

# Prise en charge des cancers du cavum (rhinopharynx)

## Nasopharyngeal cancers, an overview

Pauline Jardel<sup>1</sup>, Juliette Thariat<sup>2,3,4</sup>, Pierre Blanchard<sup>5</sup>, Fatma Elloumi<sup>6</sup>, Nabil Toumi<sup>6</sup>, René-Jean Bensadoun<sup>1</sup>, Mounir Frikha<sup>6</sup>, Jamel Daoud<sup>6</sup>, Jean Bourhis<sup>7</sup>

<sup>1</sup> CHU de la Milétrie, Service d'oncologie radiothérapique, 2, rue de la Milétrie, 86000 Poitiers, France <jardelpauline@gmail.com>

<sup>2</sup> Centre Antoine-Lacassagne, Service d'oncologie radiothérapie, 33, avenue Valombrose, 06189 Nice, France

<sup>3</sup> Institut universitaire de la face et du cou, 33, avenue Valombrose, 06189 Nice, France

<sup>4</sup> Université Nice-Sophia Antipolis, 33, avenue Valombrose, 06189 Nice, France

<sup>5</sup> Institut Gustave-Roussy, Service d'oncologie radiothérapie, 94000 Villejuif, France

<sup>6</sup> CHU Habib Bourguiba, Service de cancérologie médicale, 3029 Sfax, Tunisie

<sup>7</sup> CHUV Centre hospitalier universitaire vaudois, Service de radio-oncologie, rue du Bugnon 21, 1011 Lausanne, Vaud, Suisse

Article reçu le 22 janvier 2014,  
accepté le 04 février 2014  
Tirés à part : P. Jardel

Pour citer cet article : Jardel P, Thariat J, Blanchard P, Elloumi F, Toumi N, Bensadoun RJ, Frikha M, Daoud J, Bourhis J. Prise en charge des cancers du cavum (rhinopharynx). *Bull Cancer* 2014 ; 101 : 445-54.  
doi : 10.1684/bdc.2014.1964.

**Résumé.** Les cancers du cavum ont une incidence d'environ 0,5 cas par an et par 100 000 habitants pour les hommes en France, mais sont endémiques dans des régions comme l'Asie du Sud-Est. La prise en charge thérapeutique par radiothérapie exclusive, qui a longtemps été le standard, permet d'obtenir des taux de contrôle local pour les stades T3-T4 de l'ordre de 50 à 75 % des cas. Les techniques d'irradiation en modulation d'intensité permettent une excellente couverture dosimétrique avec une meilleure protection des organes à risque et doivent être privilégiées. L'apport d'une chimiothérapie concomitante à l'IMRT améliore significativement les taux de survie globale qui sont supérieurs ou égaux à 75 % à cinq ans dans les stades avancés. Dans la pratique courante, une radiochimiothérapie concomitante à base de sels de platine est réalisée mais la place des cures néoadjuvantes et/ou adjuvantes est discutée dans le but principal de diminuer les rechutes à distance, des études sont en cours. Enfin, la surveillance doit être axée sur la détection précoce de rechutes locales potentiellement curables et sur la prise en charge des séquelles thérapeutiques à long terme. ▲

**Mots clés :** cavum, cancer du nasopharynx, radiothérapie, RCMi, chimiothérapie

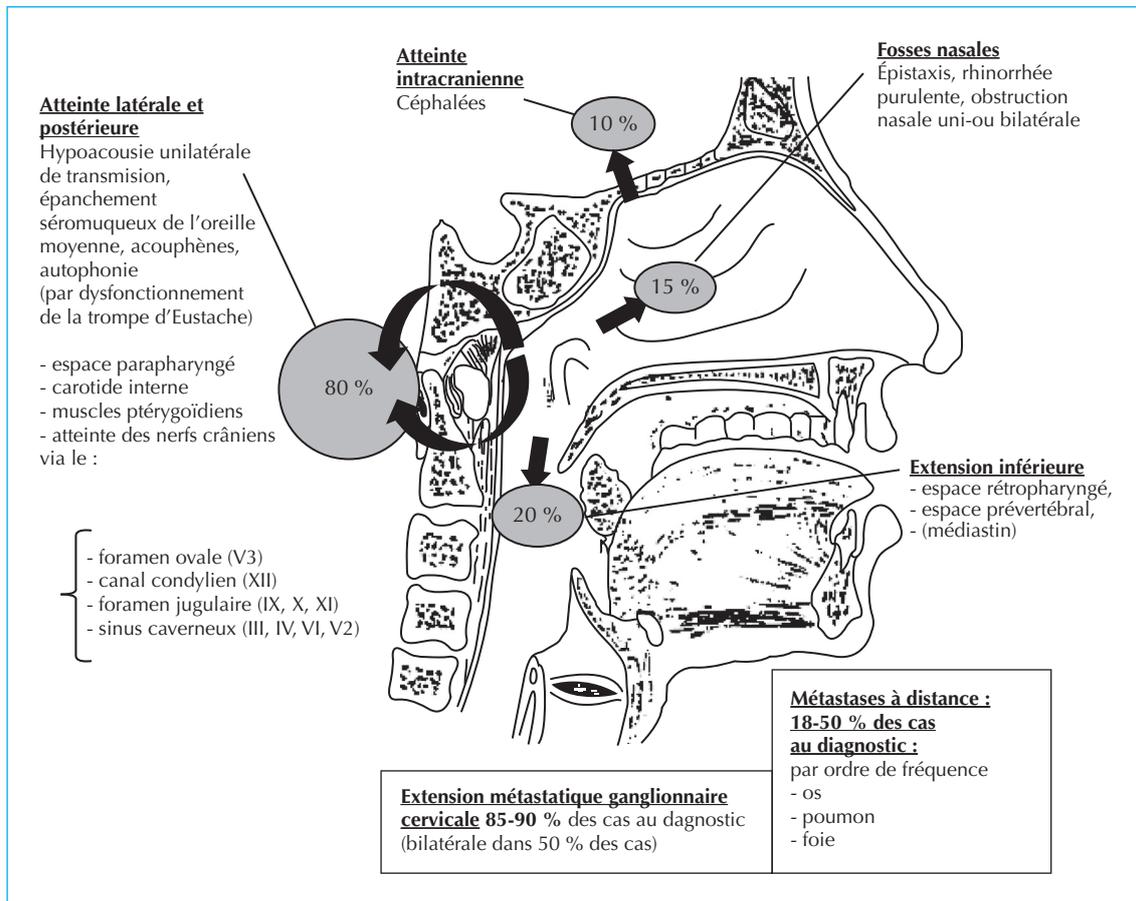
**Abstract.** Cancer of the nasopharynx is an uncommon malignancy in France (incidence=0.5/year/100,000 men) but is endemic in areas like in South-East Asia. Exclusive radiation therapy used to be the standard and results in local control rates for T3-T4 tumors around 50-75 %. Intensity-modulated radiotherapy (IMRT) improves tumor coverage with a sparing of organs at risk and has to be privileged. Concurrent chemotherapy with IMRT achieved significant survival benefit with 5-year overall survival above 75 %. Concurrent radiochemotherapy with platinum is the most frequent scheme but induction and adjuvant chemotherapies are discussed to reduce distant failure: studies are currently ongoing. Follow-up aims to detect early local failures with a chance of cure and to manage long-term toxicities. ▲

