UNIVERSITÉ DU BURUNDI
GRENIER DU SAVOIR DU BURUNDI
Dépôt institutionnel officiel
https://repository.ub.edu.bi

La prise en charge de l'adénopathie cervicale en orl au CHU de Kamenge. Etude rétrospective sur 8 ans (Du 01/01/2000 au 31/12/2007)

Bivahagumye, Léonard

2010-02
UB, Faculté de Médecine
https://repository.ub.edu.bi/handle/123456789/125

Document téléchargé depuis le **Grenier du Savoir du Burundi** — https://repository.ub.edu.bi

UNIVERSITE DU BURUNDI



FACULTE DE MEDECINE

LA PRISE EN CHARGE DE L'ADENOPATHIE CERVICALE EN ORL AU CHU DE KAMENGE

Etude rétrospective sur 8 ans

(Du 01/01/2000 au 31/12/2007)

Par

Docteur BIVAHAGUMYE Léonard

Mémoire pour le Diplôme de Spécialité
en ORL et Chirurgie Cervico-Faciale

Directeur :

Docteur Gordien NGENDAKURIYO

Février 2010

DEDICACE

A mes parents, frères et soeurs, pour votre présence et votre soutien, ce travail est aussi le vôtre.

A Espérance,

Lina Louange,

Tony Gaël et Béni Caleb,

Pour ce que vous êtes pour moi,

Pour les précieux moments qu'on partage, je vous dédie ce travail.

A tous nos patients, afin que vos maladies soient mieux connues, et que vous soyez mieux traités.

REMERCIEMENTS

❖ Aux membres du jury

- ♦ Au Docteur Gordien NGENDAKURIYO, Médecin ORL, Chef de Service d'ORL au CHUK.

  Le service dont vous avez la responsabilité et les spécialistes qui en sortent ont professionnellement grandi grâce à vous. Vous me marquerez toujours par votre amour du travail bien fait, votre professionnalisme et votre sérénité. Durant les quelques années passées en ORL, j'ai beaucoup appris de vous, sur les plans scientifique et éthique. Pour tout cela et plus encore, je vous remercie.

- ♦ Au Professeur Richard KARAYUBA, Chirurgien au CHUK.

  Vous fûtes le premier à promouvoir et diriger une thèse que je présentai, le 1er Septembre 2000, pour être médecin. Avant et après cette date, je vous eus comme formateur en chirurgie. Vos qualités professionnelles forcent mon estime et ce travail m'est l'occasion de vous réitérer mes sincères remerciements et reconnaissance.

- ♦ Au Docteur Canisius MBONYINGINGO, médecin ORL au CHUK.

  Vous êtes mon aîné dans la profession. Pendant deux ans, nous avons travaillé dans une ambiance confraternelle et détendue, dans le même service. Vous avez spontanément accepté de lire mon travail et de le juger. Je vous remercie d'avoir dégagé un temps e votre agenda déjà chargé, pour le consacrer à mon travail.

- ♦ Au Docteur Gaspard MARERWA, médecin histopathologique et chef du laboratoire d'anatomo-pathologie du CHUK. Vous êtes, en ce moment, l'unique médecin de votre spécialité pour tout le BURUNDI. Vous avez maints engagements mais, spontanément et de bon cœur, vous avez accepté de faire partie de ce jury. Je vous en remercie sincèrement.

- Au Professeur Laurent GILAIN, à tout le personnel du service et du bloc opératoire d'ORL et Chirurgie Cervico-Faciale du CHU de CLERMONT-FERRAND.

  J'ai passé avec vous trois courtes années de travail intense. Pour la formation dont vous m'avez fait bénéficier, pour vos qualités scientifiques et éthiques, pour la chaleur humaine qui caractérise votre service, je vous adresse mes profonde gratitude et sincères remerciements.

- Au personnel du département des spécialités du CHUK, au personnel du bloc opératoire de chirurgie et à tous les anesthésistes du CHUK, je dis merci pour le travail fait ensemble.

- A tout le personnel de la Polyclinique « la Maison médicale de Bujumbura ». Vous m'avez accueilli et intégré dans votre équipe de travail, et je vous en remercie sincèrement.

TABLE DES MATIERES

Dédicace……2

Remerciements ……3

INTRODUCTION……6

I. OBJECTIFS DE NOTRE TRAVAIL……9
II. MATERIELS ET METHODES……10
III. RESULTATS……11
III.1. CARACTERISTIQUES EPIDEMIOLOGIQUES DES PATIENTS……11

A. Age……11
B. Sexe……12
C. Répartition du nombre de cas par année……13
III.2. RESULTATS HISTOLOGIQUES……14

A. Types histologiques……14
B. Délai de réponse anatomo-pathologique……17
C. Age moyen en fonction du type histologique……18
D. Sex-Ratio en fonction du type histologique……19
III.3. LA PRISE EN CHARGE APRES LE DIAGNOSTIC HISTOLOGIQUE……22

LE DEVENIR DES PATIENTS……24

IV. DISCUSSION DES RESULTATS ET REVUE DE LA LITTERATURE……26
IV.1. CARACTERISTIQUES EPIDEMIOLOGIQUES……26

IV.2. RESULTATS HISTOLOGIQUES……28

IV.3. DELAIS DE REPONSE ANATOMO-PATHOLOGIQUE……29

IV.4. LA PRISE EN CHARGE APRES LE DIAGNOSTIC HISTOLOGIQUE……30

IV.5. MISE AU POINT……31

A. LE BILAN PRE-THERAPETIQUE……31
Examen clinique……31

La panendoscopie des voies aéro-digestives supérieures……31

Imagerie……32

B. TRAITEMENT DES ADENOPATHIES CERVICALES MALIGNES……33
V. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS……40
BIBLIOGRAPHIE……42

ANNEXES

Liste des abréviations……46

Liste des figures ……47

Fiche de recueil des données……48

0. INTRODUCTION

L'adénopathie est le terme scientifique désignant l'état pathologique d'un ganglion lymphatique (du grec *Adéno Adên*, *Adenos* = Glande) dont l'inflammation peut avoir plusieurs origines étiologiques. Il s'agit de l'hypertrophie d'un ganglion lymphatique[1].

Une adénopathie cervicale ou lymphadénopathie est un ganglion cervical mesurant un centimètre (1 cm) de diamètre ou plus. Les ganglions lymphatiques sont le site le plus fréquent des tuméfactions cervicales.

Une adénopathie cervicale peut être découverte par le médecin (lors de l'examen clinique du patient), par le sujet lui-même, ou par son entourage. Parfois, elle est associée à des signes fonctionnels locaux, généralement secondaires à son caractère inflammatoire. Parfois, elle peut faire partie d'un tableau séméiologique riche et sa présence n'est pas forcément indispensable au diagnostic.

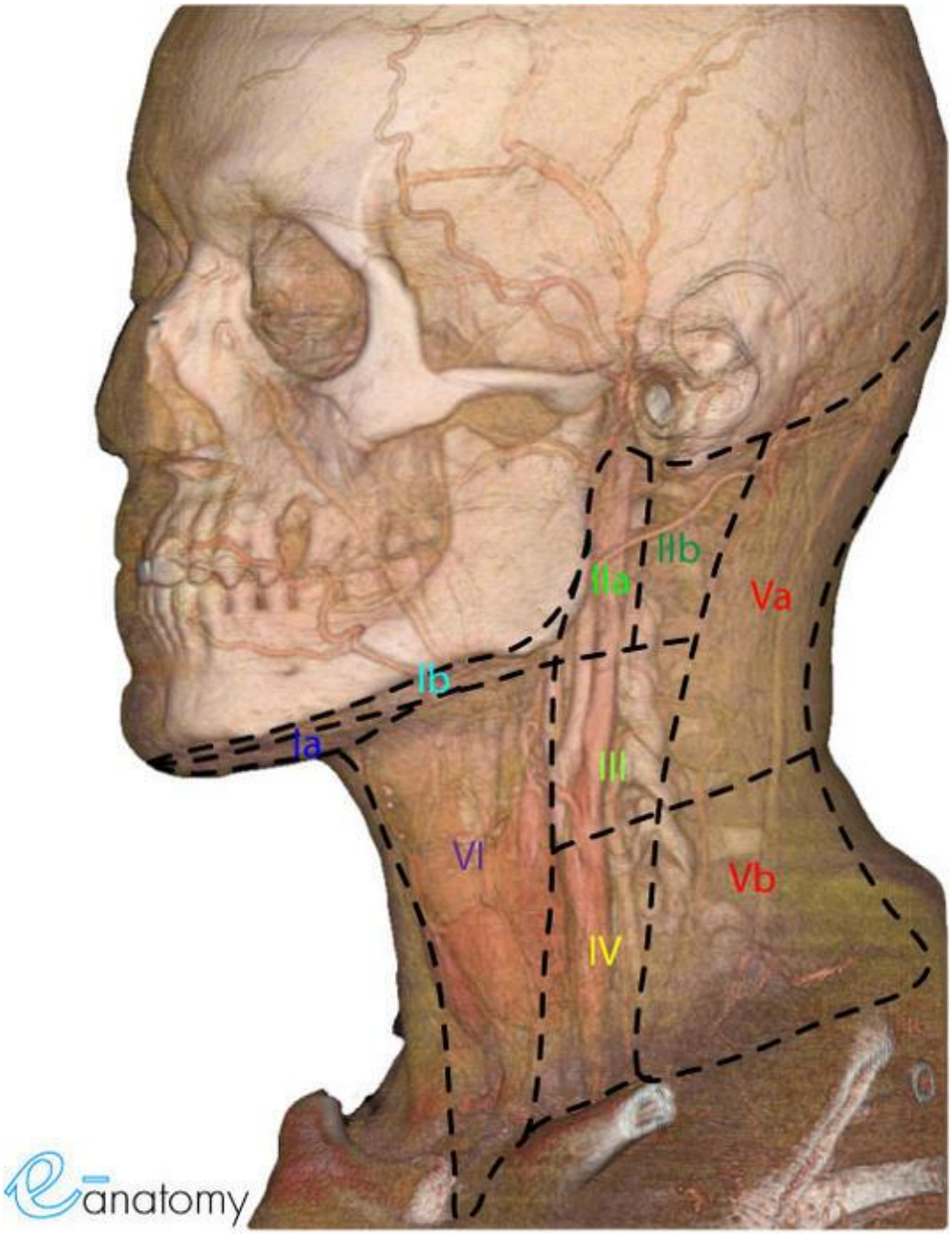
Les signes d'orientation clinique, le bilan biologique et parfois radiologique minimum, les résultats d'une éventuelle biopsie ganglionnaire orientent vers le diagnostic d'une maladie.

Toute adénopathie significative, en particulier si elle est localisée, et qui ne fait pas preuve de son étiologie, doit être biopsiée et soumise à une étude histologique. Il s'agira le plus souvent d'une biopsie exérèse ou adénectomie.

Les ganglions lymphatiques cervicaux ont des localisations assez fixes pour être identifiés et répertoriés. Ils sont disposés en amas ou en chaînes. Ils vont drainer la lymphe de territoires donnés selon un schéma dont la constance et la précision sont assez remarquables.

