



Article Original

Cancers du Larynx à Brazzaville : Difficultés de Prise en Charge et Survie des Patients

Cancers of larynx in Brazzaville: management and survival of patients

Otouana Dzon HB¹, Diambi S², Ngouoni GC¹, Bolenga Liboko A³, Tsierie-Tsoba A¹, Itiere Odzili FA¹, Ondzotto G¹

- ¹: Service d'ORL et chirurgie cervico-faciale, CHU-Brazzaville
²: Service d'ORL et chirurgie cervico-faciale, Hôpital général Adolph Sicé (Pointe-noire)
³: Service d'oncologie médicale, CHU-Brazzaville

Auteur correspondant

Otouana Dzon Harrol Boris. Service d'ORL-CCF, CHU de Brazzaville, BP 13356 (Congo).
 Tel: (00242) 069422411,
 Mail: hb.otouana@gmail.com

Mots-clés : cancers ; larynx ; survie

Keywords: cancers; larynx ; survival

RÉSUMÉ

Objectif. Décrire la prise en charge des cancers du larynx et dégager les principaux facteurs de risque influençant la survie. **Matériels et méthodes.** L'étude a été menée sur une période de 10 ans (janvier 2009 à décembre 2018) dans les services d'ORL et d'oncologie médicale du Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville. Les patients suivis pour cancer du larynx et ayant un dossier médical complet ont été inclus. Tous disposaient d'un bilan morphologique et biologique comprenant la pan-endoscopie des voies aéro-digestives supérieures, le scanner cervico-thoracique et le type histopathologique de la tumeur. Les paramètres étudiés étaient sociodémographiques, cliniques, anatomopathologiques et la survie des patients. **Résultats.** Un total de 46 patients (44 hommes et 2 femmes) avec un cancer du larynx ont été colligés, soit 43,8% des cancers ORL et cervico-faciaux. Leur âge moyen était de 61 ans. Le tabac et l'alcool étaient les principaux facteurs de risque. Le délai moyen de consultation était de huit mois. La proportion au stade tardif T4 au moment du diagnostic était de 85%. Le type histopathologique retrouvé chez tous les patients était le carcinome épidermoïde bien différencié. Le siège glotto-sus-glottique représentait 76% des cas. En l'absence de radiothérapie, tous les patients au stade T4 ont bénéficié d'une chimiothérapie palliative alors que ceux diagnostiqués aux stades T2 (2%) et T3 (13%) ont subi une laryngectomie. Le taux de survie globale était estimé à 15%. **Conclusion.** La fréquence des cancers du larynx n'est pas négligeable à Brazzaville. La difficulté de prise en charge est liée au lent délai de consultation justifiant les stades tardifs au moment du diagnostic et aussi à l'absence de radiothérapie responsable d'une mauvaise survie des patients.

ABSTRACT

Objective. To describe the management of laryngeal cancers and the main risk factors influencing survival in our setting. **Materials and methods.** This transversal study was conducted over a period of 10 years (2009-2018) in the departments of ENT medical oncology of the University Teaching Hospital of Brazzaville. All Patients with laryngeal cancer and a complete medical record were included. Morphological and biological assessment including pan-endoscopy of the upper aerodigestive tract, cervico-thoracic CT and histopathological type of the tumor were available for all patients. Our parameters of study were sociodemography, clinical, pathological and patient survival. **Results.** A total of 46 patients were enrolled (44 male, 2 female) representing 43.8% of ENT and cervicofacial cancers. Their average age was 61 years. Tobacco and alcohol were the main risk factors and the average consultation time was 8 months justifying the proportion of the late stage T4 (85%) at the time of diagnosis. Histopathology found a well-differentiated squamous cell carcinoma in all patients. Localization was a glottis and supra glottis in 76% of patients. Since radiotherapy was not available, all T4 patients received palliative chemotherapy, while those diagnosed at T2 (2%) and T3 (13%) had laryngectomy. The overall survival rate was estimated at 15%. **Conclusion.** Laryngeal cancers is present in Brazzaville. The difficulty of management is related to the slow consultation period justifying the late stages at the time of diagnosis and also to the absence of radiotherapy responsible for poor patient survival.

