO G., CVITKOVIC E.,
SCHWAAB G., STOSIC S., ESCHWEGE F., ARMAND J.P.**

Bone marrow biopsies in undifferentiated patients with U.C.N.T.

Cancer, 1987, 60, 2459-2464.

- 37. MICHEAU C., DE-THE G., OROTIAMMA B., SCHWAAB G.,
TURSZ T., SANCHO-GARNIER , CACHIN Y.**

Carcinomes du nasopharynx : relations entre types histologiques et
sérologie anti-EBV.

New Presse Med., 1980, 1, 9, 21-24.

- 38. MICHEAU C., LUBOIIINSKI B., SCHWAAB G., RICHARD J. et
CACHIN Y.**

Lympho-epitheliomas of the Larynx (UCNT) : a report of 3 cases.

Clin. Otolaryng., 1979, 4, 43-48.

- 39. MORAND P., SEIGNEURIN J.M.**

Biologie du virus d'Epstein-Barr.

Ann. Biol. Clin., 1989, 47 , 421-427.

- 40. NDAMAGE T.D.**

Profil des cancers de l'hypopharynx au CHU de Dakar :

Bilan de 10 ans (1984-1994).

Mémoire Université Cheikh Anta DIOP de Dakar, 1995.

- 41. NDIAYE I., NDAMAGE T. D., TALL A., DIOUF R., TALL A., DIOP
E.M.**

Profil de cancers de l'hypopharynx au Sénégal.

Ann Otolaryngol Cervico fac, 199, 114, 86 - 89.

- 42. PERCODANI J., SERANO E., WOISARD V., BACHAUD J.M.,
DALY N., PESSEY J.J.**

Adénopathies métastatiques sans primitif retrouvé. Evolution à long
terme.

Ann. Oto-laryngol. Chir. Cervico-Fac., 1996, 113, 212-218.

43. POIRIER S., OSHIMA H., DE-THE G. et al

« Volatile nitrosamines levels in common foods from tunisia, south china and Groeland, high risk for nasopharyngeal carcinoma».

Int. J. Cancer, 1987, 39, 293-296.

44. POUPART M., DAMIANO J., BOLOT G., BIRON P., CALDENTY L., ARDIET J. M., PIGNAT J. C.

Apport de la chimiothérapie dans le traitement du cancer du cavum (U.C.N.T.) : a propos de 47 patients.

Bull. Cancer, 1994, 81, 5, 366 - 370.

45. RAPHAËL L.

Virus d'Esptein-Barr et Cancers lympho-épithéliaux.

Biologie des cancers, Ellipses AUPELF, 1991, 342-357

46. RAPHAËL M.

Virus d'Esptein-Barr et lymphomes.

Revue Français des laboratoires, 1993, 250, 35-39

47. SCHWAAB G.

Les cancers du nasopharynx.

O.R.L., Ellipses AUPELF/UREF 1996, A8, 91-98

48. SCHWAAB G., MICHEAU C., ESCHWEGE F., LENGRAND D. et MARANDAS P.

Les carcinomes du nasopharynx (NPC) : Etude Anatomopathologique - Clinique – Traitement – Résultats

Actualités carcinologiques, Masson Edition, 1989, 88-99.

49. SCHWAAB G., MICHEAU C., MARANDAS P., LUBOINSKI B. et CACHIN Y.

Les tumeurs malignes du nasopharynx chez l'enfant.

Actualités Carcinologiques, Masson edit. Paris, 1988, 83-97

50. SCHWAAB G., PENE F.

Surveillance des suites thérapeutiques chez un malade présentant un cancer des voies aéro-digestives supérieures

Rev. Prat. 1978, 28, 31, 2439-2445

51. TALL A.

Approche endoscopique des cancers des voies aéro-digestives supérieures au CHU de Dakar : bilan d'une expérience de 3 ans (1990-1992)

Thèse Médecine Université Cheikh Anta DIOP de Dakar, 1994, 58

52. TENG-BO NUANG M.D.

Cancer of the nasopharynx in childhood

Cancer, 1990, 66, 968-971

53. TUCA L., BARCELO I.

Les voies d'abord chirurgical du cavum

Actualités Carcinologiques, Masson édit., Paris, 1988, 183-188

54. VANEL D., COUANET D., GRENIER P. et coll

Apport de la tomodensitométrie (T.D.M.) dans le bilan des tumeurs du cavum et de la région ptérygo-maxillaire

Ann. Radiol., 1979, 22, 5, 435-440

55. YOMI J., FOU DA A., MALOUM E., BENGONO G.

Apport de la radiothérapie dans le traitement des carcinomes du cavum à Yaoundé

Bull – Cancer – Radiothr., 1995, 82, 396-398

56. ZUCALI R.

Histoire clinique, traitement et évolution des cancers du rhinopharynx.

Cahier d'ORL et de chir . cerv. Fac., 1974, 9, 839-848

SERMENT D' HIPPOCRATE

" En présence des Maîtres de cette Ecole et de mes chers condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et je n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mes honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque ! "

\$\$\$\$\$\$\$\$
\$\$\$\$\$\$\$\$
\$\$\$\$\$
\$

**VU
LE PRESIDENT DU JURY**

**VU
LE DOYEN**

**VU ET PERMIS D'IMPRIMER
LE RECTEUR DE L'UNIVERSITE CHEIKH ANTA DIOP DE DAKAR**

