RÉPUBLIQUE DU BENIN

******

MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIOUE

******

UNIVERSITÉ D'ABOMEY-CALAVI

******

FACULTÉ DES SCIENCES DE LA SANTÉ

******

UNITÉ DE FORMATION ET DE RECHERCHE EN MÉDECINE

ANNÉE : 2023 **N° 2657**

PANORAMA DES CANCERS ORL À LA CLINIQUE UNIVERSITAIRE D'ORL-CCF DU CNHU-HKM AU BÉNIN DE 2010 À 2020 : ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUE, DIAGNOSTIQUE, THÉRAPEUTIQUE ET ÉVOLUTIF

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE - DIPLOME D'ETAT

Par :

Amè Armel GNAGBOLOU

Né le 17 Juillet 1999 à Cotonou (République du Bénin)

Directrice de thèse

MCA Sonia LAWSON AFOUDA

Président du jury

Professeur Wassi ADJIBABI

Membres du jury

MCA Freddy GNANGNON
MCA Falilatou SEIDOU

***Année académique** : 2022-2023*

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT

[1]

REPUBLIQUE DU BENIN
*****
MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI

FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE
****

N°1965 /2023/UAC/FSS/VD-Ecoles/VD-UFR Pharma/VD UFR Méd/SGE/OSRH/SA

UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

Université d'Abomey - Calavi LE DOYEN FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT

DOYEN : Professeur AVAKOUDJO Josué Dejinnin Georges

VICE-DOYEN U.F.R Médecine : Maître de Conférences Agrégé VODOUHE Ulrich Bidossèssi

VICE-DOYEN U.F.R Pharmacie : Maître de Conférences Agrégé GANFON Medessou Yowel Habib

VICE-DOYENNE /ECOLES : Professeur AZON KOUANOU Angèle

Année : 2023-2024 (version octobre 2023)

[2]

PROFESSEURS TITULAIRES

1.	Dr ADJIBABI Wassi	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
2.	Dr MEHINTO Delphin Kuassi	Chirurgie Viscérale
3.	Dr LALEYE Anatole O. A	Histologie-Embryologie-Cytogénétique
4.	Dr AMOUSSOU-GUENOU Marcellin Kuassi	Biophysique, Médecine Nucléaire
5.	Dr FIOGBE Michel Armand	Chirurgie Pédiatrique
6.	Dr HANS-MOEVI Aristote	Orthopédie -Traumatologie
7.	Dr KPADONOU Toussaint Godonou	Médecine Physique et de Réadaptation
8.	Dr ODOULAMI-YEHOUESSI Lisette	Ophtalmologie
9.	Dr ZOUMENOU Eugène	Anesthésie-Réanimation
10.	Dr DENAKPO Justin Lewis	Gynécologie Obstétrique
11.	Dr DOSSOU Francis Moïse	Chirurgie Générale
12.	Dr ADEGBIDI Hugues Daniel Gbadébo	Dermatologie Vénérologie
13.	Dr AFFOLABI Dissou	Bactériologie-Virologie
14.	Dr ALAO Modjere Ola Maroufou Jules	Pédiatrie et Génétique Médicale
15.	Dr ATADOKPEDE Agbomènou Félix	Dermatologie- Vénérologie
16.	Dr AWEDE Bonaventure Lucien Sévérin	Physiologie
17.	Dr FIOSSI KPADONOU Emilie	Pédopsychiatrie
18.	Dr TONATO BAGNAN Josiane Angéline A	Gynécologie-Obstétrique
19.	Dr ADJIEN Kodjo Constant	Neurologie
20.	Dr OGOUYEMI HOUNTO Aurore Bertille	Parasitologie
21.	Dr SEHONOU Jean	Hépato-Gastro-Entérologie
22.	Dr AGODOKPESSI Gildas	Pneumo-Phtisiologie
23.	Dr ALAMOU Soulé	Ophtalmologie
24.	Dr ALLABI Aurel Constant Eustache	Pharmacologie Clinique
25.	Dr AVAKOUDJO Josué D. Georges	Urologie-Andrologie
26.	Dr AYELO Ahounmènou Paul	Médecine du Travail
27.	Dr GNONLONFOUN Dieu donné	Neurologie
28.	Dr HOUNKPATIN Benjamin I. Bodounrin	Gynécologie Obstétrique
29.	Dr TSHABU AGUEMON Christiane	Gynécologie Obstétrique
30.	Dr ZOMALHETO Zavier Cossi	Rhumatologie
31.	Dr YEKPE AHOUANSOU Hermione Patricia Frida	Imagerie Médicale
32.	Dr AGUEMON Badirou Din	Santé Publique
33.	Dr ALAGNIDE Hountondji Etienne	Médecine Physique et de Réadaptation
34.	Dr AZON KOUANOU Angèle	Médecine Interne

Université d'Abomey-Calavi
LE DOYEN
INVENTE DES SCIENCES DE LA SANTÉ

[3]

35. Dr GBESSI Dansou Gaspard	Chirurgie Générale
36. Dr HINSON Vikkey Antoine	Médecine du Travail
37. Dr HOUNKPE Pierre Claver	Anesthésie-Réanimation
38. Dr LALYA Francis Honorat	Pédiatrie et Génétique Médicale
39. Dr VIGAN Jacques	Néphrologie
40. Dr CODJO Houétondji Léopold	Cardiologie
41. Dr YEMOA Loconon Y. Achille.	Chimie Analytique-Bromatologie

MAÎTRES DE CONFERENCES AGREGES

1. Dr AVAKOUDJO François	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
2. Dr LAWSON AFOUDA Sonia	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
3. Dr SISSINTO SAVI DE TOVE Yolande	Parasitologie-Mycologie
4. Dr AGBODANDE Kouessi Anthelme	Médecine Interne
5. Dr ALIHONOU Thierry	Neurochirurgie
6. Dr BAGNAN TOSSA Léhila	Pédiatrie et Génétique Médicale
7. Dr GANFON M. Yowel Habib	Pharmacognosie
8. Dr KEREKOU Annelie Célestine.	Endocrinologie
9. Dr VODOUHE Ulrich B.	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
10. Dr WANVOEGBE Armand	Médecine Interne
11. Dr ABOUBACAR Moufalilou	Gynécologie-Obstétrique
12. Dr ABOUKI Chakiratou Olaïdé Adoukê	Ophtalmologie
13. Dr ADJADOHOUN Sonia B.M. Gwladys	Radiologie, Radiodiagnostic et Imagerie médicale
14. Dr AKODJENOU Joseph	Anesthésie Réanimation
15. Dr AKPADJAN Gbèmawonmédè Fabrice	Dermatologie-Vénérologie
16. Dr ALIHONOU Florence Nathalie Yacoba	Pédiatrie et Génétique Médicale
17. Dr ANAGONOU LARY Lucrèce	Pédopsychiatrie
18. Dr ATTOLOU Sètondji Roger Gilles	Chirurgie Générale
19. Dr AZONBAKIN Azandégbé Simon	Histologie-Embryologie-Cytogénétique
20. Dr BIGOT Cédric Egnonwa Parfait	Médecine Légale
21. Dr BOGNON Gilles Modeste Alain	Pédiatrie et Génétique Médicale
22. Dr CHIGBLO Sègla Pascal Eric	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
23. Dr DEGBOE Kaï Bérénice Esthelle	Dermatologie-Vénérologie
24. Dr GNANGNON Freddy Houehanou Rodrigue	Cancérologie Chirurgicale
25. Dr HODONOU Dètondji Fred Jean-Martin	Urologie-Andrologie
26. Dr IMOROU SOUAÏBOU Yacoubou	Chirurgie Général
27. Dr KLIKPO Tchédié Etdéchié Elvire	Psychiatrie Adulte

Université d'Abomey-Calavi
LE DOYEN
FACULTÉ DES SCIENCES DE LA SANTÉ

[4]

28. Dr KPOSSOU Aboudou Raïmi	Gastroentérologie et Hépathologie
29. Dr LAWANI Ismaïl	Chirurgie Viscérale
30. Dr MIKPONHOUE OLOU Rose Christelle	Médecine du Travail
31. Dr OGOUDJOBI Ogourindé Mathieu	Gynécologie-Obstétrique
32. Dr PADONOU Abiodun Adébola Djossè	Traumatologie-Orthopédie
33. Dr PADONOU Caroline Sourou Clémence	Pédiatrie et Génétique Médicale
34. Dr PADONOU Sètondji Géraud Roméo	Santé Publique
35. Dr SEIDOU Falilatou	Anatomie et Cytologie Pathologique
36. Dr SONOU Djidjoho Joël Arnaud	Cardiologie
37. Dr TOGNIFODE Medesse Véronique	Gynécologie-Obstétrique
38. Dr WACHINOU Ablo Prudence	Pneumo-Phtisiologie
39. Dr YEVI Dodji Magloire Inès	Urologie Andrologie
40. Dr ZOHOUN GUIDIGBI Lutécia Myria A	Pédiatrie et Génétique Médicale

MAITRES ASSISTANTS



1. Dr GANDAHO Hugues Jean-Thierry	Neurochirurgie
2. Dr AGBOTON Bruno Léopold	Néphrologie
3. Dr ADJAGBA Mahouna Philippe Dotou	Cardiologie
4. Dr AMOSSOU Labissi François	Traumatologie-Orthopédie
5. Dr BADOU Agnès Oladun Sylvie	Sociologie et Anthropologie sociale
6. Dr GNINKOUN Comlan Jules	Endocrinologie Métabolisme et Nutrition
7. Dr LOKOSSOU Mègnissè S. Houévi Symphorose	Gynécologie-Obstétrique
8. Dr TOKOUDAGBA Kossi Jean-Marie Dénis	Chimie Organique et Chimie des Substances Naturelles
9. Dr ADJOBIMEY Mênonli	Santé au Travail
10. Dr BANCOLE POGNON Sylvie Arlette A	Chirurgie Buccale
11. Dr ZOHOUN Comlan Gildas Alban	Hématologie
12. Dr AHOUNOU Ernest Stéphane	Anesthésie-Réanimation
13. Dr AÏGBE Nestor	Ophtalmologie
14. Dr DANGBEMEY Djima Patrice	Gynécologie-Odstrétique
15. Dr DO SANTOS ZOUNON Alexis	OTO-Rhino Laryngologie et Chirurgie Cervico-Faciale
16. Dr HOUNKPONOU AMOUSSOU-GUENOU Eliane Kayivi Murielle	Cardiologie
17. Dr LALEYE Christel Marie Fortunat Olatumbossum B.I.	Anatomie
18. Dr MIZEHOUN Gbèdécon Carmelle	Nutrition
19. Dr AGBOKPONTO Janvier Engelbert	Chimie Analytique

OCTOBRE 2023

[5]

20. Dr ASSANHOU Assogba Gabin	Pharmacie Galénique
21. Dr AZA-GNANDJI Guy-Gérard	Psychiatrie
22. Dr BAGLO Dédé Priscillia Tatiana	Hématologie Biologie
23. Dr GOUKODADJA Oswald	Traumatologie Orthopédie
24. Dr SOSSA Jean	Urologie
25. Dr HOUNDETOUNGAN David Gilles	Biophysique
26. Dr VIGNON Koffi Rodolphe	Hépato-Gastroentérologie

ASSISTANTS

1. Dr LANKPEKO AFFOLABI Clémence M.	Pédiatrie et Génétique Médicale
2. Dr YAKOUBOU YOBO Annatou	Pédiatrie et Génétique Médicale
3. Dr AMONLES Yves D.	Psychiatrie
4. Dr HOUESSOU ENIANLOKO TCHIAKPE Nicole Zinhoué	Pédiatrie
5. Dr DADJO Kinski Aumar	Traumatologie Orthopédie

ASSISTANTS EN POSITION PROBATOIRE

1. Dr HOUEZE Richard Ghislain Constantin	Neurologie
2. Dr CHABI Yossounon	Pharmacie hospitalière
3. Dr DANSOU Eugénie	Médecine interne
4. Dr DJOSSOU Hontongnon Julien	Rhumatologie
5. Dr AYI MEGNANGLO Codjo Austher	Radiologie et Imagerie médicale
6. Dr DAHOUE Togbédji Richard	Orthopédie Dento-Faciale
7. Dr HOUNSOU Nounagnon René	Chirurgie générale
8. Dr KOGUI DOURO Akim	Urologie-Andrologie

ASSISTANTS DE RECHERCHE DE RANG DOCTORAL

1. Dr TOHON Gbèdolo Honesty	Toxicologie et Analyse du risque

OCTOBRE 2023

Le Doyen,

Université d'Abomey-Calavi LE DOYEN FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

Professeur Josué Dejinnin Georges AVAKOUDJO

ACTION DE GRÂCE

Action de grâce, louanges à Dieu Tout-Puissant pour m'avoir donné la santé, la détermination, la force ainsi que les conditions nécessaires pour atteindre la fin de ce long cursus universitaire.

'' Je te célébrerai, car j'ai été fait d'une étrange et merveilleuse manière ; tes œuvres sont admirables, et mon âme le reconnait bien. ''

Psaume 139:14

Merci Seigneur pour ta grâce.

DÉDICACE

À mon père, GNAGBOLOU Yao Jules,

Père silencieux, patient**,** intègre, avec un sens énorme du travail bien fait.

Vous avez su m'inculquer bon nombre de valeurs, valeurs indispensables qui font de moi qui je suis aujourd'hui.

Je ne vous dédie pas seulement ce travail, mais également tout mon cursus ainsi que l'homme que je suis devenu.

Même si ce n'est souvent pas facile avec vous, vous avez toujours été pour moi un repère. Un repère que nul ne peut prétendre égaler.

Je vous félicite encore une fois pour la prouesse que vous avez dernièrement accomplie, la preuve que malgré le poids de l'âge avec de la détermination et de la volonté tout est à portée de main.

Je prie Dieu de vous accorder une robuste santé ainsi qu'une longue vie, afin que vous puissiez voir et jouir des fruits de vos sacrifices et investissements.

REMERCIEMENTS

- **À ma chère et tendre mère LOUMON Ayoko ;**

Mère expressive, patiente, et conciliante. Vous m'avez soutenu tout le long de mon cursus, et de mon existence. Vous avez toujours été présente pour mes frères et moi. Pour tous vos sacrifices consentis pour mes frères et moi, je tiens à vous exprimer ma profonde gratitude et ma reconnaissance éternelle. Je vous rendrai fière. Puisse Dieu vous accorder une robuste santé ainsi qu'une longue vie, afin que vous puissiez voir les fruits de votre sacrifice et de votre investissement germer, et que vous puissiez en jouir.

- **À mes frères, Maurice et Gilles GNAGBOLOU ;**

Deux jeunes frères singuliers et assez particuliers. Votre existence seule suffit à me donner la force d'avancer. Nos discussions et parties de jeux vidéo sont parfois une forme de thérapie pour moi, en particulier les parties de jeux vidéo. Puisse Dieu vous protéger.

- **À ma tante LOUMON Ayélé et son époux HOUESSOU Nicolas ;**

Une tante et un oncle uniquement du point de vu de l'arbre généalogique. Vous avez toujours été présents pour mes frères et moi, vous êtes bien plus qu'une tante et un oncle pour nous. Pour moi, vous êtes nos deuxièmes parents. Je vous exprime ma profonde gratitude pour tout ce que vous avez fait et que vous continuez de faire pour nous. Puisse Dieu vous protéger et vous donner une santé robuste.

- **À mon oncle David GUEZO ;**

Un oncle, un enseignant, puis un ami. Malgré tes différentes occupations, tu as toujours su te libérer pour m'enseigner la physique et les mathématiques pendant mes années de collège et de lycée. Je te remercie pour tout. Puisse Dieu te protéger toi et ta famille.

- **À mes tantes Audrey, Pauline, et tous les LOUMON ;**

Malgré la distance qui nous sépare, vous m'aviez toujours soutenu et de maintes manières. Je vous remercie infiniment. Puisse Dieu vous protéger.

- **À mes cousins et grand frères Folly, Shalom et Gloria HOUESSOU ;**

Des cousins que j'ai toujours vus comme des frères ainés. Malgré les milliers de kilomètres qui nous séparent aujourd'hui, vous avez toujours été là. Mes remerciements pour tout. Puisse Dieu vous protéger et nous unir davantage.

- **À mon cousin Gérald GUEZO ;**

Un cousin, grand frère et ami. L'un des premiers à m'appeler Docteur. Je te remercie pour m'avoir soutenu toutes ces années. Puisse Dieu te protéger et bénir tes projets.

- **À tous mes cousins et cousines ;**

Je vous remercie tous pour vos encouragements et prières. Puisse Dieu vous protéger.

- **À mes compagnons de tous les jours, mes frères Rosaless OTCHOUMARE, Oswald KOUTANGNI, Giovanni ZEHE, Ores TOSSOU ;**

Une fraternité qui s'est construite à la faculté, plus précisément aux espaces de travail. Mes frères d'armes, ensemble nous avons traversé énormément d'épreuves. Unis, nous avons lutté. Unis, nous demeurons et demeurerons. Puisse Dieu nous protéger, bénir nos projets.

- **À mes amis, Ariane ATTIYE, Baké IMOROU, Merveille BESSANH, Patrick TOKOUETE, Steve KAHOUI, Cornélus AHISSOU, Charbel GBAGUIDI, Arnaud KOUEVI, Jorgio de SOUZA, Jimmy ASSIONGBON, Harris MATHYS, Ducasse GBESSEMEHLAN, Valentin ASSOGBA, Fiacre HOUNGNI, Emmanuel ZANFONHOUEDE, Serges KPADE, Gilles ZOUNTCHEGBE, Francine NOUATIN, Georges TONOUKOIN ;**

Vous connaitre et vous côtoyer a rendu l'expérience beaucoup plus agréable. Je vous remercie pour tout. Puisse Dieu vous protéger, bénir vos projets.

- **À Arielle BARAGOU ;**

Pendant toute la réalisation de ce travail, tu m'as particulièrement soutenu, encouragé et motivé. Je t'en remercie infiniment. Que Dieu te bénisse et te protège.

- **À mes aînés et amis, Emmanuel GBESSI, Mystère DJENONTIN, Davy FANOU TOSSE ;**

Merci pour les séances de travail en fin de journée, les conseils, les différents récapitulatifs que vous m'aviez faits en chaque début d'année, cela m'a grandement aidé. Que Dieu vous bénisse et vous protège.

- **À mon groupe de stage interné ;**

Je ne pouvais rêver d'un meilleur groupe de stage que celui qu'on a formé ensemble, faire mon internat à vos côtés était un réel plaisir. Vous êtes les meilleurs. Puisse Dieu vous protéger et bénir vos projets.

- **À mes collègues de la 45ème promotion de médecins de la Faculté des Sciences de la Santé (FSS) de Cotonou ;**

Brillante carrière à nous. Que Dieu vous protège et qu'il bénisse vos projets.

- **Au personnel du service d'ORL-CCF ;**

Merci pour votre accueil et votre collaboration. Soyez bénis.

- **Au personnel des archives du CNHU-HKM principalement Mr AHOGA ;**

Je vous exprime ma gratitude pour la promptitude et la disponibilité. Soyez comblés.

- **À tous ceux qui ont participé de près ou de loin à la réalisation de ce travail ;**

Je vous porte dans mon cœur. Soyez bénis.

- **À tous ceux que j'ai rencontrés à un moment de mon cursus et qui, parfois sans me connaître, m'ont donné du courage ;**

Je vous remercie du fond du cœur. Que Dieu vous bénisse abondamment.

HOMMAGES

- **À notre Maître et Directrice de thèse, Dr Sonia LAWSON AFOUDA, Maître de Conférences Agrégé en ORL-CCF,**

Chère Maître, vous avez consenti avec bienveillance nous aider dans l'élaboration de ce travail en dépit de vos multiples occupations. Nous tenons à vous exprimer notre profonde gratitude, pour votre incroyable dévouement, votre sens inégalé du détail, et votre disponibilité sans faille tout au long de ce travail. Votre précision et votre souci du moindre détail ont été pour nous une source d'inspiration constante. Nous sommes reconnaissants d'avoir eu la chance de travailler sous votre direction. Nous vous exprimons notre profonde gratitude pour nous avoir aidés à atteindre cette étape importante de notre vie. Veuillez trouver ici l'expression de notre profond respect et de notre grande reconnaissance. Que Dieu vous protège et qu'il bénisse vos projets.

Hommages respectueux !

- **À notre Président de Jury,**

Cher Maître, c'est avec une immense reconnaissance que nous accueillons votre acceptation de présider le jury de notre thèse malgré votre charge de travail considérable. Qu'il nous soit permis de vous exprimer ici notre profond respect. Nous tiendrons grand compte de vos remarques et observations pour l'amélioration de ce travail. Veuillez recevoir ici, Cher Maître, l'expression de nos considérations les plus distinguées. Que Dieu vous accorde santé et longévité.

Hommages respectueux !

- **Aux honorables Membres du Jury,**

Chers Maîtres, nous vous sommes extrêmement reconnaissants de l'honneur que vous nous accordez en acceptant d'évaluer notre travail. Vous avoir dans ce jury est un privilège pour nous. Nous sommes certains que vos critiques et observations nous permettront de parfaire ce modeste travail. Veuillez accepter, Chers Maîtres, ce travail avec toute notre estime.

Hommages respectueux !

- **À nos Maîtres de la Faculté des Sciences de la Santé de Cotonou,**

Sans la formation reçue de vous, nous ne serions pas à cette étape de notre vie. Nous vous exprimons notre gratitude pour les multiples enseignements reçus et les sacrifices consentis au quotidien pour mieux nous transmettre l'art médical.

Hommages respectueux !

LISTE DES SIGLES, ACRONYMES ET ABRÉVIATIONS

5-FU	**:**	5-Fluorouracile
ADN	**:**	Acide désoxyribonucléique
APBG	**:**	Adénocarcinome polymorphe de bas grade
ATCD	**:**	Antécédents
C2	**:**	2^{e} vertèbre cervicale ou 2^{e} nerf cervical
C3	**:**	3^{e} vertèbre cervicale ou 3^{e} nerf cervical
C4	**:**	4^{e} vertèbre cervicale ou 4^{e} nerf cervical
C5	**:**	5^{e} vertèbre cervicale ou 5^{e} nerf cervical
C6	**:**	6^{e} vertèbre cervicale ou 6^{e} nerf cervical
C7	**:**	7^{e} vertèbre cervicale ou 7^{e} nerf cervical
C8	**:**	8^{e} nerf cervical
CCF	**:**	Chirurgie cervico-faciale
CIRC	**:**	Centre International de Recherche sur le Cancer
cm	**:**	centimètre
CMF	**:**	Chirurgie maxillo-faciale
CNHU	**:**	Centre National Hospitalier Universitaire
Cr	**:**	Crânial
d	**:**	droit
do	**:**	dorsal
EBV	**:**	Epstein-Barr Virus
FOGD	**:**	Fibroscopie œso-gastro-duodénale
FSS	**:**	Faculté des Sciences de la Santé
g	**:**	gauche
GLOBOCAN	**:**	Global Cancer Observatory
VHB	**:**	Virus de l'hépatite B

HKM	**:**	Hubert KOUTOUKOU-MAGA
HPV	**:**	Human PapillomaVirus
HTA	**:**	Hypertension artérielle
<	**:**	Inférieur
≤	**:**	Inférieur ou égal
IC	**:**	Intervalle de confiance
INHANCE	**:**	International Head And Neck Cancer Epidemiology consortium
INMeS	**:**	Institut National Médico-Sanitaire
IRM	**:**	Imagerie à résonance magnétique
j	**:**	jour
LMH	**:**	Lymphome malin hodgkinien
LMNH	**:**	Lymphome malin non hodgkinien
MAE	**:**	Méat acoustique externe
méd	**:**	médial
mm	**:**	millimètre
n	**:**	nombre d'échantillon
NCV1	**:**	Branches du nerf ophtalmique
NCV2	**:**	Branches du nerf maxillaire
NCV3	**:**	Branches du nerf mandibulaire
OMS	**:**	Organisation Mondiale de la Santé
OR	**:**	Odd ratio
ORL	**:**	Oto-rhino-laryngologie
/	**:**	par
±	**:**	plus ou moins
post	**:**	Postérieur

%	**:**	Pourcentage
RCP	**:**	Réunion de concertation pluridisciplinaire
RGO	**:**	Reflux gastro-œsophagien
RMS	**:**	Rhabdomyosarcome
≥	**:**	Supérieur ou égal
T5	**:**	5^{e} vertèbre thoracique ou 5^{e} nerf thoracique
TEP	**:**	Tomographie par émission de positon
TNM	**:**	Tumor Node Metastasis
UCNT	**:**	Undifferenciated carcinoma of nasopharyngeal type
UGD	**:**	Ulcère gastro-duodénal
UNB	**:**	Université Nationale du Bénin
UV	**:**	Ultraviolet
Nerf V3	**:**	Nerf mandibulaire
VADS	**:**	Voies aérodigestives supérieures
VIH	**:**	Virus de l'Immunodéficience Humaine
Nerf VII	**:**	Nerf facial
Nerf XI	**:**	Nerf accessoire

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Répartition des patients atteints de cancers ORL selon leur occupation socioprofessionnelle à la clinique universitaire d'ORL-CCF/CNHU-HKM de 2010 à 2020

Tableau II : Répartition des patients atteints de cancers ORL selon leur milieu de résidence à la clinique universitaire d'ORL-CCF/CNHU-HKM de 2010 à 2020

Tableau III : Répartition des patients atteints de cancers ORL selon les antécédents à la clinique universitaire d'ORL-CCF/CNHU-HKM de 2010 à 2020

Tableau IV : Répartition des patients atteints de cancers ORL selon le mode de vie à la clinique universitaire d'ORL-CCF/CNHU-HKM de 2010 à 2020

Tableau V : Répartition des patients atteints de cancers ORL selon le délai de consultation à la clinique universitaire d'ORL-CCF/CNHU-HKM de 2010 à 2020

Tableau VI : Répartition des patients atteints de cancers ORL selon la symptomatologie otologique à la clinique universitaire d'ORL-CCF/CNHU-HKM de 2010 à 2020

Tableau VII : Caractéristiques détaillées des tuméfactions des patients atteints de cancers ORL objectivées à la clinique universitaire d'ORL-CCF/CNHU-HKM de 2010 à 2020

Tableau VIII : Récapitulatif des examens d'imageries réalisés par les patients atteints de cancers ORL à la clinique universitaire d'ORL-CCF/CNHU-HKM de 2010 à 2020

Tableau IX : Récapitulatif des localisations des tumeurs primitives des patients atteints de cancers ORL à la clinique universitaire d'ORL-CCF/CNHU-HKM de 2010 à 2020

Tableau X : Répartition des patients atteints de cancers ORL selon le type histologique à la clinique universitaire d'ORL-CCF/CNHU-HKM de 2010 à 2020

Tableau XI : Récapitulatif des stades des cancers retrouvés à la clinique universitaire d'ORL-CCF/CNHU-HKM de 2010 à 2020

Tableau XII : Classification d'Ann Arbor des lymphomes retrouvés à la clinique universitaire d'ORL-CCF/CNHU-HKM de 2010 à 2020

Tableau XIII : Répartition des patients décédés selon la pathologie cancéreuse à la clinique universitaire d'ORL-CCF/CNHU-HKM de 2010 à 2020

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Régions anatomiques de la tête (vue antéro-latérale); extrait de : Kamina, Anatomie clinique

Figure 2 : Oreille droite (coupe frontale); extrait de : Gray's Atlas d'anatomie humaine

Figure 3 : Vue antéro-latérale du nez, illustrant également le front, les orbites et le maxillaire; extrait de : Atlas d'anatomie humaine, F. Netter

Figure 4 : Les sinus paranasaux (coupe frontale de la tête); extrait de : Atlas d'anatomie humaine, F. Netter

Figure 5 : Cavité buccale; extrait de : Gray's Atlas d'anatomie humaine

Figure 6 : Glandes salivaires principales (coupe para sagittale de la face); extrait de : Atlas d'anatomie humaine, F. Netter

Figure 7 : Régions anatomiques du cou (vue antéro-latérale); extrait de : Anatomie clinique, Kamina

Figure 8 : Pharynx (vue postérieure); extrait de : Atlas d'anatomie humaine, F. Netter

Figure 9 : Larynx (vue antéro-latérale); extrait de : Gray's Atlas d'anatomie humaine

Figure 10 : Vascularisation artérielle et veineuse de la tête et du cou (vue latérale); extrait de : Atlas d'anatomie humaine, F. Netter

Figure 11 : Vascularisation lymphatique de la tête et du cou (vue latérale); extrait de : Atlas d'anatomie humaine de F. Netter

Figure 12 : Innervation de la tête et du cou (vue latérale); extrait de : Atlas d'anatomie humaine de F. Netter

Figure 13 : Diagramme de flux de l'échantillonnage

Figure 14 : Répartition des patients atteints de cancers ORL selon leur tranche d'âge à la clinique universitaire d'ORL-CCF/CNHU-HKM de 2010 à 2020

Figure 15 : Répartition des patients atteints de cancers ORL selon leur ethnie à la clinique universitaire d'ORL-CCF/CNHU-HKM de 2010 à 2020

Figure 16 : Répartition des patients atteints de cancers ORL selon leur provenance à la clinique universitaire d'ORL-CCF/CNHU-HKM de 2010 à 2020

Figure 17 : Répartition des patients atteints de cancers ORL selon les signes fonctionnels à la clinique universitaire d'ORL-CCF/CNHU-HKM de 2010 à 2020

Figure 18 : Répartition des patients atteints de cancers ORL selon la symptomatologie rhinologique à la clinique universitaire d'ORL-CCF/CNHU-HKM de 2010 à 2020

Figure 19 : Répartition des patients atteints de cancers ORL selon les signes généraux à la clinique universitaire d'ORL-CCF/CNHU-HKM de 2010 à 2020

Figure 20 : Examen régional des patients atteints de cancers ORL à la clinique universitaire d'ORL-CCF/CNHU-HKM de 2010 à 2020

Figure 21 : Examen des autres appareils des patients atteints de cancers ORL à la clinique universitaire d'ORL-CCF/CNHU-HKM de 2010 à 2020

Figure 22 : Répartition des patients atteints de cancers ORL selon le délai d'initiation du traitement à la clinique universitaire d'ORL-CCF/CNHU-HKM de 2010 à 2020

Figure 23 : Répartition des patients atteints de cancers ORL selon les modalités thérapeutiques à la clinique universitaire d'ORL-CCF/CNHU-HKM de 2010 à 2020

Figure 24 : Survie globale des patients atteints de cancers ORL à la clinique universitaire d'ORL-CCF/CNHU-HKM de 2010 à 2020

Figure 25 : Survie des patients par pathologie cancéreuse à la clinique universitaire d'ORL-CCF/CNHU-HKM de 2010 à 2020

Par délibération, la Faculté des Sciences de la Santé de Cotonou a arrêté que les opinions émises dans cette thèse n'engagent que leur auteur.

SOMMAIRE

INTRODUCTION 1

1. Généralités 5

2. Cadre, matériel et méthode d'étude 61

3. Résultats 69

4. Discussion 93

CONCLUSION ET SUGGESTIONS 103

INTRODUCTION

Le terme cancer désigne toutes les tumeurs malignes dues à la prolifération anormale d'un tissu de nouvelle formation différente d'un processus inflammatoire. Le caractère malin est lié à la propension qu'a la tumeur non seulement à se développer avec une perte de contrôle de la multiplication des cellules, mais aussi une perte de contrôle de leur localisation, ce qui l'oppose aux tumeurs « bénignes » **[1]**.

Selon le Centre International de Recherche sur le Cancer (CIRC) de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), une personne sur cinq dans le monde développe un cancer au cours de sa vie **[2]**. Dans les nations industrialisées, le cancer constitue le deuxième facteur de décès, venant après les maladies cardiovasculaires **[3]**.

Malgré une incidence croissante en Afrique, il ne figure pas parmi les vingt (20) principales causes de décès selon l'OMS **[4]**. Néanmoins, une estimation réalisée par le Centre International de Recherche sur le Cancer (CIRC) prévoit entre 2018 et 2040 une hausse du nombre de décès dû au cancer sur le continent africain de 106 % **[5]**. De par leur fréquence les cancers représentent ainsi donc, un véritable enjeu de santé publique.

Parmi les différentes localisations possibles des cancers, les cancers oto-rhino-laryngologiques (ORL) occupent une place non négligeable. Il s'agit de tumeurs malignes localisées à la jonction de voies responsables de fonctions vitales de l'organisme, notamment l'alimentation, la respiration et la communication. Les cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS), plus précisément issus de la cavité buccale, du pharynx, du larynx, ainsi que des cavités naso-sinusiennes, constituent principalement les cancers ORL **[6]**.

Ils sont fréquents dans le monde. La proportion des cancers ORL par rapport aux autres cancers varie de 5 à 50% en fonction de la localisation géographique. Ils occupent le sixième (6^{e}) rang des cancers par ordre d'incidence dans le monde et le

cinquième (5e) rang de mortalité par cancer en France **[7]**.

En Afrique subsaharienne, les cancers ORL occupent le septième (7e) rang des cancers par ordre d'incidence et le sixième (6e) rang par ordre de mortalité des cancers **[5]**. Ils surviennent dans 80% des cas chez des sujets de sexe masculin. Avec une incidence maximale observée entre 60 et 70 ans, chez des patients éthylo-tabagiques ayant le plus souvent un niveau socio-économique bas **[8]**.

Les sites anatomiques étendus et difficiles d'accès rendent compte de la complexité du diagnostic et de la prise en charge **[9]**. Le diagnostic de certitude est paraclinique plus précisément anatomopathologique. La prise en charge est pluridisciplinaire avec des résultats variables. Le pronostic est fonction du type histologique, du degré de différenciation des cellules tumorales, de l'invasion neurovasculaire, de l'âge du patient et des comorbidités **[7]**.

Sur le continent africain, les chiffres relatifs aux cancers sont mal connus du fait de l'absence et/ou du mauvais fonctionnement des registres de cancers dans de nombreux pays. Selon le dernier rapport publié sur les cancers en Afrique subsaharienne par le CIRC, sur les quarante-six (46) pays subsahariens membres de l'OMS, vingt-deux (22) d'entre eux dont le Bénin avaient un registre des cancers. Et parmi eux, le CIRC a considéré que seuls dix-huit (18) pouvaient produire des taux d'incidence qui étaient un reflet raisonnablement précis du véritable profil du cancer **[10]**.