INTRODUCTION

Les cancers du larynx sont un ensemble de proliférations malignes développées aux dépens de la muqueuse laryngée [1]. Ils représentent environ 3,5% des tumeurs malignes diagnostiquées annuellement dans le monde et à l'origine de 1% des décès par cancer [2]. Dans les pays développés, le diagnostic est souvent fait au stade de début ; ce qui n'est pas le cas dans la plupart des pays

d'Afrique où la majorité des patients arrivent en consultation à des stades évolués de la maladie [3-5]. Cette situation cause un véritable problème de prise en charge surtout lorsqu'on sait que les cancers en général sont plus graves en Afrique subsaharienne où les taux de mortalité avoisinent en moyenne 75% [6]. D'où le but de cette étude qui est de soulever le problème de prise en charge des cancers du larynx à Brazzaville et à dégager

les principaux facteurs de risque influençant la survie des patients.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

Le service d'ORL, chirurgie cervico-faciale et celui d'oncologie médicale du centre hospitalier universitaire de Brazzaville étaient les cadres d'une étude de 10 ans (allant du 01 janvier 2009 au 31 décembre 2018). Il s'est agi d'une étude descriptive, rétrospective incluant tous les patients suivis pour cancer du larynx avec preuve histologique. Les informations nécessaires sur les patients étaient recensées à partir des dossiers médicaux bien tenus et complets. Les patients étaient d'abord reçus dans le service d'ORL. Un bilan incluant la nasofibroskopie, la pan-endoscopie des voies aéro-digestives supérieures, l'IRM cervico-thoracique voire thoraco-abdominale a été réalisé dans le but d'apprécier l'aspect macroscopique de la tumeur, de rechercher les localisations secondaires et d'effectuer les biopsies lésionnelles. La confirmation des types histopathologiques a été donnée par le service d'anatomopathologie du centre hospitalier universitaire de Brazzaville.

Le plateau technique n'étant pas adéquat à Brazzaville, seule la chirurgie était réalisable dans le service d'ORL-CCF ainsi que la chimiothérapie au sein du service d'oncologie médicale selon le protocole DCF (Docétaxel, Cisplatine, 5-fluoro-uracile).

Le Docétaxel a été administré à la dose de 75 mg/m² à J1 en perfusion intraveineuse de 1h30 minutes; la Cisplatine à 75 mg/m² à J1 en perfusion intraveineuse de 2 heures et le 5-Fluoro-uracile à la dose de 750 mg/m²/J de J1 à J5 en perfusion continue. Ainsi les paramètres étudiés étaient épidémiologiques (fréquence, âge, sexe), clinique (signes fonctionnels, facteurs de risque, siège et aspect de la tumeur, classification TNM), anatomopathologiques (type histopathologique), thérapeutiques et la survie.

Les logiciels Excel et Epi info 3.5.4 ont servi à l'analyse et au traitement des données.

RÉSULTATS

Pendant la période d'étude, 105 cas de cancers ORL et cervico-faciaux étaient recensés parmi lesquels 46 cas des cancers du larynx, représentant 43,8%. L'âge moyen était de 61 ans ± 13,18 (41-84 ans), il y'avait 44 hommes (96%) et 2 femmes (4%) soit un ratio de 22 tel que présenté dans le tableau I.

Tableau I : répartition des patients selon l'âge et le sexe

Sexe	Masculin	Féminin	Total
Age (an)	n (%)	n (%)	n (%)
≤ 39	0	0	0
40 - 49	10 (%)	0	10 (%)
50 - 59	10 (%)	2 (%)	12 (%)
≥ 60	24 (%)	0 (%)	24 (%)
Total	44 (96%)	2 (4%)	46 (100%)

L'intoxication alcool-tabagique était le principal facteur de risque retrouvé chez 43% des patients. Les

professions à risque pour le larynx n'ont pas été retrouvées. Il s'agissait des journalistes, enseignants, chanteurs et autres. La figure I présente la répartition des patients selon les facteurs de risques. 45 patients présentaient comme signes fonctionnels l'association dysphonie-dyspnée (98%) tandis qu'un seul patient (2%) a présenté une dysphonie isolée.