Les chaînes ganglionnaires cervicales, traditionnellement subdivisées en territoires jugulo-carotidien, sous-mandibulaire, cervical postérieur, pré-laryngé et sus-claviculaire, sont actuellement soumises à une nouvelle nomenclature par

l’Union Internationale Contre le Cancer depuis 2002 (*UICC 2002*) : I, II, III, IV, V et VI.



La Classification de l' envahissement ganglionnaire selon l'UICC 2002 [2]

N_0 : Pas de ganglions lymphatiques atteints,

N_1 : Métastase dans un seul ganglion lymphatique homolatéral d'au moins 3cm dans son plus grand diamètre,

N_2 : Métastase unique dans un seul ganglion lymphatique homolatéral de plus de 3 cm et d'au maximum 6 cm dans son plus grand diamètre, ou métastases ganglionnaires homolatérales multiples, toutes d'au maximum 6 cm dans leur plus grand diamètre.

N_{2a} : Métastase dans un seul ganglion lymphatique de plus de 3 cm mais d'au maximum 6 cm dans son plus grand diamètre,

N_{2b} : Métastases homolatérales multiples toutes d'au maximum 6 cm dans leur plus grand diamètre,

N_{2c} : Métastases bilatérales ou controlatérales d'au maximum 6 cm dans leur plus grand diamètre,

N_3 : Métastase dans un ganglion lymphatique de plus de 6 cm dans son plus grand diamètre.

N.B. Les ganglions médians sont considérés comme homolatéraux.

I. OBJECTIFS DE NOTRE TRAVAIL

a. OBJECTIFS GENERAUX

- Evaluer la prise en charge des adénopathies cervicales malignes dans le service d'ORL du CHU de Kamenge,
- Améliorer la prise en charge des patients vus pour adénopathies cervicales, quelle qu'en soit l'étiologie, dans le service d'ORL du CHU de Kamenge.

b. OBJECTIFS SPECIFIQUES

- Montrer la place du cancer dans la pathologie ganglionnaire cervicale,
- Sensibiliser le personnel médical à la prise de conscience de la pathologie carcinologique devant une tuméfaction cervicale,
- Améliorer la collaboration de la spécialité ORL avec les autres spécialités chirurgicales et médicales, au CHUK, dans la prise en charge des adénopathies cervicales,
- Faire une mise au point sur la prise en charge du cancer révélé par une adénopathie cervicale.

II. MATERIELS ET METHODES

Notre étude porte sur 125 dossiers de patients opérés dans le service d'ORL du CHU de Kamenge, entre le 1er Janvier 2000 et le 31 Décembre 2007. L'indication opératoire était l'existence d'une tuméfaction cervicale prise pour une adénopathie. Ces patients ont tous bénéficié d'une biopsie ganglionnaire suivie d'une étude anatomo-pathologique.

Aucune cytoponction n'a été réalisée.

Pour chaque patient, nous avons établi une fiche comportant : l'âge, le sexe, le résultat histologique, le délai de récupération du résultat histologique, ainsi que la conduite tenue après l'étude histologique. Pour les lésions malignes, le devenir de chaque patient a été noté. Cette grille standard est reprise en annexe.

La donnée clinique commune est l'existence d'une tuméfaction cervicale.

Toutes les données colligées ont été saisies dans un tableau Excel et une analyse statistique en a été faite.

Tous les dossiers de patients ayant bénéficié de cervicotomies sur la période d'étude mais n'ayant pas de compte rendu anatomopathologique ont été exclus de l'étude (105 dossiers).

III. RESULTATS

Nous avons en tout 125 dossiers exploitables de patients ayant eu des biopsies ganglionnaires, sur la période du 1er Janvier 2000 au 31 Décembre 2007.
Sur les 125 dossiers, 109 (87,2%) étaient des biopsies ganglionnaires sous anesthésie locale, 16 (12,8%) étaient des biopsies ganglionnaires sous anesthésie générale.

III. 1. CARACTERISTIQUES EPIDEMIOLOGIQUES DES PATIENTS

A. Age

Le plus jeune de nos patients avait 8 mois, le plus âgé en avait 77. L'âge moyen des patients de l'étude est de 33 ans (33,2 ans). La tranche d'âge qui prédomine est celle des 21 à 30 ans (31 patients, soit 24,8% de l'effectif).

Tranche d'âge (années)	0-10	11-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	71-80
Effectif	8	21	31	24	21	11	7	2

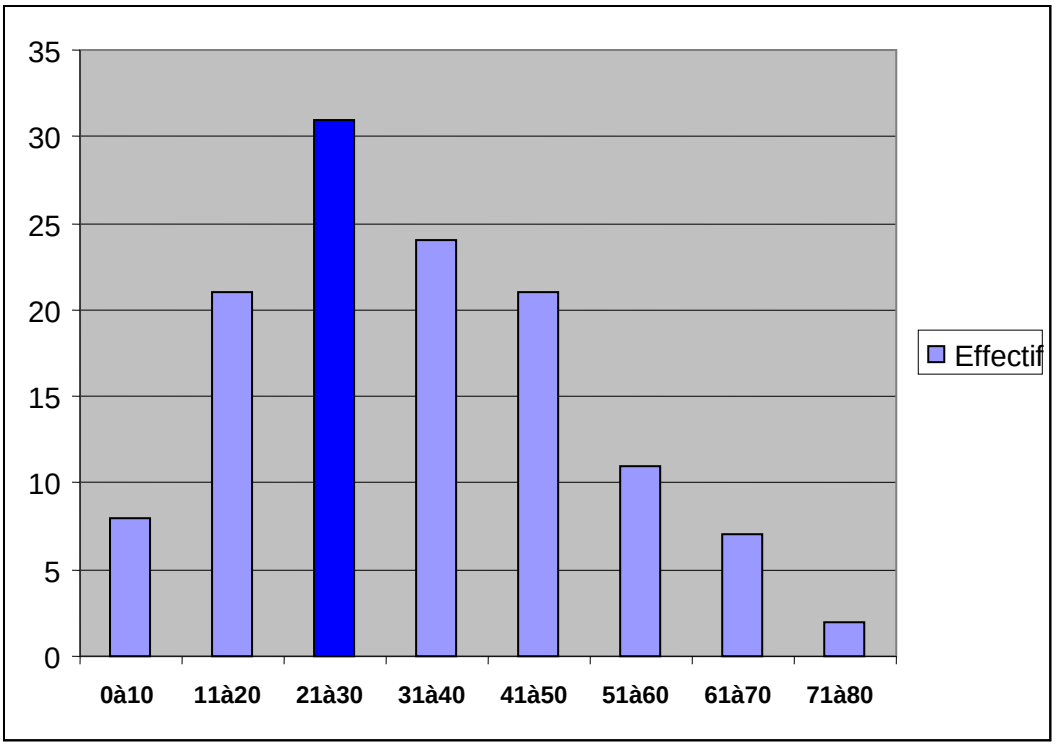


Fig. Répartition des patients par âge

B. Sexe

	Effectif	%
M	57	45,6
F	68	54,4
Total	125	100

Tableau. Répartition des patients selon le sexe

La répartition de nos patients par sexe est inégale. Il existe une légère supériorité numérique des femmes ; nous comptons 57 hommes pour 68 femmes, soit un sex-ratio de 0,8/1.

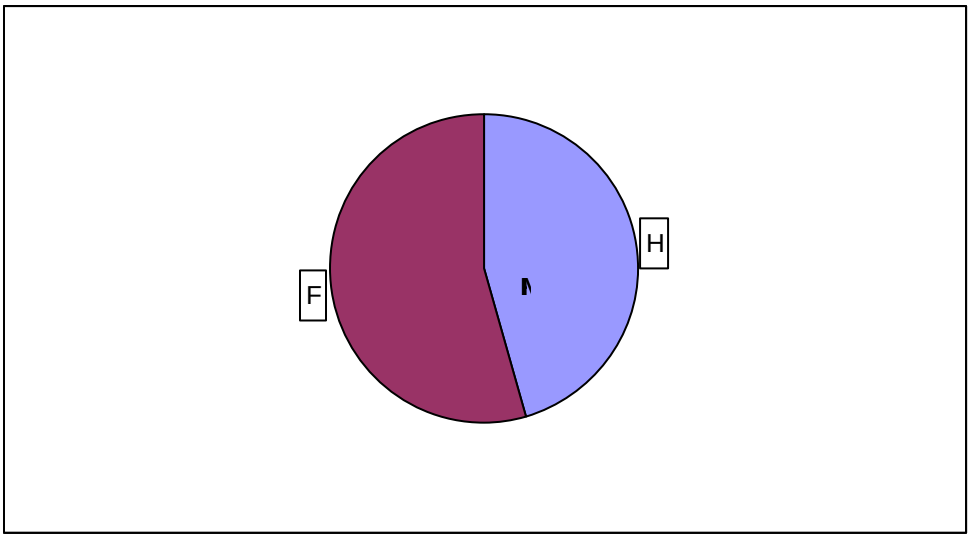


fig. Répartition des patients par sexe

Répartition du nombre de cas par année

Année	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Total
Effectif	6	16	13	15	16	19	27	12	125

Tableau. Répartition du nombre de cas par année

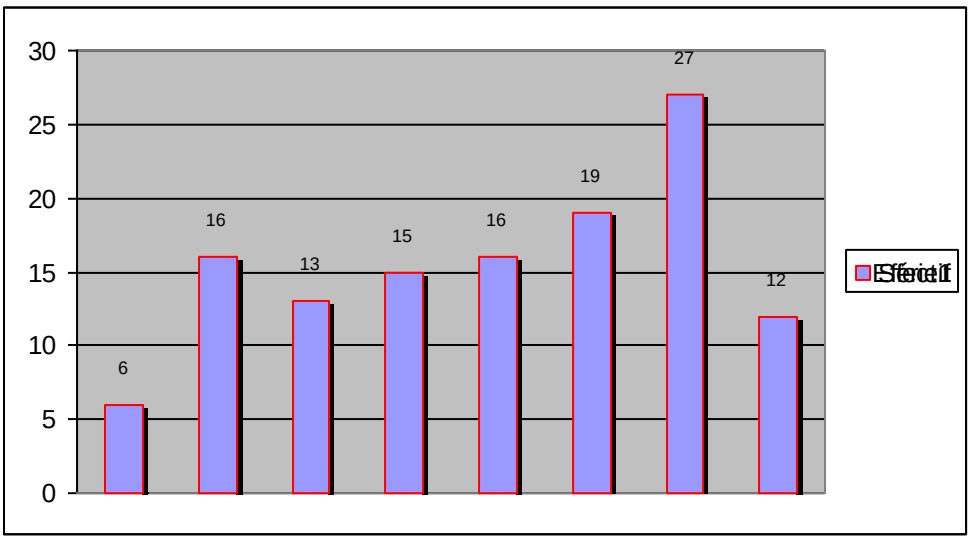


fig. Répartition des patients par année (2000-2007)

III. 2. RESULTATS HISTOLOGIQUES

A. Types histologiques

L'analyse histologique des biopsies et des pièces opératoires a permis de poser les diagnostics suivants :

Tuberculose ganglionnaire : 50 patients,

Ganglion réactionnel : 20 patients,

Carcinome épidermoïde : 13 patients,

Lymphome malin non hodgkinien : 8 patients,

Kyste du tractus thyréo-glosse : 3 patients,

Dystrophie thyroïdienne : 3 patients,

Kyste dysembryoplasique : 2 patients,

Kyste vasculaire 1 patient,

Kyste de nature inconnue 3 patients,

Kyste épidermique 1 patient,

Kyste odontogène 1 patient,

Maladie de hodgkin : 2 patients,

Lymphome de Burkitt : 2 patients,

Adénolymphome : 2 patients,

Adénome pléïomorphe : 2 patients,

Glande salivaire en métaplasie malpighienne: 2 patients

Carcinome adénoïde kystique : 1 patient,

Mélanome malin : 1 patient,

Sous-maxillite chronique : 1 patient,

Lipome : 1 patient,

Adénocarcinome : 2 patients,

Hamartome : 1 patient,

Papillome malpighien bénin : 1 patient,

Pseudo kyste stéato-cholestérolique : 1 patient,

Cénurose : 1 patient,

La figure ci-après montre l'importance numérique relative des différents types de tumeurs révélées par l'analyse histologique.