En 2014, la République du Bénin a établi le tout premier registre des cancers. Des premiers résultats, il a été enregistré 1086 cas de cancer de 2014 à 2016. De ces premiers résultats aucune donnée n'a permis de mettre en exergue les cancers ORL au Bénin **[11]**. Ce déficit a été la raison pour laquelle nous avons décidé de mener cette étude portant sur les cancers ORL à la Clinique Universitaire d'Oto-Rhino-

Laryngologie et de Chirurgie Cervico-Faciale (ORL-CCF) du Centre National Hospitalier Universitaire Hubert KOUTOUKOU-MAGA (CNHU-HKM) au Bénin sur les années 2010 à 2020.

L'objectif général était d'établir un panorama des cancers ORL de 2010 à 2020 à la Clinique Universitaire d'ORL-CCF du CNHU-HKM, hôpital de référence au Bénin.

Les objectifs spécifiques étaient de :

- répertorier les aspects étio-épidémiologiques des cas de cancers ORL suivi dans le service d'ORL-CCF du CNHU-HKM de Cotonou de 2010 à 2020 ;
- décrire les aspects diagnostiques de ces cancers ;
- analyser les différents moyens thérapeutiques ;
- décrire l'évolution de ces cas de cancers.

1. Généralités

1.1 Définitions des concepts

- **Panorama** : Terme emprunté de l'anglais, composé du grec pan, signifiant « tout », et horama, signifiant « spectacle ». Il est défini comme étant une vue d'ensemble, une étude complète **[12]**.
- **Cancer** : Maladie qui a pour mécanisme une prolifération cellulaire anarchique, incontrôlée et incessante. Cette prolifération anarchique du cancer se distingue nettement de la prolifération contrôlée, harmonieuse, et généralement intermittente, caractéristique des tissus normaux. Cette prolifération normale intervient uniquement pour réparer les pertes cellulaires accidentelles dues à des plaies ou des agressions, ainsi que les pertes naturelles liées au vieillissement. Le terme cancer englobe un large spectre de maladies, classées en fonction des cellules et des tissus à partir desquels les cancers se développent. Une tumeur formée dans un organe (tumeur primitive) peut se propager à distance, touchant d'autres organes tels que le cerveau, les poumons, le foie, etc., en empruntant les voies lymphatiques ou sanguines. Ces tumeurs secondaires, reproduisant la structure de la tumeur initiale, sont appelées des métastases **[3]**.
- **ORL** : C'est l'abréviation d'oto-rhino-laryngologie. C'est la spécialité médicale et chirurgicale étudiant la physiologie, la pathologie et le traitement des maladies d'une région anatomique comprise entre la base du crâne et l'orifice supérieur du thorax, excepté les dents et les yeux **[3]**.
- **Cancer ORL** : les cancers ORL sont surtout les cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS) développés aux dépens de la cavité buccale, du pharynx, du larynx et des cavités naso-sinusiennes **[6]**. Mais également au niveau de la face, des glandes salivaires, des oreilles et du cou **[7]**.

1.2 Rappel embryologique et histologique de la tête et du cou

1.2.1 Rappel embryologique

L'embryologie permet de comprendre la complexité des deux grandes régions que sont la tête et le cou. La structure métamérique du cou présente des similitudes significatives avec celle du tronc, manifeste par l'empilement de sept (07) vertèbres cervicales et l'émergence régulière de huit paires de nerfs cervicaux issus de la moelle cervicale.

En surimpression, l'appareil branchial s'ajoute, contribuant à la construction majeure des composants viscéraux du cou et jouant un rôle dans la formation de la face.

La tête est dominée par la prolifération considérable du tube neural, d'origine ectodermique, donnant naissance à cinq vésicules cérébrales qui sont à l'origine du développement de l'encéphale, une masse nerveuse volumineuse située dans la boîte crânienne **[13]**.

On distingue au niveau du crâne, le neurocrâne, qui forme un ensemble osseux protecteur autour du cerveau, et le viscérocrâne, qui donne naissance au squelette de la face.

Il s'agit d'un assemblage d'os lamellaires ordonnés autour d'une vaste cavité centrale. La face modèle ses structures autour d'un squelette qui constitue la pyramide faciale, appendue au versant antérieur de la base du crâne. Cette ossature ménage les cavités de la face, destinées aux organes des sens. La région sous-hyoïdienne entièrement cervicale, elle s'étend de l'os hyoïde à la base du cou **[14]**.

1.2.2 Rappel histologique

1.2.2.1 Muqueuse respiratoire

Il s'agit d'un épithélium de revêtement pseudostratifié cilié à cellules à mucus, constitué par plusieurs types de cellules présentant toutes un prolongement en

contact avec la lame basale, bien que leur forme globale soit prismatique. Il est soutenu par un chorion renfermant de nombreuses glandes tubulo-acineuses **[15]**.

1.2.2.2 Muqueuse de type digestif

C'est un épithélium de revêtement pluristratifié pavimenteux épidermoïde encore appelé épithélium malpighien non kératinisant. On y retrouve des cellules cubiques au niveau de la couche basale, les volumineuses cellules losangiques des cellules intermédiaires appelées corps muqueux de Malpighi et les cellules superficielles aplaties dites pavimenteuses **[15]**.

1.3 Rappel anatomique et physiologique de la tête et du cou

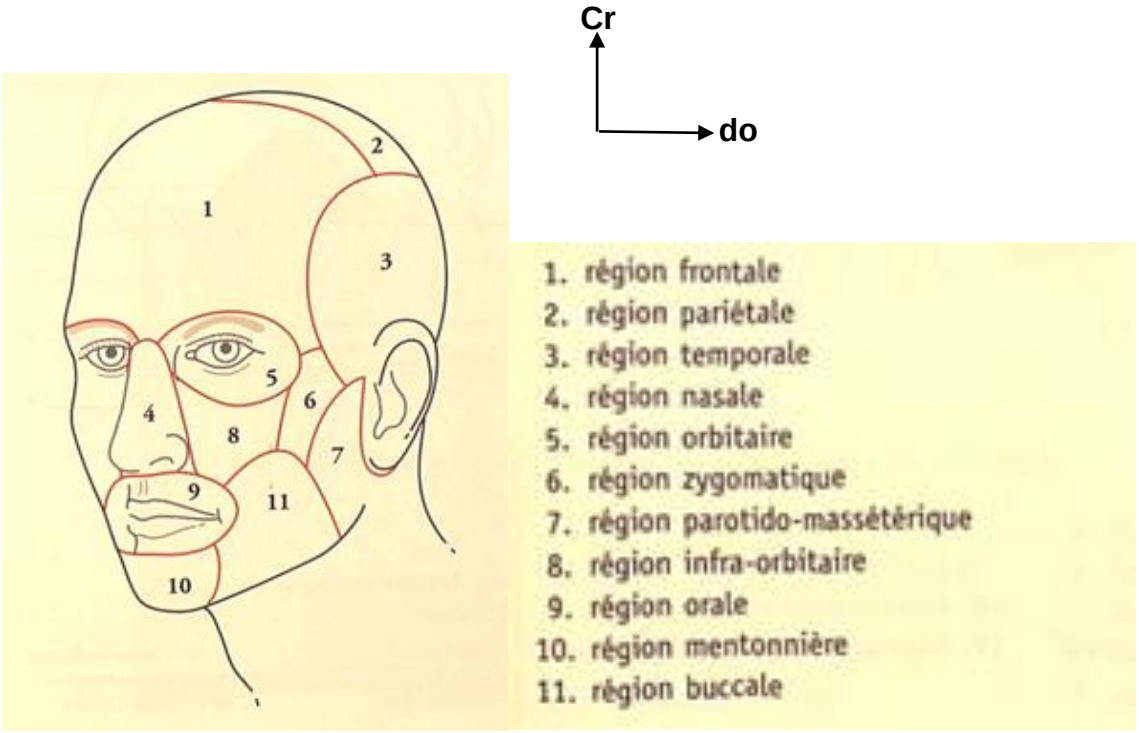


Figure 1: Régions anatomiques de la tête (vue antéro-latérale); extrait de : Kamina, Anatomie clinique **[20]**

Tête

La tête représente le segment initial du corps humain. Elle comprend le crâne et la face **[16]**.

1.3.1 Oreille

1.3.1.1 Anatomie descriptive

L'oreille est subdivisée en trois (03) parties. De dehors en dedans, on distingue : l'oreille externe, l'oreille moyenne et l'oreille interne **[20]**.

i. L'oreille externe

Elle est constituée de l'auricule et du méat acoustique externe (MAE). L'auricule est une lame cutanée et cartilagineuse ovalaire, dont la petite extrémité inférieure, charnue, constitue le lobule de l'auricule. Il est situé en arrière de l'articulation temporo-mandibulaire et en avant du processus mastoïde.

Le MAE est un canal ostéo-cartilagineux qui s'ouvre dans la conque par le pore acoustique externe, et qui est obstrué, en dedans, par la membrane tympanique séparant l'oreille externe de l'oreille moyenne **[20]**.

ii. L'oreille moyenne

Elle est séparée de l'oreille externe par la membrane tympanique. Elle est constituée :

- d'un système tympano-ossiculaire fait de la membrane tympanique et de la chaîne ossiculaire. La chaîne ossiculaire étant constituée de dehors en dedans ; du malléus, de l'incus et du stapès.
- d'un ensemble de cavités :
  - la caisse du tympan abritant le système tympano-ossiculaire.
  - la trompe auditive assurant l'aération de la caisse du tympan.
  - le groupe de cellules mastoïdiennes qui représente le diverticule de la caisse.

Le tympan est une membrane souple, fibro-élastique dans laquelle est incluse le manche du malléus.

Les trois osselets constitutifs de la chaîne ossiculaire sont reliés entre eux par des articulations.

La trompe auditive anciennement appelée trompe d'Eustache est un conduit fibro-cartilagineux puis osseux. Longue de 35 mm environ, elle est oblique en avant, en dedans et en bas. Elle fait un angle de 30° environ avec l'horizontale et 45° avec le plan sagittal. Elle relie la cavité tympanique à la partie nasale du pharynx. Béante à chaque mouvement de déglutition, elle constitue la «cheminée d'aération de l'oreille moyenne» **[20]**.

iii. L'oreille interne

L'oreille interne est constituée d'une cavité osseuse irrégulière, le labyrinthe osseux, logeant un sac membraneux, le labyrinthe membraneux, rempli d'un liquide, l'endolymphe. Les labyrinthes osseux et membraneux sont séparés par l'espace périlymphatique contenant la périlymphe. Elle contient les éléments neurosensoriels de deux organes : l'appareil cochléaire destiné à l'audition et l'appareil vestibulaire intervenant dans l'équilibre.

Du point de vue fonctionnel, l'oreille interne comprend :

- le vestibule et les conduits semi-circulaires destinés à l'équilibration;
- et la cochlée, organe de l'audition **[20]**.

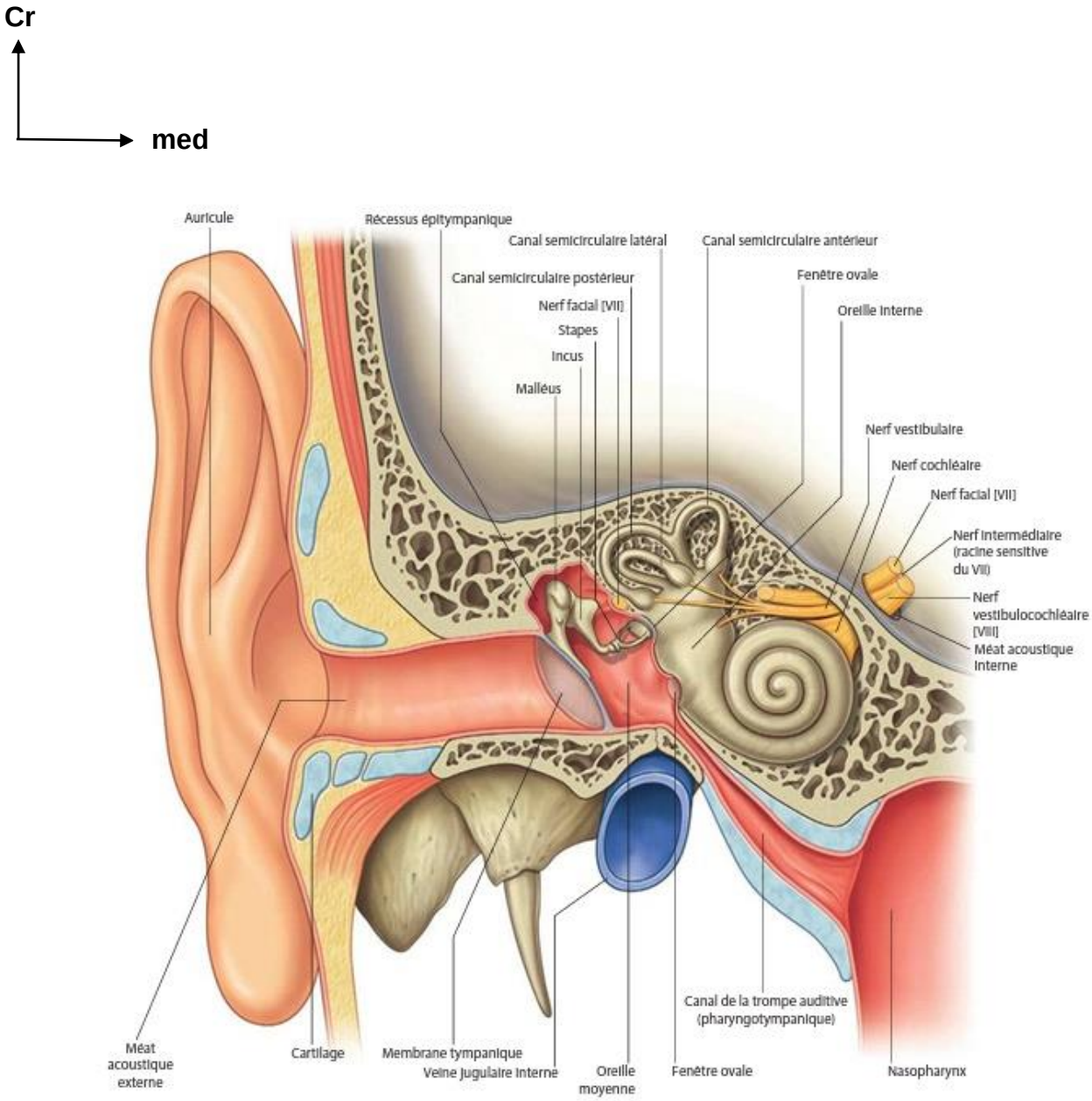


Figure 2 : Oreille droite (coupe frontale); extrait de : Gray's Atlas d'anatomie humaine **[17]**

1.3.1.2 Physiologie de l'oreille

L'ensemble oreille externe et oreille moyenne permet de recueillir, d'amplifier, de diriger et de transmettre les vibrations sonores à la cochlée située dans l'oreille interne qui est remplit de liquide.

La cochlée a pour fonction de convertir et de traiter les signaux sonores mécaniques en signaux électriques, qui sont ensuite transmis au système nerveux central par le

nerf acoustique. Quant au vestibule, son rôle est la participation à l'équilibration du corps par la détection de la position et des mouvements de la tête.

Autres rôles :

- un rôle d'aération, de drainage et d'équipression par la trompe auditive.
- un rôle esthétique facial par le pavillon **[18]**.

1.3.2 Nez et sinus paranasaux

1.3.2.1 Anatomie descriptive

i. Nez

Le nez est constitué de la pyramide nasale à l'extérieur et des fosses nasales droite et gauche, séparées par une cloison verticale, le septum nasal à l'intérieur.

La pyramide nasale est formée de plusieurs parties : l'arête nasale ou dos du nez sépare ses deux faces latérales ; la racine du nez est située entre les deux arcades sourcilières ; la pointe du nez est la partie la plus saillante. Le nez est constitué d'un squelette ostéo-cartilagineux en forme d'auvent comprenant une partie osseuse supérieure et une partie cartilagineuse inférieure.

L'auvent osseux est formé de trois parties : l'os nasal, l'os frontal et le processus frontal du maxillaire **[16]**.

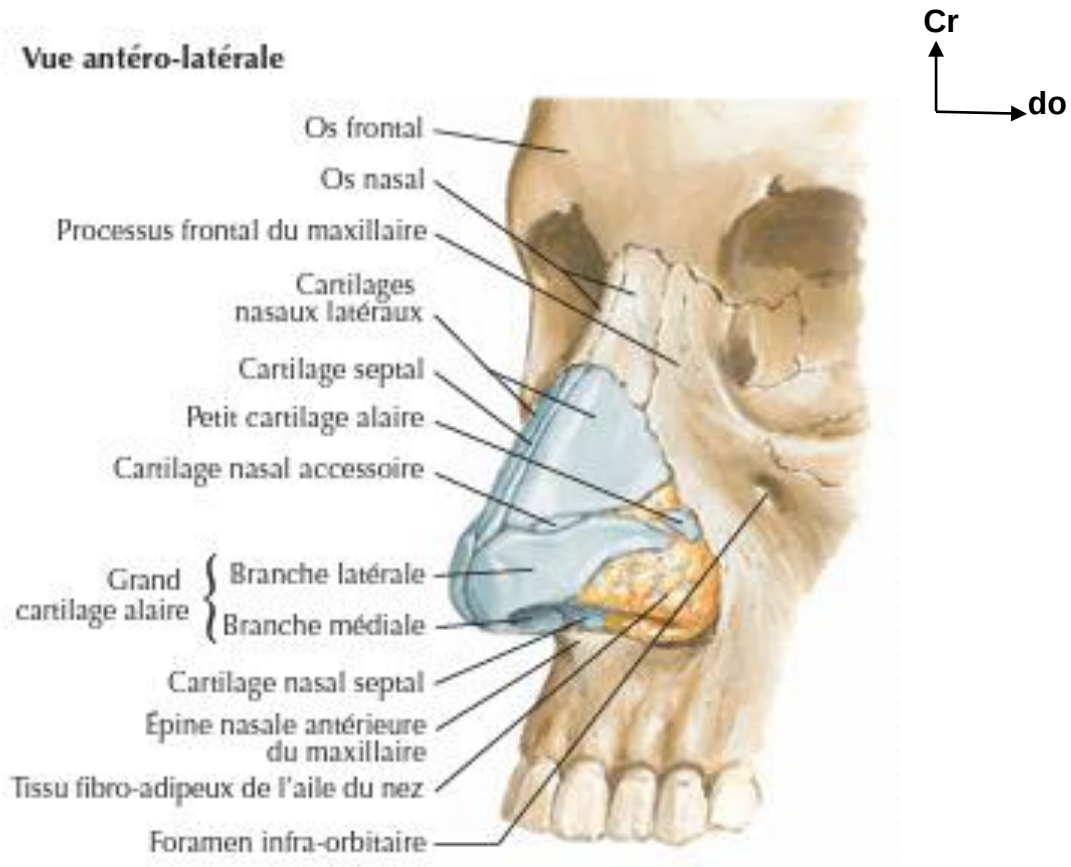


Figure 3 : Vue antéro-latérale du nez, illustrant également le front, les orbites et le maxillaire; extrait de : Atlas d'anatomie humaine, F. Netter **[19]**

L'auvent cartilagineux est formé de deux cartilages principaux : le cartilage latéral et le grand cartilage alaire. Les cartilages accessoires sont : les différents cartilages de l'auvent sont reliés par une aponévrose.

La cavité nasale est une étroite cavité siégeant de part et d'autre d'une cloison : le septum nasal. Elles présentent chacune quatre parois : une latérale complexe, une médiale (correspondant au septum nasal), une inférieure (le plancher), une supérieure (le toit), appartenant à la base du crâne.

Le septum nasal est une cloison constituée d'un squelette ostéo-cartilagineux, qui sépare les deux cavités nasales. Les fosses nasales sont tapissées dans leur 2/3 antérieur d'une muqueuse de type respiratoire **[16]**.

ii. Sinus paranasaux

Les sinus paranasaux sont des cavités sinusiennes creusées dans les différents os de la charpente osseuse de la face. Ils portent le nom des os dans lesquels ils sont creusés. Ainsi, on distingue les sinus frontal, maxillaire et sphénoïdal creusés respectivement dans les os frontal, maxillaires et sphénoïde ; tandis que le sinus ethmoïdal est formé par des éléments venant essentiellement de l'os ethmoïde mais également du maxillaire, de l'os frontal et de l'os sphénoïde. Ils sont tous pairs et symétriques, cependant, le sinus ethmoïdal est formé de six à dix (6 à 10) cellules polygonales. Ils sont tapissés par une muqueuse de type respiratoire **[16]**.

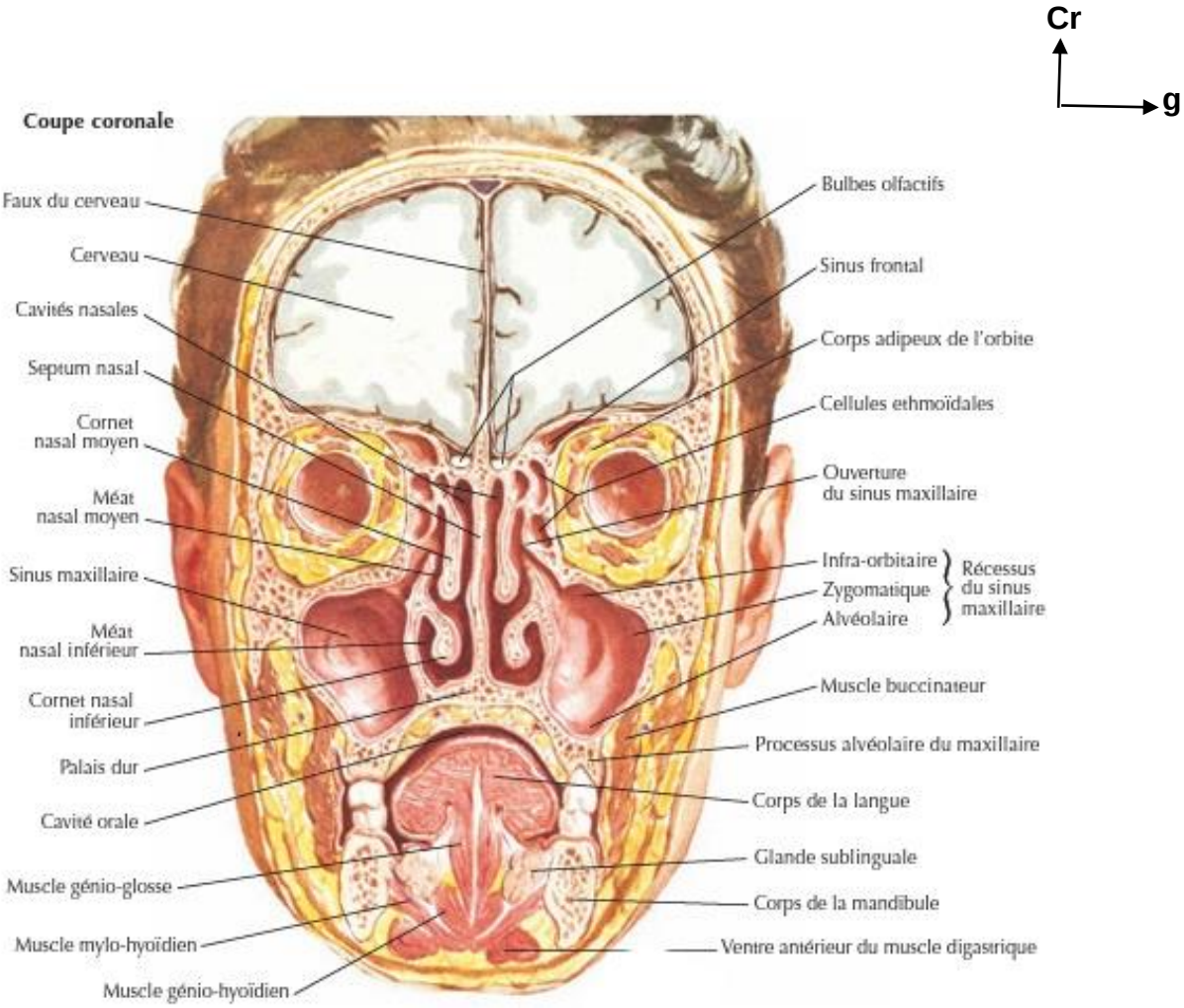


Figure 4: Les sinus paranasaux (coupe frontale de la tête); extrait de : Atlas d'anatomie humaine, F. Netter **[19]**

1.3.2.2 Physiologie

Le nez est le segment initial des voies aériennes. Les voies aériennes nasales débouchent dans le pharynx. En plus de sa fonction respiratoire, le nez joue un rôle esthétique.

Les sinus assurent plusieurs rôles notamment : l'aération, l'allègement du poids de la tête, le réchauffement et l'humidification de l'air inhalé. Ils augment également la résonnance de la voix, et l'amortissent d'éventuels coups reçus au visage **[18]**.

1.3.3 La cavité orale

1.3.3.1 Anatomie descriptive

La cavité orale est la cavité de la face comprise entre les maxillaires et la mandibule, fermée en avant par les lèvres, limitée latéralement par les joues et communiquant en arrière avec l'oropharynx par l'isthme du gosier. Elle occupe le tiers inférieur de la face. Elle est divisée en deux parties par les arcades dentaires : le vestibule de la bouche en dehors des arcades, et, en dedans, la cavité orale proprement dite. Ces deux parties communiquent entre elles lors de l'ouverture buccale mais sont séparées par les dents, les maxillaires et la mandibule lorsque la bouche est fermée. Elle est tapissée par une muqueuse digestive sauf au niveau des lèvres où se trouve plutôt un épithélium pluristratifié épidermique **[16]**.

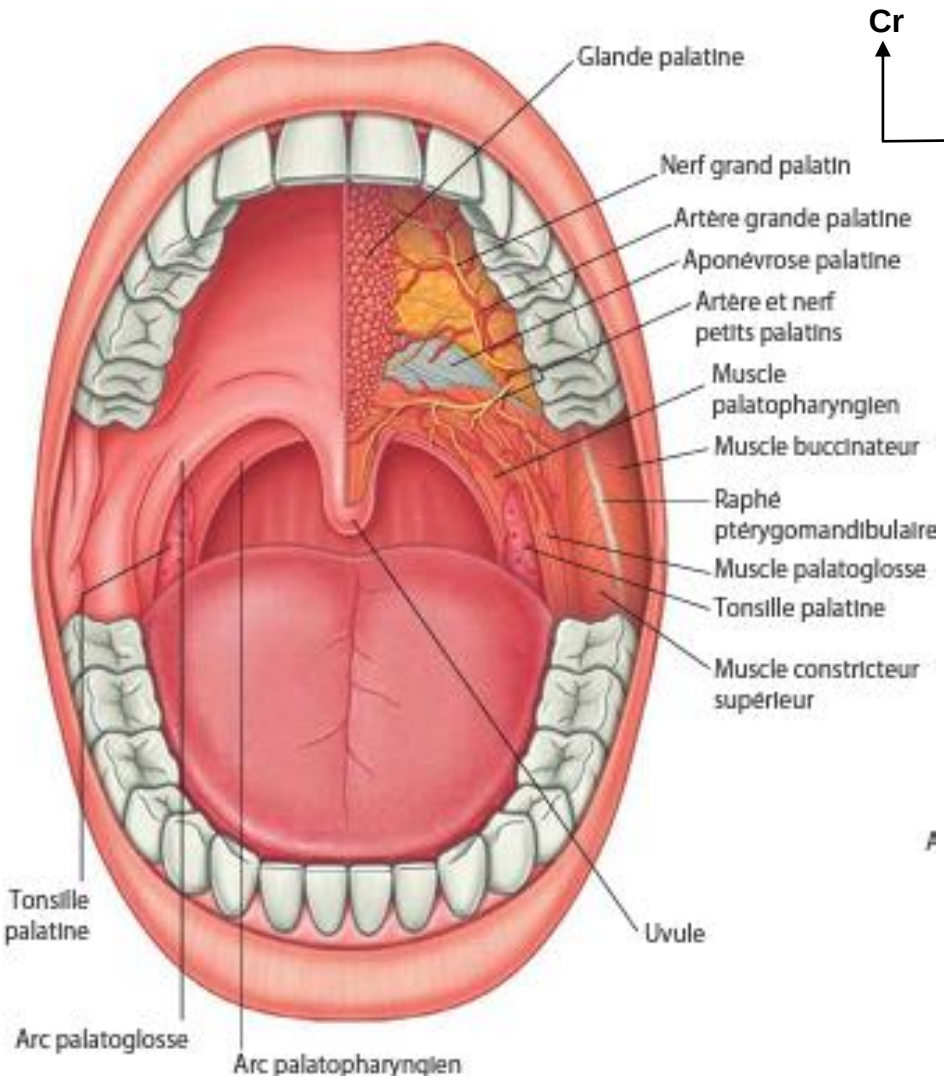


Figure 5: Cavité buccale; extrait de : Gray's Atlas d'anatomie humaine **[17]**

1.3.3.2 Physiologie

La cavité buccale constitue avec les dents, les glandes salivaires, l'articulation temporo-mandibulaire et les muscles masticateurs, l'appareil manducateur. Elle intervient dans la préhension, la mastication, l'insalivalition et la déglutition **[18]**.

1.3.4 Les glandes salivaires

1.3.4.1 Anatomie descriptive

Ce sont des glandes exocrines s'ouvrant dans la cavité orale et sécrétant la salive. Elles sont classées en glandes salivaires majeures et mineures. Les glandes salivaires majeures siègent loin de la cavité orale et sont reliées à elle par un conduit excréteur propre. Elles sont au nombre de trois glandes paires, qui sont par ordre de grosseur: les glandes parotides, submandibulaires et sublinguales. Les glandes salivaires mineures se présentent sous forme de petites glandes réparties dans la muqueuse et la sous-muqueuse de la cavité buccale **[20]**.

i. La glande parotide

C'est la plus volumineuse des glandes salivaires. Elle épouse les contours de la région parotidienne, et est comprise dans une capsule fibreuse. Elle est jaunâtre et pèse environ 25 g. Elle est superficielle et située au-dessous et en avant du méat acoustique externe, en arrière de la branche de la mandibule. Son canal excréteur appelé conduit parotidien anciennement appelé canal de Sténon, s'ouvre dans le vestibule buccal, au niveau du collet de la première ou de la deuxième molaire supérieure **[20]**.

ii. La glande submandibulaire

Anciennement appelée glande sous-maxillaire. Elle est de forme irrégulière, contenue dans la région submandibulaire située en avant de la région mentonnière, entre la langue médialement et le corps de la mandibule latéralement. Elle possède de nombreux canaux excréteurs dont un, le plus volumineux est le conduit submandibulaire anciennement appelé le canal de Warthon **[20]**.

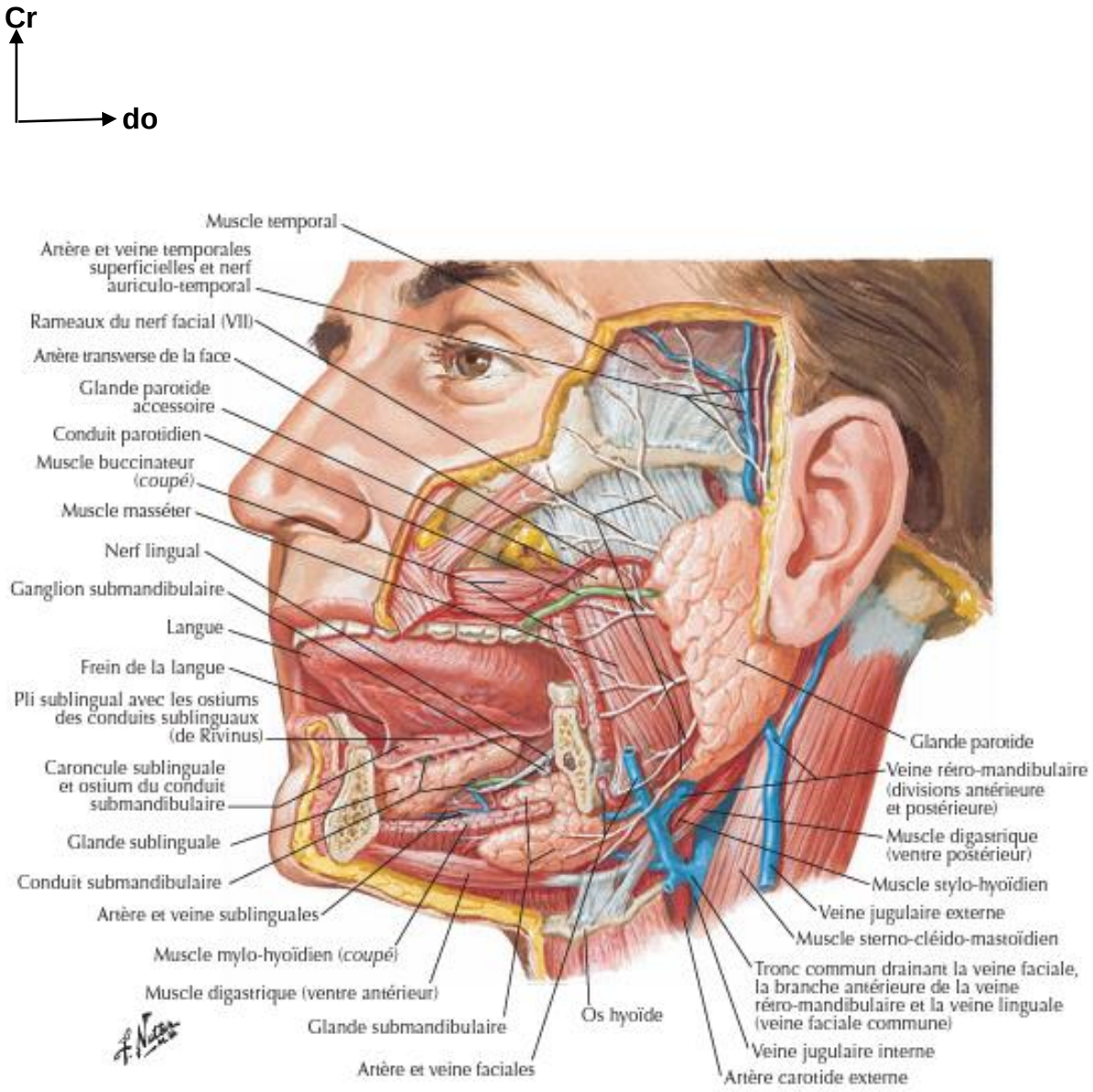


Figure 6: Glandes salivaires principales (coupe para sagittale de la face); extrait de : Atlas d'anatomie humaine, F. Netter **[19]**

iii. La glande sublinguale

Elle est ovoïde et située sur le plancher oral de chaque côté du frein de la langue. Son canal excréteur le plus grand est appelé le conduit sublingual anciennement appelé le canal de Bartholin. Il naît de la face profonde de la glande, longe le conduit submandibulaire et s'ouvre au niveau de la papille sublinguale en dehors de la caroncule sublinguale **[20]**.

