




Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
 EM|consulte
www.em-consulte.com



ARTICLE ORIGINAL

L'adénocarcinome de l'ethmoïde : étude rétrospective à propos de 42 cas[☆]

R. Breheret*, L. Laccourreye, C. Jeufroy, A. Bizon

Service d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie cervico-faciale, centre hospitalier et universitaire d'Angers, 20, rue de Savoie, 49100 Angers cedex 01, France

MOTS CLÉS

Adénocarcinome de l'ethmoïde ;
Cancer des cavités naso-sinusiennes ;
Chirurgie sinusienne ;
Reconstruction de la base du crâne

Résumé

But de l'étude. – Analyser de manière rétrospective les résultats carcinologiques et la morbidité de la chirurgie de l'adénocarcinome de l'ethmoïde et identifier les facteurs influençant la survie.

Population et méthode. – Entre 1990 et 2009, 42 patients ont été traités. Les données analysées étaient la symptomatologie, les données de l'imagerie, les données histologiques, le stade TNM, les traitements réalisés, la morbidité et la survie globale et sans récurrence des patients.

Résultats. – Quarante et un hommes et une femme ont été traités avec une moyenne d'âge au diagnostic de 61,5 ans. L'exposition au bois était retrouvée dans 85,7 % des cas. Vingt patients (47,6 %) présentaient un stade T4 lors du diagnostic. Trente-trois patients (78,5 %) ont été traités par chirurgie puis radiothérapie. Près de la moitié des patients opérés ont présenté une récurrence. La survie globale spécifique à cinq ans était de 44,2 % et la survie sans récurrence à cinq ans était de 46,4 %. Les facteurs de mauvais pronostic retrouvés étaient l'envahissement cérébro-méningé, l'envahissement orbitaire et la récurrence locale.

Conclusion. – Cette série retrouve les données épidémiologiques de l'adénocarcinome de l'ethmoïde décrites dans la littérature et confirme l'influence des facteurs de mauvais pronostic. La survie de ces patients dépend directement du contrôle local de ces tumeurs et semble être améliorée par une approche transfaciale unique.

© 2011 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Introduction

En France, l'incidence des cancers des sinus de la face est inférieure à 1/100 000 habitants par an [1] et 70 à 80 % des tumeurs malignes de l'ethmoïde sont des adénocarcinomes [2]. Les signes cliniques sont peu spécifiques de cette tumeur et n'apparaissent qu'à un stade avancé, expliquant la fréquence élevée des stades T3 et T4. Le traitement chirurgical, suivi d'une radiothérapie externe est aujourd'hui le traitement de choix. L'objectif de ce travail était d'évaluer

DOI de l'article original : [10.1016/j.anorl.2011.02.012](https://doi.org/10.1016/j.anorl.2011.02.012).

[☆] Ne pas utiliser pour citation la référence française de cet article mais celle de l'article original paru dans *European Annals of Otorhinolaryngology Head and Neck Diseases* en utilisant le DOI ci-dessus.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : renaud.breheret@free.fr (R. Breheret).

de manière rétrospective les résultats carcinologiques et la morbidité des différents traitements et voies d'abord chirurgicales réalisées. L'objectif secondaire était d'identifier les facteurs influençant la survie des patients.

Patients et méthodes

Cette étude rétrospective a consisté en la revue systématique des dossiers des patients atteints d'un adénocarcinome de l'ethmoïde, suivis et traités dans le service d'oto-rhino-laryngologie du CHU d'Angers, entre 1990 et 2009. Les patients présentant des tumeurs ethmoïdales n'étant pas des adénocarcinomes ou des adénocarcinomes des autres sinus paranasaux ont été exclus. Le recueil de données a concerné la symptomatologie des patients, les caractéristiques radiographiques des lésions (stade TNM selon la classification de l'UICC de 1997) et la prise en charge thérapeutique. La classification histologique de l'OMS [3] a été utilisée. L'évolution, l'existence d'une récurrence, ses caractéristiques et ses traitements ont été précisés.

Ces données ont été saisies et analysées avec le logiciel SPSS 13.0. Les comparaisons des données qualitatives ont été réalisées à l'aide du test du Chi². Le calcul des survies a été réalisé selon la méthode de Kaplan Meyer (fin d'étude : 01/03/2010). La comparaison de la survie entre deux groupes a été réalisée par le test du log Rank. La comparaison de la survie entre plus de deux groupes a été réalisée à l'aide de modèles de Cox. Le taux de survie globale non spécifique a pris en considération la date de décès des patients quelle qu'en soit la cause ou la date de dernière consultation. Le taux de survie globale spécifique ne considérait que les décès liés à la maladie. Les résultats ont été exprimés sous forme de *hazard ratio* (HR) avec un intervalle de confiance de 95%, soit un seuil de significativité asymptotique p correspondant de 5%.