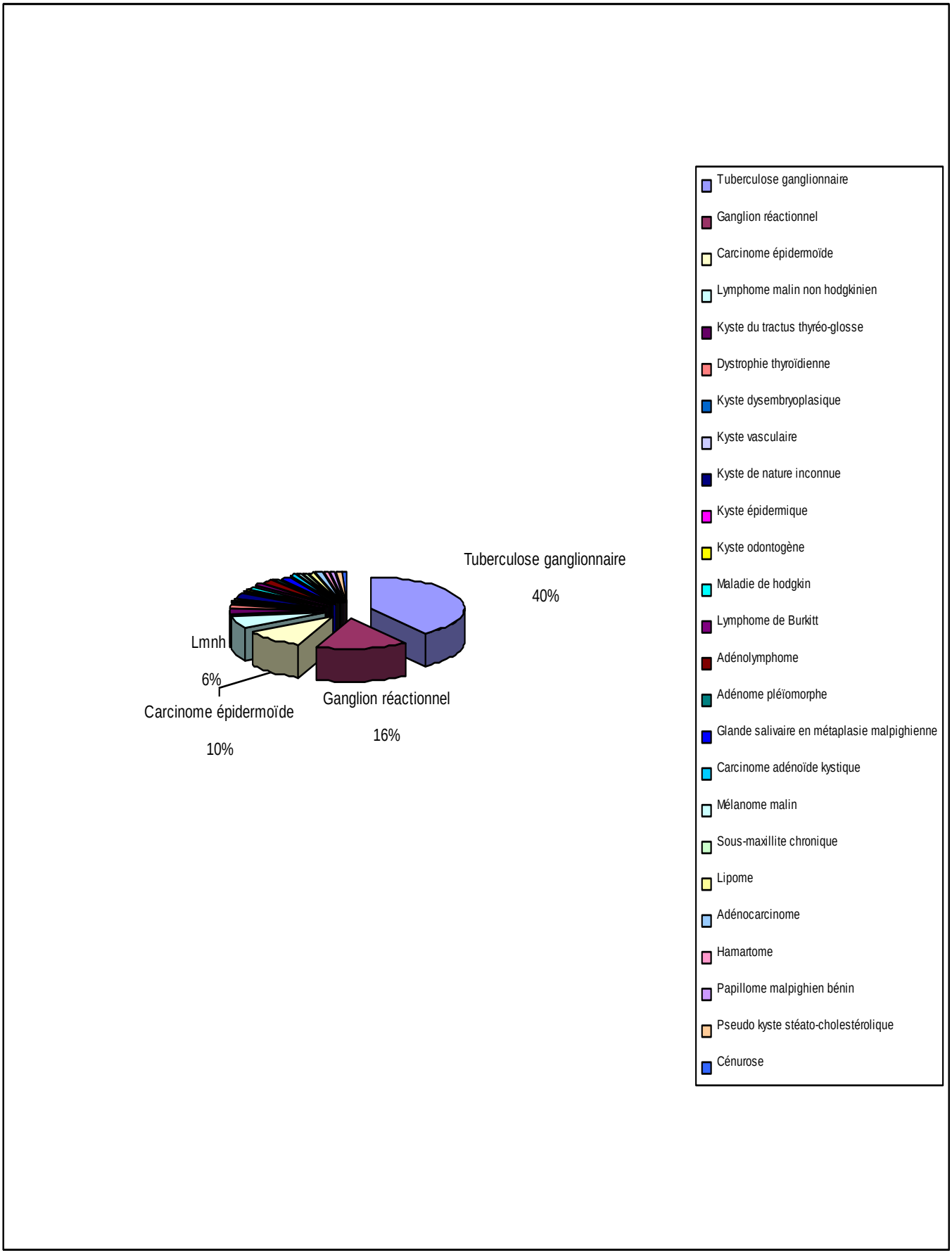


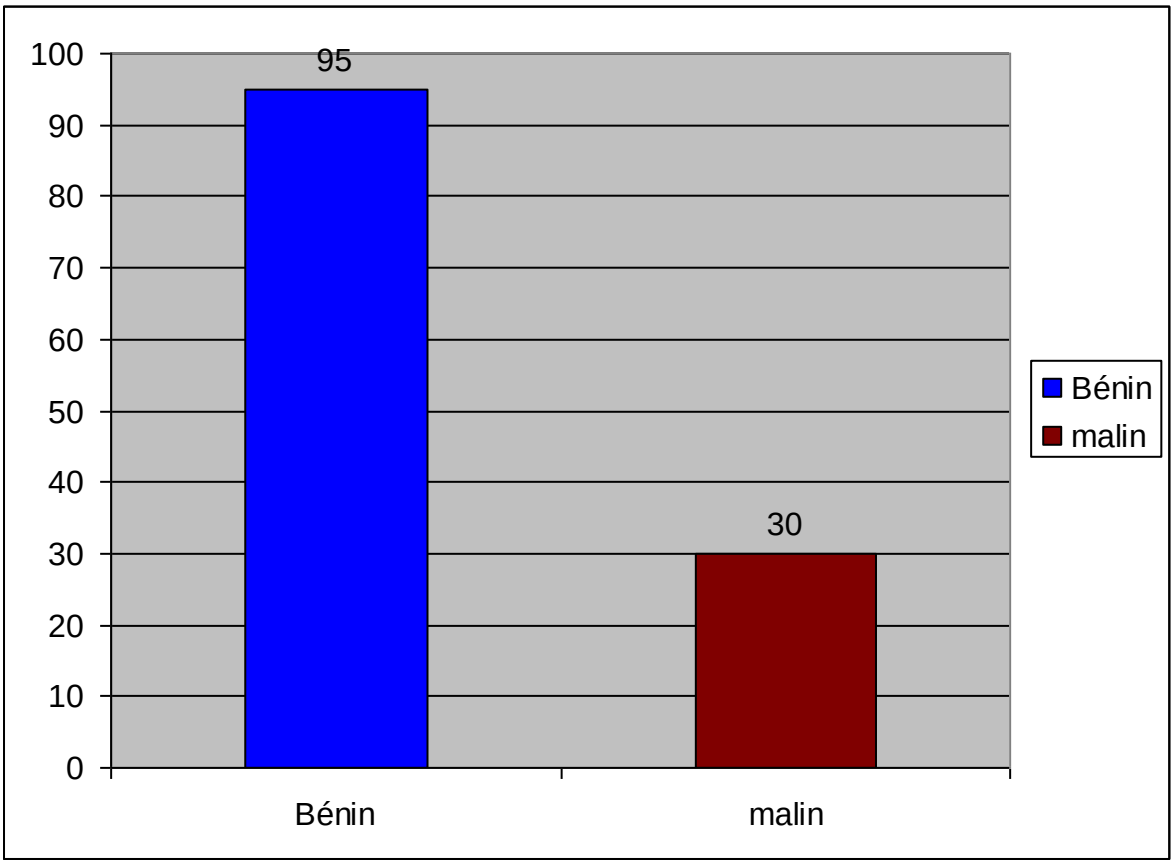
fig. Résultats histologiques.

Nous retrouvons une nette prédominance des cas de tuberculose ganglionnaire (40%), très loin suivis des ganglions réactionnels (16%), puis des carcinomes épidermoïdes (10%).

Ces derniers constituent la majorité des cas de lésions malignes retrouvées dans notre étude.

Nous avons en tout 30 lésions malignes (24%) et 89 lésions bénignes (76%)

Malin	30 (24%)
bénin	95 (76%)
Total	125 (100%)



B. <u>Délai de réponse anatomopathologique.</u>

Le résultat histologique est parvenu au chirurgien ORL dans des délais allant de 7 jours à 10 mois. Le délai moyen de remise du résultat a été de 2 mois.

Délai moyen de réponse histologique suivant les années.

Année	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007)
Délai moyen (mois)	2	1,23	2,08	2,35	2,23	3,44	1,85	2,2

fig. Délai moyen de réponse selon les années

La tendance générale de la courbe du délai moyen de réponse est ascendante. Les délais de livraison des résultats histologiques seraient donc, au CHU de Kamenge, de plus en plus longs avec le temps.

C. Age moyen en fonction du type histologique

Dans cette série, l'âge moyen des patients vus pour adénopathies de nature maligne est de 44,8 ans. Il est supérieur à l'âge moyen des patients vus pour adénopathies, pris globalement. Celui-ci est de 33 ans. L'âge moyen des patients vus pour adénopathies d'étiologie bénigne est encore plus bas ; il est de 31 ans (30,88 ans).