1.3.4.2 Physiologie

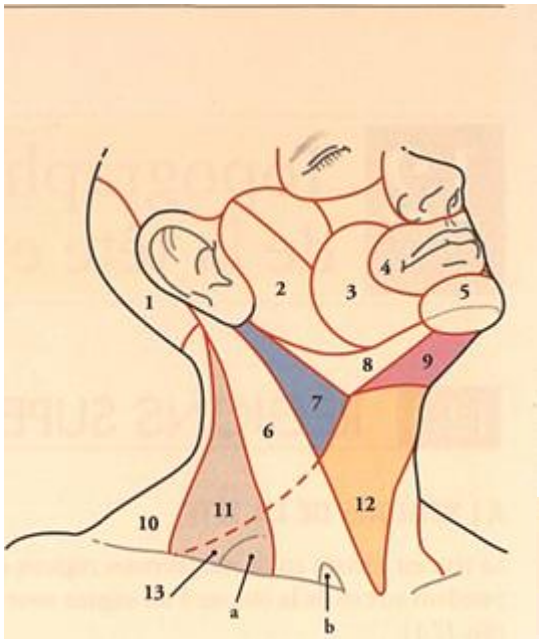
Elles interviennent dans la production de la salive **[18]**.

Le cou

Le cou est composé d'une partie antérieure et d'une partie postérieure. La face antérieure est divisée en deux parties par l'os hyoïde, à savoir la partie supra-hyoïdienne et la partie infra-hyoïdienne. La région infra-hyoïdienne peut à son tour être subdivisée en deux parties :

- la région infra-hyoïdienne médiane contenant l'axe viscéral du cou et la loge thyroïdienne ;
- la région infra-hyoïdienne latérale, elle-même subdivisée en deux : la région sterno-cléido-mastoïdienne et celle supra-claviculaire.

La nuque désigne la région dorsale du cou, limitée en avant par l'épaisse lame prévertébrale du fascia cervical, en haut par l'os occipital et en bas par une ligne transversale passant par les articulations acromio-claviculaires. C'est une région essentiellement musculaire **[16]**.



a. grande fosse supra-claviculaire
b. petite fosse supra-claviculaire

1. région occipitale
2. région parotido-massétérique
3. région buccale
4. région orale
5. région mentonnière
6. région sterno-cléido-mastoïdienne
7. trigone carotidien
8. trigone submandibulaire
9. trigone submentonnier
10. région post. du cou
11. trigone omo-trapézien (ou triangle cervical post.)
12. région sublhyoïdienne
13. trigone omo-claviculaire

Figure 7: Régions anatomiques du cou (vue antéro-latérale)**;** extrait de : Anatomie clinique, Kamina **[20]**

L'axe viscéral du cou

Il est contenu dans la région infra-hyoïdienne médiane qui occupe la partie médiane et antérieure du cou. Il fait suite à l'oropharynx en haut et se poursuit par l'œsophage et la trachée thoracique en bas. Il comporte une partie respiratoire : le larynx et la trachée cervicale, et une partie digestive : l'hypopharynx et l'œsophage cervical **[16]**.

1.3.5 Pharynx

1.3.5.1 Anatomie descriptive

Le pharynx est un conduit musculo-membraneux, disposé verticalement en avant de la colonne vertébrale cervicale, derrière la face, et étendu de la base du crâne à la partie supérieure du cou. Il constitue un large vestibule où se croisent :

- la voie respiratoire allant des fosses nasales au larynx
- et la voie digestive, étendue de la bouche à l'œsophage.

On lui distingue trois parties :

- la partie supérieure, située en arrière de la cavité nasale est dénommée le rhinopharynx (ou nasopharynx ou épipharynx ou cavum ou arrière cavité des fosses nasales). Elle a une fonction respiratoire.
- la partie moyenne, située en arrière de la cavité orale appelée oropharynx. C'est un carrefour entre les voies respiratoires et celles digestives.
- la partie inférieure, située en arrière du larynx appelée hypopharynx (ou laryngopharynx). Elle a une fonction essentiellement digestive en reliant l'oropharynx à l'œsophage cervical.

Contrairement au rhinopharynx qui est tapissé par une muqueuse de type respiratoire, l'oropharynx et l'hypopharynx sont tapissés d'une muqueuse digestive **[16]**.

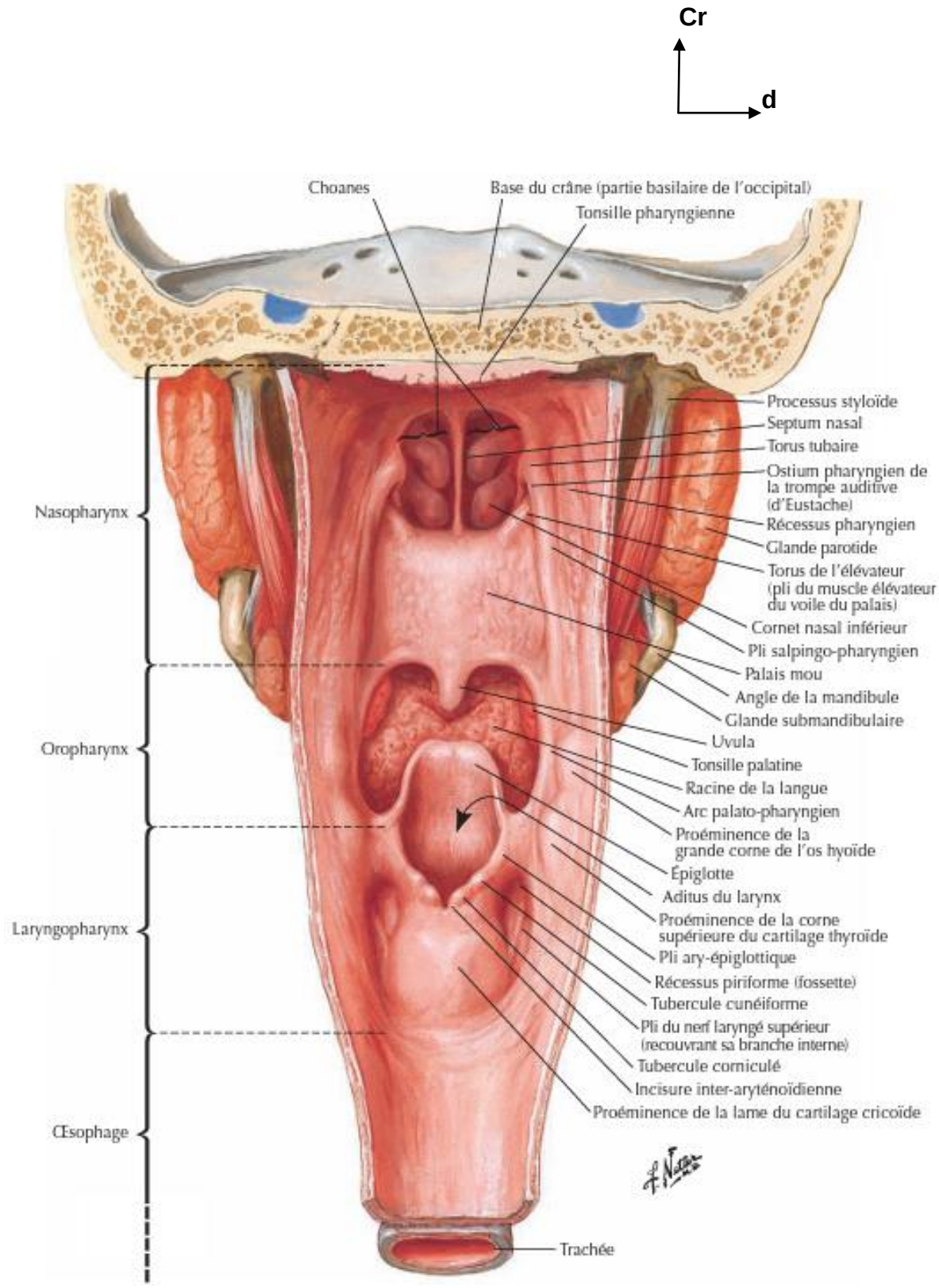


Figure 8 : Pharynx (vue postérieure)**;** extrait de : Atlas d'anatomie humaine, F. Netter **[19]**

1.3.5.2 Physiologie du pharynx

Le pharynx joue un rôle respiratoire de par sa partie supérieure et un rôle digestif de par sa partie inférieure et sa partie intermédiaire constitue le centre de croisement aéro-digestif. L'hypopharynx, bien qu'ayant un rôle essentiellement digestif, son atteinte peut entraîner des troubles respiratoires car le larynx débouche dans sa partie antérieure **[18]**.

1.3.6 Larynx

1.3.6.1 Anatomie descriptive

C'est le segment initial des voies respiratoires inférieures. Il s'ouvre en haut dans la partie supérieure de l'hypopharynx et se poursuit en bas par la trachée cervicale. Il est situé médialement dans la partie supérieure de la région infra-hyoïdienne médiane, en regard des vertèbres cervicales C4, C5 et C6.

Il est constitué par une membrane élastique recouverte en dehors par des muscles fixés sur une armature cartilagineuse et en dedans par une muqueuse de type respiratoire **[16]**.

i. Armature cartilagineuse

Les cartilages du larynx peuvent être classés en :

- cartilages de soutien du larynx : les cartilages cricoïde, thyroïde et épiglottique qui servent à maintenir ouverte la filière laryngée, condition indispensable au passage de l'air inspiré et expiré. Ils jouent un rôle essentiel dans la respiration ;
- cartilages mobiles : les cartilages aryténoïdes qui jouent un rôle capital dans la phonation mais aussi dans la déglutition **[16]**.

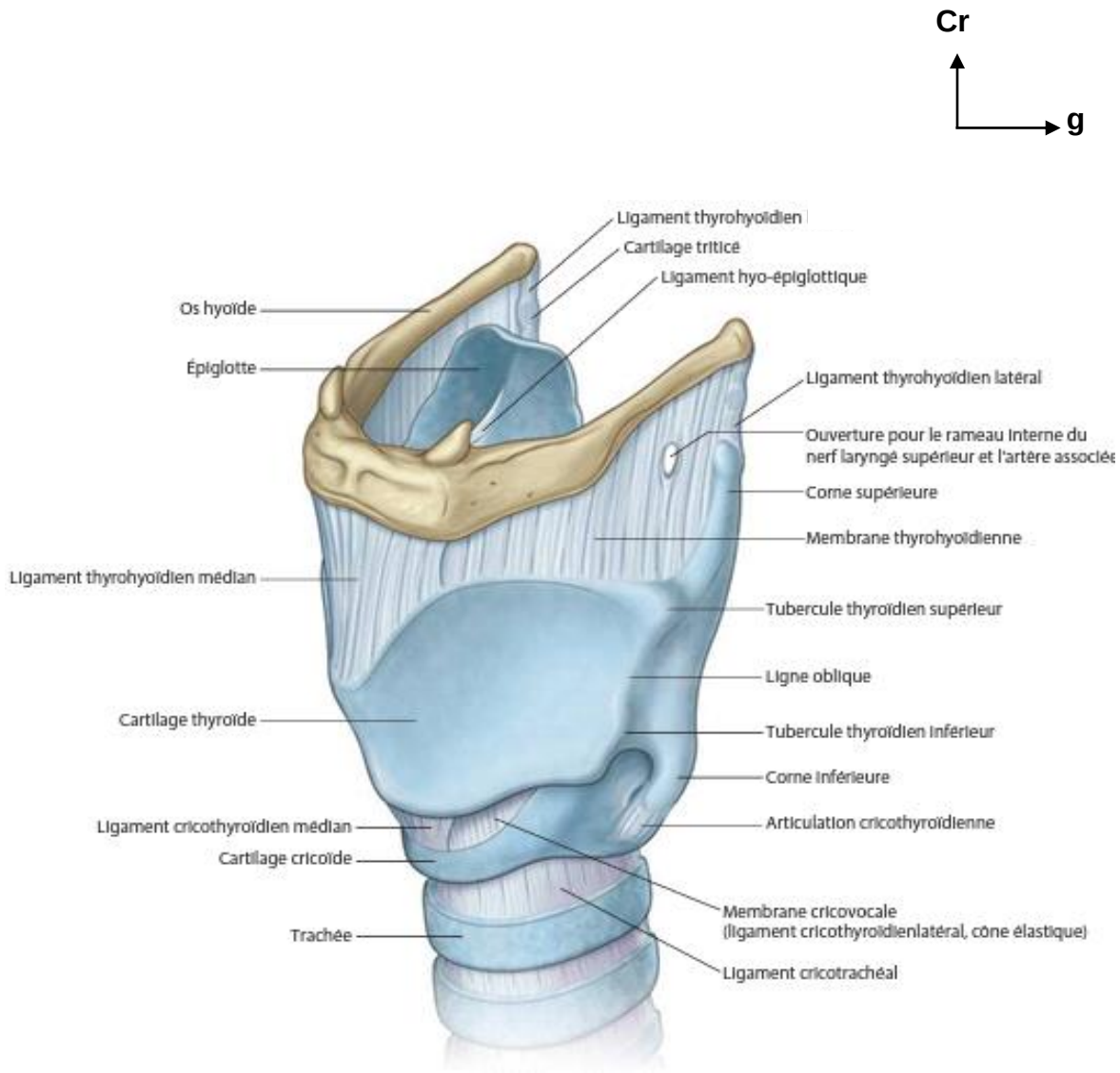


Figure 9 : Larynx (vue antéro-latérale)**;** extrait de : Gray's Atlas d'anatomie humaine **[17]**

ii. Muscles du larynx

On distingue les muscles intrinsèques qui ont toutes leurs insertions sur le squelette laryngé, et les muscles extrinsèques qui amarrent le larynx à la base du crâne, à la mandibule et à la ceinture scapulaire **[16]**.

- **Musculature intrinsèque**

Elle comprend trois groupes musculaires selon leur rôle : les muscles adducteurs des plis vocaux, un muscle abducteur des plis vocaux et les muscles tenseurs des plis vocaux **[16]**.

- **Musculature extrinsèque**

Elle est composée de deux groupes de muscles : les muscles élévateurs et abaisseurs du larynx **[16]**.

iii. Configuration interne

Du point de vue configuration interne, le larynx peut être divisé en trois :

- l'étage supra-glottique : c'est la partie du larynx située au-dessus du plan des plis vocaux.
- l'étage glottique : situé sous l'étage supra-glottique.
- l'étage infra-glottique : situé sous l'étage glottique, il répond au cartilage cricoïde.

Il est tapissé par une muqueuse de type respiratoire.

Mention spéciale pour l'espace hyo-thyro-épiglottique (loge hyo-thyro-épiglottique) qui est situé en avant du cartilage épiglottique et qui est d'une grande importance en cancérologie du larynx et du pharynx **[16]**.

1.3.6.2 Physiologie

Il joue un rôle essentiel dans la respiration, la phonation et la déglutition.

Sur le plan respiratoire, il représente la partie supérieure de la trachée. La respiration devient réalisable uniquement lorsque les voies respiratoires sont bien ouvertes. L'ouverture du larynx est assurée par la forme circulaire du cartilage cricoïde

La phonation met en jeu le larynx mais également l'ensemble des cavités aériennes supérieures : le pharynx, la cavité orale et la cavité nasale. Il permet l'émission des sons fondamentaux qui vont être modulés par les cavités de résonnance sus-glottiques, les mouvements de la langue et des lèvres.

Dans la déglutition, il ferme l'arbre respiratoire à chaque déglutition mais aussi lors des régurgitations ou des vomissements **[16]**.

1.3.7 Trachée cervicale

1.3.7.1 Anatomie descriptive

La trachée est un tube fibro-cartilagineux qui fait suite au larynx pour se terminer dans le thorax en deux bronches principales droite et gauche. Elle s'étend du bord inférieur de C6 à celui de T5. Sa partie cervicale se continue par la trachée thoracique au niveau de l'orifice crânial du thorax. Sa muqueuse est de type respiratoire **[16]**.

1.3.7.2 Physiologie

Son rôle est purement respiratoire **[18]**.

1.3.8 Œsophage cervical

1.3.8.1 Anatomie descriptive

C'est l'organe le plus profond du cou. Il fait suite à l'hypopharynx par la bouche de l'œsophage en regard du bord inférieur du cartilage cricoïde. Il se continue par l'œsophage thoracique au niveau de l'orifice crânial du thorax.

Il est tapissé par une muqueuse de type digestif **[16]**.

1.3.8.2 Physiologie

Il a un rôle digestif **[18]**.

1.3.9 Vascularisation artério-veineuse de la tête et du cou

La tête et le cou sont vascularisés par plusieurs vaisseaux. La vascularisation artérielle est assurée par les artères carotides communes droite et gauche qui sont les artères principales du cou et de la face. Le drainage veineux de la tête et du cou quant à lui est assuré par les veines jugulaires, vertébrales et thyroïdiennes inférieures qui aboutissent dans les veines subclavières **[20]**.

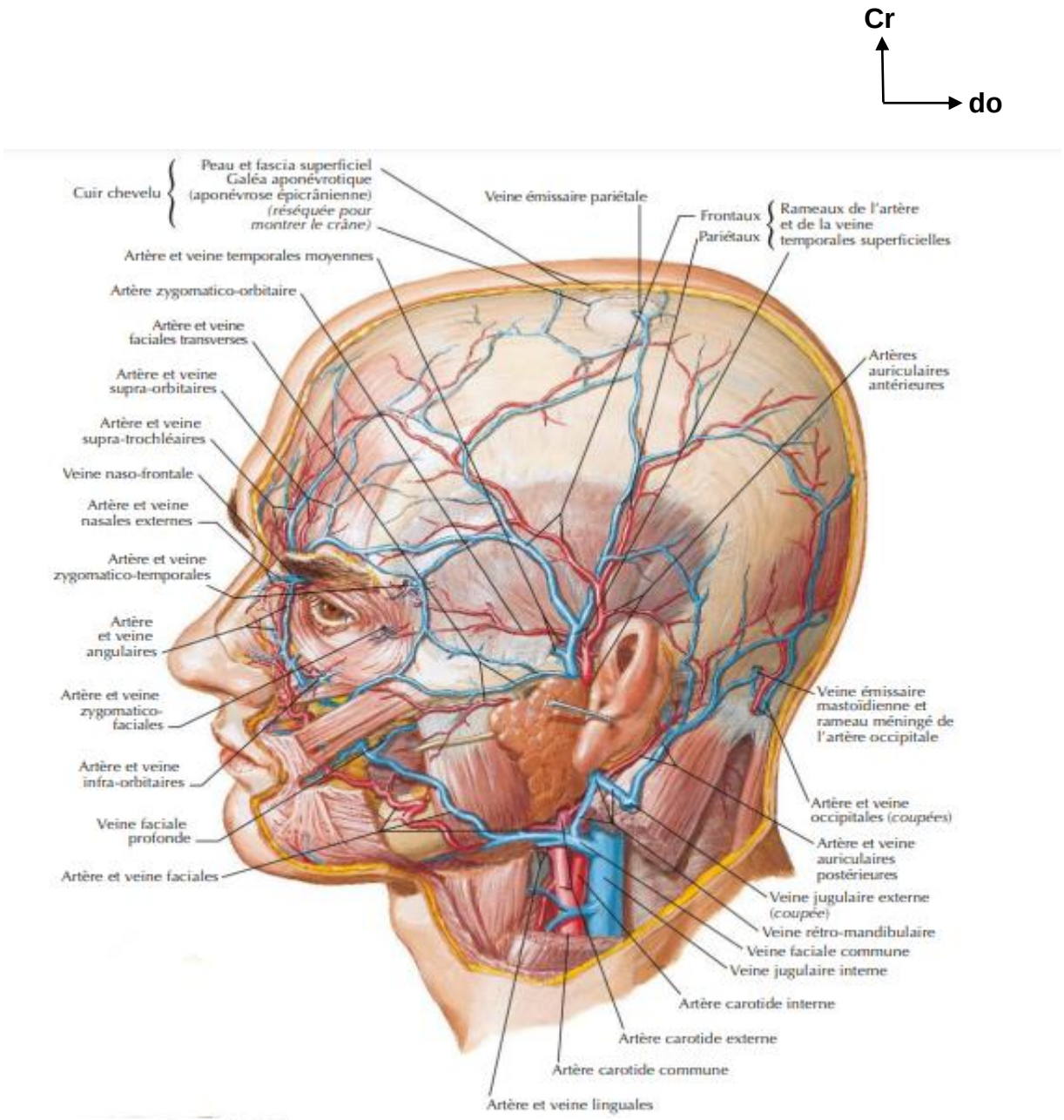


Figure 10 : Vascularisation artérielle et veineuse de la tête et du cou (vue latérale); extrait de : Atlas d'anatomie humaine, F. Netter **[19]**

1.3.10 Vascularisation lymphatique de la tête et du cou

Les vaisseaux lymphatiques de la tête se dirigent vers les lymphocentres de la tête, qui se drainent ensuite vers les lymphocentres du cou. Ces derniers sont drainés par les troncs jugulaires dans le canal lymphatique à droite et dans le canal thoracique à gauche **[20]**.

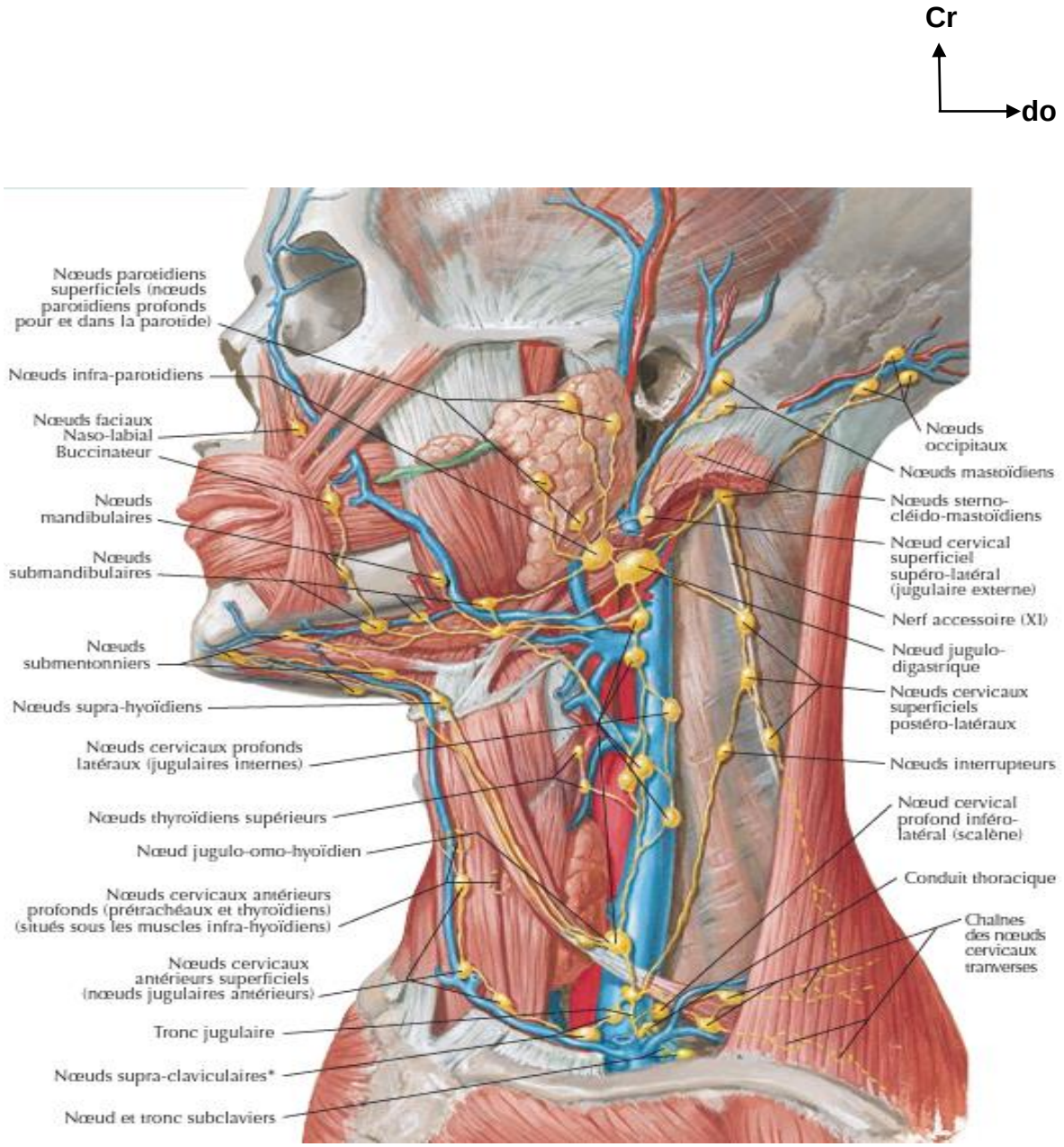


Figure 11 : Vascularisation lymphatique de la tête et du cou (vue latérale); extrait de : Atlas d'anatomie humaine de F. Netter **[19]**

1.3.11 Innervation de la tête et du cou

L'innervation de la tête et du cou est assurée par plusieurs nerfs. Il s'agit des nerfs spinaux cervicaux qui sont des nerfs mixtes destinés à l'innervation somatique de la tête et du cou, ainsi que les nerfs crâniens qui sont directement liés aux organes de sens **[20]**.

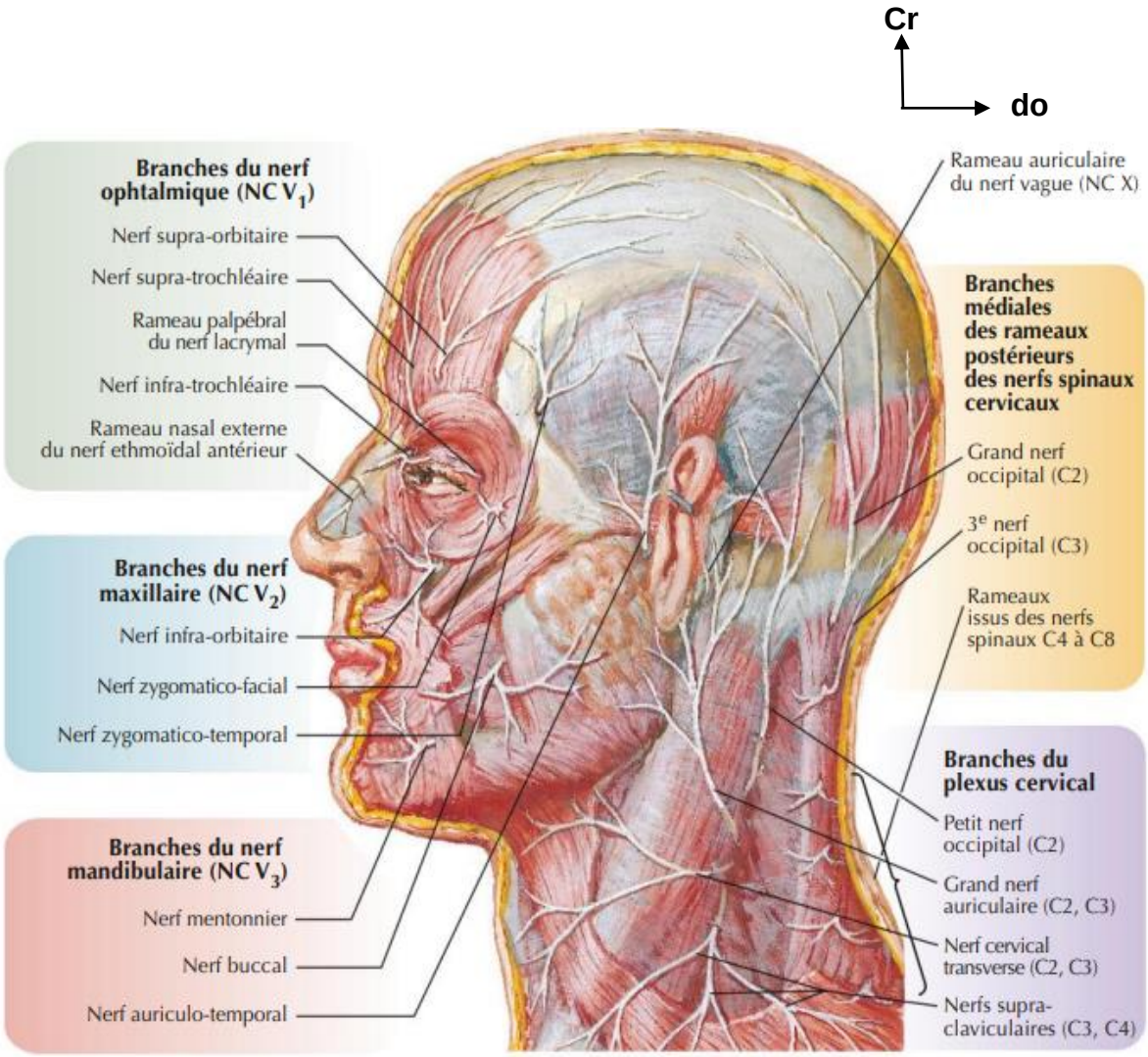


Figure 12 : Innervation de la tête et du cou (vue latérale); extrait de : Atlas d'anatomie humaine de F. Netter **[19]**

1.4 Facteurs de cancérogenèse ORL

Il existe plusieurs facteurs de cancérogenèse associés à la survenue des cancers de la tête et du cou. Les facteurs de risque les plus fréquents sont l'alcool et le tabac, ils sont retrouvés dans 72 % des cas **[9]**. Il existe cependant d'autres facteurs de cancérogenèse, il s'agit notamment des facteurs infectieux, des facteurs professionnels, des facteurs nutritionnels et des facteurs génétiques.

1.4.1 L'alcool

L'alcool est souvent considéré comme un simple agent co-carcinogène, «potentialisateur» de l'effet du tabac. Il ne faut pas pour autant sous-estimer l'effet propre de l'alcool. Depuis 1988, le CIRC reconnaît ce dernier comme un facteur de risque pour les cancers de la cavité buccale, de l'oropharynx, de l'hypopharynx et du larynx. L'impact de ce facteur semble être particulièrement prononcé pour les localisations oropharyngées et hypopharyngées.

Les formes différenciées de carcinome nasopharyngé semblent également favorisées par l'alcool, ce qui n'est pas le cas pour les formes indifférenciées.

La quantité d'alcool consommée a une incidence sur le risque de développer un cancer ORL. Le risque relatif de développer un cancer de la cavité buccale, de l'oro- ou de l'hypopharynx est de 1,21 pour les patients buvant moins d'un (01) verre par jour, et de 5,24 pour ceux consommant plus de quatre (04) verres par jour. Cependant, mettre fin à une consommation d'alcool inappropriée permet une diminution du risque de développer un cancer ORL, bien que cette réduction soit observée après une période prolongée. En effet, un arrêt d'au moins 20 ans paraît nécessaire. Ceci semble, cependant, variable en fonction du site anatomique **[21]**.

1.4.2 Le tabac

La consommation de tabac est le principal risque de cancer en France. On décompte environ 37000 décès par cancers imputables au tabac en 2006 **[9]**. Les produits du tabac sont impliqués dans la génération de plusieurs types de cancer, notamment le cancer du poumon, de l'œsophage, de la vessie et du pancréas, ainsi que de nombreux cancers cardiovasculaires et maladies respiratoires. Plus précisément les produits du tabac sont impliqués dans les tumeurs de la cavité buccale, du nasopharynx, de l'oropharynx, de l'hypopharynx et du larynx **[22]**.

L'alcool augmente de manière synergique le risque de développer un cancer des VADS conféré par le tabagisme. Environ 90 % des patients atteints de cancer de la tête et du cou ont des antécédents de consommation du tabac. En ce qui concerne les fumeurs de tabac, ils ont quatre à cinq fois plus de chances de développer un cancer de la cavité buccale, de l'oropharynx et de l'hypopharynx, et 10 fois plus de chance de développer un cancer du larynx. Les effets cancérigènes du tabac sont dose-dépendantes, et sont donc étroitement lié à la fréquence, la durée et l'intensité du tabagisme.

À l'inverse, l'arrêt du tabac peut réduire le risque de cancer, avec des preuves que le risque diminue avec l'augmentation du temps écoulé depuis l'arrêt du tabac.

La consommation de tabac sans le fumer, comme le tabac à priser ou à chiquer, est également un facteur de risque important de cancer des VADS, en particulier pour les cancers de la cavité buccale. On estime à 80 % l'augmentation de risque de cancer de la cavité buccale pour les personnes qui ont déjà consommé du tabac sans le fumer, avec un risque multiplié par quatre chez les personnes qui ont consommé du tabac sans le fumer pendant au moins 10 ans comparé aux individus qui n'ont jamais consommé du tabac **[23]**. L'association alcool-tabac est particulièrement toxique, avec un effet multiplicateur des toxicités **[21]**.

1.4.3 Les facteurs infectieux

Plusieurs études ont retrouvé certains facteurs infectieux comme facteurs de cancérogenèse de la tête et du cou. Il s'agit notamment de l'infection au Human PapillomaVirus (HPV), le Epstein-Barr Virus(EBV), au Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) **[24-27]**.