Résultats

Population étudiée

La population étudiée comportait 42 patients dont une femme. L'âge médian au diagnostic était de 61,5 ans (de 35 à 81 ans). La médiane de suivi était de deux ans et cinq mois (de dix jours à 19 ans et dix mois).

La profession était précisée pour 41 patients. Parmi eux, 36 (85,7%) ont eu une exposition professionnelle aux poussières de bois, aucun au cuir. Lorsqu'elle était précisée, cette exposition était en moyenne de 30,4 ± 14 ans. Le délai moyen entre la fin de l'exposition et le diagnostic d'adénocarcinome de l'ethmoïde était de 10,9 ans. Les autres patients n'avaient pas d'exposition à un autre facteur de risque connu, en dehors d'un patient travaillant dans la métallurgie, sans que l'exposition au nickel ne soit précisée. Lors de la prise en charge initiale, le score ASA (American Society of Anesthesiologists, score prédictif de morbi-mortalité péri-opératoire) était de 1 pour 83% des patients, 2 pour 12% et 3 pour 5%.

Diagnostic

Lors du diagnostic initial, la symptomatologie des patients évoluait depuis 5,6 ± 4 mois en moyenne. Par ordre de fréquence, les symptômes initiaux étaient les épistaxis (71% des patients), l'obstruction nasale (64%), la rhinorrhée (33%) et l'anosmie (26%).

Un examen tomodensitométrique (TDM) et une imagerie par résonance magnétique (IRM) ont été réalisés chez tous les patients sauf un qui n'a eu qu'un scanner. On retrouvait 11,9% de T1 (5/42), 31% de T2 (13/42), 9,5% de T3 (4/42) et 47,6% de T4 (20/42). Aucun patient n'avait présenté d'envahissement ganglionnaire ou de localisation métastatique au stade diagnostique. Il n'a pas été retrouvé de corrélation entre l'envahissement tumoral (stade T) et la durée d'évolution des symptômes ($p=0,73$) ou la durée d'exposition au bois ($p=0,19$). Toutes les tumeurs étaient des adénocarcinomes de type intestinal (ITAC) dont 40,5% de type mucineux, 26% de type colique, 7,1% de type papillaire et 2,4% de type solide. Le sous-type histologique n'était pas précisé pour 24% des patients.

Traitements

Les voies d'abord chirurgicales utilisées étaient la voie mixte (sous-frontale et paralatéronasale), la voie paralatéronasale seule (PLN), la voie paralatéronasale élargie de Labayle modifiée par Vaneecloo [4,5] et la voie endoscopique nasale. Lors des interventions avec résection de la base du crâne, la reconstruction était réalisée selon deux techniques : aponévrose temporale et lambeau pédiculé à charnière inférieure de galea ou aponévrose musculaire des grands droits de l'abdomen et greffon graisseux abdominal.

Trente-cinq patients (83%) ont été opérés, dont 14 par voie paralatéronasale, 11 par voie paralatéronasale élargie dont sept avec résection de la base du crâne, huit par voie mixte, un par voie sous-frontale et un par voie endoscopique et sous-frontale. La durée moyenne de séjour était de 11,3 ± 10 jours. Le délai moyen entre le diagnostic et l'intervention chirurgicale était de 6,4 ± 3 semaines. Les complications postopératoires sont décrites dans le [Tableau 1](#). En dehors d'une méningite et d'une crise convulsive survenues au décours d'intervention par voie paralatéronasale, toutes les complications neurochirurgicales sont survenues lors de la réalisation de voies mixtes. En dehors d'un épisode convulsif, toutes les complications neurochirurgicales sont survenues après reconstruction de la base par lambeau de galea et aponévrose temporale. Aucune complication tardive n'a été relevée. Deux patients opérés par voie mixte n'ont pas eu de radiothérapie post-opératoire du fait de leur décès (l'un au dixième jour d'un coma lié à une hydrocéphalie et une ischémie fronto-temporale et l'autre à neuf semaines d'une altération de l'état général inexplicée). Une chimiothérapie néoadjuvante préopératoire avait été réalisée chez quatre des 35 patients opérés (association 5 fluoro-uracile–cisplatine par voie générale). Chez les 33 patients irradiés après chirurgie, le délai moyen entre l'intervention et l'irradiation était de 6,12 ± 2 semaines et la dose moyenne était de 60 Gy. Sept patients n'ont pas été opérés en raison de leur état général ou des extensions tumorales. Tous les patients

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4105304>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4105304>

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