Tumeurs	Toutes	Malignes	Bénignes
Age moyen	33	44,8	31

Tableau. Age moyen en fonction du type histologique

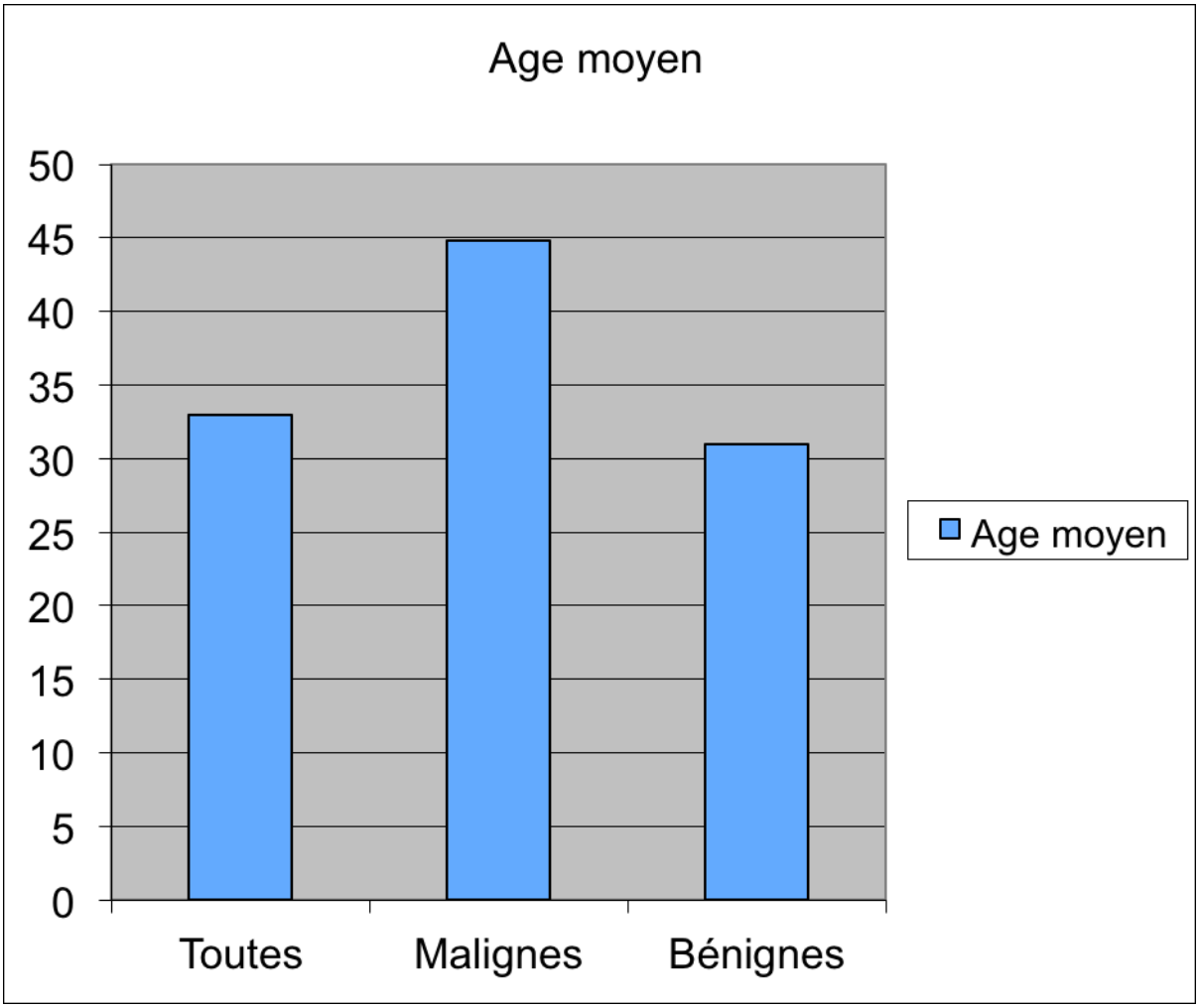


fig. Age moyen en fonction du type histologique

D. Sex-ratio en fonction du type histologique

a)Tumeurs bénignes

H	F	Total
37	58	95

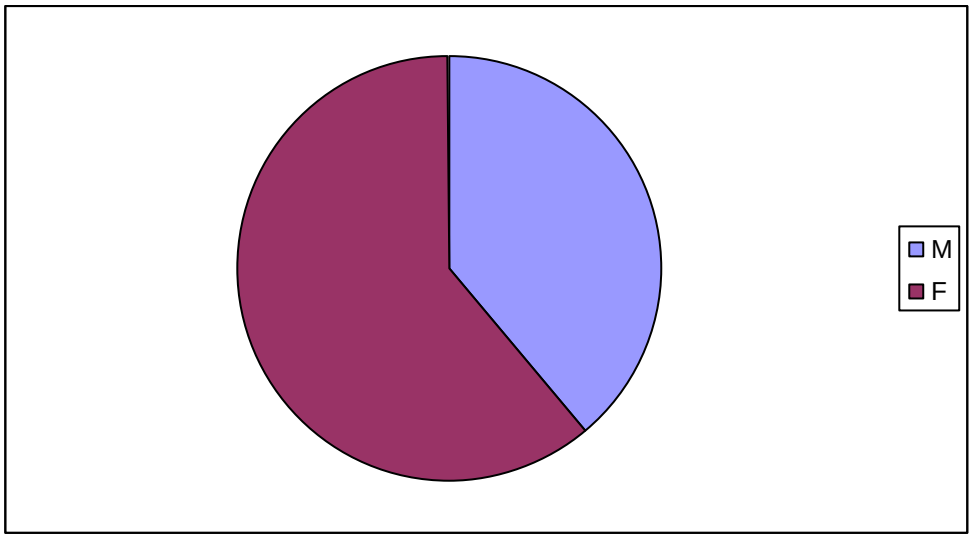


fig. Sex-ratio, tumeurs bénignes (***0,6***)

b) Tumeurs malignes

H	F	Total
20	10	30

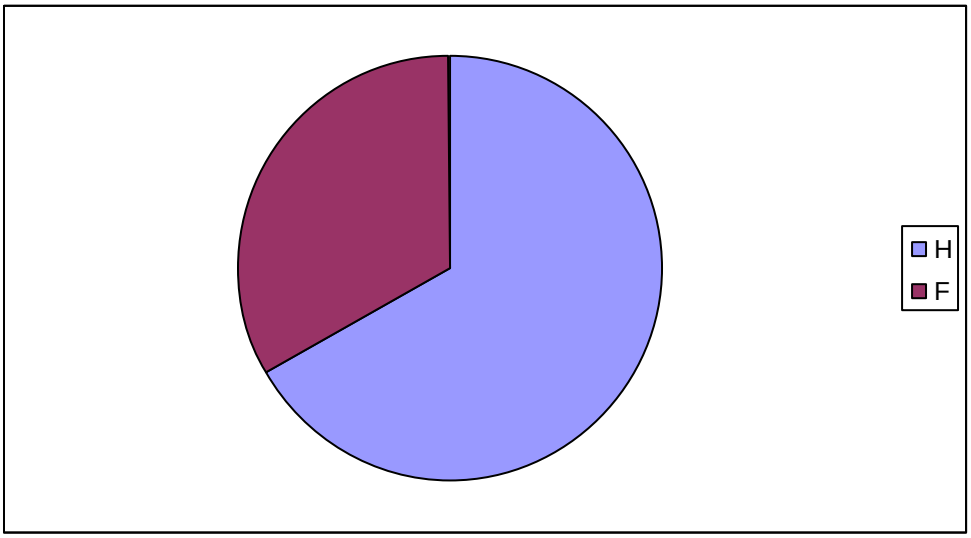


fig. Sex-ratio, tumeurs malignes (***2***)

	T.bénignes	*T.malignes*	*Total*
H	37	20	57
F	58	10	68
Total	95	30	125

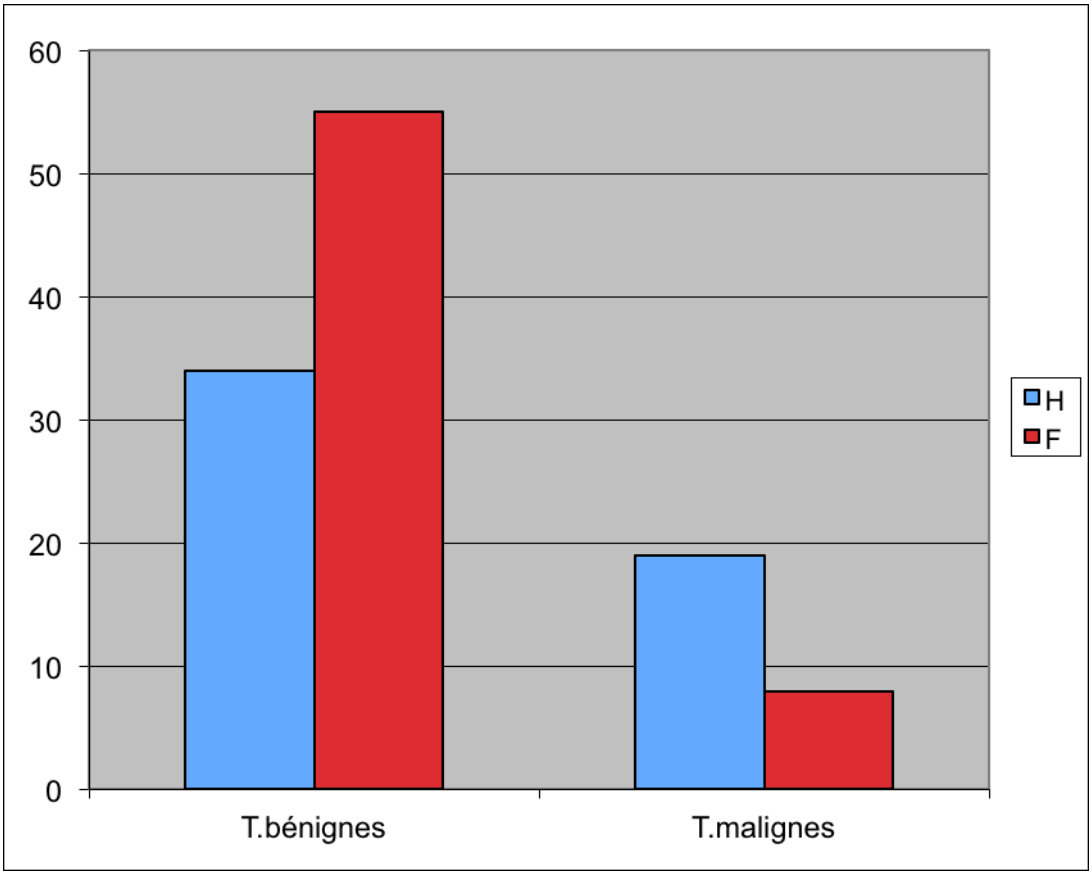


fig. Sex-ratio en fonction du type histologique

Dans notre série, les tumeurs malignes se retrouvent plus chez les hommes que chez les femmes (Sex ratio homme-femme : 2) Pour les tumeurs bénignes, la situation s'inverse ; il y a plus de femmes que d'hommes (Sex ratio : 0,6).

III. 3. LA PRISE EN CHARGE APRES LE DIAGNOSTIC HISTOLOGIQUE

La prise en charge dépendait, bien entendu, du type histologique des tuméfactions cervicales.

A. Adénopathies bénignes

Tous les cas de tuberculose ganglionnaire ont été adressés à un service de médecine spécialisé, soit la Pneumologie du CHUK, soit le CATB, pour mise en route d'un traitement médical anti-tuberculeux et le suivi des patients. Les patients traités pour tuberculose ganglionnaire n'ont pas été revus en consultation d'ORL.

Les cas de ganglions réactionnels n'ont bénéficié d'aucune prise en charge spécifique, vu le caractère anodin de la pathologie. Les patients étaient rassurés et repartaient à domicile.