1.4.3.1 Le human papillomavirus

On constate actuellement une augmentation des cancers de l'oropharynx dus au papillomavirus humain oncogène. Le papillomavirus humain est présent dans 46,5 %

des carcinomes épidermoïdes oropharyngés et dans 10,5 % de ceux de la cavité buccale. Aux États-Unis, la prévalence des cancers oropharyngés associés au papillomavirus humain est passée de 21 % avant les années 1990 à 65 %.

Comme pour les cancers du col de l'utérus, une relation entre l'activité sexuelle et le risque de survenue d'un cancer des voies aérodigestives supérieures lié au papillomavirus humain a été démontrée. Ce risque comprend l'âge du premier rapport, le nombre de partenaires sexuels, la pratique de rapports orogénitaux. À ce jour, plus de 120 types de papillomavirus humain ont été identifiés, mais seuls quelques-uns ont un potentiel oncogénique élevé, le papillomavirus humain 16 surtout et, à un moindre degré, les 18, 31 et 33. Pour être pathogène, le génome viral doit être intégré dans celui de la cellule tumorale, puis transcrit. Dans les cancers des voies aérodigestives supérieures, la présence du papillomavirus humain est associée à une meilleure radio- et chimiosensibilité et est de plus en plus considérée comme un facteur de pronostic favorable en termes de survie. La particularité des cancers liés au papillomavirus humain est qu'il existe un vaccin qui est actuellement recommandé pour les jeunes filles en prévention du cancer du col de l'utérus **[24]**.

1.4.3.2 L'epstein-barr virus

L'EBV, un virus largement répandu, il touche plus de 90 % de la population adulte mondiale et est lié à diverses affections malignes, telles que la maladie de Hodgkin, le lymphome de Burkitt et le lymphome à cellules B. Au niveau de la tête et du cou, l'établissement d'une infection latente transformante à EBV et les modifications génétiques virales potentielles qui se produisent dans les cellules épithéliales infectées peuvent contribuer au développement, à la croissance et aux capacités invasives du carcinome du nasopharynx.

L'analyse de l'ADN plasmatique de l'EBV s'est avérée utile pour détecter les carcinomes du nasopharynx précoces chez les individus lorsqu'il n'y a pas de

suspicion clinique de tumeur **[25]**. Le carcinome nasopharyngé associé au virus d'Epstein-Barr (EBV) est le cancer le plus métastatique de la tête et du cou avec la prévalence la plus élevée dans le sud de la Chine et en Asie du Sud-Est **[26]**.

1.4.3.3 Le virus de l'immunodéficience humaine

Le risque de développer un cancer est globalement élevé chez les personnes infectées par le VIH en raison des caractéristiques comportementales et biologiques, d'une immunodéficience et d'une inflammation potentiellement chronique. Des études d'appariement des registres du Sida et du cancer ont révélé que les rapports d'incidence standardisés pour les cancers de la tête et du cou sont entre 1,5 et 4 fois plus élevés chez les personnes infectées par le VIH par rapport à la population générale **[27]**.

1.4.4 Les facteurs professionnels

L'INHANCE (International Head And Neck Cancer Epidemiology consortium) a étudié les risques liés aux facteurs professionnels et à la survenue de cancer de la tête et du cou, et a montré une augmentation du risque surtout en rapport avec une durée d'emploi longue pour de nombreuses professions. Le cancer du larynx a présenté le taux le plus élevé et le plus constant.

Les professions fortement à risques de développer un cancer des VADS sont :

- les serveurs (OR 1,45) ; ce qui pourrait s'expliquer par l'exposition au tabagisme passif, à la fois la fumée principale et la fumée secondaire. Les carcinogènes du tabagisme involontaire sont métabolisés par les fumeurs passifs et augmentent le risque de cancer de la tête et du cou ;
- les travailleurs de la production et assimilés, y compris les bouchers et charcutiers (OR 1,78). Cela pourrait s'expliquer par leur exposition à des agents viraux, des nitrosamines ou des hydrocarbures aromatiques polycycliques ;

- les professions impliquant la manutention et la production textile ; les tricoteurs (OR 3,04), les peintres (OR 1,82). Les mécanismes impliqués dans le processus peuvent être une irritation chronique de la muqueuse par des poussières textiles, une exposition à des composés de nickel, des composés de cadmium, des composés de chrome, des huiles lubrifiantes, de l'acrylonitrile et de l'amiante ;
- les professions impliquant une manipulation de métaux dont les métallurgistes (OR 1.43); les plombiers (OR 1.63) ; les soudeurs (OR 1,51). Cela pourrait s'expliquer par leur exposition à l'amiante, à la silice, aux fumées de soudage par inhalation et ingestion. Le mécanisme serait l'induction d'une inflammation chronique.

Les expositions professionnelles ont un rôle significatif dans la survenue de cancer de la tête et du cou **[28]**.

1.4.5 Les facteurs nutritionnels

Une étude de grande taille réalisée par l'INHANCE a étudié les associations entre l'alimentation et les cancers des VADS. Cette étude a noté une association inversement proportionnelle plutôt forte entre la consommation de fruits et légumes et le risque de développer un cancer de la tête et du cou. Cette étude était principalement basée sur des données américaines et européennes.

Des études récentes réalisées au Taïwan et au Brésil ont également démontré un risque réduit associé à la consommation de fruits et légumes.

L'étude INHANCE a rapporté que la consommation de viande rouge et de viande transformée était associée à un risque élevé de cancer de la tête et du cou.

L'apport en vitamine C, en vitamine E et en caroténoïdes sont associés à une réduction du risque de cancers du pharynx et du larynx **[28]**.

1.4.6 Les facteurs génétiques

Aux États-Unis, dans l'ensemble les cancers des VADS sont environ deux à trois fois plus fréquents chez les hommes que chez les femmes, bien que ce ratio varie selon la situation géographique. Les hommes dans la plupart des pays du monde ont un risque deux à cinq fois plus élevé de développer un cancer de la tête et du cou que les femmes. Cette différence est probablement liée aux taux plus élevés de toxicomanie, en particulier de tabagisme chez les hommes que chez les femmes.

Le risque de cancer de la tête et du cou augmente également avec l'âge, l'âge médian du diagnostic se situant entre la fin de la sixième et de la septième décennie de vie.

Aux États-Unis, l'incidence des cancers des VADS chez les Noirs diminue depuis les années 1990 et est actuellement inférieur à celui des Blancs. Ce changement s'explique en partie par l'incidence croissante des infections aux HPV chez les Blancs, ce qui n'a pas été observé chez les Noirs **[23]**.

1.5 Types histologiques

Plusieurs types histologiques sont retrouvés dans les cancers ORL, nous avons notamment les carcinomes, les lymphomes, les sarcomes, les mélanomes **[29-31]**.

1.5.1 Les carcinomes

1.5.1.1 Le carcinome épidermoïde

Le carcinome épidermoïde est le type histologique fréquemment retrouvé **[29-31]**.

Cependant, il existe de nombreuses variations histologiques, certaines pouvant présenter un pronostic différent par rapport aux carcinomes épidermoïdes classiques **[32]**. Les carcinomes épidermoïdes de la tête et du cou se développent à partir de l'épithélium muqueux de la cavité buccale, du pharynx et du larynx.

Généralement, l'apparition du carcinome épidermoïde a été corrélée à l'exposition aux agents cancérigènes dérivés du tabac, à la consommation excessive d'alcool ou

aux deux.

Les carcinomes épidermoïdes de la cavité buccale et du larynx sont maintenant collectivement appelés carcinomes épidermoïdes de la tête et du cou à HPV négatifs. Aucune stratégie de dépistage ne s'est avérée efficace et un examen physique minutieux demeure la principale approche de détection précoce. Bien qu'une partie des lésions précancéreuses orales, qui se présentent sous forme de leucoplasie ou d'érythroplasie, évoluent vers un cancer invasif, la consommation de tabac est le principal facteur de risque de développement du carcinome épidermoïde de la tête et du cou à HPV négatif.

Histologiquement, la progression vers le cancer invasif suit une série ordonnée d'étapes commençant par une hyperplasie des cellules épithéliales, suivie d'une dysplasie (légère, modérée et sévère), d'un carcinome in situ et, finalement d'un carcinome invasif. Cependant, il convient de noter que la plupart des patients diagnostiqués avec un carcinome épidermoïde n'ont pas d'antécédents de lésion pré-maligne **[33]**.

1.5.1.2 Carcinomes épidermoïdes à HPV+

Le carcinome épidermoïde non kératinisant HPV+ de l'oropharynx apparaît comme une nouvelle entité dans la classification de l'OMS 2017 des tumeurs de la tête et du cou **[34]**.

L'infection par le HPV est un facteur de risque de plus en plus courant pour les carcinomes épidermoïdes de la tête et du cou. L'infection par le HPV est associée à la plupart des cancers de l'oropharynx dans plus de 70 % et à une petite minorité de cancers sur d'autres sites anatomiques de la tête et du cou. Le carcinome épidermoïde à HPV positif présente des différences distinctes par rapport au carcinome épidermoïde à HPV négatif dans l'expression des gènes et les profils

mutationnels et immunitaires, soulignant la biologie unique de cette maladie. L'infection par le HPV est un événement précoce dans le carcinome épidermoïde à HPV positif, et la plupart de ces cancers proviennent de cryptes profondes dans les amygdales palatines et linguales **[33]**.

Les patients porteurs d'un carcinome oropharyngé HPV+ sont typiquement des hommes blancs, de niveau socioéconomique élevé. L'âge médian est de 50–56 ans, avec un sexratio homme/femme de 4/1. Dans les cancers amygdaliens, la présence d'un HPV à haut risque est détectée dans 50 à 70 % des cas.

L'implication de l'HPV est reconnue et doit être recherchée dans les carcinomes oropharyngés car la présence du virus est associée à un meilleur pronostic et doit être considérée pour la discussion du projet thérapeutique **[34]**.

1.5.1.3 Adénocarcinome

L'adénocarcinome polymorphe de bas grade (APBG) est une tumeur épithéliale carcinomateuse localisée principalement au niveau du palais ou des lèvres. La faible spécificité clinique et le polymorphisme histologique de l'APBG rendent le diagnostic difficile **[35]**.

L'APBG a été décrit pour la première fois en 1983. Le sexe ratio est de deux femmes pour un homme **[36]**. L'APBG de la tête et du cou survient le plus souvent au cours des sixième et septième décennies de la vie. Il y a une prédilection pour les noirs parmi la population américaine **[37]**. Il est caractérisé histologiquement par un monomorphisme cellulaire **[38]**.

1.5.2 Les lymphomes

Le lymphome est une maladie du tissu lymphoïde, en particulier d'un organe : la « glande absorbante » qui deviendra « le ganglion lymphatique » **[39]**.

En 2008, l'Organisation mondiale de la santé a proposé un système de classification

des lymphomes qui distinguait six groupes : les néoplasmes lymphoïdes précurseurs, les néoplasmes à cellules B matures, les néoplasmes à cellules T et tueuses naturelles, le lymphome de Hodgkin, les troubles lymphoprolifératifs associés à l'immunodéficience et les néoplasmes à cellules histiocytaires et dendritiques **[40]**.

Les lymphomes, hodgkiniens et non hodgkiniens, représentent le troisième type de tumeur maligne le plus fréquent au niveau de la tête et du cou (12 %) après les carcinomes épidermoïdes (46 %) et les carcinomes thyroïdiens (33 %) **[41]**.

1.5.2.1 Les lymphomes non hodgkiniens

Le lymphome non hodgkinien (LNH) est responsable de 544 000 nouveaux cas et 260 000 décès à travers le monde en 2020. Le taux d'incidence est environ deux (02) fois plus élevés dans les pays développés que dans les pays en voie de développement. Les incidences les plus élevées sont retrouvées en Australie/Nouvelle-Zélande, Nord Amérique et Europe, avec Israël et la Slovénie au premier rang pour les hommes et les femmes, respectivement **[42]**.

Les LNH sont un groupe hétérogène de tumeurs malignes lymphoprolifératives qui sont beaucoup moins prévisibles que les lymphomes de Hodgkin et ont une bien plus grande prédilection à se propager aux localisations extranodales **[43]**. Environ 30 % des LNH présentent des manifestations extranodales hétérogènes dans des zones telles que les principales glandes salivaires, les sinus paranasaux, la mandibule, le maxillaire et l'anneau de Waldeyer (c'est-à-dire les amygdales, le pharynx et la base de la langue) **[44]**.

Les sous-types de LNH les plus courants dans les pays développés sont de loin le lymphome diffus à grandes cellules B à environ 30 % et le lymphome folliculaire à environ 20 %. Tous les autres sous-types de LNH dont les lymphomes à petites cellules B et de Burkitt ont une fréquence inférieure à 10 %. Le LNH est la sixième cause la plus fréquente de décès lié au cancer aux États-Unis après les cancers de

la prostate, du sein, du poumon, colorectal et de la vessie. L'adénopathie cervicale est la présentation la plus fréquente de la tête et du cou dans le LNH, caractérisée par de multiples ganglions indolores. Ces lésions sont moins dures que les nodules métastatiques et ne sont fixées ni à la peau ni aux plans profonds.

Le LNH présente un aspect histologique décrit comme nodulaire ou diffus. Dans le modèle nodulaire, les cellules néoplasiques ont tendance à s'agréger de telle manière que de grands amas de cellules sont visibles. Le schéma diffus est caractérisé par une distribution monotone de cellules sans aucun signe de nodularité ou de formation de centre germinatif, avec un effacement complet de l'architecture des ganglions lymphatiques **[43]**.

1.5.2.2 Les lymphomes hodgkiniens

Le lymphome hodgkinien (LH) est responsable de 83 000 nouveaux cas et 23 000 décès à travers le monde en 2020 **[42]**. Les LH impliquent fréquemment les ganglions lymphatiques du cou et du médiastin, alors que les sites extraganglionnaires ne représentent que 5% des LH. Les sujets atteints de LH présentent généralement une masse cervicale et/ou une odyno/dysphagie **[44]**.

1.5.3 Les sarcomes

Le sarcome des tissus mous est rare. Les localisations au niveau de la tête et du cou sont encore plus rares, agressif et hétérogène, avec 5 à 15 % des sarcomes et environ 1 % des tumeurs malignes de la tête et du cou chez l'adulte.

Il existe certains facteurs de risque connus. Des maladies génétiques telles que le syndrome de Li-Fraumeni ou la neurofibromatose de type 1 peuvent induire certains sarcomes; des anomalies génomiques, et notamment des translocations réciproques spécifiques, sont fréquemment rapportées à l'analyse moléculaire. L'irradiation est associée à une incidence élevée.

Les localisations les plus fréquentes sont les zones superficielles du cou et de la parotide, les sinus et cavités nasales et enfin les espaces viscéraux du cou (pharynx, larynx).

Il existe une cinquantaine de sous-types histologiques de sarcomes, classés par l'OMS **[45]**. Les sarcomes par ordre de fréquence sont : l'ostéosarcome, le rhabdomyosarcome, l'angiosarcome, le léiomyosarcome, la tumeur maligne de la gaine nerveuse périphérique, le chondrosarcome, le sarcome de Kaposi, le sarcome synovial et histiocytome fibreux malin **[46]**.

1.5.3.1 L'ostéosarcome

Les ostéosarcomes de la région de la tête et du cou ont une biologie unique et présentent un comportement clinique et une histoire naturelle distincts des ostéosarcomes du tronc et des membres.

Les ostéosarcomes sont des tumeurs osseuses malignes rares dont la plupart proviennent généralement de la métaphyse des os longs des membres. La région de la tête et du cou est un sous-site rare d'ostéosarcome, avec moins de 10 % de tous les cas d'ostéosarcome et 1 % de toutes les tumeurs malignes de la tête et du cou.

En comparaison avec l'ostéosarcome des membres, l'ostéosarcome de la tête et du cou a tendance à se produire dans la troisième ou la quatrième décennie de vie, a une propension moindre à métastaser aux sites pulmonaires et extra-pulmonaires.

Les localisations fréquentes sont la mandibule suivie du maxillaire et des sinus paranasaux **[47]**.

1.5.3.2 Le rhabdomyosarcome

Le rhabdomyosarcome (RMS) est une tumeur maligne du tissu mou dérivée du mésenchyme primitif embryonnaire qui se différencie en muscle squelettique strié et est un diagnostic différentiel rare dans les tumeurs de la tête et du cou. Le site de prédilection du RMS chez les patients de moins de 15 ans est la région de la tête et

du cou dans 35 à 40 % des cas, alors que chez les adultes, <1 % des RMS sont localisés dans la région de la tête et du cou.

La plupart des cas de RMS résultent de mutations, alors qu'il y a des cas qui sont associés à un syndrome de Beckwith-Wiedemann, un syndrome de Li-Fraumeni, un syndrome de Noonan ou un syndrome cardio-facio-cutané.

Il existe quatre sous-entités histologiques différentes du RMS : RMS embryonnaire, alvéolaire, anaplasique et mixte. Le sous-type embryonnaire est le plus fréquent chez les enfants (60 %) et comprend les sous-types de cellules botryoïdes et fusiformes. Le RMS alvéolaire représente environ 20 % du RMS chez les enfants. Le RMS anaplasique est aussi appelé RMS pléomorphe et est le plus souvent observée chez les adultes.

Les RMS de la tête et du cou sont classés en paraméningé, non parameningé et à localisation orbitaire non parameningé.

La localisation paraméningée comprend les sinus paranasaux, la cavité nasale, le nasopharynx, la base du crâne, le processus mastoïdien ainsi que la fosse infratemporale et ptérygopalatine, et l'oreille moyenne. En raison de leur localisation les RMS paraméningés sont susceptibles d'infiltrer le système nerveux central. Ils ont tendance à passer inaperçus et sont souvent asymptomatique aux stades précoces de la tumeur.

Les localisations non paraméningées représentent 9 à 16 % des patients atteints de RMS localisé et incluent tous les autres régions de la tête et du cou ainsi que l'orbite **[48]**.

1.5.3.3 Le sarcome de Kaposi

Le sarcome de Kaposi est une maladie angioproliférative rare. Il est décrit pour la première fois en 1872 par le dermatologue hongrois Moritz Kaposi comme un "sarcome pigmentaire multiple idiopathique".

Le sarcome de Kaposi a été classés en cinq (05) types cliniques distincts :

- le type classique, il est idiopathique, sporadique, principalement retrouvé chez les personnes âgées d'origine européenne, juive et méditerranéenne ;
- le type africain, il est endémique ;
- le type épidémique, il est retrouvé chez les patients atteints du syndrome d'immunodéficience acquise;
- le type iatrogène, il est associé à une immunosuppression chez les receveurs d'une greffe d'organe solide ;
- et le sarcome de Kaposi chez les hommes séronégatifs pour le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) qui ont eu des rapports sexuels anaux réceptifs avec des hommes **[49]**.

Avec environ 34 000 nouveaux cas et 15 000 décès en 2020 selon le GLOBOCAN (Global Cancer incidence, mortality and prevalence) 2020, le sarcome de Kaposi est un cancer relativement rare dans le monde mais endémique dans plusieurs pays du sud et de l'est de l'Afrique et est la principale cause d'incidence du cancer et de mortalité chez les hommes en 2020 au Mozambique et en Ouganda; les taux sont les plus élevés au monde en Mozambique pour les hommes et en Zambie pour les femmes **[42]**.

1.5.4 Les mélanomes

Le mélanome muqueux de la tête et du cou est une tumeur maligne très rare, il constitue moins de 1 % de tous les mélanomes. C'est une tumeur agressive avec un pronostic mauvais. Les taux de survie à un, trois et cinq ans entre 2000 et 2007 étaient respectivement de 63%, 30% et 20%.

En 2013, on estimait que moins de 850 nouveaux cas diagnostiqués se produisaient en Europe, avec un taux d'incidence annuel de 1,5 par million. L'incidence est

légèrement mais significativement plus élevée chez les femmes que chez les hommes, l'incidence est de 1,2 contre 1,0 par million. La maladie est inhabituelle chez les personnes de moins de 65 ans ; chez les plus de 65 ans, le taux est de 6,3 par million.

La cavité nasale, les sinus paranasaux et la cavité buccale sont les localisations les plus fréquentes. Le tabagisme semble être un facteur de risque même si les preuves en sont très faibles.

Les signes cliniques et les symptômes sont généralement non spécifiques et varient selon la localisation. Alors que la chirurgie est considérée comme le pilier du traitement de la plupart des mélanomes muqueux de la région de la tête et du cou, la radiothérapie joue un rôle dans le contrôle local de la maladie après la chirurgie.

De nombreuses nouvelles options de traitement au cours des dernières années, en particulier les thérapies ciblées et les immunothérapies, ont changé l'histoire du mélanome cutané. Malgré une biologie différente, le mélanome muqueux est actuellement traité de la même manière que le mélanome cutané **[50]**.

1.6 Cancérogenèse

La cancérogenèse, encore appelée carcinogenèse ou oncogenèse est l'ensemble des mécanismes qui conduisent à la transformation de cellules normales en cellules cancéreuses.

Le cancer se développe en fonction de l'âge, de l'environnement, de l'alimentation et du patrimoine génétique. À partir de la sixième décennie de vie, le risque de développer un cancer est accru de façon exponentielle.

On estime que 5 % des cancers sont causées par des virus, 5 % par des radiations, et les 90 % restants par des produits chimiques. Parmi ceux-ci, on estime que 30% sont causés par la consommation du tabac et le reste par des produits chimiques

associés avec l'alimentation, le mode de vie et l'environnement.

Selon l'Agence Internationale de Recherche sur le Cancer, il y a plus de 100 agents cancérigènes humains connus. Il est encore admis aujourd'hui que le cancer prend naissance dans une seule cellule et se développe à travers une prolifération multi clonale de ladite cellule. Cependant, la recherche d'une théorie complète de la cancérogénèse n'a pas eu lieu **[51]**.

Le développement d'un cancer se déroule sur une période de temps qui peut être assez longue, de plusieurs années à plusieurs dizaines d'années. Cependant, le développement et l'évolution clinique sont très variables selon le type de cancer. Cela va dépendre de l'organe d'origine, du type histologique et des caractéristiques phénotypiques de la tumeur. Le cancer peut être très agressive ou au contraire, plutôt indolente.

La carcinogenèse est un processus multi-étapes. L'étude de cellules d'origine humaine ou murine, cultivées in vitro, a permis de définir la notion d'immortalisation cellulaire qui correspond à une cellule qui est capable de proliférer in vitro indéfiniment, du fait de l'absence de sénescence réplicative ; et la notion de transformation cellulaire correspondant à une cellule immortalisée, ayant perdu l'inhibition de contact, capable de proliférer sans ancrage.

Les cellules cancéreuses sont porteuses d'anomalies génétiques multiples, accumulées au cours des divisions cellulaires. Le taux de mutation est variable selon le type de cancer. Il est très élevé dans les cancers associés à une exposition carcinogène.

Il existe parfois une altération génétique constitutionnelle, héritée de l'un des deux parents, présente dans toutes les cellules de l'individu et prédisposant l'individu au développement de certains types de cancers.

Dans la plupart des cas, les anomalies génétiques observées dans les cellules

cancéreuses ont été acquises. Il s'agit de variations somatiques, qui sont survenues au cours de la vie de l'individu et se sont accumulées au cours des divisions cellulaires. On parle ici de génétique somatique par opposition à la génétique constitutionnelle. Ces mutations peuvent avoir un intérêt diagnostique, pronostique, ou théranostique, c'est-à-dire permettant de prédire la réponse à un traitement. L'étude de modèles expérimentaux, cellulaires et animaux, a permis de définir trois étapes clés dans le développement d'un cancer :

- l'initiation : lésion rapide, irréversible et transmissible de l'ADN, induite par un facteur carcinogène. Il peut s'agir d'un facteur physique : radiations UV, radiations ionisantes ; d'un facteur chimique : hydrocarbures aromatiques polycycliques, métaux lourds, amines aromatiques ; d'un facteur viral : infection par HBV, EBV, HPV ;
- la promotion : exposition prolongée, répétée ou continue à une substance qui entretient et stabilise la lésion initiée. Il s'agit des stimuli mitogènes ; à savoir les cytokines, les facteurs de croissance, les hormones. La promotion aboutit à l'expansion clonale des cellules pré-tumorales ;
- la progression : caractérisée par l'acquisition des capacités de prolifération/survie cellulaire, de résistance à l'apoptose, d'immortalisation, l'acquisition des capacités d'invasion locale et de dissémination à distance **[8]**.

1.7 Epidémiologie des cancers ORL

A l'aide des estimations GLOBOCAN 2020 de l'incidence et de la mortalité par cancer produites par le CIRC, il est estimé dans le monde, environ 02 millions de nouveaux cas de cancer ORL et environ 01 million de nouveaux décès pour l'année 2020 **[42]**. Les cancers des VADS sont des cancers fréquents, ils constituent le quatrième cancer (4^{e}) chez l'homme, et 10 % des cancers en France. Avec une incidence en

France de 16 000 nouveaux cas et un nombre de décès de 5 406, les cancers des VADS représentent la cinquième (5e) cause de décès chez l'homme en 2005. Il existe aussi de fortes inégalités sociales de mortalité. En 2011, l'incidence est estimée à 13 930 nouveaux cas de cancers de la lèvre, de la cavité orale, du pharynx et du larynx. Ils touchent le sujet de sexe masculin dans 80 % des cas. Le taux d'incidence a toutefois été réduit chez l'homme depuis 1980, mais il a été doublé chez la femme pendant la même période **[9]**.

Aux Etats-Unis, les cancers de la tête et du cou constituent le neuvième cancer le plus courant **[23]**. Les cancers de la tête et du cou sont principalement une maladie des pays en développement. Ils représentent 67 % des cancers de la tête et du cou mondiaux et 82 % des décès liés à ceux-ci **[52]**.

En Afrique subsaharienne, plusieurs études ont été menées dont celles de Djomou et al. en 2021 au Cameroun, de Amana et al. au Togo en 2016, de Randriamanovontsoa et al. à Madagascar en 2015.

Au Cameroun, la prévalence annuelle est de 0,25% **[29]**. Au Togo, les cancers ORL et CMF constituaient 0,48% des consultations et 15,3% de l'ensemble des tumeurs ORL et CMF **[6]**. Au Madagascar, les cancers ORL représentent 2,29% de tous les cancers **[30]**.

Au Bénin, les cancers de la tête et du cou représentent 48,8% de l'ensemble des tumeurs de la tête et du cou histologiquement confirmées, avec une incidence annuelle de 49,7 cas par an **[31]**.

1.8 Diagnostic des cancers ORL

1.8.1 Diagnostic positif

Les cancers de la tête et du cou sont nombreux et polymorphes. Ils peuvent donc se présenter de diverses manières en fonction de leurs localisations.

1.8.1.1 Les cancers des oreilles

i. Signes évocateurs

- Altération de l'état général et/ou amaigrissement chez un patient à risque ;
- Signes otologiques : il s'agit de la dysfonction tubaire, d'une oreille bouchée, d'hypoacousie, d'otalgie chronique, d'otorrhée chronique, d'une surdité ;
- Signes neurologiques : il s'agit de la paralysie faciale, d'un acouphène, de trouble de l'équilibration ;
- Adénopathie cervicale isolée **[55]**.

ii. Diagnostic de certitude

Il repose sur l'examen histologique des pièces de biopsies réalisées sous endoscopie en fonction que la localisation soit profonde ou non **[8]**.

iii. Bilan d'extension

Il regroupe la tomodensitométrie cervico-thoracique avec injection de produit de contraste, la tomographie par émission de positons (TEP) : elle est indiquée devant un ganglion métastatique d'un cancer primitif inconnu ou en cas de maladie à haut risque métastatique **[8]**.

1.8.1.2 Les cancers du nez et des sinus

i. Facteurs de risques

L'inhalation de certaines substances dans le milieu professionnel comme la poussière de bois, les fibres textiles, le nickel, le chrome, les solvants divers **[8]**…

ii. Signes évocateurs

- Altération de l'état général et/ou amaigrissement chez un patient à risque ;
- Signes rhinologiques : obstruction nasale, rhinorrhée, épistaxis, anosmie ;
- Signes otologiques : dysfonction tubaire, oreille bouchée, hypoacousie, otalgie réflexe ;
- Signes neurologiques : diplopie, acouphènes, névralgie du trijumeau, syndrome frontal, douleur ;

- Signes ophtalmologiques : paralysie oculomotrice, exophtalmie ;
- Adénopathie cervicale isolée **[8]**.

iii. Diagnostic de certitude

Il repose sur l'examen histologique des pièces de biopsies réalisées sous endoscopie **[8]**.

iv. Bilan d'extension

Il regroupe la tomodensitométrie cervico-thoracique avec injection de produit de contraste, la tomographie par émission de positons (TEP) : elle est indiquée devant un ganglion métastatique d'un cancer primitif inconnu ou en cas de maladie à haut risque métastatique **[8]**.

1.8.1.3 Les cancers de la cavité buccale

i. Facteurs de risques

- Notion d'alcoolisme ;
- Notion de tabagisme ;
- Mauvaise hygiène bucco-dentaire **[8]**.

ii. Signes évocateurs

- Altération de l'état général et/ou amaigrissement chez un patient à risque ;
- Ulcérations de la cavité buccale, infiltrée, souvent indolore ;
- Tuméfaction ;
- Trouble de la mobilité linguale ;
- Otalgie réflexe ;
- Mobilité dentaire ou instabilité prothétique ;
- Gingivorragie ;
- Dysphagie ;
- Odynophagie ;
- Anesthésie du V3 ;

- Adénopathie cervicale isolée **[8]**.

iii. Diagnostic de certitude

Il repose sur l'examen histologique des pièces de biopsies réalisées **[8]**.

iv. Bilan d'extension

Il regroupe la tomodensitométrie cervico-thoracique avec injection de produit de contraste, l'IRM cervico-thoracique, la tomographie par émission de positons (TEP) : elle est indiquée devant un ganglion métastatique d'un cancer primitif inconnu ou en cas de maladie à haut risque métastatique **[8]**.

1.8.1.4 Les cancers du cavum

i. Facteurs de risques

- Infection à EBV ;
- Notion de tabagisme **[8]**.

ii. Signes évocateurs

- Signes rhinologiques : obstruction nasale, rhinorrhée, épistaxis ;
- Signes otologiques : dysfonction tubaire, oreille bouchée, hypoacousie, otalgie réflexe ;
- Signes neurologiques : diplopie, acouphènes, névralgie du trijumeau ;
- Altération de l'état général et/ou amaigrissement chez un patient à risque ;
- Adénopathie cervicale isolée ;
- Douleur **[8]**.

iii. Diagnostic de certitude

Il repose sur l'examen histologique des pièces de biopsies réalisées sous endoscopie **[8]**.

iv. Bilan d'extension

Il regroupe la tomodensitométrie cervico-thoracique avec injection de produit de contraste, l'IRM cervico-thoracique, la tomographie par émission de positons (TEP) :

elle est indiquée devant un ganglion métastatique d'un cancer primitif inconnu ou en cas de maladie à haut risque métastatique **[8]**.

v. Classification des cancers du cavum selon l'OMS

Trois (03) types :

- Type I : carcinome malpighien kératinisant ;
- Type II : carcinome malpighien non kératinisant ;
- Type III : carcinomes indifférenciés de type nasopharyngé (UCNT) **[8]**.

1.8.1.5 Les cancers de l'oropharynx

i. Facteurs de risque

- Notion d'alcoolisme ;
- Notion de tabagisme ;
- Une infection à HPV **[8]**.

ii. Signes évocateurs

- Altération de l'état général et/ou amaigrissement chez un patient à risque ;
- Ulcérations de la cavité buccale, infiltrée, souvent indolore ;
- Tuméfaction ;
- Trouble de la mobilité linguale ;
- Otalgie réflexe ;
- Mobilité dentaire ou instabilité prothétique ;
- Gingivorragie ;
- Dysphagie ;
- Odynophagie ;
- Anesthésie du V3 ;
- Adénopathie cervicale isolée **[8]**.

iii. Diagnostic de certitude

Il repose sur l'examen histologique des pièces de biopsies réalisées sous endoscopie. Il existe deux entités distinctes ; les cancers de l'oropharynx HPV + et ceux HPV - **[8]**.

iv. Bilan d'extension

Il regroupe la tomodensitométrie cervico-thoracique avec injection de produit de contraste, l'IRM cervico-thoracique, la tomographie par émission de positons (TEP) : elle est indiquée devant un ganglion métastatique d'un cancer primitif inconnu ou en cas de maladie à haut risque métastatique **[8]**.

1.8.1.6 Les cancers de l'hypopharynx

i. Facteurs de risques

- Notion d'alcoolisme ;
- Notion de tabagisme **[8]**.

ii. Signes évocateurs

- Dysphagie ;
- Otalgie réflexe ;
- Dysphonie ;
- Douleur ;
- Altération de l'état général et/ou amaigrissement chez un patient à risque ;
- Adénopathie cervicale isolée **[8]**.

iii. Diagnostic de certitude

Il repose sur l'examen histologique des pièces de biopsies réalisées sous endoscopie **[8]**.

iv. Bilan d'extension

Il regroupe la tomodensitométrie cervico-thoracique avec injection de produit de contraste, la tomographie par émission de positons (TEP) : elle est indiquée devant

un ganglion métastatique d'un cancer primitif inconnu ou en cas de maladie à haut risque métastatique **[8]**.

1.8.1.7 Les cancers du larynx

i. Facteurs de risques

- Notion d'alcoolisme ;
- Notion de tabagisme **[8]**.

ii. Signes évocateurs

- Altération de l'état général et/ou amaigrissement chez un patient à risque ;
- Dysphonie ;
- Dysphagie ;
- Dyspnée ;
- Adénopathie cervicale isolée ;
- Douleur ;
- Otalgie réflexe **[8]**.

iii. Diagnostic de certitude

Il repose sur l'examen histologique des pièces de biopsies réalisées sous endoscopie **[8]**.

iv. Bilan d'extension

Il regroupe la tomodensitométrie cervico-thoracique avec injection de produit de contraste, la tomographie par émission de positons (TEP) : elle est indiquée devant un ganglion métastatique d'un cancer primitif inconnu ou en cas de maladie à haut risque métastatique **[8]**.

1.8.2 Diagnostic différentiel

Les cancers des VADS sont souvent pauci-symptomatiques et les symptômes dépendent de la topographie tumorale. Le diagnostic différentiel est établi avant la biopsie et dépend de la symptomatologie présentée par le cancer **[8]**.

