



Disponible en ligne sur  
**SciVerse ScienceDirect**  
www.sciencedirect.com

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



ARTICLE ORIGINAL

# Esthésioneuroblastomes du massif facial : résultats cliniques<sup>☆</sup>

J. Michel<sup>a,\*</sup>, N. Fakhry<sup>a</sup>, L. Santini<sup>a</sup>, J. Mancini<sup>b</sup>, A. Giovanni<sup>a</sup>, P. Dessi<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Service d'ORL et chirurgie cervicofaciale, Assistance publique—Hôpitaux de Marseille, CHU La Timone, Aix Marseille université, 264, rue Saint-Pierre, 13385 Marseille cedex 5, France

<sup>b</sup> Service de gestion de l'information médicale, Assistance publique—Hôpitaux de Marseille, CHU La Timone, Aix Marseille université, 264, rue Saint-Pierre, 13385 Marseille cedex 5, France

## MOTS CLÉS

Cancer nasosinusal ;  
Sinus ;  
Survie globale ;  
Survie sans récurrence

**Résumé** Les esthésioneuroblastomes (ENB) sont des tumeurs rares, issues de l'épithélium olfactif. À partir de notre expérience et d'une analyse de la littérature, nous allons tenter de dégager des facteurs épidémiologiques, cliniques, histologiques et thérapeutiques influant sur la survie globale et la survie sans récurrence de notre série d'ENB.

**Patients et méthode.** — Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur 11 patients pris en charge dans notre institution pour un ENB des fosses nasales et des sinus entre 1978 et 2006. Les données recueillies ont fait l'objet d'analyses statistiques menées sur Logiciel R 2.0<sup>®</sup>. L'étude des survies globale et sans récurrence a été précisée par la méthode de Kaplan-Meier, la recherche de facteurs pronostiques par le test du Log-Rank.

**Résultats.** — Il s'agissait de trois femmes (27,2%) et de huit hommes (72,8%), soit un sex-ratio de 2,6. L'âge moyen au moment du diagnostic était de 56 ans (37 ans – 69 ans). Aucun facteur de risque n'a été pu être identifié dans notre cohorte. Le suivi moyen était de 110,2 mois (sept mois – 348 mois). Notre série comportait trois T1 (27,3%), un T2 (9,1%), quatre T3 (36,3%) et trois T4 (27,3%). Les taux de survie sans récurrence à un, cinq et dix ans étaient respectivement de 81,8%, 54,5% et 18,2%, les taux de survie globale de 100, 90 et 60%. Les principaux facteurs pronostiques retrouvés dans la littérature sont le stade tumoral au moment du diagnostic, la radiothérapie postopératoire et la dose de radiothérapie.

**Conclusion.** — Les ENB se caractérisent par la fréquence des récurrences qui peuvent survenir jusqu'à très longtemps après le diagnostic. Cette notion impose un suivi prolongé des patients. Les taux de survie globale sont de l'ordre de 90 et 60% respectivement à cinq et dix ans.

© 2012 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

DOI de l'article original : <http://dx.doi.org/10.1016/j.anorl.2011.10.007>.

<sup>☆</sup> 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 : [justin.michel@ap-hm.fr](mailto:justin.michel@ap-hm.fr) (J. Michel).

## Introduction

Les esthésioneuroblastomes (ENB) ont été initialement décrits en 1924. Issus de l'épithélium olfactif, ils prennent le plus souvent naissance dans la fente olfactive [1,2]. Ces tumeurs sont rares. Les séries publiées sont, pour la plupart, le fait d'études rétrospectives portant sur de petits effectifs. Quelques études multicentriques internationales ont été publiées. Elles permettent d'étudier un nombre plus important de cas et de dégager des facteurs pronostiques [3]. Dans une méta-analyse de tous les cas publiés depuis leur découverte jusqu'en 1997, Broich et al. en rapportent 945 [2].

À partir de notre expérience et d'une analyse de la littérature, nous allons tenter de dégager des facteurs épidémiologiques, cliniques, histologiques et thérapeutiques influant sur la survie globale et la survie sans récurrence de notre série d'ENB.

## Patients et méthode

Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur 11 patients pris en charge dans notre institution pour un ENB des fosses nasales et des sinus entre 1978 et 2006.

