

# Carcinome épidermoïde métachrone des cavités naso-sinusiennes après pharyngolaryngectomie

S. Morinière, P. Beutter, C. Gendre, E. Lescanne

Service d'ORL et de CCF, CHU Bretonneau, 2 Bd Tonnellé, 37034 Tours.

Tirés à part : S. Morinière, adresse ci-dessus.

E-mail : moriniere@med.univ-tours.fr.

Reçu le 3 février 2004. Accepté le 4 juin 2004.

## Metachronous Sinonasal Squamous-cell Carcinoma after Pharyngolaryngectomy

S. Morinière, P. Beutter, C. Gendre, E. Lescanne

*Ann Otolaryngol Chir Cervicofac, 2004 ; 121, 4 : 241-244*

**Objective :** Three laryngectomized patients developed metachronous sinonasal squamous-cell carcinoma. We reviewed their files to search for clinical features useful for early diagnosis of this localization.

**Case reports :** Two of the patients, a textile worker and a food processing worker, had occupation exposure risk factors for sinonasal squamous-cell carcinoma. The anatomic modifications created by laryngectomy contributed to late diagnosis of the metachronous tumor at an advanced stage. Surgery was performed in all three patients. Local recurrence was observed at one year in two patients.

**Discussion :** Sinonasal fibroscopy should be part of the surveillance scheme in laryngectomized patients to enable early diagnosis and treatment of metachronous tumors.

**Key words:** Squamous-cell carcinoma, metachronous cancer, sinonasal cancer, laryngectomy.

## Carcinome épidermoïde métachrone des cavités naso-sinusiennes après pharyngolaryngectomie

**Objectifs :** Les auteurs rapportent 3 cas de patients laryngectomisés qui ont présenté un carcinome épidermoïde métachrone des cavités naso-sinusiennes et proposent une conduite à tenir pour dépister ces deuxièmes localisations.

**Matériel et méthode :** Nous présentons trois patients laryngectomisés dont le diagnostic de tumeur métachrone des cavités naso-sinusiennes a été fait lors de l'examen de surveillance.

**Résultats :** Deux des patients exerçaient une profession avec une exposition aux facteurs de risque de carcinome épidermoïde du massif facial (ouvrier du textile et de l'alimentation). La symptomatologie clinique naso-sinusienne était modifiée par la laryngectomie et le diagnostic du cancer métachrone a été fait à un stade évolué. Tous ont été traités chirurgicalement, avec une poursuite évolutive à un an pour deux patients sur trois.

**Conclusion :** La surveillance des patients laryngectomisés doit inclure un examen au fibroscope ou aux optiques des cavités naso-sinusiennes. C'est le seul moyen d'assurer un diagnostic précoce de ces cancers métachrones.

**Mots-clés :** Carcinome épidermoïde, cancer métachrone, cancer naso-sinusien laryngectomie.

## INTRODUCTION

L'incidence élevée de 10 à 15 % de cancers métachrones dans l'évolution des carcinomes épidermoïdes des voies aéro-digestives supérieures (VADS) impose une surveillance rapprochée des patients traités. La localisation de cette tumeur métachrone dans les cavités naso-sinusiennes (CNS) est peu fréquente et très peu de cas ont été rapportés dans la littérature [1-3]. L'apparition des symptômes est tardive et c'est pourquoi ces cancer métachrones sont difficiles à diagnostiquer lors des examens de surveillance. Nous présentons trois cas cliniques de patients laryngectomisés qui ont présenté cette deuxième localisation. A partir de ces trois cas, et en s'appuyant sur une revue de la littérature, les facteurs épidémiologiques, les signes cliniques et le traitement de ces deuxièmes localisations ont été étudiés.

241

## CAS CLINIQUES

### Patient n° 1

M. B., 74 ans, ancien restaurateur, avait pour antécédents un lymphome non hodgkinien de bas grade et une consommation éthylo-tabagique modérée. Une pharyngolaryngectomie

totale, un curage bilatéral et une thyroïdectomie totale, suivis d'une radiothérapie externe complémentaire ont été réalisés pour un carcinome épidermoïde de la région rétro-cricoïdienne classé T3 N2 M0. Seize mois plus tard, sans aucun signe d'appel, l'examen clinique a révélé une tumeur bourgeonnante obstruant toute la fosse nasale droite. Les biopsies ont confirmé la deuxième localisation d'un carcinome épidermoïde moyennement différencié. Le scanner du massif facial a montré la présence d'une masse prenant le contraste dont le point de départ était le cornet moyen. Il y avait une lyse de la cloison inter-sinuso-nasale et une extension au derme de l'aile narinaire. Une exérèse par voie para-latéro-nasale droite a été réalisée. Une reconstruction par lambeau naso-génien a permis de combler la perte de substance cutanée narinaire. Trois mois plus tard, une récurrence tumorale avec des nodules de perméations cutanés était constatée. Une résection de la super et mésostructure du maxillaire supérieur droit avec reconstruction par un lambeau frontal était réalisée. Quatre mois plus tard une nouvelle récurrence au niveau de la peau de la pyramide nasale et du plateau palatin a été traitée par une exérèse chirurgicale. Mr B est décédé 3 mois plus tard, soit 11 mois après la découverte de cette deuxième localisation.