1.8.3 Diagnostic étiologique

Les cancers ORL n'ont pas d'étiologie proprement dites mais des facteurs de risques **[8]**.

1.8.3.1 Les facteurs favorisants

Il s'agit du mode de vie.

- L'alcool : la quantité d'alcool consommée a une incidence sur le risque de développer un cancer ORL **[21]**.
- Le tabac : environ 90 % des patients atteints de cancer de la tête et du cou ont des antécédents de consommation du tabac **[23]**.

1.8.3.2 Les facteurs professionnels

Les professions fortement à risques de développer un cancer des VADS du fait des différentes expositions dues à leur profession sont les cuisiniers, les serveurs, les nettoyeurs, les bouchers et charcutiers, les tricoteurs, les peintres, les métallurgistes, les plombiers, les soudeurs **[28]**.

1.8.3.3 Les facteurs nutritionnels

La consommation de viande rouge et de viande transformée a été associée à risque élevé de cancer de la tête et du cou **[28]**.

1.8.3.4 Les facteurs génétiques

Il regroupe :

- le sexe : dans l'ensemble les cancers des VADS sont environ deux à trois fois plus fréquents chez les hommes que chez les femmes, bien que ce ratio varie selon la situation géographique.
- l'âge : le risque de cancer de la tête et du cou augmente avec l'âge, l'âge médian du diagnostic se situant entre la fin de la sixième et de la septième décennie de vie **[23]**.

1.8.3.5 Les facteurs déterminants

Il s'agit notamment d'infection virale aux virus suivant : le Human PapillomaVirus (HPV), le Epstein-Barr Virus(EBV), le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) **[24-27]**.

1.9 Traitement des cancers ORL

1.9.1 But

- Soulager le patient ;
- Ralentir le développement de la tumeur ou des métastases ;
- Supprimer la tumeur, les ganglions atteints ou les métastases ;
- Réduire le risque de récidive, c'est-à-dire la réapparition d'une lésion cancéreuse au même endroit ou dans une autre région du corps ;
- Prévenir et traiter les symptômes et les complications engendrés par la maladie et/ou les traitements afin de maintenir la meilleure qualité de vie possible **[54]**.

1.9.2 Moyens

1.9.2.1 Moyens médicaux

i. Médicamenteux

- Spécifiques
  - Antimitotiques : les sels de platine (le cisplatine, carboplatine), le 5-FU (fluoro-uracile), les taxanes (le placitaxel, le docétaxel), le cyclophosphamide, l'hydroxyadriamycine, la vincristine. Protocole TPF (Docétaxel + Cisplatine + 5-fluoro-uracile), protocole CHOP (Cyclophosphamide + Hydroxyadriamycine + Oncovin® + Prednisone) ;
  - Anticorps monoclonal : le cétuximab.
- Symptomatiques

- Solutés de réhydratation : sérum physiologique (sérum salé 0,9%, ringer lactate) ; sérum glucosé 5%, 10%, 30%.
- Antalgiques :
  - palier I : Paracétamol (EFFERALGAN® ou DOLIPRANE®), à raison de 15 mg/kg/6h sans dépasser 60 mg/jour ;
  - palier II : Paracétamol codéiné (CODOLIPRANE®) ou Tramadol/Paracétamol (TRAMADIS®), à raison de 1-2 comprimés toutes les 04-06h sans dépasser 400 mg/jour s'il y a douleur ;
  - palier III : Morphine (SKENAN LP®), à raison de 01 mg/kg/jour.
- Antibiotiques :
  - Oxacilline (Cloxacilline, Oxapen) à raison de 100-200mg/kg/jour pendant 10 jours ;
  - Amoxicilline + acide clavulanique (Aclav à raison de 80 mg/kg/jour pendant 10 jours ;
  - Céphalosporines de 1re génération (Alfatil®, Cefacidal®) à raison de 50 mg/kg/jour en 02 prises pendant 10 jours ;
  - Céphalosporines de 2ème génération (Zinnat®) à raison de 30 mg/kg/jour en 02 prises pendant 10 jours ;
  - Céphalosporines de 3ème génération (Oroken®, Rocéphine®) à raison de 08 mg/kg/jour en 02 prises pendant 10 jours ;
  - Macrolides en cas d'allergie aux pénicillines ;
  - Pristinamycine ;
  - Fluoroquinolones 500 mg, à raison de 02 fois/jour pendant 10-15 jours.
- Anti-inflammatoire non stéroïdien : Ibuprofène, à raison de 20-30 mg/kg/jour en 03-04 prises au milieu des repas pendant 05 jours en moyenne.

- Anti-inflammatoire stéroïdien : Corticoïdes (Cortancyl®, Solupred®) à raison de 01 mg/kg en prise unique pendant 03-06 jours.
- Produits sanguins et dérivés :
  - Culot globulaire à raison de 10cc/kg ;
  - Sang total à raison de 20cc/kg ;
  - Plasma frais congelé à raison de 15cc/kg.
- Oxygénothérapie **[54, 55].**

ii. Non médicamenteux

- Conseils hygiéno-diététiques ;
- Sevrage tabagique ;
- Nutrition entérale par pose de sonde ;
- Nutrition parentérale ;
- Kinésithérapie **[54]**.

1.9.2.2 Moyens chirurgicaux

En général, la chirurgie concerne le site primitif et les aires ganglionnaires cervicales.

L'utilisation de lambeaux de recouvrement est possible **[8]**. Il existe divers moyens :

- la pharyngectomie partielle qui consiste en l'ablation d'une partie du pharynx.
- la laryngectomie totale qui est l'ablation de la totalité du larynx, les cordes vocales comprises.
- la glossectomie qui correspond à l'exérèse d'une partie ou de toute la langue.
- la chirurgie réparatrice. Elle vise à limiter les séquelles fonctionnelles et esthétiques. Il s'agit de prélever des tissus d'une autre partie du corps et de les greffer dans la zone à reconstruire.
- la gastrostomie qui est moyen chirurgical palliatif.
- la trachéotomie transitoire ou définitive **[54]**.

1.9.2.3 Radiothérapie

La radiothérapie peut cibler la tumeur, le lit tumoral et/ou les chaînes ganglionnaires du cou. Elle peut être utilisée seule ou en association avec une chimiothérapie classique ou une thérapie ciblée et/ou la chirurgie; dans ce cas, elle a pour but d'augmenter l'efficacité du traitement ou de diminuer les séquelles fonctionnelles.

La radiothérapie est parfois utilisée pour traiter certains symptômes engendrés par la maladie comme, par exemple la douleur liée aux métastases osseuses **[54]**.

1.9.3 Indications

Le choix du traitement le mieux adapté est décidé en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) et dépend des caractéristiques du cancer dont le patient est atteint, il s'agit :

- de l'organe concerné ;
- de la localisation tumorale sur l'organe en cause ;
- du type histologique c'est-à-dire le type de cellules impliquées ;
- du grade du cancer, c'est-à-dire son degré d'agressivité ;
- du stade, c'est-à-dire son degré d'extension ;
- de la présence ou non d'une autre tumeur primitive dite synchrone des VADS, de l'œsophage ou des poumons **[54]**.

1.9.3.1 Cancer du nez et des sinus

Le problème majeur de la prise en charge concerne la reconstruction suivant l'exérèse. Les techniques modernes de radiothérapie ont considérablement réduit les risques de toxicité oculaire **[8]**.

1.9.3.2 Cancers de la cavité buccale

Le traitement des cancers de la cavité buccale met en jeu la préservation des fonctions manducatoire, d'élocution, de déglutition et la restauration prothétique

dentaire. Classiquement, le traitement est chirurgical en premier, suivi selon les facteurs pronostiques reconnus à l'examen de la pièce opératoire d'une radiothérapie ou d'une chimio-radiothérapie post-opératoire. Les réhabilitations sont envisagées après cicatrisation complète, au minimum 3 mois après la fin des traitements **[8]**.

1.9.3.3 Cancers du cavum

Le traitement repose sur une association chimio-radiothérapie avec des sels de platine. L'irradiation se complique fréquemment d'une otite séreuse qui doit souvent être drainée **[8]**.

1.9.3.4 Cancers de l'oropharynx

Le traitement des cancers de l'oropharynx peut être également chirurgical mais est plus fréquemment basé sur une radiothérapie exclusive ou une chimio-radiothérapie devant une maladie localement avancée **[8]**.

1.9.3.5 Cancers de l'hypopharynx et du larynx

La problématique des cancers de l'hypopharynx et du larynx repose sur le respect de l'intégrité des filières aéro-digestives. Les protocoles de préservation laryngée évitent à plus de 70 % des patients une laryngectomie totale avec trachéotomie définitive. L'apprentissage de la voix œsophagienne doit débuter dès la cicatrisation de la mucite post-radique obtenue **[8]**.

1.9.4 Surveillance

La surveillance a trois (03) principaux objectifs, il s'agit :

- de prévenir la survenue éventuelle d'une récidive de la maladie, c'est-à-dire la réapparition de cellules cancéreuses, au même endroit ou dans une autre région du corps ;
- d'appréhender la possible apparition d'une tumeur différente de celle qui a été traitée, surtout s'il existe un ou plusieurs facteurs de risque. Les zones pouvant

plus particulièrement être concernées sont les voies aérodigestives, l'œsophage ainsi que les poumons. Ce risque est notamment lié à la consommation d'alcool ou de tabac ;

- d'associer les soins de support nécessaires pour rétablir et/ou préserver au mieux la qualité de vie. Cela concerne la détection et la gestion des effets indésirables des traitements et complications de la maladie mais aussi la gestion des conséquences psychologiques de la maladie sur la vie sociale et professionnelle **[54]**.

1.9.5 Evolution et pronostic

En France, les cancers des VADS restent des cancers très graves ; la survie globale à 5 ans tous stades confondus ne dépasse pas 30 % **[8,57]**.

1.9.5.1 Cancers de la cavité buccale, de l'oropharynx, de l'hypopharynx, et du larynx

Le pronostic des cancers de stade localisé est essentiellement loco-régional, avec un risque de récidive faible, mais présente un enjeu fonctionnel majeur. Le pronostic est loco-régional et à distance pour les cancers avec envahissement ganglionnaire important, avec un risque de récidive de l'ordre de 50 %. Le pronostic est meilleur si le cancer est développé dans le contexte d'une infection à virus HPV.

Chez les patients survivants à long terme, le risque de développer un second cancer sur la même muqueuse à risque, dans un territoire adjacent à celui traité ou sur un autre organe, surtout en absence d'arrêt des intoxications alcoolique et tabagique, est de 20 % à 5 ans.

Le pronostic des patients éthylo-tabagiques est également lié aux comorbidités cardiovasculaires et pulmonaires **[8]**.

1.9.5.2 Tumeurs des fosses nasales et des sinus

Le pronostic de ces cancers est essentiellement local. Le risque d'extension ganglionnaire est faible. Les évolutions métastatiques concernent surtout le poumon **[8]**.

1.9.5.3 Tumeurs du cavum

Les cancers indifférenciés du cavum, liés à l'EBV, s'accompagnent souvent d'un envahissement ganglionnaire dans 80 % des cas. Il s'agit le plus souvent d'un envahissement aux ganglions rétro-pharyngés et postérieurs qui est bilatéral dans 50 % des cas. Leur pronostic est meilleur que celui de la majorité des cancers épidermoïdes des VADS liés au tabac et à l'alcool **[8]**.

2. Cadre, matériel et méthode d’étude

2.1 Cadre d'étude

L'étude s'est déroulée à Cotonou, plus précisément au Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutoukou MAGA (CNHU-HKM) dans le service d'Oto-Rhino-Laryngologie et de Chirurgie Cervico-Faciale (ORL-CCF).

2.1.1 CNHU-HKM

Hôpital national de référence au Bénin, il a été créé en 1962 par la loi N°6232 du 30 octobre 1962. Avec la création de l'Université Nationale du Bénin (UNB) par le décret N°73/008 du 10 Janvier 1973 ; il est érigé en Centre National Hospitalier et Universitaire (CNHU) puis rebaptisé le 03 Décembre 2001 en CNHU-HKM en l'honneur du premier Président de la République du Bénin.

Par le décret N°2022-526 du 07 Septembre 2022, le gouvernement béninois a décidé lors du conseil des ministres de la fusion par absorption de l'hôpital d'instruction des armées (HIA) de Cotonou par le CNHU-HKM. On y trouve plusieurs services médicaux, paramédicaux et chirurgicaux.

Le CNHU-HKM a pour vocation :

- d'offrir des soins de référence au niveau national ;
- d'assurer la formation pratique pour les agents de santé (médecin spécialiste, médecin généraliste, sage-femme, infirmier, aide-soignant, assistants sociaux, techniciens de laboratoire, kinésithérapeutes, pharmaciens) ;
- d'assurer l'enseignement, la recherche fondamentale et opérationnelle en santé.

La nouvelle organisation du CNHU-HKM comprend deux (02) pôles ; le pôle administratif et le pôle médico-chirurgical. Le pôle médico-chirurgical comprend :

- le département de Médecine et spécialités médicales comprenant douze (12) services ;

- le département de Chirurgie et spécialités chirurgicales comprenant onze (11) services dont le service d'ORL-CCF ;
- le département de pharmacie hospitalière ;
- le département des services sociaux hospitaliers ;
- le département médicotechnique.

2.1.2 Service d'Oto-Rhino-Laryngologie et Chirurgie Cervico-Faciale

Il a été créé en 1978 et a reçu dès lors tous les patients présentant des affections de la spécialité. Il est dirigé depuis le 1er octobre 2022 par le Professeur ADJIBABI Wassi, Chef service et Chef d'unité d'ORL-CCF à la Faculté des Sciences de la Santé.

2.1.2.1 Description du service

Le service d'ORL-CCF s'étend sur 02 bâtiments. Le premier abrite le secteur de la consultation avec 02 compartiments, un secrétariat administratif et un secrétariat médical d'accueil.

Le service d'ORL-CCF partage le second bâtiment avec la Clinique Universitaire d'Ophtalmologie et couvre :

- le secteur de l'hospitalisation. Il compte 40 lits dont 23 pour la Clinique Universitaire d'ORL-CCF et 17 pour celle d'Ophtalmologie ;
- le secteur du bloc opératoire. Il compte 04 salles dont 02 pour l'ORL-CCF.

Ce bâtiment abrite également :

- une salle d'audiométrie ;
- une salle d'endoscopie ;
- une salle de soins pour le service d'ORL-CCF ;
- deux bureaux pour les surveillants de chaque service ;
- une salle de garde pour les infirmiers ;

- une salle de cours, commune au service d'ORL-CCF et à celui d'ophtalmologie ;
- un secrétariat du service d'ophtalmologie ;
- 05 bureaux de médecins spécialistes ;
- une salle de garde pour les médecins en spécialisation.

2.1.2.2 Activités du service

Les activités du service sont celles :

- de soins à savoir les consultations, la surveillance des patients en hospitalisation, les interventions chirurgicales ;
- de formations théoriques et pratiques des étudiants de l'INMeS, des étudiants en médecine, des médecins en cycles d'études de spécialisation ;
- de recherche. Ce sont les travaux de thèse de doctorat d'État en médecine, les mémoires de diplôme d'études spéciales en ORL, les publications et les communications effectuées par les spécialistes ou les enseignants en oto-rhino-laryngologie et de chirurgie cervico-faciale.

2.2 Matériel d'étude

Le matériel d'étude a été constitué des dossiers de patients ayant été vus en consultation et/ou hospitalisés pour un cancer de la tête et du cou histologiquement confirmés dans le service d'ORL-CCF du CNHU-HKM.

2.3 Méthode d'étude

2.3.1 Type d'étude

Il s'est agi d'une étude rétrospective à visée descriptive.

2.3.2 Période d'étude

L'étude s'est déroulée sur la période allant du 1er Janvier 2010 au 31 Décembre 2020 soit 11 ans.

2.3.3 Population d'étude

- **Population source :** Tout individu venu en consultation ou hospitalisé à la clinique universitaire d'ORL-CCF du CNHU-HKM au Bénin.
- **Population cible :** Tous les sujets suivis dans le service d'ORL-CCF du CNHU-HKM de Cotonou pour un cancer ORL histologiquement confirmé.

2.3.4 Critères d'inclusion

Nous avons inclus selon la période antérieurement définie les patients atteints d'un cancer ORL. Ils ont été diagnostiqués après une confirmation histopathologique.

2.3.5 Critères d'exclusion

Nous avons exclus :

- les patients n'ayant pas de confirmation histologique de cancer malgré la forte suspicion clinique et/ou à l'imagerie.
- les patients dont le suivi thérapeutique ou post-thérapeutique n'a pas été réalisé au CNHU-HKM de Cotonou.
- les patients avec des dossiers médicaux incomplets ou non retrouvés.

2.3.6 Échantillonnage

- **Technique d'échantillonnage :** recrutement exhaustif des dossiers répondant aux critères d'inclusion de cette étude.
- **Taille de l'échantillon :** elle est représentée par le nombre de patients colligés au cours de la période d'étude.

2.3.7 Collecte de données

2.3.7.1 Matériel de collecte

Les registres de consultation et d'hospitalisation, les registres de bloc opératoire, les dossiers de consultation des patients, les dossiers d'hospitalisation, les comptes

rendus opératoires des patients, le dossier électronique d'archivage des résultats de l'examen anatomopathologique.

2.3.7.2 Équipe de collecte

La collecte des données a été effectuée par nous-même avec l'assistance d'étudiants de la Faculté des sciences de la santé (FSS), à qui nous avions fait bénéficier d'une formation à l'usage de l'outil de collecte de données.

2.3.7.3 Technique de collecte

Elle a suivi les étapes suivantes :

- le regroupement des registres de consultation et d'hospitalisation;
- le recensement des numéros des dossiers des patients pris en charge pour un cancer ORL histologiquement confirmé;
- l'identification des dossiers au niveau des archives ;
- la sélection des dossiers qui remplissaient les critères d'inclusion ;
- le dépouillement proprement dit ;
- l'exclusion secondaire de dossiers ne répondant pas aux critères de sélection.

2.3.7.4 Variables

i. Variable dépendante

Cancer ORL objectivé par les résultats de l'examen anatomopathologique.

ii. Variables indépendantes

Elles sont représentées par des :

- **variables socio-démographiques :** l'âge ; le sexe; l'ethnie; la profession; la nationalité; l'adresse de provenance; le milieu de résidence : rural ou urbain.
- **variables cliniques**
    - motif de consultation ;
    - délai de consultation ;
    - antécédents personnels et familiaux ;

- les signes fonctionnels ;
- signes associés ;
- les signes généraux ;
- les signes physiques ;
- la classification TNM, la classification d'Ann Arbor, la classification de Murphy.

- **variables paracliniques**
  - histologie ;
  - imagerie à visée d'extension (radiographie, tomodensitométrie avec injection de produit de contraste, angioscanner, IRM) ;
  - biologie ;
  - immunohistochimie ;
  - sérologies (HIV, EBV).
- **variables thérapeutiques**
  - délai d'initiation du traitement ;
  - traitement reçu.
- **variables évolutives**
  - perdue de vue ;
  - évolution favorable ;
  - survie (en année) ;
  - patient décédé.

2.4 Analyse et traitement des données

Les données recueillies ont été saisies et traitées avec les logiciels KoboCollect version 2023.1.2. L'analyse statistique a été faite à l'aide des logiciels Epi Info version

7.2.5 et Microsoft Excel 2021 version 16.0.1 ce qui a permis la détermination des fréquences et des caractéristiques de chaque paramètre étudié

2.5 Considérations éthiques

Avant d'entreprendre cette étude, nous avons :

- reçu l'autorisation de la direction du CNHU-HKM ;
- obtenu l'accord du chef de service de la Clinique Universitaire d'ORL-CCF.

L'anonymat a été strictement respecté au cours de l'étude avec des mesures de sécurité stricte appliquées pour le respect de la confidentialité.

2.6 Limites et difficultés rencontrées

Les difficultés rencontrées au cours de ce travail étaient de plusieurs ordres. Elles étaient liées à la perte de dossiers médicaux et aux dossiers qui étaient incomplets.

3. Résultats

3.1 Aspects épidémiologiques

3.1.1 Fréquence

Sur la période d'étude de 2010 à 2020 soit onze (11) ans, 25986 patients ont été reçu en consultation ORL pour diverses affections. Nous avons retenu 336 cas de tumeurs histologiquement confirmés, dont 151 étaient malignes. La fréquence hospitalière des cancers ORL était de 0,58%. L'incidence des cancers ORL était de 13,72 cas par an. Des 151 cas de cancers histologiquement confirmés, nous n'avons pu exploiter que 74 dossiers. La figure 13 récapitule le flux de l'échantillonnage.

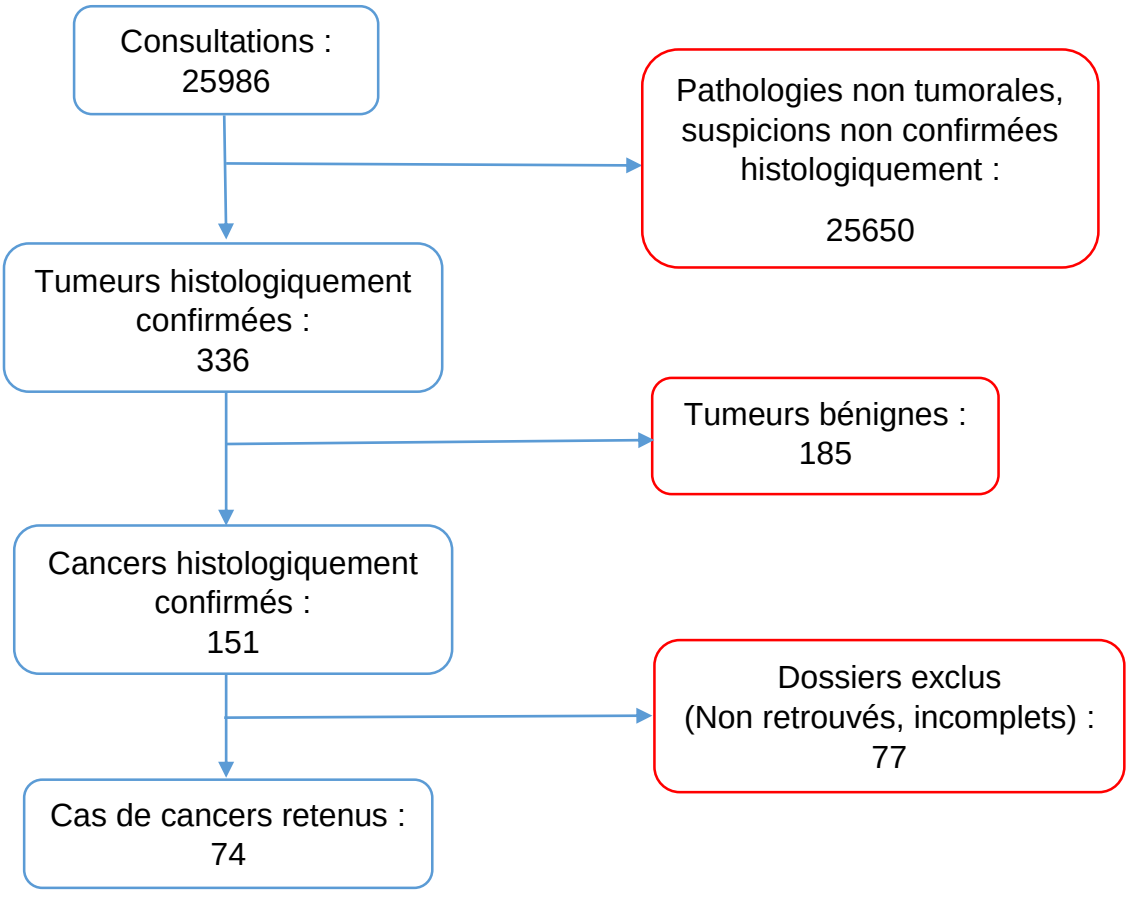


Figure 13 : Diagramme de flux de l'échantillonnage

3.1.2 Âge

L'âge moyen des patients était de 41,22 ans ± 22,05 avec des extrêmes de 01 an et 75 ans. La tranche d'âge de 50 à 69 ans a été la plus représentée dans 35,13% (26/74) des cas, de même que la tranche de 10 à 19 ans (10/74). La figure 14 résume la répartition des patients selon les tranches d'âge.

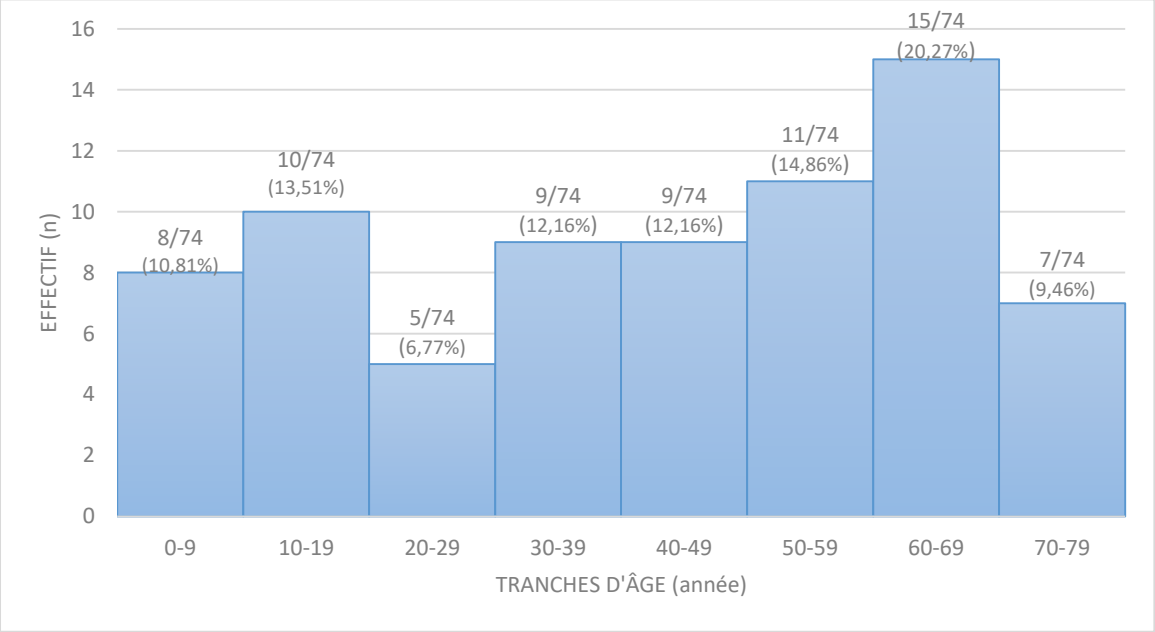


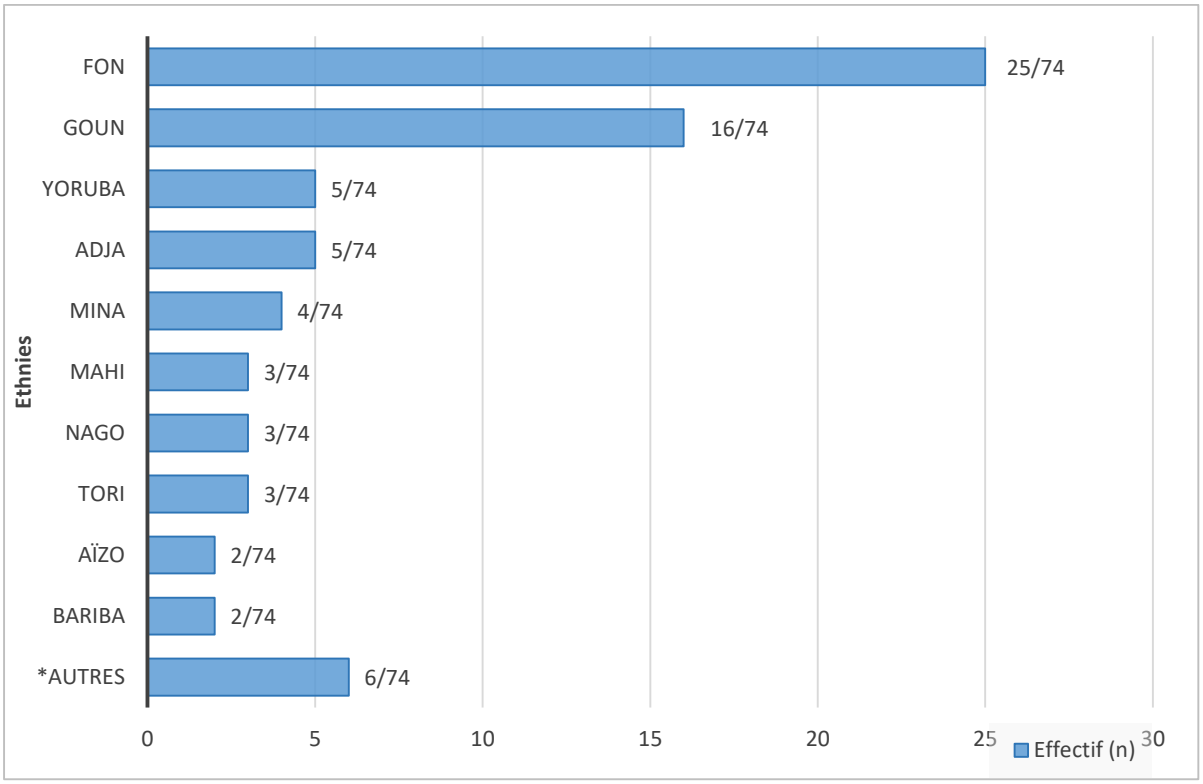
Figure 14 : Répartition des patients atteints de cancers ORL selon leur tranche d'âge à la clinique universitaire d'ORL-CCF/CNHU-HKM de 2010 à 2020

3.1.3 Sexe

Le sex-ratio a été de 1,55 ; avec 45 hommes (60,81%) et 29 femmes (39,19%).

3.1.4 Ethnie

Les ethnies les plus représentées étaient le fon à 33,78% (25/74) et le goun à 21,62% (16/74). La figure 16 est relative à la répartition de la population d'étude selon l'ethnie.



*Autres : Évé (1), Kotafon (1), Lopka (1), Nateni (1), Toffin (1), Whla (1)

Figure 15 : Répartition des patients atteints de cancers ORL selon leur ethnie à la clinique universitaire d'ORL-CCF/CNHU-HKM de 2010 à 2020

3.1.5 Profession

Dans l'échantillon, la profession la plus représentée était celle des fonctionnaires dans 24,33% (18/74) des cas. Le tableau I résume la répartition des patients selon leur profession.

Tableau I : Répartition des patients atteints de cancers ORL selon leur occupation socioprofessionnelle à la clinique universitaire d'ORL-CCF/CNHU-HKM de 2010 à 2020

	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Fonctionnaire	18	24,33
Élève/Étudiant	16	21,62
Artisan	10	13,51
Commerçant	9	12,16
Agent d'entreprise privée	8	10,81
Sans emploi	13	17,57
Total	74	100,00

3.1.6 Département de provenance

Les départements de provenance les plus représentés étaient l'atlantique (28,38%), l'ouémé (24,32%), le littoral (16,22%). La figure 17 est relative à la répartition de la population d'étude selon l'adresse de provenance.

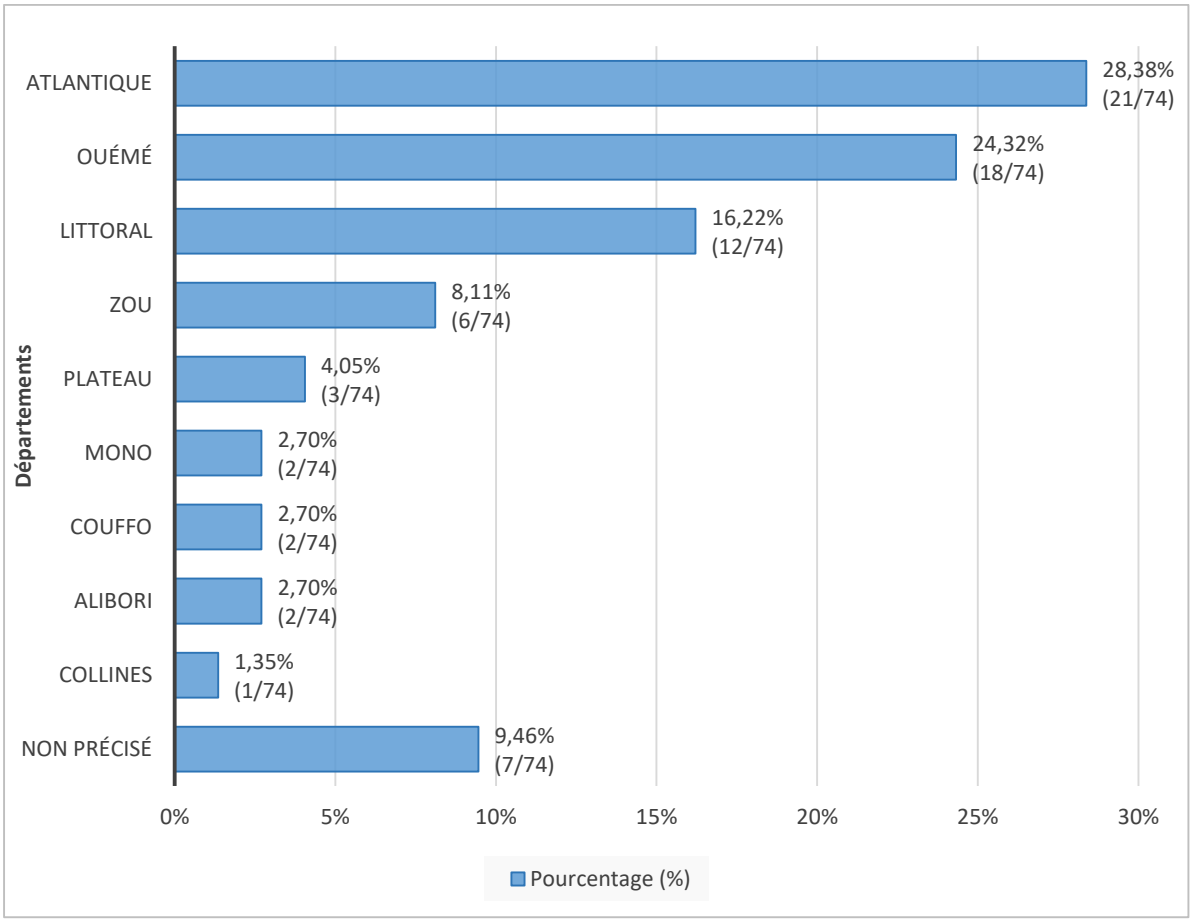


Figure 16 : Répartition des patients atteints de cancers ORL selon leur département d'origine à la clinique universitaire d'ORL-CCF/CNHU-HKM de 2010 à 2020

3.1.7 Résidence

Les patients résidaient généralement en milieu urbain à 67,57% (50/74). Le tableau II récapitule la répartition des patients selon le milieu de résidence.