B. Adénopathies malignes

Les types histologiques des tumeurs ganglionnaires malignes retrouvées dans cette série ont été dominés par le carcinome épidermoïde (13 cas), suivi par le LMNH (8 cas). Le tableau ci-après reprend la répartition de ces tumeurs malignes :

TYPE HISTOLOGIQUE	n	%	Age moyen (années).
Carcinome épidermoïde	**13**	**43 ,33**	**52,85**
LMNH	8	26,67	37,17
Maladie de Hodgkin	2	6,67	31
Lymphome de Burkitt	2	6,67	34,5
Adénocarcinome	2	6,67	42
Carcinome adénoïde kystique	1	3,33	71
Adénome pléomorphe	1	3,33	23
Mélanome malin	1	3,33	67
TOTAL	30	100	44,8

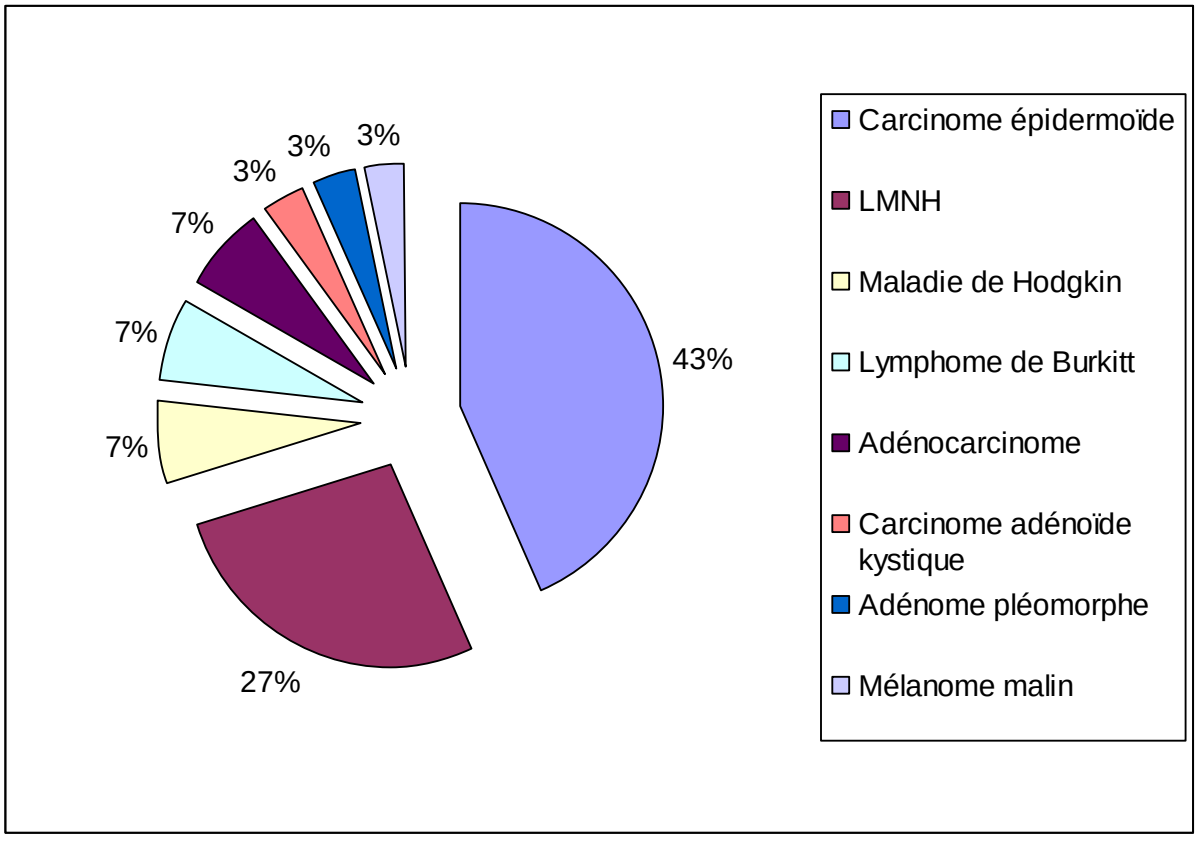


Fig.12. Adénopathies malignes

LE DEVENIR DES PATIENTS

18 patients ayant des tumeurs malignes ganglionnaires (60%) ont été perdus de vue après le résultat histologique. Ils n'ont donc pas eu de prise en charge dans le service d'ORL du CHU après l'annonce du résultat histologique.

4 patients sont décédés, ils étaient tous porteurs de métastases d'un carcinome épidermoïde. Ils sont respectivement décédés à 6 mois, à 17mois, à 3 ans et à 5 ans du diagnostic, soit une survie moyenne de 2 ans et demi (29,75 mois). Ils avaient tous préalablement bénéficié d'un traitement médical symptomatique, essentiellement à base de corticoïdes et couverture antibiotique par voie générale.

2 patients porteurs d'un LMNH ont été confiés au service de médecine interne,

2 patients ont bénéficié d'un traitement chirurgical : Un patient ayant un carcinome adénoïde kystique a bénéficié d'une parotidectomie associée à une sous-maxillectomie homolatérale, un patient ayant un adénome pléomorphe a bénéficié d'une biopsie exérèse.

En tout, 2 patients ont été traités en ORL par chirurgie, 4 ont bénéficié d'un traitement médical en ORL par corticothérapie et antibiothérapie.

6 patients ont été confiés à un autre service : 4 à la médecine interne (2 LMNH, 1 maladie de Hodgkin et 1 mélanome malin), 2 à la pédiatrie (2 maladies de Hodgkin).

Le reste des patients (18 patients) vus pour pathologie ganglionnaire cervicale maligne ont été perdus de vue, ou tout simplement n'ont pas eu de traitement dans le service d'ORL du CHUK.

Devenir	**n**	**%**
Perdus de vue	18	60
Référés	6	20
Traitement chirurgical	2	6 .7
Traitement médical (dcd)	4	13.3
Total	30	100

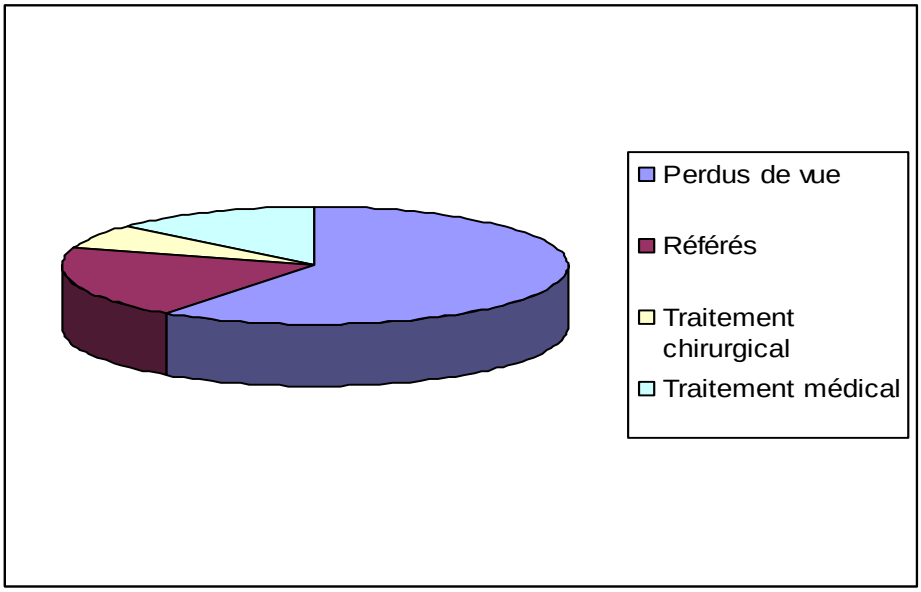


fig. Le devenir des patients

IV. DISCUSSION DES RESULTATS ET REVUE DE LA LITTERATURE

IV.1. CARACTERISTIQUES EPIDEMIOLOGIQUES

A. Age.

La moyenne d'âge des patients de notre série, toutes catégories confondues, est de 33 ans.

Rapportant des cas d'adénopathies cervicales bénignes et malignes, Al Sohaibani et coll[3]. en 1996, trouvent un âge moyen de 35,2 ans. Abba et coll[4]. rapportent un âge moyen de 35,2 ans, tandis que Diallo et coll.[5], en 1994, trouvent un âge moyen de 30,96 ans, avec des extrêmes de 2 et 67 ans.

L'âge moyen dans les 3 séries est comparable à celui de notre série, qui est de 33 ans.

Dans notre série, les patients ayant des adénopathies cancéreuses, pris à part, ont une moyenne d'âge de 45 ans. L'âge moyen des patients ayant des tumeurs malignes ganglionnaires est donc supérieur à celui des patients ayant des adénopathies de nature bénigne.

Denis F. et coll[6]., sur une série de 183 patients traités pour cancer ORL avec ganglions cervicaux envahis, rapportent un âge moyen de 56 ans. Pour NICOLAS et coll.[7], le pic d'âge de découverte des métastases ganglionnaires se situe entre 55 ans et 65 ans.

L'âge moyen pour ces auteurs reste supérieur à celui que nous avons trouvé. Il est à noter que l'âge moyen plus bas dans notre série n'est pas attribuable à une découverte précoce. Il pourrait plutôt s'expliquer par la faible espérance de vie des burundais, l'absence du dépistage systématique et le fait qu'un bon nombre de patients ne consultent pas du tout un service spécialisé pouvant établir un diagnostic histologique. Cet aspect est valable pour les séries africaines. Pour NDJOLO A. et coll8.[8], dans une étude réalisée à Yaoundé sur les adénopathies

cervicales malignes, l'âge des patients variait entre 7 ans et 66 ans avec une moyenne de 38 ans. L'étude était faite entre 1996 et 2001 et portait sur 30 patients.

B. Sexe

Dans notre série, pour la catégorie des patients ayant des adénopathies cervicales malignes, le rapport hommes/femmes est de 2. La série de Denis F. et coll.[6] rapporte, sur une série de 183 patients avec métastases ganglionnaires, 9% seulement des patients qui étaient de sexe féminin. Nicolas et coll.[7] notent également une prédominance masculine avec un sex-ratio hommes/femmes égal à 2.

La prédominance masculine est retrouvée par ces auteurs, ce qui concorde avec les résultats de notre série

C. Répartition du nombre de cas par année.

Dans notre série, le nombre de cas passe de 6 en 2000 à 27 en 2006, mais il est de 12 en 2007. La tendance des cas d'adénopathies serait d'augmenter en fréquence avec les années. Le faible effectif retrouvé en 2007 pourrait être rattaché aux cas dont l'examen histologique n'était pas fini au moment du recueil des données (Fin 2007 – Début 2008).

Pour les tumeurs malignes prises à part, on retrouve une nette augmentation des effectifs dans le temps puisque les 4 dernières années de l'étude (2003, 2005, 2006 et 2007) totalisent à elles seules 75% du nombre de cas de cancers. Il y a néanmoins un biais dû au nombre de prélèvements n'ayant pas fait objet d'analyse histologique. Une étude réalisée en France par BARRY B. et GEHANNO P.[9] en 1999 note une augmentation de la survenue de certains cancers avec le temps, mais c'est une augmentation due à l'association avec le

VIH/SIDA puisqu'il s'agit du sarcome de KAPOSI et des lymphomes malins. Quant au carcinome épidermoïde, la relation de cause à effet entre ce dernier et l'infection à VIH reste controversée, bien qu'il soit fréquemment retrouvé chez des patients séropositifs au VIH sans autre facteur épidémiologique.[9] Beaucoup d'autres auteurs répertorient des carcinomes épidermoïdes sur terrain séropositif au VIH.[10, 11, 12]

IV. 2. RESULTATS HISTOLOGIQUES

Les tumeurs malignes, dans notre série, comptent pour 24% de tous les ganglions examinés en anatomo-pathologie. Les carcinomes épidermoïdes, qui comptent pour 10% de toutes les tumeurs, sont le type histologique malin prédominant. Il constitue 43% de toutes les tumeurs malignes, suivi du LMNH (26,67%). Le lymphome est révélé par une adénopathie cervicale dans 1/3 des cas et la fréquence de ce type de cancers augmente en raison de la pandémie du VIH/SIDA.[13,14, 15]

L'âge moyen des patients vus pour carcinome épidermoïde est également le plus élevé (52,85%), si on compare les âges moyens de tous les patients ayant des adénopathies malignes.