**Key words:** nasopharyngeal cancer, radiation therapy, IMRT, chemotherapy

## Introduction

Les carcinomes du nasopharynx ont une incidence de 0,5 par an et par 100 000 habitants pour les hommes et 0,2 par an et par 100 000 habitants chez les femmes dans les zones à bas risque (dont font partie l'Europe et l'Amérique du Nord) alors que cette incidence atteignait 17,4 cas par an et pour 100 000 habitants à Singapour dans une étude sur la période

1883-1997 [1]. Leur détection clinique intervient le plus souvent à un stade avancé (75-90 % des cas) en raison de la localisation anatomique profonde. L'extension vers la base du crâne est favorisée par l'existence de nombreux foramina et fissures interosseuses dans cette région anatomique (figure 1) et se révèle par une paralysie des nerfs crâniens dans 10 à 20 % des cas au diagnostic. Une extension métastatique ganglionnaire cervicale est fréquente au diagnostic :



**Figure 1.** Schéma anatomique de profil de la face et du cou résumant les voies d'extension des cancers du cavum.

homolatérale à la lésion dans 85-90 % des cas et bilatérale dans 50 % des cas [2]. Les lymphatiques drainant le rhinopharynx suivent trois principales voies : vers l'espace rétropharyngé (à proximité des nerfs crâniens IX à XII), vers les chaînes jugulo-digastriques et jugulaires profondes et enfin vers la chaîne spinale accessoire (autour du processus mastoïdien). Dans une étude rétrospective de 13 études regroupant 2 920 cas de cancers du cavum (stades non précisés), les aires cervicales les plus fréquemment atteintes (détection par IRM) étaient l'aire rétropharyngée et l'aire II dans près de 70 % des cas, suivies des aires III (45 %), V (27 %) et IV (11 %) [2]. Un syndrome paranéoplasique – le plus fréquemment une dermatomyosite, un syndrome de sécrétion inappropriée d'hormone antidiurétique ou un syndrome de Cushing – est associé dans 1 à 7 % des cancers du cavum [3].

Dans la classification histologique de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) étaient précédemment différenciés trois types de carcinomes nasopharyngés (I pour les carcinomes épidermoïdes kératinisants, II pour les carcinomes non kératinisants différenciés et III pour les carcinomes indifférenciés). La classification de 2005 regroupe les types I et III de la classification OMS et n'identifie donc que deux

groupes : les « carcinomes non kératinisants » (subdivisés en carcinomes différenciés non kératinisants et carcinomes indifférenciés dits UCNT) et les « carcinomes kératinisants ». Un troisième groupe a été ajouté, les « carcinomes épidermoïdes à cellules basaloïdes » [4]. Cette classification a un intérêt pronostique car le groupe des carcinomes indifférenciés a un meilleur taux de contrôle local et une propension plus grande aux métastases à distance. Ce groupe se distingue également sur le plan épidémiologique des autres groupes par son association constante avec une infection par le virus Epstein-Barr (EBV) (tableau 1). La classification TNM ne s'applique que pour les tumeurs épithéliales, et elle diffère de celle des autres tumeurs des voies aérodigestives supérieures. Les autres types histologiques malins sont beaucoup plus rares et comportent les adénocarcinomes papillaires, les carcinomes de type salivaires, les tumeurs hématologiques, les tumeurs des os et cartilages et les tumeurs secondaires du nasopharynx. Pour les UCNT, les trois zones d'endémie sont l'Asie du Sud-Est (Chine du sud), le Bassin méditerranéen, l'Alaska (peuple Inuit) avec 80 % des cancers du cavum recensés en Asie, et 5 % en Europe. Les UCNT représentent moins de deux tiers des cancers du cavum en Amérique du Nord et 95 % des cas en Chine [5].

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3978418>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3978418>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)