Tableau II : Répartition des patients atteints de cancers ORL selon leur milieu de résidence à la clinique universitaire d'ORL-CCF/CNHU-HKM de 2010 à 2020

	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Urbain	50	67,57
Rural	15	20,27
Non précisé	9	12,16
Total	74	100,00

3.2 Antécédents

Dans la population d'étude, des antécédents ont été signalés chez 40,54% (30/74) des patients. Le tableau III résume la répartition des patients selon leurs antécédents personnels et familiaux.

Tableau III : Répartition des patients atteints de cancers ORL selon les antécédents à la clinique universitaire d'ORL-CCF/CNHU-HKM de 2010 à 2020

		Effectif (n=30)	Pourcentage (%)
ATCD médicaux		**21**	**70,00**
HTA	12		40,00
UGD	6		20,00
RGO	2		6,66
Diabète	1		3,34
ATCD chirurgicaux ORL		**9**	**30,00**

3.3 Facteurs de risque

Dans l'échantillon, 35,14% (26/74) des patients présentaient des facteurs de risque de cancers ORL. Le tableau IV résume la répartition des patients selon leur mode de vie.

Tableau IV : Répartition des patients atteints de cancers ORL selon le mode de vie à la clinique universitaire d'ORL-CCF/CNHU-HKM de 2010 à 2020

	Effectif (n=26)	Pourcentage (%)
Alcool	13	17,57
Tabac	6	8,11
Alcool + Tabac	5	6,76
Exposition à la poussière du bois	1	1,35
Exposition à la poussière du ciment	1	1,35

3.4 Aspects diagnostiques

3.4.1 Aspects anamnestiques

3.4.1.1 Délai de consultation

Le délai de consultation était en moyenne de 22 mois ± 53,03 avec les extrêmes de 8 jours à 423 mois soit 35,4 ans. Le tableau V résume la répartition des patients suivant le délai de consultation.

Tableau V : Répartition des patients atteints de cancers ORL selon le délai de consultation à la clinique universitaire d'ORL-CCF/CNHU-HKM de 2010 à 2020

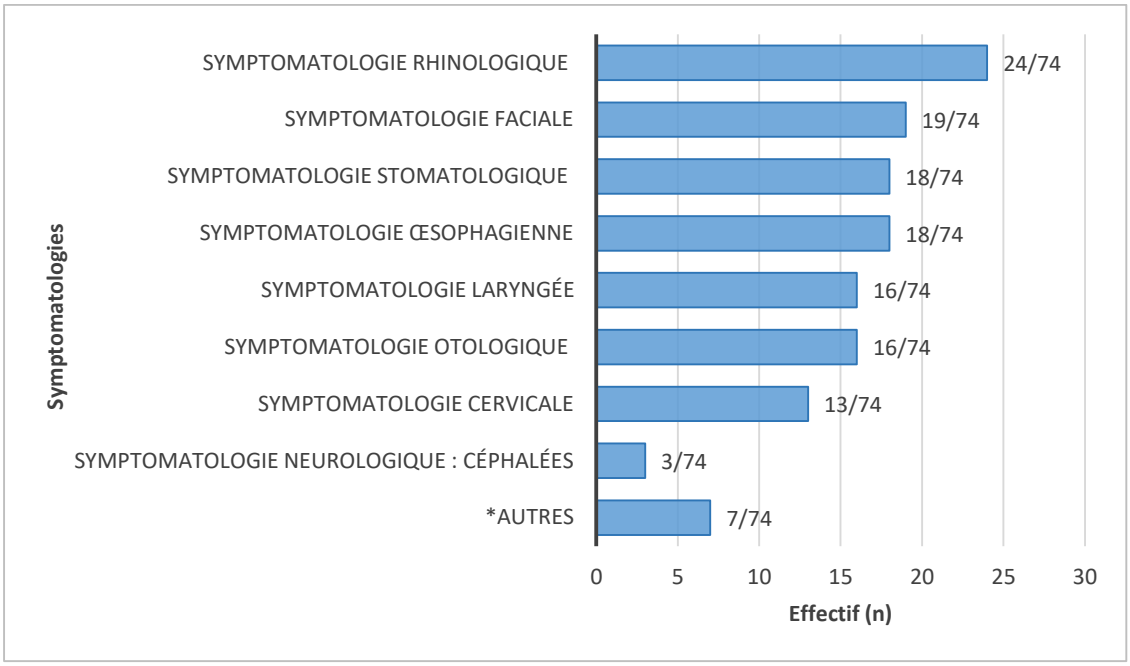
	Effectif (n)	Pourcentage (%)
0 à 12 mois	45	60,81
0 à 3 mois	17	22,97
3 à 6 mois	12	16,22
6 à 12 mois	16	21,62
12 à 24 mois	8	10,81
24 à 36 mois	8	10,81
36 à 48 mois	5	6,76
48 à 60 mois	3	4,05
>60 mois	5	6,76
Total	**74**	**100,00**

3.4.1.2 Mode d'installation

Dans 83,78% (62/74) des cas le mode d'installation de la symptomatologie était progressif, il était brutal dans 2,70% (2/74) des cas.

3.4.1.3 Motif de consultation

Le motif de consultation était multiple et varié. En fonction de l'organe atteint, les patients ont présenté un ou plusieurs signes fonctionnels. Ainsi, la symptomatologie rhinologique était la plus représentée (32,43%; 24/74), suivie des manifestations faciales (25,68%; 19/74), puis de celles buccopharyngées et œsophagiennes (24,32%; 18/74). La figure 18 illustre la répartition des patients selon les signes fonctionnels.



*Autres : ballonnement abdominal (1), constipation (1), haleine fétide (1), crachats hémoptoïques (1), palpitations (1), insomnie (1), transpiration (1).

Figure 17 : Répartition des patients atteints de cancers ORL selon les signes fonctionnels à la clinique universitaire d'ORL-CCF/CNHU-HKM de 2010 à 2020

Il est à remarquer que plusieurs patients présentaient une association de divers symptômes.

i. Symptomatologie rhinologique

La symptomatologie rhinologique était diversifiée. Il s'agissait surtout d'une obstruction nasale chez 17/24 des patients, de rhinorrhées chez 12/24 des patients. La figure 19 est relative à la symptomatologie rhinologique.

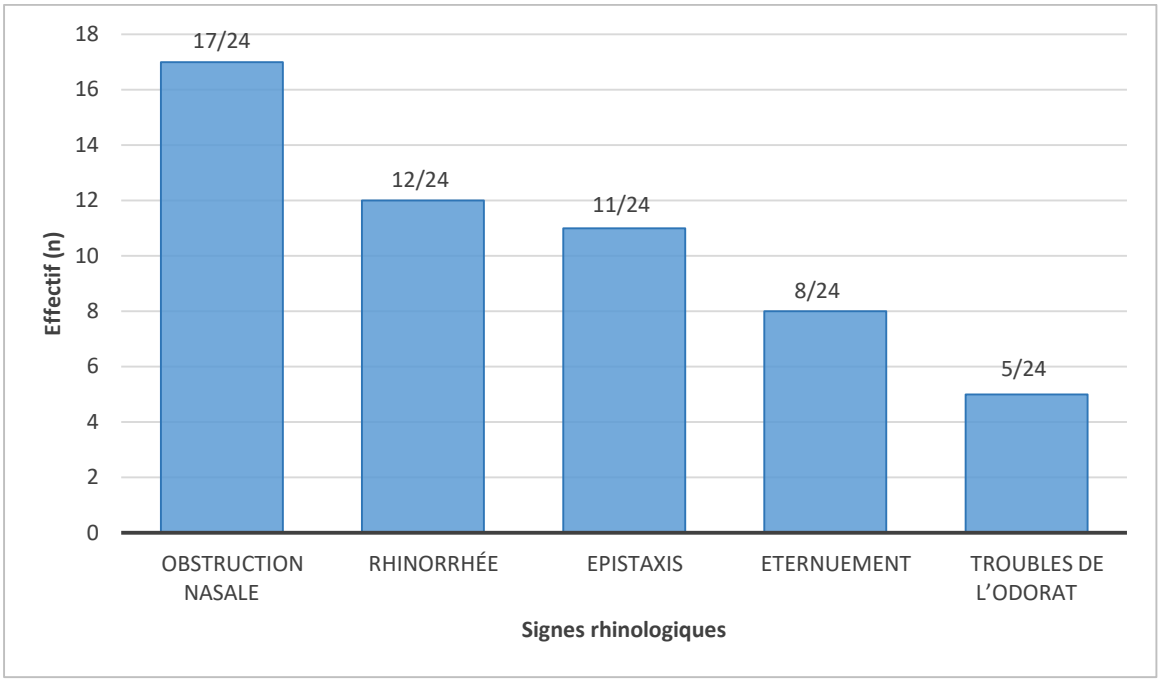


Figure 18 : Répartition des patients atteints de cancers ORL selon la symptomatologie rhinologique à la clinique universitaire d'ORL-CCF/CNHU-HKM de 2010 à 2020

ii. Symptomatologie faciale

La déformation faciale était présente chez 14/19 des patients et l'algie faciale chez 8/19 d'entre eux.

iii. Symptomatologie stomatologique

Il s'agissait essentiellement d'une douleur dentaire chez 12/18 des patients, puis il suivait la chute spontanée des dents (5/18), la stomatorragie (4/18), le trismus (3/18).

iv. Symptomatologie œsophagienne

La dysphagie était présente chez 13/18 patients et l'odynophagie chez 4/18 patients.

v. Symptomatologie laryngée

Il s'agissait d'une dysphonie chez 14/16 des patients et d'une dyspnée chez 8/16 des patients.

vi. Symptomatologie otologique

La symptomatologie otologique comportait divers signes. Il est à signaler qu'une personne pouvait présenter plusieurs de ces signes. Le tableau VI est relatif à la symptomatologie otologique.

Tableau VI : Répartition des patients atteints de cancers ORL selon la symptomatologie otologique à la clinique universitaire d'ORL-CCF/CNHU-HKM de 2010 à 2020

	Effectif (n=16)
Otorrhée	3
Otalgie	12
Acouphènes	2
Hypoacousie	6
Vertiges	9

vii. Symptomatologie cervicale

Sur les 74 patients, des manifestations cervicales avaient été signalées chez 14 d'entre eux. Il est à signaler qu'une personne pouvait présenter plusieurs de ces signes. Il s'agissait de tuméfactions cervicales chez 10/14 des patients et d'adénopathies cervicales chez 6/14.

3.4.2 Aspects cliniques

3.4.2.1 Signes généraux

Dans l'échantillon, 70,27% (52/74) des patients présentaient des signes généraux. Il s'agissait de signes généraux à type d'amaigrissement non chiffré (19/52), d'asthénie physique (11/52) et d'altération de l'état général (11/52). La figure 20 est relative aux signes généraux.

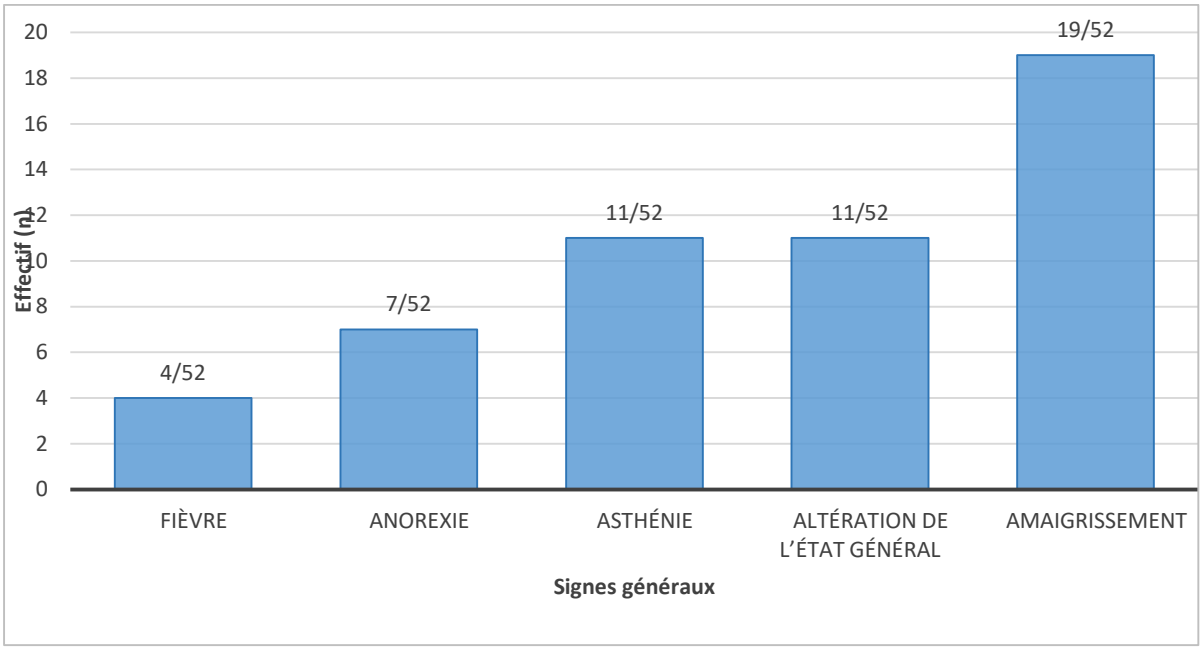


Figure 19 : Répartition des patients atteints de cancers ORL selon les signes généraux à la clinique universitaire d'ORL-CCF/CNHU-HKM de 2010 à 2020

3.4.2.2 Signes physiques

i. Tuméfaction et ses caractéristiques

Dans l'échantillon, 68,92% (51/74) des patients présentait une tuméfaction.

Le cou était le siège fréquemment retrouvé (19/51). L'aspect nodulaire était prépondérant (21/51). Dans la moitié des cas, la peau de revêtement était normale (27/51).

La tuméfaction était souvent de consistance dure (31/51), et ne saignait pas au contact (36/51), elle était mobile (27/51) par rapport au plan profond et douloureuse au contact (26/51). La taille moyenne était de 7 cm ± 5 avec des extrêmes compris entre 0,5cm et 20cm. Le tableau VII présente les caractéristiques détaillées des tuméfactions.

Tableau VII : Caractéristiques détaillées des tuméfactions des patients atteints de cancers ORL objectivées à la clinique universitaire d'ORL-CCF/CNHU-HKM de 2010 à 2020

	Effectif (n=51)	Pourcentage (%)
Siège		
Cou	19	37,25
Face	15	29,42
Bouche	11	21,57
Nez	6	11,76
Aspect		
Nodulaire	21	41,18
Bourgeonnante	10	19,61
Ulcéré	6	11,76
Ulcéro-nécrotique	5	9,80
Infiltrant	4	7,85
Non précisé	5	9,80
Peau de revêtement		
Normale	27	52,94
Inflammatoire	17	33,33
Non précisée	7	13,73
Consistance		
Dure	31	60,78
Molle	11	21,57
Non précisée	9	17,65
Saignement au contact		
Non	36	70,59
Oui	12	23,53
Non précisé	3	5,88
Mobilité		
Mobile	27	52,94
Fixe	14	27,45
Non précisée	10	19,61
Douloureux		
Oui	26	50,98
Non	18	35,29
Non précisé	7	13,73
Taille en mm		
Moy (en cm)	7 ± 5 [0,5 – 20]	

ii. Examen régional

L'examen régional était fréquemment normal. Des adénopathies ont été retrouvées chez 17/74 patients. Il est à noter que des explorations ont été réalisées chez certains patients, il s'agissait de la nasofibroscopie (5/74) et de la FOGD (3/74). La figure 21 illustre la conclusion de l'examen régional.

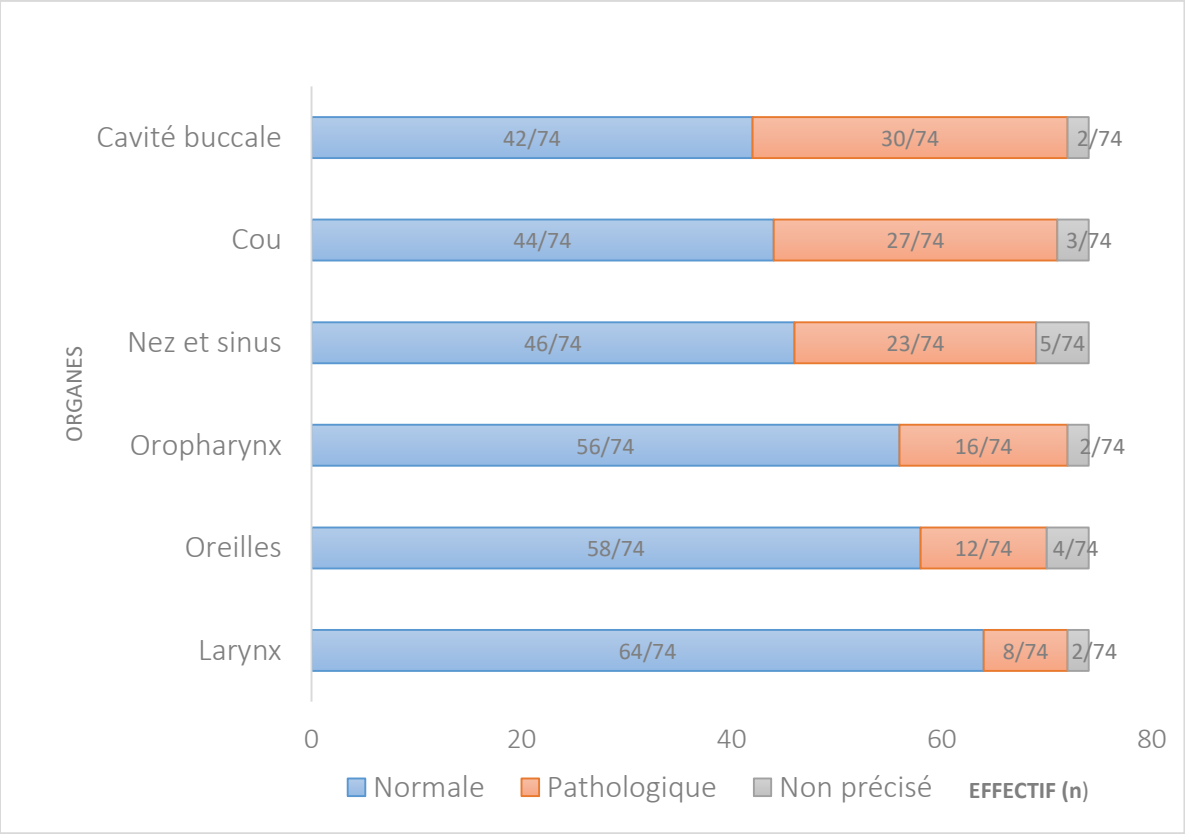


Figure 20 : Examen régional des patients atteints de cancers ORL à la clinique universitaire d'ORL-CCF/CNHU-HKM de 2010 à 2020

iii. Examen des autres appareils

L'examen des autres appareils était normal. La figure 22 illustre la conclusion de l'examen des autres appareils.

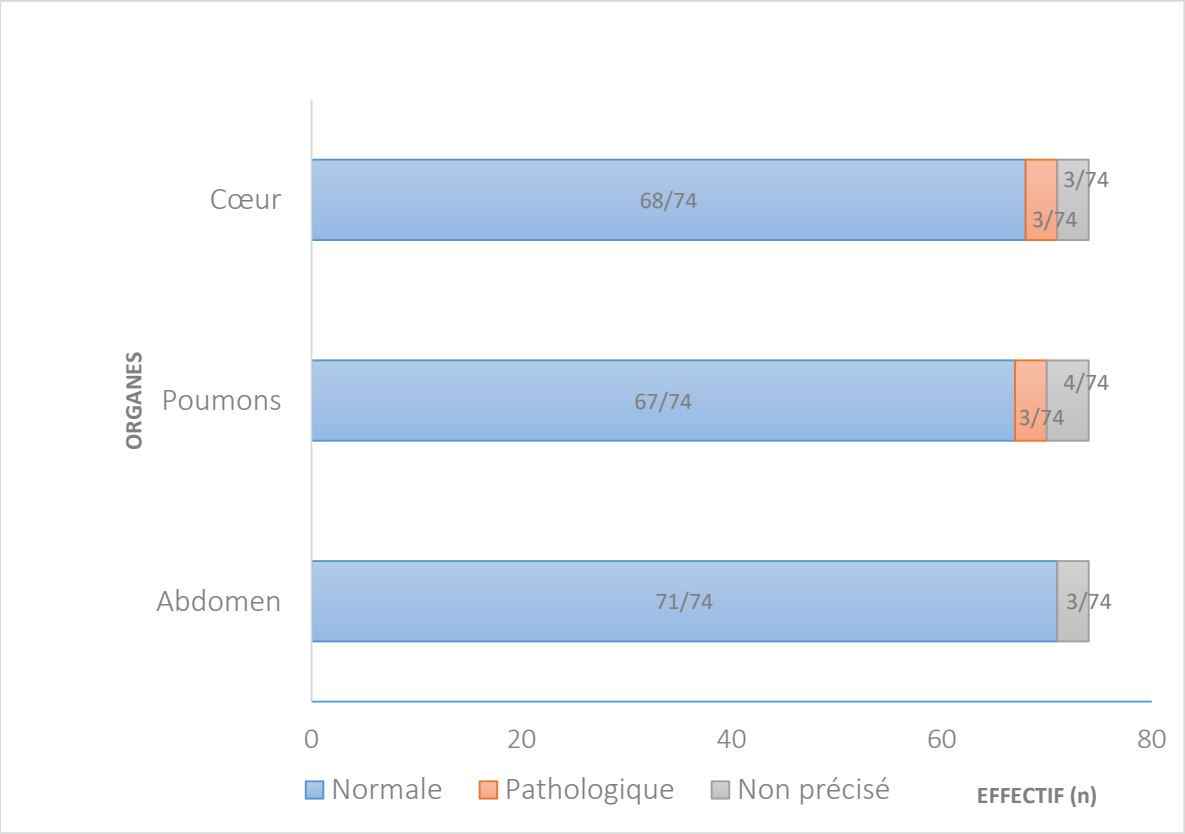


Figure 21 : Examen des autres appareils des patients atteints de cancers ORL à la clinique universitaire d'ORL-CCF/CNHU-HKM de 2010 à 2020

3.4.3 Aspects paracliniques

3.4.3.1 Imagerie

Bien qu'il y ait des indications différentes, l'échographie (42/74) et le scanner (41/74) ont été réalisés dans les mêmes proportions. Le tableau VIII récapitule les différentes imageries réalisées.

Tableau VIII : Récapitulatif des examens d'imageries réalisés par les patients atteints de cancers ORL à la clinique universitaire d'ORL-CCF/CNHU-HKM de 2010 à 2020

	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Radiographies	**27**	**36,48**
Pulmonaire	24	32,43
Orthopantomogramme	2	2,70
Rachis + Bassin	1	1,35
Echographies	**42**	**56,77**
Abdominale	21	28,39
Cervicale	18	24,32
*Autres	3	4,06
Scanner	**41**	**55,41**
Céphalique	17	22,97
Cervical	12	16,22
Thoraco-abdominal	11	14,87
Rachis	1	1,35
IRM	**2**	**2,7**
Cervicale	1	1,35
Cérébrale	1	1,35

*Autres : échographies cardiaques(2), échographie parotidienne(1)

3.4.3.2 Examen anatomo-pathologique

i. Localisation de la tumeur primitive

Dans l'échantillon, la face était la localisation primitive la plus retrouvée (17/74), suivie de celle de la cavité buccale (12/74). Le tableau IX récapitule les différentes localisations des tumeurs primitives.

Tableau IX : Récapitulatif des localisations des tumeurs primitives des patients atteints de cancers ORL à la clinique universitaire d'ORL-CCF/CNHU-HKM de 2010 à 2020

		Effectif (n)	Pourcentage (%)
Face		**17**	22,97
Cavité buccale		**12**	16,22
Larynx		**10**	13,51
Cervicale		**10**	13,51
Pharynx		**9**	12,17
Nasopharynx	5		6,76
Oropharynx	3		4,06
Hypopharynx	1		1,35
Nez		**6**	8,10
***Autres**		**4**	5,41
Non précisé		**6**	8,11
Total		**74**	**100,00**

*Autres : métastase d'un cancer prostatique(2), métastase d'un cancer pulmonaire(1), métastase d'un cancer gastrique(1)

ii. Type histologique des tumeurs

Dans l'échantillon, le type histologique le plus fréquent était le carcinome à 71,62% (53/74), suivi du lymphome à 20,27% (15/74), puis du sarcome à 6,76% (5/74). Le mélanome était le type histologique le plus rare à 1,35% (1/74). Le tableau X récapitule la répartition des patients suivant le type histologique.

Tableau X : Répartition des patients atteints de cancers ORL selon le type histologique à la clinique universitaire d'ORL-CCF/CNHU-HKM de 2010 à 2020

	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Carcinomes	**53**	**71,62**
Epidermoïdes	40	54,05
Adénocarcinomes	6	8,11
Papillaires	7	9,46
Lymphomes	**15**	**20,27**
Non Hodgkinien	10	13,51
Burkitt	7	9,45
Cellules B	3	4,06
Hodgkinien	5	6,76
Sarcomes	**5**	**6,76**
Chondrosarcome	3	4,06
Rhabdomyosarcome	1	1,35
Sarcome à cellules inclassées	1	1,35
Mélanomes	**1**	**1,35**
Total	**74**	**100**

iii. Stadification des cancers

Dans l'échantillon, 60,81% (45/74) des diagnostics ont été fait à un stade tardif. Le tableau récapitule les différents stades des cancers au moment du diagnostic. Le tableau XI récapitule les différents stades des cancers retrouvés.

Tableau XI : Récapitulatif des stades des cancers retrouvés à la clinique universitaire d'ORL-CCF/CNHU-HKM de 2010 à 2020

Stade	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Stade 0	2	2,70
Stade I	8	10,81
Stade II	7	9,46
Stade III	20	27,03
Stade IV	25	33,78
Non déterminé	12	16,22
Total	**74**	**100,00**

iv. Classification d'Ann Arbor

Dans la présente étude, 40% (6/15) des patients atteints de lymphomes ont été diagnostiqués à un stade avancé de la pathologie. Le tableau XII récapitule la classification d'Ann Arbor des lymphomes retrouvés.

Tableau XII : Classification d'Ann Arbor des lymphomes retrouvés à la clinique universitaire d'ORL-CCF/CNHU-HKM de 2010 à 2020

Stade	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Stade I	2	13,33
Stade II	7	46,67
Stade III	2	13,33
Stade IV	4	26,67
Total	**15**	**100,00**

3.4.3.3 Immunohistochimie

Aucun résultat d'immunohistochimie n'a été renseigné.

3.4.3.4 Statut sérologique

Dans l'échantillon, 72,97% (54/74) des patients ont réalisé la sérologie HIV et 5,40% (4/74) ont réalisé la sérologie EBV.

La sérologie HIV est revenue positive dans deux (2/74) cas, chez un patient ayant un carcinome et chez un autre ayant un lymphome. La sérologie EBV était négative dans tous les cas.

3.5 Aspects thérapeutiques

3.5.1 Délai du traitement

Le traitement a été initié chez 66,21% (49/74) des patients. Il se fait en fonction du type histologique, du stade et du patient. Le délai moyen était de 54 jours ± 76,02 avec les extrêmes allant d'un jour à une année (364 jours). La figure 23 récapitule la répartition des patients selon le délai d'initiation du traitement.

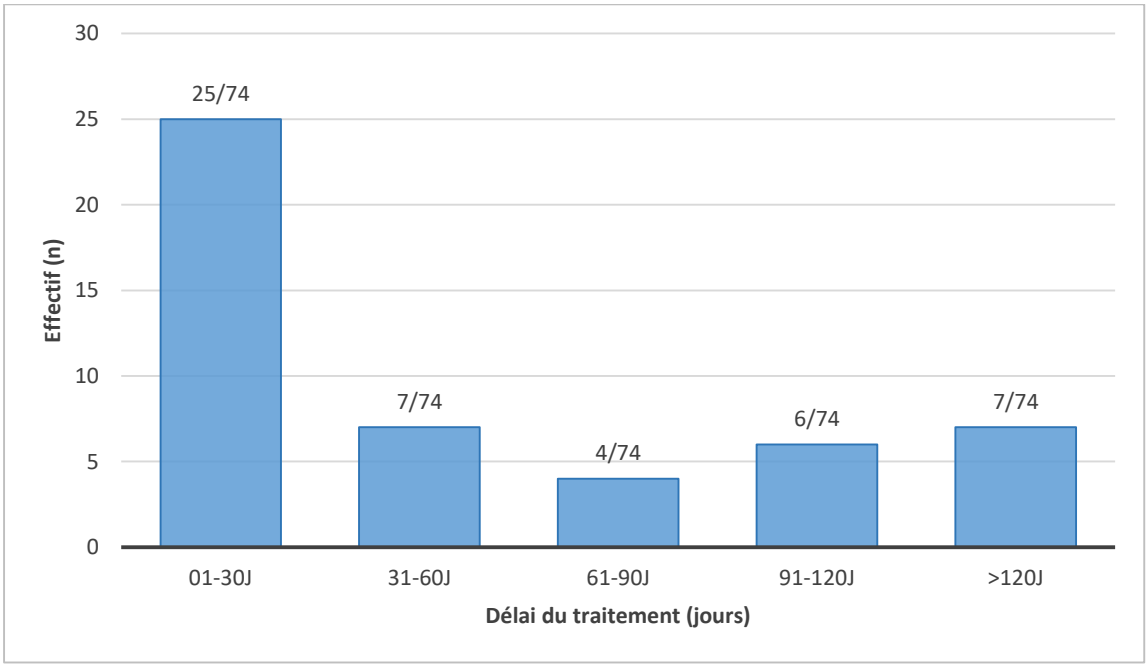


Figure 22 : Répartition des patients atteints de cancers ORL selon le délai d'initiation du traitement à la clinique universitaire d'ORL-CCF/CNHU-HKM de 2010 à 2020

3.5.2 Choix thérapeutique

Parmi les 49 patients, 22/49 ont bénéficié uniquement de la chimiothérapie. Ce qui fait donc de la chimiothérapie le choix thérapeutique le plus retrouvé (47%). Il s'en est suivi la chirurgie dans 38,78% (19/49) des cas. La radiothérapie n'a été réalisée que par un seul patient. La figure 24 illustre la répartition des patients traités selon les modalités thérapeutiques.

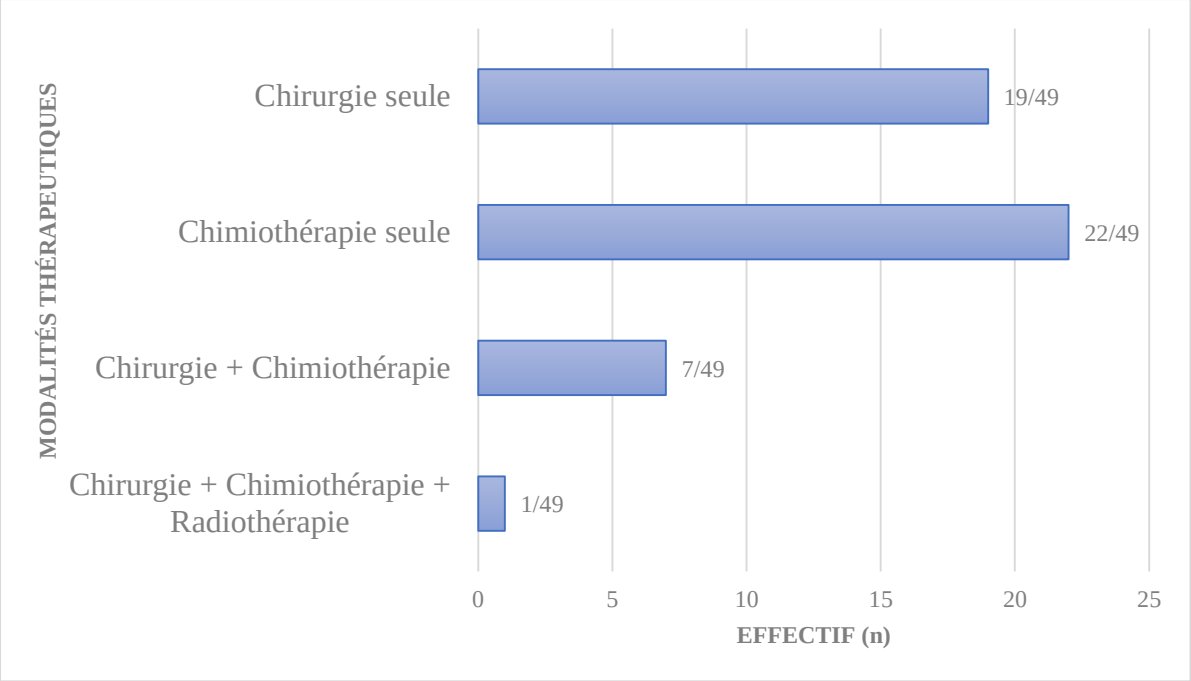


Figure 23 : Répartition des patients atteints de cancers ORL selon les modalités thérapeutiques à la clinique universitaire d'ORL-CCF/CNHU-HKM de 2010 à 2020

3.6 Aspects évolutifs

Sur les 74 patients de l'étude, 24 (32,43%) sont décédés, 19 (25,68%) ont eu une évolution favorable et 31 (41,89%) ont été perdu de vue. Parmi les patients décédés, 15/24 étaient atteint d'un carcinome. Le tableau XII récapitule la répartition des patients décédés selon la pathologie cancéreuse.