Les données épidémiologiques, cliniques et paracliniques, l'histologie, les modalités thérapeutiques et l'évolution des patients ont été étudiées. Afin de rendre la série homogène, la classification TNM de Dulguerov, reprise dans le **Tableau 1**, a été appliquée à tous les patients soit de manière rétrospective (patients pris en charge avant 1992), soit de manière prospective (patients pris en charge après 1992) [4].

La base de donnée a été créée sur logiciel FileMaker Pro® (version 5 ; Microsoft Corp. Ltd, Redmond, États-Unis). L'étude statistique des survies globale et sans récurrence a été réalisée selon la méthode de Kaplan-Meier. La valeur pronostique sur la survie globale et sans récurrence des éléments suivants a été recherchée par une analyse monovariée (test du Log-Rank) : âge, sexe, statut T, extension tumorale (atteinte de structures clés telles que le sphénoïde, le sinus frontal, l'orbite, le globe oculaire, l'étage antérieur de la base du crâne, le sinus caverneux, le parenchyme cérébral), grade histologique, réalisation d'un geste chirurgical et réalisation d'une radiothérapie postopératoire. Pour tous les

tests, une valeur du degré de signification  $p$  inférieure à 0,05 était considérée comme statistiquement significative. Toutes les analyses statistiques ont été menées à l'aide du logiciel R2.0®.

## Résultats

### Données épidémiologiques

Il s'agissait de trois femmes (27,2%) et de huit hommes (72,8%), soit un sex-ratio de 2,6. L'âge moyen au moment du diagnostic était de 56 ans (37 ans – 69 ans). La tumeur était latéralisée à droite dans quatre cas (36,4%), à gauche dans trois cas (27,2%). L'atteinte était bilatérale dans quatre cas (36,4%). Aucun facteur de risque d'exposition professionnelle (tanin du cuir, poussières de bois, exposition au nickel) n'a été identifié. La médiane de suivi était de 102 mois (sept mois – 348 mois).

### Clinique

Les symptômes initiaux étaient unilatéraux dans 90,9% des cas. Les plus fréquents étaient l'obstruction nasale (70%) et les épistaxis (30%). Les autres signes d'appel étaient la douleur (20%), une diplopie ou une exophtalmie (20%), des signes neurologiques (20%) et cutanés (10%).

### Localisation, extension et classification TNM

Le bilan initial comprenait pour tous les patients pris en charge après 1991 ( $n=10$ ) : un scanner du massif facial avec injection de produit de contraste iodé dans le cadre du bilan d'extension locale, un scanner cervicothoracique injecté dans le cadre du bilan d'extension régionale et à distance. Une IRM du massif facial a complété ce bilan chez huit patients (80%). L'analyse de l'imagerie a permis d'étudier les localisations tumorales, leurs modes d'extension et d'établir leurs stades. Le bilan initial du patient diagnostiqué, en 1976, n'était pas disponible.

Dans tous les cas, les tumeurs étaient développées aux dépens de la fente olfactive. Il existait une atteinte strictement limitée à une fosse nasale dans deux cas (18,2%), étendue au sphénoïde dans un cas (9,1%), au sinus frontal dans un cas (9,1%), à l'orbite dans deux cas (18,2%), au globe oculaire dans un cas (9,1%), à l'étage antérieur de la base du crâne dans trois cas (27,3%), au sinus caverneux dans un cas (9,1%) et au parenchyme cérébral dans trois cas (27,3%).

Notre série comportait trois T1 (27,3%), un T2 (9,1%), quatre T3 (36,3%) et trois T4 (27,3%). Une patiente (9,1%) s'est présentée avec un statut ganglionnaire positif d'emblée, classée T4N2c (adénopathies rétropharyngées, spinales et jugulocarotidiennes bilatérales). Il n'existait aucun patient métastatique au moment du diagnostic.

La patiente, qui présentait un envahissement ganglionnaire lors du diagnostic initial et dont la tumeur était de haut grade de malignité, était vivante non contrôlée lors du recueil de données, soit 68 mois après le diagnostic.

**Tableau 1** Classification TNM de Dulguerov.

#### Classification de Dulguerov [1992]

T1 : cavité nasale excluant le sphénoïde
T2 : cavité nasale étendue au sphénoïde
T3 : extension à l'orbite et à l'étage antérieur
T4 : extension au cerveau
N0 : absence de métastase ganglionnaire cervicale
N1 : présence de métastase ganglionnaire cervicale
M0 : absence de métastase à distance
M1 : présence de métastase à distance

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4105475>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4105475>

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