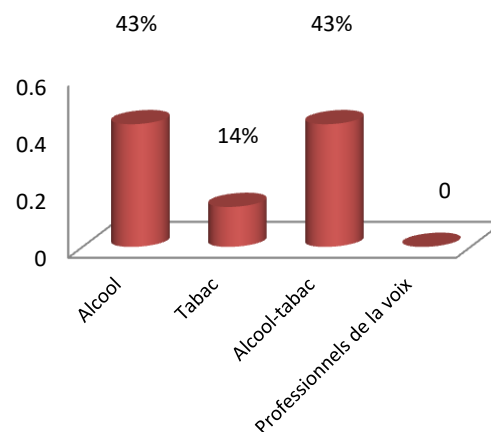


Figure 1 : répartition des patients selon les facteurs de risque

Le siège de la tumeur était glotto-sus-glottique chez 35 patients (76%), glottique chez 10 patients (22%) et sus-glottique chez 1 patient (2%). La tumeur était bourgeonnante chez 39 patients (85%), ulcéro-bourgeonnante chez 7 patients (15%) et le type histopathologique était un carcinome épidermoïde chez tous les patients. Le tableau II présente la répartition des patients selon le stade de la tumeur.

Tableau II : répartition des patients selon le stade de la tumeur

Stade	n (%)
T2	1 (2%)
T3	6 (13%)
T4	39 (85%)
N0	1 (2%)
N1	6 (13%)
N2	39 (85%)
M0	31 (67%)
M+	15 (33%)

39 patients (soit 85%) diagnostiqués au stade T4 avaient bénéficié d'une chimiothérapie palliative alors que 7 patients (soit 15%) dont 1 seul diagnostiqué au stade T2 et six (6) autres au stade T3 avaient subi une laryngectomie.

Les tableaux III et IV présentent respectivement les types de traitement et l'évolution selon la classification TNM.

Tableau III : Types de traitement selon la classification TNM

Stade Traitement	T2N 0M0 n(%)	T3N1 M0 n(%)	T4N2 M0 n(%)	T4N2 M+ n(%)	Total n(%)
Laryngectomie partielle	1 (2%)	0	0	0	1 (2%)
Laryngectomie totale	0	6 (13%)	0	0	6 (13%)
Chimiothérapie	0	0	24 (52%)	15 (33%)	39 (85%)
Total	1 (2%)	6 (13%)	24 (52%)	15 (33%)	46 (100%)

Tableau IV : Évolution selon la classification TNM

Stade évolution	T2N0 M0 n(%)	T3N1M 0 n(%)	T4N2 M0 n(%)	T4N2 M+ n(%)	Total n(%)
Vivants	1 (2%)	6 (13%)	0	0	7 (15%)
Décédés	0	0	24 (52%)	15 (33%)	39 (85%)
Total	1 (2%)	6 (13%)	24 (52%)	15 (33%)	46 (100%)

Les patients ayant bénéficié d'une chimiothérapie palliative au stade T4 (39 cas) étaient tous décédés dont 21 en inter-cure pour des troubles métaboliques divers et 18 à domicile pour des causes mal connues. Au terme de l'étude le taux de survie globale était estimé à 15%.

DISCUSSION

La fréquence des cancers ORL est en augmentation à Brazzaville. Si Ondzotto et al ont rapporté en 2002 dans la même ville une fréquence dans l'ordre de 20% [4], actuellement celle-ci atteint le double et ainsi la localisation laryngée occupe le premier rang des cancers ORL et cervico-faciaux à Brazzaville. Cependant ce constat ne fait pas l'unanimité pour de nombreux auteurs, c'est le cas de Prades et al en Europe latine qui placent le larynx au deuxième rang des cancers ORL [2] alors que pour Njifou Njimah au Cameroun et Amana au Togo la localisation laryngée viendrait au troisième rang [7,8]. Les cancers du larynx touchent surtout l'adulte de sexe masculin au-delà de 50 ans et le plus souvent tabagique comme cela a été le cas dans la présente étude. Si en occident quelques travaux rapportent de plus en plus des cas des femmes porteuses de cancers laryngés à cause de l'intoxication tabagique en milieu féminin [2], en Afrique par contre la prédominance reste largement masculine [9]. Mighri en Tunisie et Hemmaoui au Maroc rapportent respectivement des taux d'intoxication alcool-tabagique de 70% et 93% dans leurs séries [9,10]. Selon les mêmes auteurs, la consommation du tabac est le principal facteur de risque des cancers du larynx et ce risque est d'autant plus grand chez les patients à la fois alcooliques. Par ailleurs nous n'avons pas retrouvé des cas de profession à risque telle que les journalistes, les enseignants ou encore les chanteurs. Certains auteurs pensent qu'un autre facteur de risque serait à discuter en dehors du tabac et de l'alcool, notamment l'infection au Human Papilloma Virus (HPV)