Ces adénopathies cervicales malignes constituent rarement la tumeur primitive ; elles sont une métastase d'un cancer ORL, pulmonaire ou digestif. Bien que les sites primitifs des tumeurs malignes n'aient pas fait l'objet de cette étude, l'état oncologique du cou reste une partie incontournable du staging TNM dans tous les types de cancers.[16] Aussi, la présence de métastases ganglionnaires est le facteur pronostique le plus important lors de carcinome épidermoïde de la sphère ORL.[17] La recherche du cancer primitif met en évidence la tumeur maligne dans des proportions allant de 90% pour les adénopathies cervicales supérieures et moyennes, à 20% seulement lorsque ces ganglions sont sus-claviculaires ou cervicaux inférieurs.[8,13] La recherche du site tumoral donnant la métastase ganglionnaire peut rester obscure à l'issue d'un examen ORL bien

mené ; ce sont ces adénopathies cervicales malignes qui sont considérées comme « sans site primitif connu ».[8, 13]

Quoiqu'il en soit, les adénopathies cervicales sans primitif connu révèlent en premier un cancer ORL : Carcinomes des VA-DS, lymphomes et cancers thyroïdiens.[18, 19, 20]

Accordons d'ailleurs une attention particulière aux trois dystrophies thyroïdiennes retrouvées dans cette série. En effet, ces tissus, qui étaient autrefois appelés « thyroïdes latérales aberrantes », sont actuellement reconnus comme des métastases de carcinomes papillaires de la glande thyroïde.[21, 22, 23]

IV.3. DELAIS DE REPONSE ANATOMO-PATHOLOGIQUE

Le délai moyen de remise des résultats au chirurgien, dans notre série, est de 2 mois, avec des extrêmes de 7 jours à 10 mois. Ce délai moyen est trop long. En effet, un examen histologique suivant toutes les étapes rend les résultats d'une pièce de prélèvement (Biopsie ou pièce opératoire) en 7 à 8 jours, 15 jours maximum.

La lenteur notée dans cette série s'explique, dans le cas particulier du CHU de Kamenge, par le manque de matériel (Ruptures de stock des produits) et de personnel qualifié suffisant. En effet, le service d'anatomo-pathologie du CHU de Kamenge ne compte, sur toute la période d'étude, qu'un seul médecin spécialiste ; le seul d'ailleurs pour tout le pays.

Aussi, il y a eu des périodes allant de quelques jours à plusieurs mois, où le laboratoire d'anatomo-pathologie n'était pas fonctionnel. Les ruptures de stock sont fréquentes.

L'examen extemporané, indispensable dans certains cas, est impossible parce qu'il n'y a pas de matériel nécessaire (Microtome à congélation).

IV. 4. LA PRISE EN CHARGE APRES LE DIAGNOSTIC HISTOLOGIQUE

Ici, nous avons axé notre discussion et revue de la littérature sur les 30 cas d'adénopathies malignes.

Une forte proportion des cas (60%) ont été perdus de vue. C'est une situation qui tient surtout à l'absence, dans le service d'ORL du CHU de Kamenge, de traitements curatifs spécifiques aux cancers ; cela est connu des patients.

Au BURUNDI, porter le diagnostic de cancer équivaut, dans la croyance populaire, à prononcer une sentence de mort, du moins pour ceux qui ne peuvent pas se payer des soins à l'étranger.

Les 18 patients perdus de vue sont donc des patients qui, soit n'ont eu aucun traitement en réalité, soit sont partis pour soins à l'étranger.

La prise en charge d'une adénopathie cervicale, bénigne ou maligne, requiert un cheminement clinique et paraclinique minutieux, à la fois ORL et général, afin de faire le diagnostic étiologique.[24] Une fois le diagnostic fait, se pose alors le problème de la prise en charge thérapeutique, celle-ci dépendant en partie de la localisation tumorale primitive, de la taille de la tumeur primitive et des ganglions, de la présence ou non d'autres métastases à distance.

Les 4 patients de l'étude qui ont été référés (2 LMNH, 1 maladie de Hodgkin, 1 mélanome malin) sont ceux qui avaient été adressés par le service de Pédiatrie et de Médecine Interne. Une fois le diagnostic obtenu, les patients ont été ré adressés aux services d'origine.

2 patients dans cette série ont été opérés. Ils ont eu un traitement chirurgical seul, sans traitement complémentaire. Il n'y a pas eu de curage ganglionnaire cervical associé. Ici, signalons que la chirurgie des aires ganglionnaires doit être systématique dans le cas où une métastase ganglionnaire a été diagnostiquée. Elle est associée à la chirurgie sur la tumeur primitive dans les cas où celle-ci est individualisée et accessible à la chirurgie. C'est cette chirurgie qui sera de première intention, complétée selon les cas par la radiothérapie et/ou la chimiothérapie.[25]

Dans certaines localisations tumorales primitives, le curage ganglionnaire doit être de règle, même devant un cou cliniquement N_0.[2] C'est le cas des cancers de l'hypopharynx. En effet, dans des cous cliniquement N_0, le curage de principe permet de diagnostiquer des métastases ganglionnaires occultes dans des taux pouvant aller jusqu'à 38%.[26]

IV. 5. MISE AU POINT

A. LE BILAN PRE-THERAPEUTIQUE.

Examen clinique

La palpation du cou est indispensable pour diagnostiquer les adénopathies. Lorsqu'une adénopathie cervicale est cliniquement évidente, l'ensemble des voies aéro-digestives est examiné soigneusement pour visualiser une éventuelle tumeur primitive. La laryngoscopie indirecte au miroir ou une nasofibroscopie selon les possibilités. La taille et la localisation des adénopathies doivent être soigneusement notées et datées sur un schéma.

La démarche diagnostique, dans les cas où une adénopathie cervicale est suspecte, doit être conduite en vue de rechercher des éléments cliniques évocateurs de la présence d'un cancer primitif au niveau des voies aéro-digestives supérieures.

La panendoscopie des voies aéro-digestives supérieures

Elle comprend une pharyngo-oesophago-trachéo-bronchoscopie.[27] Cet examen se fait sous anesthésie générale, avec des endoscopes rigides et des optiques pour analyse soigneuse de la muqueuse des voies aériennes et digestives.

Les objectifs de cette endoscopie ORL sont :

- D'analyser l'ensemble des VA-DS et de l'œsophage, à la recherche de la tumeur primitive et d'une éventuelle seconde localisation,
- La réalisation de biopsies pour étude anatomo-pathologique.

La panendoscopie des VA-DS est un examen systématique lorsqu'une adénopathie cervicale ne fait pas la preuve de son étiologie.

Imagerie

La Tomodensitométrie ou Scanner

Il apporte un complément indispensable aux données de la clinique et de l'endoscopie. Actuellement, le scanner est l'examen d'imagerie le plus spécifique.[28] Il étudie l'extension ganglionnaire des tumeurs dans tous les territoires dont certains sont moins accessibles.[2] Il est préférable de réaliser le scanner avant l'endoscopie et les biopsies pour éviter une mauvaise estimation de l'envahissement de la tumeur primitive, du fait de l'inflammation générée par le passage des endoscopes et des biopsies.[2]

Le scanner comporte des coupes axiales et coronales et doit être un scanner cervico-pharyngo-laryngé, complété par des coupes thoraco-médiastinales en fonction des circonstances.

La présence de ganglions de plus de 10mm de diamètre, une nécrose centrale avec hétérogénéité et une prise de contraste périphérique, une forme circulaire et la présence de groupes polyganglionnaires sont des signes radiologiques de ganglions envahis par un cancer. [29]

L'Imagerie par Résonance Magnétique (IRM)

Cet examen est plus sensible pour les extensions minimes. L'IRM garde une meilleure résolution spatiale pour montrer les détails des tissus mous. Il ne sera pas utilisé systématiquement.[30] Le choix de l'IRM sera lié à la localisation de la tumeur primitive (Base de langue, vallécules) du fait de sa sensibilité. L'injection d'un produit de contraste (gadolinium) augmente les contrastes entre

les tissus mous. Cet examen est donc le plus utile pour montrer le site primitif, en particulier au niveau de la base de langue et des vallécules.[31, 32]

Le scanner et l' IRM permettent de déterminer avec précision le point de départ, l'extension tumorale, et guider la radiothérapie. Ces examens d'imagerie sont par ailleurs utiles pour le suivi post-thérapeutique pour évaluer une éventuelle récidive.
Le scanner procure une bonne discrimination entre l'os, l'air et les tissus mous (muscle, muqueuse et graisse).

L'IRM reste de réalisation difficile et peu fréquente. En effet, une bonne acquisition des images nécessite des séances prolongées, et les artefacts sont parfois nombreux, rendant l'interprétation difficile.[33]

La Tomographie par Emission de Positrons ou TEP-Scan

D'implantation récente, le TEP-Scan pourrait être utile en particulier pour la détection de sites tumoraux initiaux dans le cas des adénopathies cervicales de nature maligne sans primitif connu.

B. TRAITEMENT DES ADENOPATHIES CERVICALES MALIGNES

1. La Chirurgie

C'est le curage ganglionnaire cervical ou évidement ganglionnaire du cou. C'est une chirurgie qui permet l'exérèse du tissu lymphatique cervical[34]. La chirurgie sur les aires ganglionnaires cervicales est réalisée en même temps que la chirurgie sur la tumeur primitive, dans le cas où celle-ci est accessible à la chirurgie.
Le curage ganglionnaire cervical sera le seul geste en cas de primitif inconnu.

a. La voie d'abord

Plusieurs incisions ont été décrites : trois sont particulièrement utilisées [35] :

- L’incision de Paul-André : Bien adaptée lorsqu’une chirurgie pharyngo-laryngée ou thyroïdienne est associée au curage,
- L’incision de Sébileau-Carréga, surtout lorsqu’au curage s’associe un abord transmandibulaire de l’oropharynx,
- L’incision de Hayes-Martin modifiée, l’incision cervicale devenant une incision en S pour une meilleure protection de l’axe artériel.

Dans tous les cas, cette incision doit [34] :

Etre suffisamment large pour une bonne accessibilité à l’ensemble des chaînes ganglionnaires cervicales,

Tenir compte de la vascularisation des lambeaux cutanés,

Permettre un élargissement à la demande soit vers le haut, soit vers le bas.

Fig 14. Voies d’abord dans le curage cervical [35]

b. Techniques de base[36]

Le curage ganglionnaire radical

Encore dit « traditionnel », (radical neck dissection), il est décrit par Crile en 1906. C'est une technique qui emporte, en plus du tissu ganglionnaire cervical, le muscle sterno-cléïdo-mastoïdien, la veine jugulaire interne, le nerf spinal et le contenu de la loge sous-maxillaire. Les éléments respectés sont : l'axe carotidien, le pneumogastrique, le sympathique cervical, le nerf grand hypoglosse et le rameau mentonnier du facial.

Le curage radical est indiqué dans les métastases ganglionnaires d'un cancer des VA-DS dépassant 3 cm (N2a, N2b, N3) et les adénopathies métastatiques cervicales primitives[34].

Le curage ganglionnaire fonctionnel[35]

C'est une technique qui permet l'exérèse de tous les ganglions du cou, du tissu conjonctif qui les entoure, des gaines et aponévroses qui les enveloppent, en respectant les éléments musculaires, vasculaires et nerveux.