Tableau XIII : Répartition des patients décédés selon la pathologie cancéreuse à la clinique universitaire d'ORL-CCF/CNHU-HKM de 2010 à 2020

	Carcinomes	Lymphomes	Sarcomes	Mélanomes
Décès				-
1ère hospitalisation	*8*	*2*	*1*	-
Après 1 an	4	3	1	-
Après 2 ans	2	2	-	-
Après 3 ans	1	-	-	-
Total	**15**	**7**	**2**	**-**

i. Survie globale

Le taux de survie globale dans l'étude après 02 ans était moins de 60%. La figure 24 illustre la survie globale des patients.

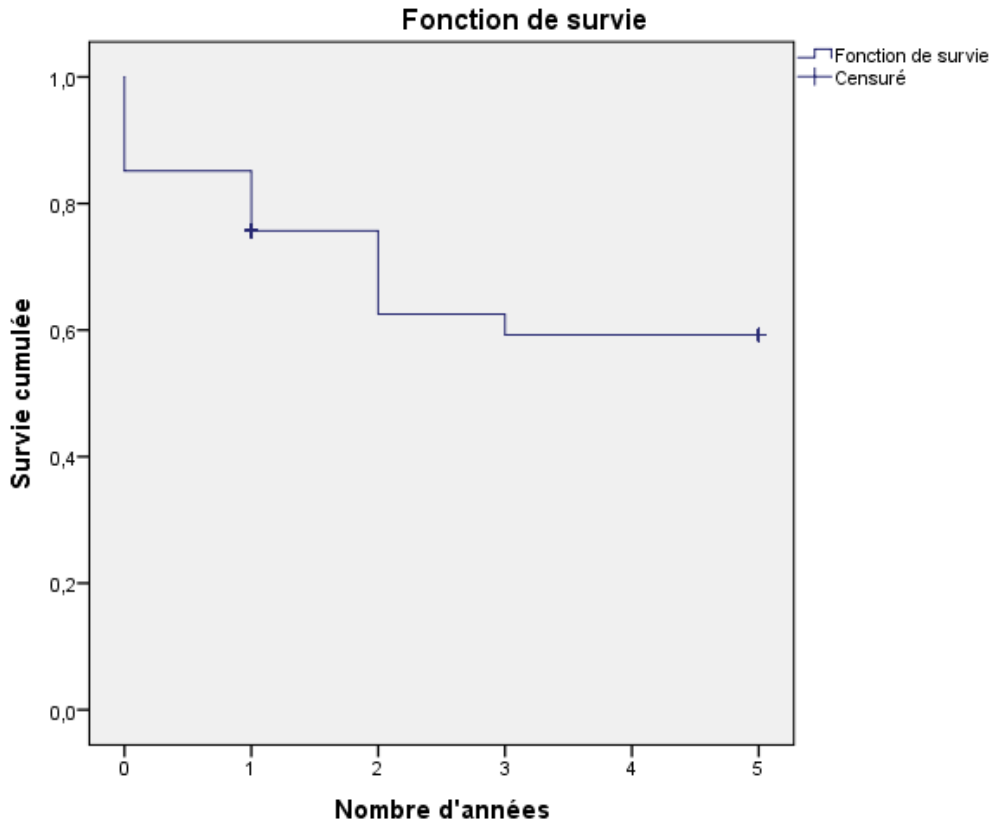


Figure 24 : Survie globale des patients atteints de cancers ORL à la clinique universitaire d'ORL-CCF/CNHU-HKM de 2010 à 2020

ii. Survie par pathologie cancéreuse

Dans la présente étude, le lymphome était le cancer avec la survie la plus faible à 02 ans. La figure 25 illustre la survie des patients par pathologie cancéreuse.

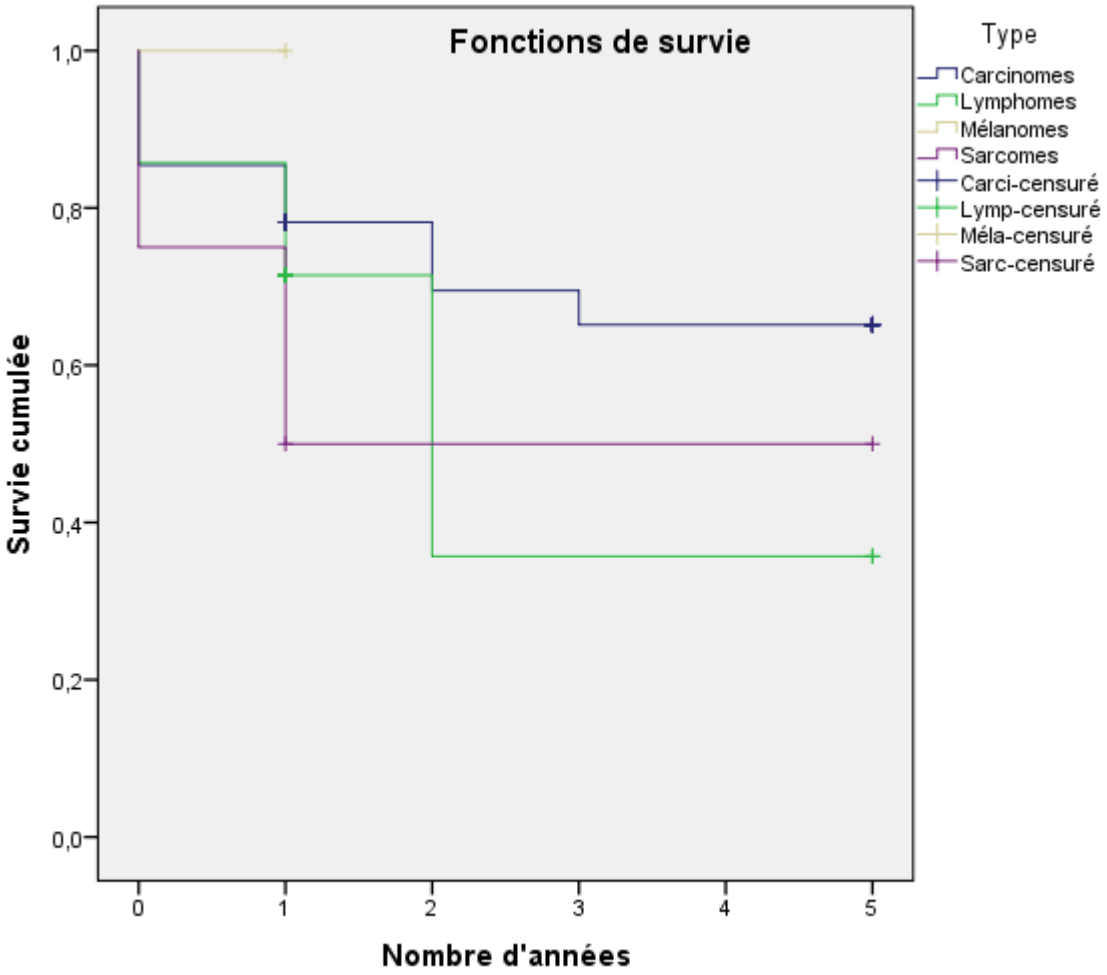


Figure 25 : Survie des patients par pathologie cancéreuse à la clinique universitaire d'ORL-CCF/CNHU-HKM de 2010 à 2020

4. Discussion

La discussion des résultats de cette étude portant sur le panorama des cancers ORL à la Clinique Universitaire d'ORL-CCF du CNHU-HKM, s'articulera autour des trois (03) axes suivants :

- l'atteinte des objectifs de l'étude ;
- la qualité et la validité de l'étude ;
- la discussion proprement dite des résultats.

4.1 Atteinte des objectifs

Au terme de cette étude, les objectifs définis ont été atteints. Cette étude nous a permis de recenser les différents cas de cancers ORL; d'identifier les aspects épidémiologiques, de répertorier les facteurs étiologiques retrouvés chez ces patients, de décrire les aspects cliniques et paracliniques de ces cancers, et de proposer les différents moyens thérapeutiques.

4.2 Qualité et validité des résultats

Nous avons réalisé une étude rétrospective à visée descriptive. Le cadre de déroulement de cette étude a été décrit. Nous avons opté pour un échantillonnage non probabiliste par recrutement exhaustif des dossiers répondant aux critères d'inclusion de notre étude. Les critères d'éligibilité ont été respectés lors de la sélection des dossiers. Concernant les différents biais, il est à signaler que certains dossiers n'ont pas été retrouvés. Pour ceux auxquels nous avons eu accès, toutes les variables permettant de les exploiter n'ont pas été renseignées dans leur intégralité. Ceci est dû aux conditions d'archivage des dossiers. Cependant, les dossiers retenus ont rempli les critères de cette étude. La collecte a été faite à l'aide d'un questionnaire digitalisé. Pour la rubrique évolution, certains patients ont été perdus de vue avec indisponibilité du contact inscrit au dossier.

4.3 Discussion proprement dite des résultats

4.3.1 Aspects épidémiologiques

4.3.1.1 Fréquence

i. Fréquence hospitalière

Durant la période d'étude, le service d'ORL-CCF du CNHU-HKM a enregistré 25986 patients en consultation, dont 151 étaient des tumeurs malignes histologiquement confirmées. La fréquence hospitalière des cancers ORL a été de 0,58%. Ce chiffre est comparable à celui retrouvé par Djomou au Cameroun et Amana au Togo **[6, 29]**. Cette fréquence hospitalière a été respectivement de 0,51% et de 0,48%. Par contre, elle a été inférieure à celle trouvé par Randriamanovonsta à Madagascar qui était de 2,29% **[30]**. Cette différence remarquée, pourrait s'expliquer par le fait que l'étude de Randriamanovonsta a été réalisée dans un service d'Oncologie Radiothérapie, alors que la présente étude ainsi que les études de Djomou et Amana ont été réalisé dans un service d'ORL-CCF.

ii. Incidence

L'incidence des cancers ORL dans le service d'ORL-CCF du CNHU-HKM était de 13,72 cas/an. Ce taux se rapproche de ceux de Kouassi-Ndjeundo et de Sereme respectivement de 13,6 cas/an et de 12,8 cas/an **[56, 57]**. Néanmoins, dans d'autres pays de la sous-région, une nette augmentation de cette incidence a pu être notée. Ainsi, elle a été de 23 cas/an au Nigéria, 34 cas/an au Cameroun et de 40,1 cas/an au Togo **[6, 29, 58]**. L'incidence retrouvée dans le service d'ORL-CCF ne reflète probablement pas la réalité. Bien que le patient soit enclin à demander des avis médicaux de nos jours, il persiste un certain nombre qui se tourne en première intention vers la tradithérapie. Cette thérapie serait moins onéreuse et plus accessible. L'examen anatomopathologique à la charge des patients n'a pas été réalisé pour de nombreux cas suspects.

4.3.1.2 Âge

L'âge moyen des patients était de 41,22 ans ± 22,05 avec des extrêmes de 01 an et de 75 ans. Cette quarantaine a été retrouvée par les études de plusieurs auteurs de la sous-région, il s'agit de Hounpkatin à Parakou, Amana au Togo, Djomou au Cameroun, Sowunmi au Nigéria **[6, 29, 31, 58]**. Pour Randriamanovonsta à Madagascar, Guizard en France et Kassirian au Canada, l'âge moyen relevait de la cinquantaine voire de la soixantaine **[30, 59, 61]**.

Dans cette étude, les sujets de la soixantaine étaient les plus touchés dans 20,27% des cas. Les études réalisées par Hounpkatin et Njifou ont retrouvé des sujets moins âgés appartenant à la tranche des 50 à 59 ans. Si les valeurs de Hounkpatin étaient superposables aux nôtres, 19,1% des cas; 26,9% ont été retrouvé chez Njifou au Cameroun **[7, 31]**.

4.3.1.3 Sexe

Le sex-ratio dans cette étude était de 1,55. Ces valeurs sont comparables à celles d'autres études similaires menées par Amana et Randriamanovonsta, qui ont rapporté des sex-ratios respectifs de 1,45 et 1,48 **[6, 30]**. À contrario, nos chiffres ont été plus élevés que ceux trouvés dans l'étude de Hounkpatin, qui étaient de 1,2. Ils ont été également inférieurs aux résultats rapportés par Sowunmi, Djomou et Njifou, qui étaient respectivement de 1,7; 1,9 et 1,96 **[7, 29, 58].**

Il faut noter que le sex-ratio trouvé par Guizard en France et Kassirian au Canada était nettement plus élevé, atteignant respectivement 4,9 et 3,63 **[59, 61]**. Cette forte prédominance masculine notée en occident, est probablement due à une importante exposition des sujets de sexe masculin aux facteurs de risques de cancers ORL notamment l'alcool et le tabac.

4.3.2 Antécédents

Au sein de la population étudiée, des antécédents personnels médicaux ont été documentés, parmi lesquels l'hypertension artérielle se démarquait comme étant prédominante dans 16,22% des cas (12/74). Cette tendance était en concordance avec les résultats obtenus par Djomou au Cameroun, où l'hypertension était également l'antécédent personnel médical prépondérant, bien que dans une proportion moindre de 6,1% des cas.

Contrairement aux antécédents personnels médicaux, aucun antécédent familial de cancer n'a été identifié dans l'étude. Néanmoins, l'étude menée par Djomou a révélé la présence d'antécédents familiaux de cancer. Ces antécédents restent relativement faibles, avec seulement 3% des patients déclarant une histoire de cancer au sein de leur famille **[29]**.

4.3.3 Facteurs de risque

Dans l'échantillon, la consommation d'alcool s'est avérée être le principal facteur de risque dans 17,57% des cas (13/74), suivie par la consommation de tabac, identifiée dans 8,11% des cas (6/74). La coexistence de la consommation d'alcool et de tabac a été relevée chez 6,76% des patients (5/74). Des tendances similaires ont été observées dans d'autres études, notamment par Amana au Togo et Njifou au Cameroun, qui ont identifié la consommation d'alcool comme le principal facteur de risque dans des proportions respectives de 38% et 59,34%, suivie de la consommation de tabac dans des proportions respectives de 21% et 44,71%. Amana et Njifou ont également constaté une association entre la consommation d'alcool et de tabac dans 16,46% et 38,21% des cas respectivement **[6, 7]**.

Cependant, Randriamanovonsta a rapporté que la consommation de tabac était le principal facteur de risque dans 19% des cas, suivie de la consommation d'alcool

dans 6% des cas **[30]**.

En occident, l'étude de Kassirian au Canada rapporte un taux de tabagisme et d'alcoolisme nettement plus élevé, concernant respectivement 62,7% et 69,6% des patients **[61]**. Sous nos cieux, du fait du brassage des populations, de la médiatisation avec le développement des réseaux sociaux, du pouvoir d'achat plus conséquent, la consommation de tabac et d'alcool commence à faire de plus en plus partir du quotidien de la population et constitue malheureusement un facteur de risque dans la survenue des cancers de la tête et du cou.

4.3.4 Aspects diagnostiques

4.3.4.1 Délai de consultation

Le délai de consultation était en moyenne de 22 mois ± 53,03 avec les extrêmes de 8 jours à 35 ans 03 mois. La majorité des cas, soit 60,81% (45/74) ont consulté plus de 6 mois après l'apparition des premiers symptômes. Au Cameroun, Djomou a également noté que la majorité des consultations était survenue après 6 mois dans 85,5% des cas **[29]**.

Par contre le délai de consultation moyen retrouvé par Randriamanovonsta et Kassirian était bien inférieur à celui constaté dans la présente étude. Il était respectivement de 7,73 mois et de 3,9 mois **[30, 61]**.

Au sein de cette étude, une extension du délai de consultation a pu être notée, vraisemblablement en raison de la manifestation initiale de symptômes communs susceptibles d'être sous-estimés par les patients.

4.3.4.2 Motif de consultation

Les motifs de consultation ont été multiples et variés. Selon l'organe touché, les patients ont présenté un ensemble de signes fonctionnels, la symptomatologie rhinologique étant la plus fréquemment observée dans 32,43% des cas (24/74),

suivie de la symptomatologie faciale dans 25,68% des cas (19/74), et des symptômes liés à la stomatologie et à l'œsophage dans les mêmes proportions, soit 24,32% (18/74).

Dans l'ensemble de l'échantillon, la douleur s'est détachée comme le motif prédominant de consultation, touchant 52,70% des patients (39/74). L'obstruction nasale a été le second motif, concernant 22,97% des patients (17/74), suivi de près par la déformation faciale chez 18,82% des patients (14/74).

Les résultats de cette étude ont été concordants avec d'autres recherches. Djomou a également identifié la douleur comme première plainte dans 95% des cas, suivie des céphalées dans 49,8% des cas, et de la déformation faciale dans 36,77%. De même, Randriamanovonsta a rapporté la douleur comme le second motif chez 17% des patients et la tuméfaction endobuccale comme le premier motif chez 32% des patients **[29, 30]**. En France, Guizard a signalé que les lésions localisées au niveau de la cavité buccale représentaient le premier motif de consultation chez 35,3% des patients **[59]**.

Comme l'illustre l'échantillon, les signes fonctionnels se manifestent initialement par des symptômes courants comme l'obstruction nasale, et c'est seulement avec l'apparition de la douleur que les préoccupations émergent. À ce stade, le clinicien hospitalier peut déjà évoquer la suspicion d'un processus malin.

4.3.4.3 Aspect de la tuméfaction

Dans l'échantillon, 68,92% (51/74) des patients présentait une tuméfaction.

Au plan macroscopique, les tuméfactions avaient un aspect nodulaire (41,18% ; 21/51), elles étaient bourgeonnantes dans 19,61% (10/51) des cas, elles présentaient des ulcérations dans 11,76% (6/51) des cas; et enfin elles étaient d'allure ulcéro-nécrotique dans 9,80% (5/51). La lésion était infiltrante dans 7,85%

(4/51) des cas.

Djomou a retrouvé dans leur étude que les lésions étaient majoritairement bourgeonnantes à 76,33%, puis infiltrantes à 11,48% et ulcéro-nécrotiques dans 4,58% des cas **[29]**.

4.3.4.4 Localisation de la tumeur primitive

Dans l'échantillon, la face était la localisation primitive souvent retrouvée dans 22,97% (17/74) des cas, suivi de la cavité buccale dans 16,22% (12/74) des cas, du larynx et du cou dans les mêmes proportions, 13,51% (10/74) des cas.

Djomou au Cameroun a retrouvé que le nasopharynx était la localisation la plus fréquente dans 21,37% des cas, suivie des cavités naso-sinusiennes dans 19,85% des cas, puis le larynx dans 19,85% des cas également et la cavité buccale dans 15,26% des cas **[29]**. Hounkpatin à Parakou a constaté que le pharynx était la localisation la plus fréquente dans 27,9% des cas, puis la cavité orale dans 19,8% des cas **[31]**. Randriamanovonsta à Madagascar rapportaient que la localisation endobuccale était la plus représentée dans 42% des cas, viennent ensuite celle de l'oropharynx dans 17% des cas et du larynx dans 11% des cas **[30]**. Au Canada, Kassirian a noté que la cavité buccale était la première localisation tumorale retrouvée, dans 30,4% des cas **[61]**.

4.3.4.5 Type histologique des tumeurs

Dans la population d'étude, le carcinome était le type histologique prévalent, représentant 71,62% des cas (53/74), avec une prédominance marquée du carcinome épidermoïde dans 50,05% des cas (40/74). Les lymphomes représentaient 20,27% des cas (15/74), principalement le lymphome non hodgkinien dans 13,51% des cas (10/74). Les sarcomes constituaient 6,76% des cas (5/74), le

chondrosarcome étant le plus fréquent à 4,06% (3/74). Enfin, le mélanome moins fréquent a été observé seulement dans 1,35% des cas (1/74).

Cette répartition des types histologiques a été similaire aux résultats d'autres études. Hounkpatin à Parakou au Bénin, Amana au Togo, Djomou au Cameroun, Randriamanovonsta à Madagascar, et Erinoso au Nigéria ont tous constaté que le carcinome, en particulier le carcinome épidermoïde, était le type histologique prédominant dans les cancers ORL, suivi du lymphome, du sarcome, et en dernier lieu du mélanome **[6, 30, 31, 60]**.

Ces constatations soulignent la fréquence élevée des carcinomes, mais surtout des carcinomes épidermoïdes dans les pathologies tumorales malignes de la sphère ORL.

4.3.5 Aspects thérapeutiques

Dans l'échantillon, 29,73% (22/74) ont bénéficié uniquement de la chimiothérapie. 25,68% (19/49) ont bénéficié de la chirurgie seule, 9,46% (7/74) ont bénéficié de la chirurgie et de la chimiothérapie, et un seul patient a bénéficié de la chirurgie, de la chimiothérapie et de la radiothérapie.

Sowunmi a retrouvé que 32,7% ont eu une radiothérapie seule, 7,4% des patients avaient reçu une chimiothérapie seule, 3% ont eu une chirurgie seule, 4,3% ont subi une intervention chirurgicale et une chimiothérapie, 17,3% ont subi une chimiothérapie, une chirurgie et une radiothérapie, 19,8% avaient reçu la chimiothérapie et la radiothérapie, et 16% ont eu chirurgie et un traitement de radiothérapie **[58]**.

Guizard a souligné que les patients traités avaient été opérés de leur tumeur primitive en cours de traitement dans 48,7 % des cas. Ils avaient reçu une radiothérapie (seule

ou combinée) dans 76,9 % des cas et une chimiothérapie (seule ou combinée) dans 45,3 % des cas **[59]**. Actuellement, dans certains pays à plateau technique performant, la radiothérapie semble être le premier moyen de prise en charge des cancers ORL probablement pour limiter les effets secondaires de la chimiothérapie. C'est le cas du Nigéria, ou de la France.

4.3.6 Aspects évolutifs

Au cours de la période d'étude, 32,43% (24/74) sont décédés, 25,68% (19/74) ont eu une évolution favorable et 41,89% (31/74) ont été perdu de vue.

Sowunmi a rapporté que durant leur période d'étude, 14,2 % sont décédés, 9,9% ont eu une évolution favorable, et 75,9 % ont été perdus de vue **[58]**. Ce nombre important de patients perdus de vue pourrait s'expliquer par un manque de moyens financiers chez des patients ne disposant pas d'une mutuelle de santé.

CONCLUSION ET SUGGESTIONS

CONCLUSION

La présente étude réalisée au service d'ORL-CCF du CNHU-HKM de Cotonou a permis de montrer que les cancers ORL avaient une incidence non négligeable. Les sujets de tout âge peuvent être atteints avec une prédominance pour les sujets âgés de plus de la quarantaine et de sexe masculin. Parmi les facteurs de risques retrouvés, la consommation d'alcool était le premier facteur. La consultation tardive était prépondérante sous nos cieux, impliquant ainsi un diagnostic tardif. Les cancers ORL se manifestaient par plusieurs signes variant non seulement selon la localisation, mais également selon la nature anatomopathologique. La symptomatologie rhinologique était la plus présente, dominée par l'obstruction nasale ; suivie par la symptomatologie faciale qui est à son tour dominée par la déformation faciale. Une tuméfaction était souvent observée. L'échographie et le scanner étaient les moyens d'imagerie les plus utilisés pour objectiver les lésions cancéreuses, leurs extensions et ainsi poser le diagnostic de présomption de cancer. L'examen anatomopathologique est l'examen qui a confirmé le diagnostic de cancer. Et il a permis de noter que le carcinome était le premier type histologique retrouvé devant le lymphome, le sarcome et le mélanome.

Les patients ont bénéficié d'un traitement, la chimiothérapie était souvent pratiquée mais la radiothérapie était par contre rare. Cependant du fait du manque de moyens financiers, près de la moitié des patients a été perdue de vue. Cette étude appelle donc à une sensibilisation accrue, à des programmes de dépistage précoce et à une mobilisation des ressources pour l'amélioration de la gestion globale des cancers ORL.

SUGGESTIONS

Au terme de cette étude, nous formulons les suggestions suivantes :

- **À l'endroit des patients et de la population**
    - Consulter un médecin immédiatement dès l'apparition des premiers signes fonctionnels ;
    - respecter les rendez-vous dans le but de faciliter le suivi ;
    - Adhérer à une assurance maladie pour l'amoindrissement de l'impact financier.
- **À l'endroit des praticiens hospitaliers du service d'ORL-CCF du CNHU-HKM de Cotonou et du personnel de santé des centres périphériques**
    - Réaliser des campagnes d'information, d'éducation et de communication de la population sur les pathologies tumorales en général et les pathologies cancéreuses en particulier ;
    - renseigner et archiver les dossiers médicaux des patients ;
    - référer au plus tôt les patients s'ils sont reçus dans un centre périphérique vers des structures spécialisées.
- **À l'endroit de la direction du CNHU-HKM de Cotonou**
    - Sensibiliser les autorités sur les difficultés liés à la prise en charge d'un cancer ORL ;
    - disposer dans le service d'ORL-CCF d'une division informatique susceptible d'élaborer une base de données numériques des dossiers des patients en vue d'un meilleur archivage et d'un suivi adéquat des patients.

- **À l'endroit des autorités sanitaires et politiques**

  - Doter les hôpitaux départementaux de professionnels qualifiés et de moyens thérapeutiques adéquats pour la prise en charge des sujets atteints de cancer ;
  - recruter les professionnels de la santé qualifiés en périphérie pour la prise en charge des cancers ;
  - assurer la formation continue du personnel soignant ;
  - renforcer les systèmes d'assurance maladie pour abaisser les coûts des diagnostics et améliorer la prise en charge des cancers.

RÉFÉRENCES

1. **Garnier M, Delamare V, Delamare J, Delamare T.** Dictionnaire illustré des termes de médecine.32ème ed.Paris:Maloine;2018:**148-149.**

2. **IARC, WHO.** Cancer topics [En ligne]. 2023. Disponible : https://www.iarc.who.int/cancer-topics/

3. **Wainsten J-P.** Le Larousse médical.6ème ed.Paris:Editions Larousse;2022:**683-693.**

4. **OMS.** Résumé analytique [En ligne]. 2023. Disponible : https://files.aho.afro.who.int/afahobckpcontainer/production/files/iAHO_Mortality_Regional-Factsheet-FR.pdf

5. **Ngwa W, Addai BW, Adewole I, Ainsworth V, Alaro J, et al.** Cancer in sub-Saharan Africa: a Lancet Oncology Commission. Lancet Oncol. 2022;23(6):**e251-312.**

6. **Amana B, Foma W, Pegbessou E, Bissa H, Adam S, et coll.** Cancers primitifs oto-rhino-laryngologiques et cervico-maxillo-faciaux: aspects épidémiologiques et histopathologiques. The Pan African Medical Journal. 2016;25:**47.**

7. **Njifou Njimah A, Ngnembi AR, Essama L, Fewou A, Kouotou EA et al.** Histopatho-logical aspects of ENT cancer in Douala General Hospital. Health sciences and diseases, the journal of medicine and health sciences. 2018;19(3):**39-44.**

8. **Giraud P, Tredaniel J.** Cancérologie.3ème ed.Paris:Editions med-line;2021:**121-133.**

9. **Périé S, Meyers M, Mazzaschi O, De Crouy Chanel O, Baujat B, St Guily JL.** Épidémiologie et anatomie des cancers ORL. Bulletin du Cancer. 2014;101(5):**404-410.**

10. **Parkin DM, Jemal A, Bray F, Korir AR, Kamaté B, SIngh E, et al.** Cancer in Sub-Saharan Africa Volume III. Union for International Cancer Control. Geneva, Swit-zerland;2019:**1-2.**

11. **Gnangnon F, Egue M, Akele-Akpo M, Amidou S, Brun L, Mehinto D, et al.** Incidence des cancers à Cotonou entre 2014–2016 : les premiers résultats du premier registre des cancers en République du Bénin. Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique. 2020;68:**S124.**

12. **Baucher B, Bimbenet C, de Calan D, Catach L, Chauveau-Thoumelin P et al.** Le Robert illustré.2ème ed.Paris:Dictionnaires Le Robert;2023:**1435.**

13. **Gillot C.** Tête et cou Embryologie - Encyclopædia Universalis [Internet]. 2021. Disponible : https://www.universalis.fr/encyclopedie/tete-et-cou/1-embryologie/

14. **Sadler TW, Langman J, Bloch B.** Embryologie médicale.9ème ed.Paris:Pradel;2018:**331-333.**

15. **O'Dowd G, Woodford P, Young B.** Atlas d'histologie fonctionnelle de Weather. 3ème ed.Paris:De boeck supérieur;2015:**234-425.**

16. **Chevalier J-M, Bonfils P.** Anatomie ORL.2ème ed.Paris:Flammarion;2005:**3-276.**

17. **Drake RL, Vogl AW, Mitchell A, Tibbitts R, Richardson P.** Gray's Atlas d'anatomie humaine.2ème ed.Issy-les-Moulineaux:Elsevier Masson;2017:**521-582.**

18. **Sherwood L.** Physiologie humaine.2ème ed.Bruxelles:De boeck;2006:**165-476.**

19. **Netter FH.** Atlas d'anatomie humaine.7ème ed.Issy-les-Moulineaux:Elsevier Masson;2011:**9-79.**

20. **Kamina P.** Anatomie clinique.3ème ed.Paris:Maloine;2006:**85-390.**

21. **Goffinet M, Ransy P, Bouchain O, Lefebvre P, Moreau P.** Consommation d'alcool et cancers ORL. Rev Med Liege. 2019;74:**349-353.**

22. **Jethwa AR, Khariwala SS.** Tobacco-Related Carcinogenesis in Head and Neck Cancer. Cancer and Metastasis Reviews. 2017;36(3):**411-423.**

23. **Rettig EM, D'Souza G.** Epidemiology of Head and Neck Cancer. Surgical Oncology Clinics of North America. 2015;24(3):**379-396**.

24. **Barry B, Ortholan C.** Papillomavirus humain et cancer ORL. Cancer/Radiothérapie. 2014;18(5):**430-433.**

25. **Deng Z, Uehara T, Maeda H, Hasegawa M, Matayoshi S, Kiyuna A, et al.** Epstein-Barr Virus and Human Papillomavirus Infections and Genotype Distribution in Head and Neck Cancers. PLOS ONE. 2014;9(11):**e113702.**

26. **Ngan HL, Wang L, Lo KW, Wai Yan Lui V.** Genomic Landscapes of EBV-Associated Nasopharyngeal Carcinoma vs. HPV-Associated Head and Neck Cancer. Cancers. 2018;10(7):**210.**

27. **Beachler DC, D'Souza G.** Oral HPV infection and head and neck cancers in HIV-infected individuals. Curr Opin Oncol. 2013;25(5):**503-510.**

28. **Aupérin A.** Epidemiology of head and neck cancers: an update. Current Opinion in Oncology. 2020;32(3):**178-186.**

29. **Djomou F, Bola Siafa A, Andjock Nkouo YC, Mindja Eko D, Asmaou Bouba D, Ntep Ntep DB et al.** Epidemiology, clinical features and histology of ENT cancers: A cross sectional study from Yaounde. Health sciences and disease, the journal of medicine and biomedical sciences. 2021;22(8):**39-43.**

30. **Randriamanovontsoa NE, Hasiniatsy NRE, Razakanaivo M, Rafaramino F.** Caractéristiques épidémio-cliniques des cancers des voies aérodigestives supérieures au Service Oncologie du CHUA/JRA de 2008 à 2012. Rev. méd.

Madag. 2015;5(3):**623-625.**

31. **Hounkpatin SHR, Brun LVC, Balle M-C, Bouraima FA, Bossou TA, Amegan NH, et coll.** Histo-Epidemiological Profile of Head and Neck Cancers in Benin. International Journal of Otolaryngology and Head & Neck Surgery. 2020;09:**19.**

32. **Badoual C, Baglin AC, Wassef M, Thariat J, Reyt E, Janot F, et al**. Les pathologistes et le réseau d'expertise français sur les cancers ORL rares : le REFCORpath. Annales de Pathologie. 2014;34(1):64-69.

33. **Johnson DE, Burtness B, Leemans CR, Lui VWY, Bauman JE, Grandis JR.** Head and neck squamous cell carcinoma. Nat Rev Dis Primers. 2020;6(1):**1-22**.

34. **Sarradin V, Siegfried A, Uro-Coste E, Delord JP.** Classification de l'OMS 2017 des tumeurs de la tête et du cou : principales nouveautés et mise à jour des méthodes diagnostiques. Bulletin du Cancer. 2018;105(6):**596-602.**

35. **Campana F, Fakhry N, Del Grande J, Ordioni U.** Adénocarcinome polymorphe de bas grade : une localisation labiale. Médecine Buccale Chirurgie Buccale. 2014;20(3): **215-216.**

36. **Fife TA, Smith B, Sullivan CA, Browne JD, Waltonen JD.** Polymorphous low-grade adenocarcinoma: a 17 patient case series. Am J Otolaryngol. 2013;34:**445-448.**

37. **Patel TD, Vazquez A, Marchiano E, Park RC, Baredes S, Eloy JA.** Polymorphous low-grade adenocarcinoma of the head and neck: A population-based study of 460 cases. The Laryngoscope. 2015;125(7):**1644-1649.**

38. **El-Nagdy S, Salama NM, Mourad MI.** Immunohistochemical clue for the histological overlap of salivary adenoid cystic carcinoma and polymorphous low-grade adenocarcinoma. Interv Med Appl Sci. 2013;5:**131-139.**

39. **Bruch JF, Duprez-Paumier R, Sizaret D, Kervarrec T, Maître F.** Étude historique des lymphomes et de leurs classifications. Revue Francophone des Laboratoires, Anatomie et cytologie pathologiques. 2014;2014(458):**59-65.**

40. **Oishi N, Bagán JV, Javier K, Zapater E**. Head and Neck Lymphomas in HIV Patients: a Clinical Perspective. Int Arch Otorhinolaryngol. 2017;21:**399-407.**

41. **Picard A, Cardinne C, Denoux Y, Wagner I, Chabolle F, Bach CA.** Lymphomes extra-ganglionnaires de la tête et du cou : à propos de 67cas. Annales françaises d'Oto-rhino-laryngologie et de Pathologie Cervico-faciale. 2015;132(2):**69-73.**

42. **Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, et al.** Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. CA: A Cancer Journal for Clinicians. 2021;71(3):**209-249**.