### Patient n° 2

M. Gr 80 ans a été styliste pendant 50 ans. Il n'avait pas d'antécédent d'intoxication éthylo-tabagique. Initialement, il a été traité pour un carcinome épidermoïde de la corde vocale droite par radiothérapie externe exclusive sur le larynx et les aires ganglionnaires. Deux ans plus tard, le malade est adressé dans le service pour une récurrence au niveau de la bande ventriculaire droite, de la face laryngée de l'épiglotte sous-hyoïdienne, de la commissure antérieure avec un larynx droit fixé. Nous avons réalisé une laryngectomie totale post-cobalt. Vingt-deux mois plus tard, devant la présence d'épistaxis à répétition, l'examen a révélé une lésion de la fosse nasale droite intéressant le cornet inférieur. Les biopsies ont confirmé la deuxième localisation d'un carcinome épidermoïde moyennement différencié. Une turbinectomie associée à une large méatotomie droite par voie endonasale a été réalisée. Une récurrence au niveau du plancher de la fosse nasale et du septum un an après a été traitée par voie paralatéronasale. Une récurrence au niveau du palatin, à 3 mois, a été traitée par une chimiothérapie palliative. M. Gr est décédé 18 mois après la découverte de cette deuxième localisation.

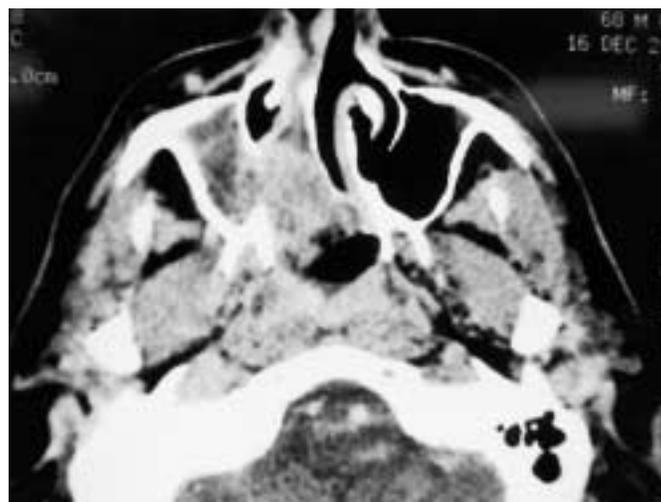
### Patient n° 3

M. Ga, 68 ans, fumeur, maçon à la retraite, a été adressé pour la prise en charge d'un carcinome épidermoïde de la commissure antérieure des cordes vocales classé T1b N0

M0. Il a été opéré d'une laryngectomie horizontale supra-cricoïdienne. Les suites ont été simples. L'examen de surveillance 3 ans et 3 mois plus tard a révélé la présence d'un cancer métachrone aryténoïdien et cricoïdien gauche motivant la réalisation d'une laryngectomie totale avec cellulo-adénectomie large bilatérale. Les marges d'exérèse étaient saines, il n'y a pas eu de radiothérapie complémentaire. Trois ans plus tard, Mr Ga s'est plaint de douleurs de l'hémi-face droite associées à quelques épistaxis. L'examen a révélé la présence d'une masse de la fosse nasale droite. Le point de départ semblait être la cloison inter-sinuso-nasale. Les biopsies ont confirmé un troisième carcinome épidermoïde métachrone aux CNS. Le scanner du massif facial (fig. 1) montrait un comblement ethmoïdo-maxillaire avec ostéolyse de la cloison inter-sinuso-nasale sans extension à l'orbite ni à la fosse ptérygo-maxillaire. Une résection par voie paralatéronasale droite a été réalisée. Une radiothérapie externe a été faite à la dose de 50 grays sur le lit tumoral et sur les aires ganglionnaires Ib et II. L'examen de surveillance à 15 mois n'a pas trouvé de récurrence ni de nouvelles localisations tumorales.