Le curage se fait méthodiquement, en enlevant les ganglions dans l'ordre des régions :

1. Sous-digastrique,
2. Sous-maxillaire,
3. Rétro-spinale,
4. Omo-claviculaire.

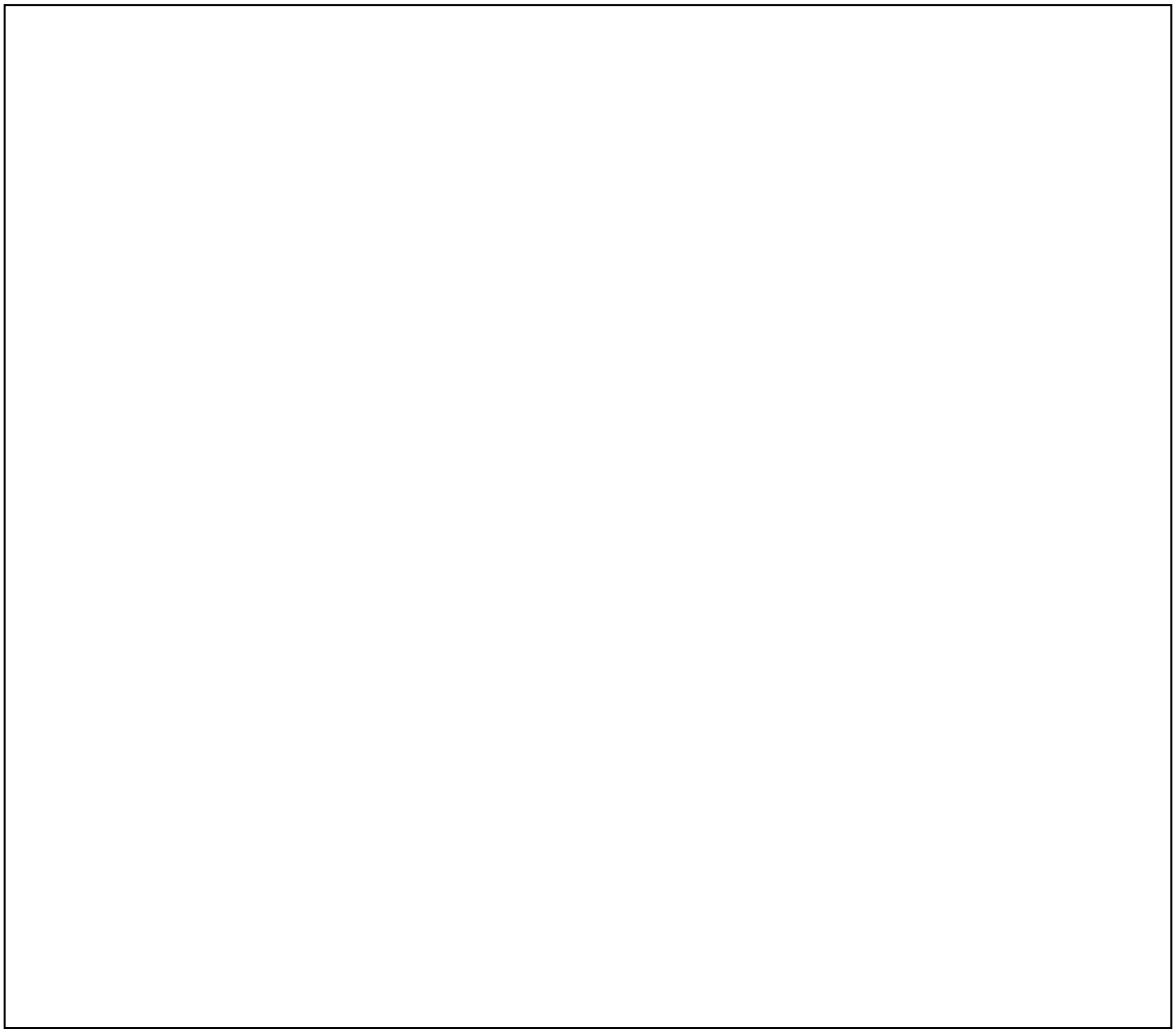


Fig 15. Curage ganglionnaire cervical, temps opératoires [34].

Les indications du curage fonctionnel sont :

- La cervicotomie exploratrice qui exige d'avoir à portée de main un examen histologique extemporané, permettant de poursuivre l'intervention en cas d'adénopathie métastatique,
- Les métastases ganglionnaires patentes ou latentes des cancers ORL.

N.B. Le lymphome malin ne relève pas d'un évidement ganglionnaire cervical.

c. Techniques modifiées

A côté de ces deux techniques chirurgicales de base, il existe une technique de curage dite modifiée, soit en moins (curage partiel), soit en plus (curage radical élargi).

d. Complications post-opératoires [37, 38].

Complications communes à toute chirurgie

a) Lymphorragies

Elles sont dues à une brèche accidentelle ou section du canal thoracique. Dans ce cas, il faut une lymphoplastie au fil non résorbable ou par clips. En post-opératoire, il faut :

- Enlever le drainage,
- Réaliser un pansement compressif,
- Donner un régime protéiné avec suppression des lipides et rééquilibration ionique.

La persistance de lymphorragie à J10 post-opératoire impose une reprise chirurgicale.

b) Epaule douloureuse

C'est une complication d'une lésion, en per-opératoire, du nerf spinal (XI). Ce peut être des douleurs à la mobilisation de l'épaule, un dysfonctionnement minime, voire une perte de la fonction de l'articulation scapulo-humérale. La prise en charge consiste en une rééducation fonctionnelle par kinésithérapie.

2. Les traitements complémentaires

LA RADIOTHERAPIE

Pour une adénopathie cervicale métastatique d'un carcinome épidermoïde sans primitif retrouvé, une radiothérapie complémentaire doit être réalisée. Il s'agit d'une irradiation bilatérale sur les aires ganglionnaires cervicales, avec des rayons gamma de Cobalt 60, ou des rayons X de 4 et 6 MV. Une irradiation de principe du cavum et du pharyngolarynx est réalisée dans le même temps. La radiothérapie est délivrée à la dose de 45 à 50 Grays en 25 fractions pendant 5 semaines. Un complément d'irradiation doit être délivré sur les zones de rupture capsulaire et s'il existe un envahissement du tissu cervical (10 à 20 Gy). Lorsqu'il existe une tumeur macroscopique identifiée, la radiothérapie de 45 à 50 Gy est complétée par une irradiation de 20 gy sur la maladie macroscopique.

LA CHIMIOTHERAPIE

Il s'agit d'une chimiothérapie associée à l'irradiation en cas de carcinome épidermoïde. Elle utilise un protocole à base de sels de platine. C'est le Cisplatine qui est indiqué. La décision de chimiothérapie doit être prise en tenant compte de l'état général du patient, du risque de complications et des contre-indications aux sels de platine. En cas de marges positives à l'histologie, la conduite à tenir doit être discutée en RCP.

Le Cetuximab, anticorps monoclonal anti-récepteur du facteur de croissance épidermique (EGFR) peut être associé à la radiothérapie dans les tumeurs localement avancées pour lesquelles la chirurgie n'est pas retenue ou en cas de contre-indication de la chimiothérapie.

V. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

1. CONCLUSION

Le cancer révélé par une adénopathie cervicale est une réalité et doit rester la hantise du médecin devant une tuméfaction cervicale. Ces cancers sont en augmentation de fréquence, soit à cause de l'association à l'infection par le VIH/SIDA (LMNH, SK , etc.), soit à cause des facteurs épidémiologiques traditionnels (carcinome épidermoïde) que sont l'alcool et le tabac.

Le carcinome épidermoïde reste le type histologique de cancer ORL prédominant, au Burundi comme dans les autres pays.

Le CHU de Kamenge n'est pas outillé pour une prise en charge adéquate des cancers ORL. Les patients porteurs de cancers doivent être orientés pour ceux qui le peuvent, ou alors bénéficier de traitements palliatifs.

La présente étude étant rétrospective, elle a souffert du manque de certaines données cliniques et histologiques, notamment la localisation exacte de(s) adébopathie(s) au niveau du cou. Une étude prospective pourrait montrer , de façon plus exhaustive, l'épidémiologie, la clinique, l'état de la prise en charge, l'évolution et le pronostic du cancer révélé par une adénopathie cervicale au CHU de Kamenge.

2. RECOMMANDATIONS

A la lumière des résultats de ce travail, nous formulons les recommandations suivantes :

- Une collaboration effective des spécialités de Médecine, d'anatomo-oatjologie et de Chirurgie dans la prise en charge des adénopathies cervicales,
- La création d'une unité de concertation pluridisciplinaire d'oncologie, se réunissant selon une périodicité à fixer, et statuant sur la prise en charge du cancer, quels qu'en soient le type histologique et la localisation.
- L'équipement du laboratoire d'anatomopathologie, afin de permettre la réalisation d'examens histologiques extemporanés et d'éviter les désagréables ruptures de stock,
- La formation de radiothérapeutes et de chimiothérapeutes burundais.

BIBLIOGRAPHIE

1. www. wikipedia.org
2. Lefebvre J-L et Chevalier D. Cancer de l'hypopharynx. Encycl Med Chir (Elsevier, Paris) 20-605-A-30; 2004: 10p.
3. Al-Sohaibani M.O. : Cervical lymphadenopathy in eastern province of saoud Arabia. The East-african Medical Journal 1996; 73:8 p533.
4. Abba AA., Bamgboye AE., Afzal M., Rahmatullah RA., Lymphadenopathy in adults. A clinic-pathological analysis. The east-African Medical Journal 2000;1:14, p 192-198
5. Diallo D., Ouattara A., Traore HA., Sidibe AT., Cisse MA., Bayo S., Pichard E., Diallo AN, Etiologies actuelles des adénopathies en Médecine Interne au Mali : Place de l'infection par le VIH. Médecine d'Afrique Noire, Février 1994 ; 31 :2.
6. Denis F., Garand P., Manceau A., Beutter P., Garand G., Le Floch O., Calais G. Valeur pronostique du nombre de ganglions envahis après curage cervical pour carcinome de l'oropharynx et de la cavité buccale. Cancer/ Radiothérapie 2001 ; 5 : 12-22.
7. Nicolas X., Grippari J.-L., Granier H., Laborde J.P., Tallarmin F., Métastase ganglionnaire périphérique de cancer primitif inconnu. Le Concours, Tome 124-31 2002 p. 2036-2041.
8. Ndjolo A., Nouedoui C., Afane ZE, Njock R, Nko'o S., Bengono G., Les adénopathies cervicales malignes sans primitif connu en ORL. A propos d'une série de 30 cas observés à Yaoundé- Cameroun. Médecine d'Afrique Noire. 2002 (2) p. 100-102.
9. Barry B., Gehanno P. Carcinomes épidermoïdes de localisation ORL au cours de l'infection par le VIH. Ann Otolaryngol Chir Cervicofac 1999 ; 116 : 149-153
10. Silverman S Jr, Migliorati CA, Lozada Nur F, Greens-Pan D, Conant MA. Oral finding in people with or at high risks for AIDS: A study of 375 homosexual males. J Am Dental Assoc. 1986; 112: 187-92.