[11-13]. Cette infection serait liée à un nombre croissant de partenaires sexuels avec pratique orale du sexe, mais nous n'avons pas recherché ce mode de vie chez nos patients à cause du caractère rétrospectif de la présente étude. Le mode de révélation le plus fréquent est une dysphonie chronique. Elle peut être associée avec l'évolution à une dyspnée laryngée lorsque la fente glottique se rétrécit, mais des cas de dyspnée laryngée inaugurale sont possibles quand le point de départ de la tumeur est sous-glottique [14-16]. Dans la présente étude nous avons rapporté 98% des cas d'une association dysphonie-dyspnée laryngée et 2% des cas de dysphonie isolée comme signes fonctionnels au moment de la consultation. Cette répartition est liée au siège de la tumeur représenté dans 2% pour l'étage sus-glottique seul et le reste pour une localisation glotto-sus-glottique. Au plan anatomopathologique, la plupart des études rapportent un aspect bourgeonnant dont le type histopathologique le plus fréquent dans plus de 90% des cas serait un carcinome épidermoïde bien différencié [17,18]. C'est ce type histologique qui a été retrouvé chez tous nos patients, mais au plan morphologique deux aspects ont été retrouvés lors de la laryngoscopie directe, à savoir : l'aspect bourgeonnant (85%) et ulcéro-bourgeonnant (15%). L'ulcération sur une masse bourgeonnante des voies aérodigestives supérieures peut être consécutive à une nécrose de la muqueuse qui progressivement s'accroît et saigne au contact ou spontanément. Ces formes expliquent la prédominance du stade T4 chez la plupart de nos patients (85%) et justifient en partie l'atteinte ganglionnaire (N2, 85%). Si dans la présente étude le délai de consultation était de 8 mois justifiant les stades avancés de la maladie au moment du diagnostic, Chenkaoui et al au Maroc rapportent un délai moyen encore plus long autour de 13 mois avec 74% des patients au stade T3-T4 [17]. Cette situation explique la rareté des laryngectomies partielles dans notre contexte de travail ainsi que la fréquence élevée d'une prise en charge médicale par chimiothérapie palliative (85%) dans le souci de réduire le volume tumorale. Malgré le fait qu'il s'agisse des cancers de mauvais pronostic, l'association à une radiothérapie complémentaire ramènerait à 50% la survie des patients à 5 ans [19]. Mais dans notre contexte de travail où la radiothérapie est absente, la survie globale n'était que de 15% à la fin de l'étude. Prades et al rapportent que cette survie est multifactorielle et dépend : du point de départ de la tumeur au sein du larynx et de son extension, de l'atteinte ganglionnaire, de la présence d'effraction capsulaire, de l'existence des métastases pulmonaires, de la découverte d'une tumeur synchrone des VADS, de l'apparition d'une tumeur métachrone et de la comorbidité notamment cardio-vasculaire [2].

CONCLUSION

Les cancers du larynx sont de plus en plus fréquents et occupent le premier rang des cancers ORL et cervico-faciaux à Brazzaville. La difficulté de leur prise en charge est liée aux stades avancés de la maladie au moment du diagnostic et à l'absence de la radiothérapie justifiant une mauvaise survie des patients.

Conflit d'intérêt

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt en rapport avec cet article.

Contribution des auteurs

- ✓ Otuouana Dzon HB, Ngouoni GC, Diambi S : conception, fouille documentaire, rédaction ;
- ✓ Bolenga Liboko A, Tsierie-Tsoba A : rédaction de la discussion ;
- ✓ Itiere Odzili FA, Ondzotto G: lecture critique.

Remerciements

Tous nos remerciements s'adressent à monsieur le Professeur Ondzotto Gontran de nous avoir permis de mener cette étude dans son service et aussi pour toutes ses contributions.