## DISCUSSION

La définition des cancers multiples est restée la même depuis la description princeps de Waren et Gates en 1932 [4]. Ce sont la coexistence (tumeur synchrone) ou la succession (tumeur métachrone) d'au minimum deux tumeurs malignes distinctes, séparées par 1,5 cm de muqueuse normale, excluant les adénopathies et les métastases. De nombreuses études sur les carcinomes épi-



**Figure 1 :** Aspect TDM (patient n° 3) d'un carcinome épidermoïde des cavités naso-sinusiennes droites avec ostéolyse de la cloison intersinuso-nasale. L'aspect hypodense au sein du sinus maxillaire est en faveur d'une rétention liquidienne par obstruction du méat moyen droit.

**Tableau I**

Nombre de cancer métachrone des cavités naso-sinusiennes et siège de la tumeur initiale dans les différentes séries de la littérature.

Auteurs	Population	Nombre de cancer métachrone au CNS	Siège de la tumeur initiale
Panosseti E (5)	9 089	8	Cavité buccale : 3 Oropharynx : 2 Hypopharynx : 3
Brugère J (6)	7 647	1	?
Barbone F (7)	457	1	Larynx
Miyaguchi M (8)	1 287	3 + 1 (synchrone)	Larynx
Morinière S	1 150	3	Larynx : 2 Hypopharynx : 1

dermoïdes des VADS [5-7] ont montré l'incidence élevée de ces cancers synchrones (7 à 10 %) et métachrones (10 à 15 %). Seuls quatre auteurs [1-3, 8] à notre connaissance retrouvent les CNS comme site de deuxième localisation (*tableau I*). Dans notre expérience nous avons eu 3 cas sur 1 150 cancers des VADS, pris en charge chirurgicalement, sur les 15 dernières années. Seul Barbone *et al.* [3] précisent que le siège du cancer métachrone était la fosse nasale, ce qui était aussi le cas pour deux de nos patients (cornet inférieur et cornet moyen). Pour les autres auteurs, c'était le massif facial sans plus de précisions qui était évoqué. Les principaux signes d'appels des carcinomes du massif facial sont l'obstruction nasale, les épistaxis à répétition, l'anosmie, la rhinorrhée et les algies faciales. Lorsque les patients ont eu une laryngectomie totale, la modification anatomique entraîne une variation de la symptomatologie clinique. L'obstruction nasale n'existe pas, l'anosmie est déjà présente, et la rhinorrhée claire est habituelle. Pour nos trois patients, le diagnostic a été fait assez tardivement au moment des épistaxis à répétition et des algies faciales. C'est pourquoi, l'examen des CNS à l'optique panoramique ou au nasofibroscope doit être systématique lors des examens de surveillance, avant l'apparition des signes fonctionnels, pour permettre un dépistage précoce de ces cancers métachrones. Les métastases ganglionnaires sont rares pour les carcinomes du massif facial (de 4 à 26 % selon Myers *et al.* [9]). C'est l'aire ganglionnaire sous digastrique (II) qui est la plus souvent envahie puis l'aire ganglionnaire sous maxillaire (Ib) et enfin l'aire sus omo hyoïdienne (III), selon Schwaab *et al.* [10]. Cependant, la palpation d'adénopathies cervicales doit toujours faire rechercher un cancer métachrone avant de conclure à une récurrence ganglionnaire. Une panendoscopie doit être réalisée, et il faut examiner atten-

tivement les CNS au cours de cet examen. La rareté de ces cancers métachrones aux CNS nous a fait rechercher l'exposition éventuelle à des facteurs de risque. Deux de nos patients étaient de gros fumeurs, mais ce facteur de risque reste controversé dans l'apparition de carcinome épidermoïde des CNS [11]. Pour Leclerc *et al.* [12] le tabac n'est pas un facteur de risque, il en est de même pour l'alcool. En revanche, Luc *et al.* [13] ont défini l'existence de professions à risque de carcinome épidermoïde du massif facial qui sont les ouvriers du textile, du cuir, de l'alimentation et les agriculteurs. Ainsi, plusieurs substances ont été incriminées : le formaldéhyde et l'amiante de manière significative, la poussière de textile et de cuir de manière non significative. Deux de nos trois patients avaient exercé ces professions à risque (un restaurateur et un travailleur du textile). La rareté de ces carcinomes épidermoïdes métachrones aux CNS est liée au fait qu'ils n'ont pas les mêmes facteurs de risque que les carcinomes épidermoïdes des VADS. Pour Leclerc *et al.* [12], la radiothérapie de la face est aussi un facteur de risque de carcinome épidermoïde du massif facial. Le risque relatif pour cette population est de 4 par rapport à la population générale. Le traitement des tumeurs métachrones doit dans la mesure du possible être le même que celui proposé si c'était une tumeur isolée. Dans le cas des carcinomes épidermoïdes des CNS, il comprend une association chirurgie radiothérapie. La chirurgie ganglionnaire, si elle n'a pas été réalisée lors du traitement chirurgical de la première tumeur, est indiquée quand il existe une ou plusieurs adénopathies cliniques [14]. Pour Fornelli *et al.* [11], l'irradiation prophylactique des aires ganglionnaires cervicales et faciale est indiquée pour les lésions extensives. L'apparition d'une récurrence locale pour les tumeurs du massif facial représentait 50 % des cas dans l'étude de Myers *et al.* [9], 37 % dans l'étude de Baillet *et al.* [14]. Ces auteurs proposaient une surveillance clinique rapprochée, associée à une surveillance scannographique ou par IRM.