43. **Singh R, Shaik S, Negi BS, Rajguru JP, Patil PB, Parihar AS, et al.** Non-Hodgkin's lymphoma: A review. J Family Med Prim Care. 2020;9(4):**1834-1840.**

44. **Storck K, Brandstetter M, Keller U, Knopf A**. Clinical presentation and characteristics of lymphoma in the head and neck region. Head & Face Medicine. 2019;15(1):**1.**

45. **Galy-Bernadoy C, Garrel R.** Head and neck soft-tissue sarcoma in adults. European Annals of Otorhinolaryngology, Head and Neck Diseases. 2016;133(1):**37-42.**

46. **Barosa J, Ribeiro J, Afonso L, Fernandes J, Monteiro E.** Head and neck sarcoma: Analysis of 29 cases. European Annals of Otorhinolaryngology, Head and Neck diseases. 2014;131:**83–86.**

47. **Krishnamurthy A, Palaniappan R.** Osteosarcomas of the Head and Neck Region: A Case Series with a Review of Literature. J Maxillofac Oral Surg. 2018;17(1):**38-43.**

48. **Häußler SM, Stromberger C, Olze H, Seifert G, Knopke S, Böttcher A.** Head and Neck Rhabdomyosarcoma in Children: A 20-Year Retrospective Study at a Tertiary Referral Center. Journal of Cancer Research and Clinical Oncology. 2018;144(2):**371-379.**

49. **Agaimy A, Mueller SK, Harrer T, Bauer S, Thompson LDR.** Head and Neck Kaposi Sarcoma: Clinicopathological Analysis of 11 Cases. Head and Neck Pathol. 2018;12(4):**511-516.**

50. **Ascierto PA, Accorona R, Botti G, Farina D, Fossati P, Gatta G, et al.** Mucosal melanoma of the head and neck. Critical Reviews in Oncology/Hematology. 2017;112:**136-152.**

51. **Malarkey DE, Hoenerhoff M, Maronpot RR.** Chapter 5 - Carcinogenesis: Mechanisms and Manifestations. Haschek and Rousseaux's Handbook of Toxicologic Pathology.3ème ed.Boston:Academic Press;2013:**107-146.**

52. **Patterson RH, Fischman VG, Wasserman I, et al.** Global burden of head and neck cancer: economic consequences, health, and the role of surgery. Otolaryngol Head Neck Surg. 2020;162(3):**296-303.**

53. **Chabrillac E, Even C, Costes-Martineau V, Fakhry N, Digue L, Moya-Plana A, et al.** Cancers rares de la tête et du cou sous l'égide du REFCOR, partie 1. Bulletin du Cancer. 2023;110(6):**692-699.**

54. **Bailly A, Barnoud D, Bruyas A, Delubac H, Faraldi M, Gautier H, et al.** Les traitements des cancers des voies aéro-digestives supérieures, Collection Guides patients Cancer info, INCa, **2018.**

55. **Brac de la Perriere C, Sarradin V, Siegfried-Vergnon A.** Onco-occitanie, réseau régional de cancérologie. Référentiel régional. Toulouse. **2022.**

56. **Kouassi-Ndjeundo J, N'Gattia KV, Vroh BTS, Badou-N'Guessan KE, Kouassi-Dumas P, Yavo-Dosso N.** Epidémiologie et histopathologie des cancers des voies aérodigestives supérieures à Abidjan. La Revue Africaine d'ORL et de Chirurgie Cervico-Faciale. 2015;15:**41-46.**

57. **Sereme M, Ouoba WJ, Meda CH, Koueta A, Noa EEM, Bambara C, et al.** Les cancers ORL et cervico-faciaux au Burkina-Faso. La Revue Africaine d'ORL et de Chirurgie-Cervico-Faciale. 2016;16:**21-27.**

58. **Sowunmi AC, Ketiku KK, Olaniyi PA, Alabi AO, Fatiregun OA, Asoegwu N, et al.** Pattern of head and neck cancer in a tertiary institution in Lagos, Nigeria. Journal of Dental and Medical Sciences. 2015;14(12):**72-82.**

59. **Guizard AVN, Dejardin OJ, Launay LC, Bara S, Lapôtre-Ledoux BM, Babin EB, et al.** Diagnosis and management of head and neck cancers in a high-incidence area in France: A population-based study. Medicine. 2017;96(26):**e7285.**

60. **Erinoso O, Okoturo E, Gbotolorun O, Effiom O, Awolola N, Soyemi S, et al.** Emerging Trends in the Epidemiological Pattern of Head and Neck Cancers in Lagos, Nigeria. Ann Med Health Sci Res. 2016;6(5):**301-307.**

61. **Kassirian S, Dzioba A, Hamel S, Patel K, Sahovaler A, Palma DA, et al**. Delay in diagnosis of patients with head-and-neck cancer in Canada: impact of patient and provider delay. Current Oncology. 2020;27(5):**e467.**

ANNEXES

FICHE DE COLLECTE

- Numéro de la fiche : ……..
- Nom et prénoms du patient :

  ……...
- Numéro de téléphone :

  …….
- Numéro de dossier/Année :

  .....

N°	Variables	Modalités	
CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES			
Q1	Age (ans)	0 ☐ [0-5[; 1 ☐ [5-10[; 2 ☐ [10-15[; 3 ☐ [15-20[; 4 ☐ [20-25[; 5 ☐ [25-35[; 6 ☐ [35-45[; 7 ☐ [45-55[; 8 ☐ [55-65[; 9 ☐ [65-70[; 10 ☐ >70	
Q2	Sexe	0 ☐ Féminin ; 1 ☐ Masculin	
Q3	Ethnie	0 ☐ Fon ; 1 ☐ Mina ; 2 ☐ Yoruba ; 3 ☐ Goun ; 4 ☐ Bariba ; 5 ☐ Autre (Si oui, préciser)	
Q4	Profession	0 ☐ Agent de l'état ; 1 ☐ Commerçant(e) ; 2 ☐ Elève/Etudiant(e) ; 3 ☐ Artisan ; 4 ☐ Autre (si oui, préciser)	
Q5	Nationalité	0 ☐ Béninoise ; 1 ☐ Autre (Si oui, préciser)	
Q6	Adresse de provenance (si de nationalité béninoise)	0 ☐ Littoral ; 1 ☐ Atlantique ; 2 ☐ Ouémé ; 3 ☐ Plateau ; 4 ☐ Zou ; 5 ☐ Collines ; 6 ☐ Mono ; 7 ☐ Couffo ; 8 ☐ Atacora ; 9 ☐ Donga ; 10 ☐ Borgou ; 11 ☐ Alibori	
Q7	Milieu de résidence	0☐ Non précisé ; 1 ☐ Urbain ; 2 ☐ Rural ;	
ANTECEDENTS			
Q8	Médicaux	0 ☐ Non précisé	
		1 ☐ Non	
		2 ☐ Oui	0 ☐ HTA ; 1 ☐ Diabète ; 2 ☐ RGO ; 3 ☐ Sinusite chronique ; 4 ☐ Otite chronique ; 5 ☐ Infection à l'EBV ; 6 ☐ Infection à l'HPV ; 7 ☐ Infection au VIH ; 8 ☐ Autre (à préciser)
Q9	Chirurgicaux ORL	0 ☐ Non précisé ; 1 ☐ Non ; 2 ☐ Oui (à préciser)	

Q10	Familiaux	0 ☐ Non précisé	
		1 ☐ Non	
		2 ☐ Oui	0 ☐ Notion de cancer familial ; 1 ☐ Autre (à préciser)
ENQUETE SOCIALE			
Q11	Alcool	0 ☐ Non précisé ; 1 ☐ Non ; 2 ☐ Oui	
Q12	Tabac	0 ☐ Non précisé ; 1 ☐ Non ; 2 ☐ Oui	
Q13	Alcool et tabac	0 ☐ Non précisé ; 1 ☐ Non ; 2 ☐ Oui	
Q14	Exposition aux facteurs professionnels	0 ☐ Non précisé	
		1 ☐ Non	
		2 ☐ Oui	0 ☐ Peintures ; 1 ☐ Amiante ; 2 ☐ Métaux ; 3 ☐ Poussière de bois ; 4 ☐ Autre (à préciser)
INTERROGATOIRE			
Q15	Délai de consultation (jours)	0 ☐ [0-7[; 1 ☐ [7-14[; 2 ☐ [14-21[; 3 ☐ [21-28[; 4 ☐ [28-90[; 5 ☐ ≥90	
Q16	Mode d'installation	0 ☐ Non précisé ; 1 ☐ Brutal ; 2 ☐ Progressif	
DONNEES CLINIQUES			
SIGNES FONCTIONNELS			
Q17	Symptomatologie faciale	0 ☐ Non	
		1 ☐ Oui	0 ☐ Déformation faciale ; 1 ☐ Algie faciale ; 2 ☐ Syncinésie faciale
Q18	Symptomatologie otologique	0 ☐ Non	
		1 ☐ Oui (toujours préciser la latéralité sauf 4)	0 ☐ Otorrhée ; 1 ☐ Otalgie ; 2 ☐ Acouphènes ; 3 ☐ Hypoacousie ; 4 ☐ Vertiges
Q19	Symptomatologie rhinologique	0 ☐ Non	
		1 ☐ Oui (toujours préciser la latéralité)	0 ☐ Obstruction nasale ; 1 ☐ Rhinorrhée ; 2 ☐ Epistaxis ; 3 ☐ Troubles de l'odorat ; 4 ☐ Eternuement

Q20	Symptomatologie stomatologique	0 ☐ Non	
		1 ☐ Oui	0 ☐ Chute spontanée des dents ; 1 ☐ Douleur dentaire ; 2 ☐ Stomatorragie ; 3 ☐ Trismus
Q21	Symptomatologie laryngée	0 ☐ Non	
		1 ☐ Oui	0 ☐ Dysphonie ; 1 ☐ Dyspnée
Q22	Symptomatologie oesophagienne	0 ☐ Non	
		1 ☐ Oui	0 ☐ Odynophagie ; 1 ☐ Dysphagie
Q23	Symptomatologie neurologique	0 ☐ Non	
		1 ☐ Oui	0 ☐ Céphalées ; 1 ☐ Paralysie ou parésie ; 2 ☐ Anesthésie ; 3 ☐ Douleur sur le trajet d'un nerf
Q24	Symptomatologie cervicale	0 ☐ Non	
		1 ☐ Oui	0 ☐ Tuméfaction cervical ; 1 ☐ Adénopathies cervicales
Q25	Autres signes	0 ☐ Non, 1 ☐ Oui (à préciser)	
SIGNES GENERAUX			
Q26	Fièvre	0 ☐ Non ; 1 ☐ Oui	
Q27	Asthénie	0 ☐ Non ; 1 ☐ Oui	
Q28	Anorexie	0 ☐ Non ; 1 ☐ Oui	
Q29	Amaigrissement (préciser taille, poids, IMC pour 0 et 1)	0 ☐ Non ; 1 ☐ Oui	
Q30	Altération de l'état général (préciser IP/OMS pour 0 et 1)	0 ☐ Non ; 1 ☐ Oui	
SIGNES PHYSIQUES			
Q31	Présence de tuméfaction	0 ☐ Non	
		1 ☐ Oui	**Siège** : 0 ☐ Face ; 1 ☐ Nez ; 2 ☐ Oreilles ; 3 ☐ Bouche ; 4 ☐ Cou ; 5 ☐ Autres (à préciser)
			Aspect : 0 ☐ Ulcération ; 1 ☐ Ulcéro-nécrotique ;

			2 ☐ Bourgeonnante ; 3 ☐ Infiltrant ; 4 ☐ Nodulaire
			Peau de revêtement : 0 ☐ Normale ; 1 ☐ Inflammatoire
			Consistance : 0 ☐ Molle ; 1 ☐ Dure
			Saignement au contact : 0 ☐ Non ; 1 ☐ Oui
			Mobilité : 0 ☐ Mobile ; 1 ☐ Fixe
			Douloureux : 0 ☐ Non ; 1 ☐ Oui
			Taille (à préciser)
Q32	Otoscopie	0 ☐ Normal	
		1 ☐ Pathologique	(Préciser la conclusion)
Q33	Rhinoscopie	0 ☐ Antérieure	0 ☐ Normal 1 ☐ Pathologique (Préciser la conclusion)
		1 ☐ Postérieure	0 ☐ Normal 1 ☐ Pathologique (Préciser la conclusion)
Q34	Cavité buccale	0 ☐ Normal 1 ☐ Pathologique (Préciser la conclusion)	

Q35	Oropharynx	0 ☐ Normal 1 ☐ Pathologique (Préciser la conclusion)
Q36	Cou	0 ☐ Normal 1 ☐ Pathologique (Préciser la conclusion)
Q37	Larynx	0 ☐ Normal 1 ☐ Pathologique (Préciser la conclusion)
Q38	Cœur	0 ☐ Normal 1 ☐ Pathologique (Préciser la conclusion)
Q39	Poumons	0 ☐ Normal 1 ☐ Pathologique (Préciser la conclusion)
Q40	Abdomen	0 ☐ Normal 1 ☐ Pathologique (Préciser la conclusion)
Q41	Aires ganglionnaires libres	0 ☐ Oui ; 1 ☐ Non (Préciser la conclusion)

DONNEES PARACLINIQUES		
IMAGERIE		
Q42	Radiographie	0 ☐ Non ; 1 ☐ Pulmonaire ; 2 ☐ Orthopantommogramme ; 3 ☐ Blondeau ; 4 ☐ Autre (à préciser) (Préciser la conclusion)
Q43	Echographie	0 ☐ Non ; 1 ☐ Cervicale ; 2 ☐ Abdominale ; 3 ☐ Autre (à préciser) (Préciser la conclusion)
Q44	Scanner	0 ☐ Non ; 1 ☐ Cervicale ; 2 ☐ Thoracique ; 3 ☐ abdominale ; 4 ☐ Autres (à préciser) (Préciser la conclusion)
Q45	IRM	0 ☐ Non ; 1 ☐ Cervicale ; 2 ☐ Thoracique ; 3 ☐ abdominale ; 4 ☐ Autres (à préciser) (Préciser la conclusion)
Q46	Localisation de la tumeur primitive	
EXAMEN ANATOMO-PATHOLOGIQUE		
Q47	Examen anatomo-pathologique	0 ☐ Non ; 1 ☐ Oui
Q48	Carcinome	0 ☐ Non ; 1 ☐ Epidermoïde ; 2 ☐ Adénocarcinome ; 3 ☐ Indifférencié ; 4 ☐ Autre (à préciser)

Q49	Lymphome	0 ☐ Non ; 1 ☐ de Burkitt ; 2 ☐ Hodgkinien ; 3 ☐ Non Hodgkinien	
Q50	Sarcome	0 ☐ Non ; 1 ☐ Ostéosarcome ; 2 ☐ Rhabdomyosarcome ; 3 ☐ Sarcome de Kaposi ; 4 ☐ Autre (à préciser)	
Q51	Autre type histologique	(à préciser)	
Q52	Classification TNM	0 ☐ Non ; 1 ☐ Oui (à préciser)	
IMMUNOHISTOCHIMIE			
Q53	Immunohistochimie	0 ☐ Non ; 1 ☐ Oui (Préciser la conclusion)	
SEROLOGIES			
Q54	Sérologie HIV	0 ☐ Non	
		1 ☐ Oui	0 ☐ Négatif ; 1 ☐ Positif
Q55	Sérologie EBV	0 ☐ Non	
		1 ☐ Oui	0 ☐ Négatif ; 1 ☐ Positif
TRAITEMENT			
Q56	Traitement initié	0 ☐ Non ; 1 ☐ Oui	
Q57	Délai d'initiation du traitement (en mois)	0 ☐ [0-1[; 1 ☐ [1-2[; 2 ☐ [2-3[; 3 ☐ [3-4[; 4 ☐ [4-5[; 5 ☐ [5-6[; 6 ☐ ≥6	
Q58	Traitement	0 ☐ Chirurgie ; 1 ☐ Chimiothérapie ; 2 ☐ Radiothérapie ; 3 ☐ Autre (à préciser) (Préciser les caractéristiques de chaque traitement)	

<table>
<tr><th colspan="4">EVOLUTION</th></tr>
<tr><td rowspan="4">Q59</td><td rowspan="4">Evolution</td><td colspan="2">0 ☐ Perdue de vue ;</td></tr>
<tr><td colspan="2">1 ☐ Favorable</td></tr>
<tr><td>2 ☐ Survie (en année)</td><td>0 ☐ <1 ; 1 ☐ [1-2[; 2 ☐ [2-3[; 3 ☐ [3-4[; 4 ☐ [4-5[; 5 ☐ >5</td></tr>
<tr><td colspan="2">3 ☐ Patient décédé</td></tr>
</table>

RÉPUBLIQUE DU BÉNIN – MINISTÈRE DE LA SANTÉ
CENTRE NATIONAL HOSPITALIER UNIVERSITAIRE HUBERT K. MAGA
Direction Générale

CNHU-HKM

SERVICE DE LA STATISTIQUE MEDICALE ET DE LA RECHERCHE

Cotonou, le 03 JUIL 2023

N°1371/MS/CNHU-HKM/PCME/SSMR

NOTE DE SERVICE

Objet : Autorisation de collecte

Références : - Demande de Monsieur GNAGBOLOU Amè Armel en date du 27 juin 2023 ;
- Demande de la Directrice de Thèse, MCA LAWSON AFOUDA Sonia en date 27 juin 2023.

Dans le cadre de la rédaction de sa thèse de doctorat d'Etat en médecine, portant sur le thème, «**Panorama des cancers ORL de 2010 à 2020 dans le service d'ORL du CNHU-HKM**», Monsieur **GNAGBOLOU Amè Armel**, étudiant en septième année de médecine à la Faculté des Sciences de la Santé de Cotonou, est autorisé à effectuer une collecte de données dans la **Clinique Universitaire d'Oto-Rhino-Laryngologie et de Chirurgie Cervico Faciale (ORL-CCF)** du Centre National Hospitalier Universitaire Hubert K. MAGA (CNHU-HKM).

A cet effet, le Chef Clinique et la Surveillante sont priés de tout mettre en œuvre pour faciliter à l'intéressé, l'accès aux sources de données. La collecte de données se fera sous l'encadrement du Chef Service de la Statistique Médicale et de la Recherche.

A la fin de l'étude, l'intéressé devra **transmettre à la Direction Générale du CNHU-HKM, les versions électroniques du rapport d'étude et de la base de données recueillies, par mail, à l'adresse suivante : « csmr.cnhuhkm@gmail.com ».**

La présente note de service est valable pour compter de la date de sa signature.

NB : **Les dossiers médicaux et les registres doivent être consultés sur place. La confidentialité des données collectées est requise.**

Le Directeur Général,

CENTRE NATIONAL HOSPITALIER UNIVERSITAIRE – Le Directeur Général

Prof. Dieu donné GNONLONFOUN

Ampliations : DAF, CSRH, PCME, CSSRM, CICUORL-CCF, Surveillant, Intéressé, Archives, Chrono

Certificat d'analyse

Date d'émission: 26/11/2023
Compte évaluateur: GNAGBOLOU Armel

AUTEUR DU DOCUMENT : GNAGBOLOU Armel
TITRE DU DOCUMENT : PANORAMA DES CANCERS ORL À LA CLINIQUE UNIVERSITAIRE D'ORL-CCF DU CNHU-HKM AU BÉNIN DE 2010 À 2020 : ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUE, DIAGNOSTIQUE, THÉRAPEUTIQUE ET ÉVOLUTIF

e-Plagiat est un évaluateur certifié de prévention et de détection de plagiat intelligent et autonome basé sur l'IA

Type de document	Nombre de mots	Nombre de pages (approximatif)	Taux de plagiat
Thèse	29148	117	7.7%

M. Pierre ROUAN

Ce document est signé électroniquement et certifié.
Le fichier constitue un original électronique de valeur probatoire, il est enregistré sous la référence suivante :

18734704a581ac658ae8ada6ea577216640b

e-plagiat.online, 1er évaluateur de plagiat en Afrique basé sur l'Intelligence artificielle

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT i
ACTION DE GRÂCE vii
DÉDICACE ix
REMERCIEMENTS xi
HOMMAGES xvi
LISTE DES SIGLES, ACRONYMES ET ABRÉVIATIONS xix
LISTE DES TABLEAUX xxiii
LISTE DES FIGURES xxvi
SOMMAIRE xxxi
INTRODUCTION 1
1. Généralités 5
1.1 Définitions des concepts 6
1.2 Rappel embryologique et histologique de la tête et du cou 7
1.2.1 Rappel embryologique 7
1.2.2 Rappel histologique 7
1.2.2.1 Muqueuse respiratoire 7
1.2.2.2 Muqueuse de type digestif 8
1.3 Rappel anatomique et physiologique de la tête et du cou 8
1.3.1 Oreille 9
1.3.1.1 Anatomie descriptive 9
i. L'oreille externe 9
ii. L'oreille moyenne 9
iii. L'oreille interne 10
1.3.1.2 Physiologie de l'oreille 11
1.3.2 Nez et sinus paranasaux 12
1.3.2.1 Anatomie descriptive 12
i. Nez 12
ii. Sinus paranasaux 14
1.3.2.2 Physiologie 15
1.3.3 La cavité orale 15
1.3.3.1 Anatomie descriptive 15
1.3.3.2 Physiologie 16
1.3.4 Les glandes salivaires 17
1.3.4.1 Anatomie descriptive 17

i. La glande parotide 17
ii. La glande submandibulaire 17
iii. La glande sublinguale 18
1.3.4.2 Physiologie 19
1.3.5 Pharynx 21
1.3.5.1 Anatomie descriptive 21
1.3.5.2 Physiologie du pharynx 23
1.3.6 Larynx 23
1.3.6.1 Anatomie descriptive 23
i. Armature cartilagineuse 23
ii. Muscles du larynx 24
iii. Configuration interne 25
1.3.6.2 Physiologie 25
1.3.7 Trachée cervicale 26
1.3.7.1 Anatomie descriptive 26
1.3.7.2 Physiologie 26
1.3.8 Œsophage cervical 26
1.3.8.1 Anatomie descriptive 26
1.3.8.2 Physiologie 26
1.3.9 Vascularisation artério-veineuse de la tête et du cou 26
1.3.10 Vascularisation lymphatique de la tête et du cou 27
1.3.11 Innervation de la tête et du cou 28
1.4 Facteurs de cancérogenèse ORL 29
1.4.1 L'alcool 30
1.4.2 Le tabac 30
1.4.3 Les facteurs infectieux 31
1.4.3.1 Le human papillomavirus 31
1.4.3.2 L'epstein-barr virus 32
1.4.3.3 Le virus de l'immunodéficience humaine 33
1.4.4 Les facteurs professionnels 33
1.4.5 Les facteurs nutritionnels 34
1.4.6 Les facteurs génétiques 35
1.5 Types histologiques 35
1.5.1 Les carcinomes 35

1.5.1.1 Le carcinome épidermoïde 35
1.5.1.2 Carcinomes épidermoïdes à HPV+ 36
1.5.1.3 Adénocarcinome 37
1.5.2 Les lymphomes 37
1.5.2.1 Les lymphomes non hodgkiniens 38
1.5.2.2 Les lymphomes hodgkiniens 39
1.5.3 Les sarcomes 39
1.5.3.1 L'ostéosarcome 40
1.5.3.2 Le rhabdomyosarcome 40
1.5.3.3 Le sarcome de Kaposi 41
1.5.4 Les mélanomes 42
1.6 Cancérogenèse 43
1.7 Epidémiologie des cancers ORL 45
1.8 Diagnostic des cancers ORL 46
1.8.1 Diagnostic positif 46
1.8.1.1 Les cancers des oreilles 47
i. Signes évocateurs 47
ii. Diagnostic de certitude 47
iii. Bilan d'extension 47
1.8.1.2 Les cancers du nez et des sinus 47
i. Facteurs de risques 47
ii. Signes évocateurs 47
iii. Diagnostic de certitude 48
iv. Bilan d'extension 48
1.8.1.3 Les cancers de la cavité buccale 48
i. Facteurs de risques 48
ii. Signes évocateurs 48
iii. Diagnostic de certitude 49
iv. Bilan d'extension 49
1.8.1.4 Les cancers du cavum 49
i. Facteurs de risques 49
ii. Signes évocateurs 49
iii. Diagnostic de certitude 49
iv. Bilan d'extension 49

v. Classification des cancers du cavum selon l'OMS 50
1.8.1.5 Les cancers de l'oropharynx 50
i. Facteurs de risque 50
ii. Signes évocateurs 50
iii. Diagnostic de certitude 51
iv. Bilan d'extension 51
1.8.1.6 Les cancers de l'hypopharynx 51
i. Facteurs de risques 51
ii. Signes évocateurs 51
iii. Diagnostic de certitude 51
iv. Bilan d'extension 51
1.8.1.7 Les cancers du larynx 52
i. Facteurs de risques 52
ii. Signes évocateurs 52
iii. Diagnostic de certitude 52
iv. Bilan d'extension 52
1.8.2 Diagnostic différentiel 52
1.8.3 Diagnostic étiologique 53
1.8.3.1 Les facteurs favorisants 53
1.8.3.2 Les facteurs professionnels 53
1.8.3.3 Les facteurs nutritionnels 53
1.8.3.4 Les facteurs génétiques 53
1.8.3.5 Les facteurs déterminants 54
1.9 Traitement des cancers ORL 54
1.9.1 But 54
1.9.2 Moyens 54
1.9.2.1 Moyens médicaux 54
i. Médicamenteux 54
ii. Non médicamenteux 56
1.9.2.2 Moyens chirurgicaux 56
1.9.2.3 Radiothérapie 57
1.9.3 Indications 57
1.9.3.1 Cancer du nez et des sinus 57
1.9.3.2 Cancers de la cavité buccale 57

1.9.3.3 Cancers du cavum 58
1.9.3.4 Cancers de l'oropharynx 58
1.9.3.5 Cancers de l'hypopharynx et du larynx 58
1.9.4 Surveillance 58
1.9.5 Evolution et pronostic 59
1.9.5.1 Cancers de la cavité buccale, de l'oropharynx, de l'hypopharynx, et du larynx 59
1.9.5.2 Tumeurs des fosses nasales et des sinus 60
1.9.5.3 Tumeurs du cavum 60
2. Cadre, matériel et méthode d'étude 61
2.1 Cadre d'étude 62
2.1.1 CNHU-HKM 62
2.1.2 Service d'Oto-Rhino-Laryngologie et Chirurgie Cervico-Faciale 63
2.1.2.1 Description du service 63
2.1.2.2 Activités du service 64
2.2 Matériel d'étude 64
2.3 Méthode d'étude 64
2.3.1 Type d'étude 64
2.3.2 Période d'étude 64
2.3.3 Population d'étude 65
2.3.4 Critères d'inclusion 65
2.3.5 Critères d'exclusion 65
2.3.6 Échantillonnage 65
2.3.7 Collecte de données 65
2.3.7.1 Matériel de collecte 65
2.3.7.2 Équipe de collecte 66
2.3.7.3 Technique de collecte 66
2.3.7.4 Variables 66
i. Variable dépendante 66
ii. Variables indépendantes 66
2.4 Analyse et traitement des données 67
2.5 Considérations éthiques 68
2.6 Limites et difficultés rencontrées 68
3. Résultats 69
3.1 Aspects épidémiologiques 70

3.1.1 Fréquence 70
3.1.2 Âge 71
3.1.3 Sexe 71
3.1.4 Ethnie 71
3.1.5 Profession 72
3.1.6 Département de provenance 73
3.1.7 Résidence 74
3.2 Antécédents 75
3.3 Facteurs de risque 75
3.4 Aspects diagnostiques 76
3.4.1 Aspects anamnestiques 76
3.4.1.1 Délai de consultation 76
3.4.1.2 Mode d'installation 77
3.4.1.3 Motif de consultation 77
i. Symptomatologie rhinologique 78
ii. Symptomatologie faciale 79
iii. Symptomatologie stomatologique 79
iv. Symptomatologie œsophagienne 79
v. Symptomatologie laryngée 79
vi. Symptomatologie otologique 80
vii. Symptomatologie cervicale 80
3.4.2 Aspects cliniques 80
3.4.2.1 Signes généraux 80
3.4.2.2 Signes physiques 81
i. Tuméfaction et ses caractéristiques 81
ii. Examen régional 83
iii. Examen des autres appareils 83
3.4.3 Aspects paracliniques 84
3.4.3.1 Imagerie 84
3.4.3.2 Examen anatomo-pathologique 85
i. Localisation de la tumeur primitive 85
ii. Type histologique des tumeurs 86
iii. Stadification des cancers 87
iv. Classification d'Ann Arbor 88

3.4.3.3 Immunohistochimie 88
3.4.3.4 Statut sérologique 89
3.5 Aspects thérapeutiques 89
3.5.1 Délai du traitement 89
3.5.2 Choix thérapeutique 90
3.6 Aspects évolutifs 90
i. Survie globale 91
ii. Survie par pathologie cancéreuse 92
4. Discussion 93
4.1 Atteinte des objectifs 94
4.2 Qualité et validité des résultats 94
4.3 Discussion proprement dite des résultats 95
4.3.1 Aspects épidémiologiques 95
4.3.1.1 Fréquence 95
i. Fréquence hospitalière 95
ii. Incidence 95
4.3.1.2 Âge 96
4.3.1.3 Sexe 96
4.3.2 Antécédents 97
4.3.3 Facteurs de risque 97
4.3.4 Aspects diagnostiques 98
4.3.4.1 Délai de consultation 98
4.3.4.2 Motif de consultation 98
4.3.4.3 Aspect de la tuméfaction 99
4.3.4.4 Localisation de la tumeur primitive 100
4.3.4.5 Type histologique des tumeurs 100
4.3.5 Aspects thérapeutiques 101
4.3.6 Aspects évolutifs 102
CONCLUSION ET SUGGESTIONS 103
CONCLUSION 104
SUGGESTIONS 105

RÉFÉRENCES..... 107
ANNEXES..... A
TABLE DES MATIÈRES..... L

Devant le peuple béninois,

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate,

Je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me sont confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Je ne permettrai pas que les considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception. Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers les maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçu de leurs parents. Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobres et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je le jure.

VU LE PRÉSIDENT DU JURY

VU LE DOYEN

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

LE RECTEUR DE L'UNIVERSITÉ D'ABOMEY-CALAVI

RÉSUMÉ

Introduction : Les cancers ORL sont des tumeurs malignes localisées à la jonction des voies responsables de fonctions vitales de l'organisme. Sur le continent africain, les chiffres relatifs aux cancers en général sont mal connus. L'objectif a été d'établir un panorama des cancers ORL à la Clinique Universitaire d'ORL-CCF du CNHU-HKM au Bénin de 2010 à 2020.

Méthode : Il s'est agi d'une étude rétrospective à visée descriptive s'étendant du 1er Janvier 2010 au 31 Décembre 2020 soit 11 ans à la clinique universitaire d'ORL-CCF du CNHU-HKM. Ont été inclus les patients vus en consultation ou en hospitalisation pour un cancer de la tête et du cou histologiquement confirmé.

Résultats : La fréquence hospitalière des cancers ORL était de 0,58% (151/25986) et une incidence de 13,72 cas par an. L'âge moyen des patients était de 41,22 ans ± 22,05 avec des extrêmes de 01 an et 75 ans. Une prédominance masculine fut démontrée avec un sex-ratio de 1,55. Le délai de consultation était majoritairement au-delà de 6 mois. La localisation anatomique la plus représentée était celle faciale (17/74), suivie de la cavité buccale (12/74) et du larynx (10/74). Sur le plan histologique, on retrouvait majoritairement les carcinomes (53/74), suivis des lymphomes (15/74), puis des sarcomes (5/74) et enfin le mélanome (1/74). Du point de vue thérapeutique, 49 patients ont bénéficié d'un traitement. Parmi les patients, 19 ont bénéficié de la chirurgie seule, 22 ont bénéficié de la chimiothérapie seule, 7 ont bénéficié de la chirurgie associée à la chimiothérapie, un seul patient a bénéficié de la chirurgie associée à la chimiothérapie et à la radiothérapie. Sur les 74 patients de l'étude, 24 sont décédés, 19 ont eu une évolution favorable et 31 ont été perdu de vue.

Conclusion : Les cancers ORL avaient une incidence non négligeable. Les sujets de tout âge peuvent être atteints. Une sensibilisation accrue et une mobilisation des ressources pour l'amélioration de la gestion globale des cancers ORL améliorerait la survie à long terme des patients.

***Mots clés : panorama,* cancer, ORL, tête et cou, épidémiologie, diagnostic, traitement**

ABSTRACT

Introduction: Head and neck cancers (HNC) are malignant tumors localized at the junction of vital pathways responsible for crucial bodily functions. In the African context, cancer statistics, in general, remain poorly documented. The objective was to provide an overview of HNC at the Clinique Universitaire d'ORL-CCF of CNHU-HKM in Benin from 2010 to 2020.

Methods: This was a retrospective descriptive study covering the period from January 1, 2010, to December 31, 2020, spanning 11 years at the Clinique Universitaire d'ORL-CCF of CNHU-HKM. The study included patients seen in consultation or admitted for histologically confirmed head and neck cancer.

Results: The hospital frequency of HNC was 0.58% (151/25,986) with an annual incidence of 13.72 cases. The mean age of patients was 41.22 years ± 22.05, ranging from 1 to 75 years. A male predominance was demonstrated with a sex ratio of 1.55. The majority of patients sought medical attention beyond 6 months. The most frequently represented anatomical location was facial (17/74), followed by the oral cavity (12/74), and the larynx (10/74). Histologically, carcinomas were predominant (53/74), followed by lymphomas (15/74), sarcomas (5/74), and melanoma (1/74). Therapeutically, 49 patients underwent treatment. Among them, 19 underwent surgery alone, 22 received chemotherapy alone, 7 underwent surgery combined with chemotherapy, and one patient underwent surgery combined with chemotherapy and radiotherapy. Out of the 74 patients in the study, 24 died, 19 had a favorable outcome, and 31 were lost to follow-up.

Conclusion: Head and neck cancers had a significant incidence, affecting individuals of all ages. Increased awareness and resource mobilization for the overall management of HNC would enhance long-term patient survival.

Keywords: overview, cancer, head and neck, epidemiology, diagnosis, treatment