RÉFÉRENCES

1. Auperin A, Hill C. Épidémiologie des carcinomes des voies aérodigestives supérieures. *Canc radioth* 2005 ; 9 :1-7.
2. Prades J.M, Reyt E. cancers du larynx. *EMC-Oto-rhinolaryngologie* 2013 ; 8 (2) : 1-15
3. Njock R, Mvouini O.S, Zambo O.J.C, Bengono G. La chirurgie partielle dans les cancers du larynx en Afrique noire. *Med Afr Nr* 2006 ; 5302 :105-9
4. Ondzotto G, Fouemina T, Nkoua Mbon JB, Galiba J. Problèmes posés par la prise en charge du cancer du larynx à Brazzaville. *Méd. Afr. Noire* 2003; 50 : 326- 8.
5. Bernier J. Prise en charge des carcinomes cervico-faciaux. *Rev Med Suisse* 2007; 3 : 322-74
6. Ly A. Les défis de la progression des cancers en Afrique. *J Afr Cancer*. 2009; 26 (1):1-6
7. Njifou Njimah A (1), Ngnembi A R (1), Essama L (1), Fewou A (2), Kouotou E A (2), Minka E (1), Njock L R (1). Aspects Anatomopathologiques des Cancers ORL et Cervico-faciaux à l'Hôpital Général de Douala. *Health Sci. Dis* 2018 ; 19 (3) : 39-44
8. Amana B, Foma W, Pegbessou E, Adam S, Amana E, Amégbor K et al. cancers primitives oto-rhinolaryngologiques et cervico-maxillo-faciaux : aspects épidémiologiques et histopathologiques. *Pan Afr Med J*. 2016 ; 25 : 47-53
9. Mighri K, Elaoud C, Hamida N.B, Ghorbel A.M, Njim L, Lahmar L et al. cancers du larynx: étude rétrospective à propos de 90 cas. *J. TUN ORL* 2010 ; 25 :31-5
10. Hemmaoui B, Sahli M, Errami N, Rouihi A, Bahalou MA, Benchaifai A et al. Laryngectomies partielles supra-cricoiidiennes avec reconstruction par CHEP : notre expérience sur 16 cas. *Pan Afr Med J*. 2017 ; 27 : 191-9
11. Gillison ML. Human papillomavirus associated head and neck cancer is a distinct epidemiologic, clinical and molecular entity. *Semin Oncol* 2004 ;31 :744-754.
12. Torrente MC, Rodrigo JP, Haigentz MJr, Dickkers FG, Rinaldo A, Olofsson J. Human papillomavirus infections in laryngeal cancer. *Head Neck*. 2011 Apr; 33(4):581-6
13. Xiangwei Li, Lei Gao, Huijun Li, Jing Gao, Yu Yang, Feng Zhou. Human papillomavirus infection and laryngeal cancer risk: a systematic review and meta-analysis. *J. infect. Dis* 2013; 207(3): 479-8
14. Ayotunde JF, Oluwole AO, Adekunle Onakoya P, Onyekwere G. Malignant tumors of the larynx: clinicopathologic profile and implication for late disease presentation. *Niger Med J*. 2016; 57 (5): 280-285.
15. Iseh KR, Abdullahi M, Aliyu D. Laryngeal tumours : clinical pattern in Sokoto, Northwestern Nigeria. *Niger J Med*. 2011; 20 (1): 75-82.
16. Legent F, Nancy P, Beauvillain C. ORL Pathologie cervico-faciale. Masson Paris 2006 ; 102-5.
17. Chenkaoui A, Ouididi A, EL Alami N. Profil épidémiologique du cancer du larynx au service ORL, CHU de Fès, Maroc. *Rev. Epidémio Santé publique* 2009 ; 57 (S1) : 19-26
18. Badoual C, Péré H, Roussel H, Mohamed A, Tartour E. cancers of the upper aerodigestive tract associated with human papillomavirus. *Med Sci* 2013; 29 (1): 83-8
19. Cohen EE. Novel therapeutic targets in squamous cell carcinoma of the head and neck. *Semin Oncol* 2004 ; 31 : 755-68.

Courriel des auteurs :

Otuouana Dzon HB¹ hb.otouana@gmail.com
 Diambi S², sdiambi@yahoo.fr
 Ngouoni GC¹, chidrel@yahoo.fr
 Bolenga Liboko A³, alexisfortune@gmail.com
 Tsierie-Tsoba A¹, tsierie2018@yahoo.fr
 Itiere Odzili FA¹, aitiere@yahoo.fr
 Ondzotto G¹, Ondzotto@voilà.fr