## CONCLUSION

Les deuxième localisations des carcinomes épidermoïdes du pharyngolarynx aux fosses nasales sont rares mais ne doivent pas être méconnues. L'intoxication alcool-tabagique n'est pas un facteur de risque reconnu pour ces localisations. En revanche, certaines expositions professionnelles et les antécédents d'irradiation faciale augmentent les risques d'apparition de ces cancers métachrones. La laryngectomie totale retarde l'apparition des signes d'appel naso-sinusiens. Lors des consultations de surveillance, ces patients doivent avoir un examen systématique des fosses nasales à l'optique ou au nasofibroscope, pour un diagnostic précoce de ces cancers métachrones.

## RÉFÉRENCES

1. PANOSSETI E, LUBOINSKY B, MAMELLE G, RICHARD JM. Multiple synchronous and metachronous cancers of the upper aerodigestive tract: a nine-year study. *Laryngoscope* 1989;99:1267-73.
2. BRUGERE J, TANKERE F, BISMUTH P, RODRIGUEZ J, POINT D. Cancer multiples des voies aéro-digestives supérieures. *Actualité de carcinologie cervico-faciale* « Localisations multiples et métastases dans la région cervico-faciale » ; Masson, 1992:18-22.
3. BARBONE F, FRANCESCHI S, TALAMINI R, et al. A follow-up study of determinants of second tumor and metastasis among subjects with cancer of the oral cavity, pharynx, and larynx. *J Clin Epidemiol* 1996;49:367-72.
4. WAREN S, GATES O. Multiple primary malignant tumor. A survey of literature and statistical study. *Am J Cancer* 1932;16:1358-414.
5. LACCOURREYE O, VEIVERS FD, HANS S, BRASNU FD, GARCIA D, LACCOURREYE L. Metachronous second primary cancers after successful partial laryngectomy for invasive squamous cell carcinoma of the true vocal cord. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 2002;111:204-9.
6. SPECTOR JG, SESSIONS DG, HAUGHEY BH, et al. Delayed regional metastases, distant metastases, and second primary malignancies in squamous cell carcinomas of the larynx and hypopharynx. *Laryngoscope* 2001;111:1079-87.
7. ERKAL HS, MENDENHALL WM, AMDUR RJ, VILLARET DB, STRINGER SP. Synchronous and metachronous squamous cell carcinomas of the head and neck mucosal sites. *J Clin Oncol* 2001;19: 1358-62.
8. MIYAGUCHI M, SAKAI S, MORI N, KITAOKU S. Multiple primary malignancies in patients with malignant tumours of the nasal cavities and paranasal sinus. *The journal of laryngology and otology* 1990;104:696-8.
9. MYERS LL, NUSSENBAUM B, BRADFORD CR, TEKNOS TN, ESCLAMADO RM, WOLF GT. Paranasal sinus malignancies: an 18-year single institution experience. *Laryngoscope* 2002;112:1964-9.
10. SCHWAAB G, MAMELLE G, ZBAREN P, et al. Les cancers du massif facial supérieur. *Ann Oto Laryng* 1988;105:173-8.
11. FORNELLI RA, FEDOK FG, WILSON EP, RODMAN SM. Squamous cell carcinoma of the anterior nasal cavity: a dual institution review. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2000;123:207-10.
12. LECLERC A, LUCE D, GERIN M, MARTINEZ M, et al. Antecedents et expositions professionnelles dans les cancers naso-sinusiens. *Actualité de carcinologie cervico-faciale* : « Les tumeurs du massif facial supérieur » ; Masson 1991:1-8.
13. LUC D, LECLERC A, BEGIN D, et al. Sinonasal cancer and occupational exposures: a pooled analysis of 12 case-control studies. *Cancer Causes Control* 2002;13:147-57.
14. BAILLET F, ROZEC C, DELANIAN S, et al. Résultat du traitement de 67 épithéliomas du massif facial avec un délai d'observation minimum supérieur à 5 ans. *Actualités de carcinologie cervico-faciale* : « Les tumeurs du massif facial supérieur » ; Masson 1991:194-8.