11. Roland JT, Rothstein SG, Mittal KR, Persky MS. Squamous cell carcinoma in HIV-positive patients under 45. Laryngoscope 1993; 103: 509-511.
12. Sing B., Balwally AN, Shaha AR, Rosenfeld RM, Harel G, Lucente FE. Upper aerodigestive tract squamous cell carcinoma. The Human Immunodeficiency Virus connection. Arch Otolaryngol 1996; 122: 639-643.
13. Moreau P., Adénopathies cervicales métastatiques, ORL Tran Ban Huy Ed. Universités Francophones Aupelf-Uref, 1996 : 51-62.
14. Boudes P., Adénopathies, l'appréciation clinique, le moment de la biopsie. L'Objectif Médical N° 77, Oct 1990.
15. Gehanno P., Pessey JJ et al. Tuméfactions cervicales de l'adulte et de l'enfant. Paris : Société française d'ORL. Masson 1998.
16. Dulguerov P., Leuchter I., Belenger J., Allal A., Allaoua M., Lehmann W. Approche minimalement invasive des métastases ganglionnaires cervicales. Médecine et Hygiène 2000 ; 58 : 2102-2106
17. Mamelle G., Pampurik I., Luboinski B. et al. Lymph node prognostic factors in head and neck squamous cell carcinoma. Am J Surg 1994; 168: 494-498.

18. Reyt E., Mouret P., Bolla M., Righini C., Lavieille J.P. Les adénopathies cervicales malignes épithéliales en apparence primitives : A propos de 54 cas de 1969 à 1988. Revue Laryngol 1992 ; 113 : 95-98.
19. Piquet J., Chevalier D. Adénopathies cervicales. Encycl. Med. Chir ORL, 20870 A10 Editions techniques, Paris 1990.
20. Trotoux J., Contencin P., Couturier-Menardi M., Pinel J. Traitement Chirurgical des cancers de la vallécule. J Fr ORL 1985 ; 34 : 85-91.
21. Black B.M. Papillary adenocarcinoma of the thyroid gland. So called aberrant thyroid tumors. West J Surg 1948; 56: 134-144.
22. Frantz V., Forsyther R., Hanford JM, Rogers WM. Lateral aberrant thyroids. Ann Surg 1942; 115: 161-180.
23. Lahey FH, Ficarra BJ. The lateral aberrant thyroid. Surg Gynecol Obstet. 1946; 82: 705-711.

24. Kooli H., Kaffel N., Marrakechi M., Najeh D., Hajri H., Ferjaoui M. Adénopathies cervicales métastatiques révélatrices de cancer extra ORL. Tunisie Chirurgicale. 2000 ; 2 : 61-65.
25. Beutter P et Pinlong E. Cancers de la région amygdalienne. Encycl Med Chir (Elsevier, Paris), Oto-rhino-laryngologie. 20-595-A-10, 1995: 12p.
26. Pillsbury HC, Clark M. A rational for the therapy of the N_0 neck. Laryngoscope 1997; 107: 1294-1315.
27. Ferron C, Emam N et Beauvillain de Montreuil C. Tumeurs malignes de la paroi postérieure du pharynx. Encycl Med Chir (Editions scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris) Oto-rhino-laryngologie, 20-601-A-10, 2002 : 9p.
28. Robert Y., Racourt N., Chevalier D., Duhamel A., Carcasset S., Lemaître L. Helical CT Scan of the larynx, a comparative study with conventional CT scan. Clin Radiol 1996; 51: 882-885.
29. Steinkamp HJ, Hosten N, Richter C, Schedel H, Felix R. Enlarged Cervical nodes at helical CT. Radiology 1994; 191: 795-798.
30. Garcia D, Verdalle PB, Sarrazin JL, Housset M et Laccourreye O. Tumeurs malignes de la vallécule. Encycl Méd Chir (Elsevier, Paris), Oto-rhino-laryngologie. 20-603-A-10, 2000, 8p.
31. Assadian F., Renody N, Laccourreye H., Brasnu D., Zerbid J., Bobin S. et al. Cancer du pharyngolarynx: in: Buthiau D, Khayat D éd. Scanner et IRM en Cancérologie. Paris : Springer-Verlag, 1995 : 105-112.
32. Bourjat P., Veillon F. Imagerie radiologique tête et cou. Paris, Vigot, 1995.
33. Lenz M, Greess H, Baum U, Dobritz M, Kersting-Sommerhoff B. Oropharynx, oral cavity, floor of the mouth/ CT and MRI. Eur J Radiol 2000; 33: 203-215.
34. Pessy J.-J., Serrano E. et Lellouche B., Evidements ganglionnaires du cou. Editions Techniques. Encycl. Méd. Chir (Paris, France). Techniques Chirurgicales. –tête et Cou, 46-470, 1994 10p.
35. Guerrier y., Guerrier B., Lallemant JG., Les évidements ganglionnaires cervicau. Encycl méd Chir (Paris, France). Techniques Chirurgicales Thorax. 42005 et 42006. 4.7.12.

36. Beauvillain de Montreuil D., Principales techniques des évidements ganglionnaires cervicaux. Ouest Médical 1981 ; 34 :873-876.
37. Colonna d'Istria J., Jausseran M., long FX., Pradoura JP., Les complications des évidements cervicaux. Cahiers d'Oto-rhino-laryngologie et Chirurgie cervico-faciale 1978 ;13 :11-27,
38. Jortay A., les complications de l'évidement complet du cou et leur prévention. A propos de 500 interventions. Acta Chir Belg 1974 ; 73 : 385-411.

VI. ANNEXES

LISTE DES ABREVIATIONS

CATB : Centre Anti-Tuberculeux,

CHU : Centre Hospitalier Universitaire,

EGFR : Epidermic growth factor receptor,

IRM : Imagerie par résonance Magnétique,

LMNH : Lymphome Malin non Hodgkinien,

ORL: Oto-rhino-laryngologie,

RCP : Réunion de concertation Pluridisciplinaire,

SK: Sarcome de Kaposi

TEP: Tomographie par émission de positrons,

TNM : Tumor, Node, Metastasis,

UICC : Union Internationale Contre le Cancer,

VA-DS : Voies Aéro-digestives supérieures,

VIH : Virus de l'Immuno-déficience Humaine.

LISTE DES FIGURES

Fig 1. Les sites ganglionnaires du cou,

Fig 2. Répartition des patients par âge,

Fig 3. Répartition des patients par sexe,

Fig 4. Répartition des patients par année (2000-2007),

Fig 5. Résultats histologiques,

Fig 6. Tumeurs malignes/bénignes,

Fig 7. Délai moyen de réponse selon les années,

Fig 8. Age moyen en fonction du type histologique,

Fig 9. Sex-ratio, tumeurs bénignes (0,6)

Fig 10. Sex-ratio, tumeurs malignes (2)

Fig 11. Sex-ratio en fonction du type histologique,

Fig 12. Adénopathies malignes,

Fig 13. Le devenir des patients.

FICHE DE RECUEIL DES DONNEES

LA PRISE EN CHARGE DE L'ADENOPATHIE CERVICALE EN ORL AU CHU DE KAMENGE : ETUDE RETROSPECTIVE SUR 8 ANS (DU 01/01/2000 au 31/12/2007)

I. Patient

Nom et Prénoms :……

Né en :…….

Sexe : Masculin ☐ Féminin ☐ Indéterminé ☐

II. Renseignements cliniques

Adénopathie cervicale : Gauche ☐ Droite ☐

Médiane ☐ Bilatérale ☐ Postérieure ☐

Signes associés : ORL :…….

Généraux :……..

III. Prélèvements

Fait le :…….

Sous : AG ☐ AL ☐

Type : Biopsie ganglionnaire Curage ganglionnaire cervical

Type histologique :……

Résultat histologique reçu le :……

☐

IV. Prise en charge

ORL ☐ Autre spécialité ☐

Traitement : Médical : ……

Chirurgical : ……

Autre :…….

RESUME

But : Evaluer la prise en charge des adénopathies cervicales dans le service d'ORL du CHU de Kamenge.

Patients et méthodes : C'est une étude rétrospective réalisée dans le service d'ORL du CHU de Kamenge, entre le 01/01/2000 et le 31/12/2007. 125 dossiers de patients ayant bénéficié d'une biopsie ganglionnaire suivie d'une étude anatomo-pathologique ont été inclus dans l'étude. Toutes les données ont été saisies dans un tableau Excel et une analyse statistique en a été faite.

Résultats : 125 dossiers de patients opérés ont été inclus dans cette étude. L'âge moyen des patients de l'étude est de 33,2 ans avec des extrêmes de 8 mois et 77 ans. La tranche d'âge qui prédomine est celle des 21 à 30 ans (24,8%). Nous comptons 57 hommes pour 68 femmes, soit un sex-ratio de 0,8/1. Nous retrouvons une nette prédominance des cas de tuberculose ganglionnaire (40%), très loin suivis des ganglions réactionnels (16%), puis des carcinomes épidermoïdes (10%). Ces derniers constituent la majorité des cas de lésions malignes retrouvées dans notre étude. Nous avons en tout 30 lésions malignes (24%) et 89 lésions bénignes (76%). Le résultat histologique est parvenu au chirurgien ORL dans des délais allant de 7 jours à 10 mois. Le délai moyen de remise du résultat a été de 2 mois. L'âge moyen des patients vus pour adénopathies de nature maligne est de 44,8 ans. Il est supérieur à l'âge moyen des patients vus pour adénopathies, pris globalement. Celui-ci est de 33 ans. L'âge moyen des patients vus pour adénopathies d'étiologie bénigne est encore plus bas ; il est de 31 ans (30,88 ans). Dans notre série, les tumeurs malignes se retrouvent plus chez les hommes que chez les femmes (Sex ratio: 2) Pour les tumeurs bénignes, la situation s'inverse ; (Sex ratio : 0,6).

La prise en charge dépendait du type histologique des tuméfactions cervicales. Tous les cas de tuberculose ganglionnaire ont été adressés à un service de médecine spécialisé, soit la Pneumologie du CHUK, soit le CATB, pour mise en route d'un traitement médical anti-tuberculeux et le suivi des patients.

Les cas de ganglions réactionnels n'ont bénéficié d'aucune prise en charge spécifique.

Les types histologiques des tumeurs ganglionnaires malignes retrouvées dans cette série ont été dominés par le carcinome épidermoïde (13 cas), suivi par le LMNH (8 cas). En tout, 2 patients ont été traités en ORL par chirurgie, 4 ont bénéficié d'un traitement médical en ORL par corticothérapie et antibiothérapie.

6 patients ont été confiés à un autre service : 4 à la médecine interne (2 LMNH, 1 maladie de Hodgkin et 1 mélanome malin), 2 à la pédiatrie (2 maladies de Hodgkin).

Le reste des patients (18 patients) vus pour pathologie ganglionnaire cervicale maligne ont été perdus de vue, ou tout simplement n'ont pas eu de traitement dans le service d'ORL du CHUK.

Conclusion : Le cancer révélé par une adénopathie cervicale est une réalité et doit rester la hantise du médecin devant une tuméfaction cervicale. Le carcinome épidermoïde reste le type histologique de cancer ORL prédominant. Le CHU de Kamenge n'est pas outillé pour une prise en charge adéquate des cancers ORL.

Mots clés : Adénopathie – ORL - Prise en charge