



Cas Clinique

Larmolement Unilatéral Révélant un Carcinome Épidermoïde du Cavum : À Propos d'un Cas

Unilateral Lacrimation Revealing Nasopharyngeal Carcinoma: A Case Report

Dim Bassi RR¹, Mvilongo Tsimi C^{1,2}, Badang Ambadiang D^{3,4}, Soua Essi FL¹, Ebenda A¹, Eloundou Bana S¹, Ngwesse Essouman R¹, Elame EF¹, Koki G^{1,4}.

Affiliations

¹ Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de l'Université de Yaoundé I, Cameroun

² Hôpital Central de Yaoundé, Cameroun

³ Faculté de Médecine et des Sciences Pharmaceutiques de l'Université de Douala, Cameroun

⁴ Hôpital Militaire de Région 2 à Douala, Cameroun

Auteur correspondant : Dim Bassi R R,
Email : raouldim@yahoo.fr; Tel : +237 693527267

Mots clés : Larmolement, Canal lacrymo-nasal, Cancer du cavum, Chimiothérapie, Radiothérapie.

Keywords: Lacrimation, Nasal tear duct, Nasopharyngeal carcinoma, Chemotherapy, Radiotherapy.

RÉSUMÉ

Le carcinome épidermoïde du cavum est d'évolution insidieuse avec un mode de révélation trompeur. Nous rapportons le cas d'une patiente de 50 ans, non tabagique, venue consulter pour larmolement unilatéral droit persistant depuis 3 mois. L'examen ophtalmologique retrouvait une acuité visuelle de 10/10^e, P3 aux deux yeux et la persistance de la fluorescéine après 5 minutes d'instillation d'une goutte à l'œil droit. L'examen ORL révélait de multiples adénopathies cervicales droites indolores. L'endoscopie nasale montrait une tumeur bourgeonnante localisée à la paroi latérale droite du rhinopharynx, saignant au contact. L'imagerie par résonance magnétique cervico-faciale montrait un processus expansif du cavum avec envahissement du canal lacrymal droit. L'analyse anatomopathologique de la pièce de biopsie tumorale décrivait un carcinome épidermoïde invasif peu différencié non kératinisant du cavum. Le traitement a consisté en une chimiothérapie néo-adjuvante suivie d'une radio-chimiothérapie concomitante adjuvante avec une évolution locorégionale favorable à trois mois après le traitement.

ABSTRACT

Nasopharyngeal carcinoma has an insidious course with a misleading mode of revelation. We report the case of a 50-years-old female patient, no tabagic, who came to consult for unilateral right tearing that had persisted for 3 months. Ophthalmological examination found distance visual acuity at 10/10th, P3 in both eyes and persistence of fluorescein after 5 minutes instillation of a drop in the right eye. The ENT examination found multiple painless, right cervical adenopathies. Nasal endoscopy found a budding tumor located on the right side wall of the nasopharynx, bleeding on contact. Cervicofacial magnetic resonance imaging found an expansive process of the cavum with invasion of the right lacrimal duct. Anatomopathological analysis of the tumor biopsy specimen revealed a poorly differentiated non-keratinizing invasive squamous cell carcinoma. The treatment consisted of neo-adjuvant chemotherapy followed by adjuvant radio-chemotherapy with a good locoregional evolution three months after treatment.

INTRODUCTION

Le carcinome épidermoïde du cavum (CEC) ou du nasopharynx est une prolifération maligne d'origine épithéliale qui se développe dans les cellules de la partie supérieure du pharynx [1]. Dans le monde, on distingue trois zones géographiques de distribution du CEC, les zones de haute fréquence (Chine du Sud, Nord-Est de l'Inde), les zones de fréquence intermédiaire (Asie du Sud-Est, Moyen-Orient, Maghreb, Caraïbes, Groënland) et les zones de faible fréquence (Europe et Etats-Unis d'Amérique) où les incidences sont respectivement

estimées à 30-80, 8-12 et 0,5-2 cas pour 100 000 habitants [2]. Au Cameroun, le CEC est le cancer de la sphère otorhino-laryngologique le plus fréquent avec une prévalence hospitalière de 21,37 % [3]. Le sexe masculin, d'un âge compris entre 40 et 60 ans est le plus touché avec un pic de fréquence à 45 ans [1]. La présentation clinique est variable d'une série à une autre et peut être trompeuse, insidieuse et souvent responsable d'un retard à la consultation, d'errance et d'erreur diagnostique au début de la maladie. Les signes révélateurs et communément décrits dans la littérature sont les signes otologiques, rhinologiques, neurologiques et les adénopathies

cervicales, isolées ou associées [3, 4]. Les manifestations ophtalmologiques décrites telles que la diplopie, l'exophtalmie, l'ophtalmoplégie, la baisse d'acuité visuelle sont rares et représentent 8,5 à 16 % de son mode de révélation [5]. Le larmoiement unilatéral comme signe révélateur d'un CEC est peu décrit dans la littérature à notre portée [6–8]. Nous rapportons ce cas clinique qui a posé un problème diagnostique révélé par un signe ophtalmologique rarement décrit, et thérapeutique nécessitant une prise en charge multidisciplinaire.

OBSERVATION

Il s'agit d'une patiente de 50 ans, consommant occasionnellement de l'alcool, sans notion de tabagisme, ni autres antécédents contributifs, venue consulter à l'Hôpital Militaire de Région 2 à Douala pour larmoiement clair unilatéral droit persistant depuis 3 mois. Un mois après le début de la symptomatologie, elle aurait consulté dans une autre formation sanitaire et la prise en charge fut celle d'un syndrome sec oculaire sans amélioration. L'addition d'une obstruction nasale à bascule intermittente plus marquée à droite va motiver la recherche d'un deuxième avis dans notre service. L'examen ophtalmologique à l'entrée retrouvait une acuité visuelle de loin de 10/10° aux deux yeux, une acuité visuelle de près de P3, une pression intraoculaire de 15 mmHg à l'œil droit et 14 mmHg à l'œil gauche, l'examen oculo-palpébrale était normal, les orifices lacrymaux étaient présents et béants aux deux yeux sans malposition. Le temps de rupture du film lacrymal était de 14 secondes aux deux yeux et le test de schimmer de 25 mm à l'œil droit et 20 mm à l'œil gauche. Le test de disparition de la fluorescéine était supérieur à 5 minutes à l'œil droit et normal à l'œil gauche. Le reste de l'examen ophtalmologique était sans particularité. Le diagnostic suspecté était celui d'un larmoiement unilatéral secondaire. Un examen ORL a été demandé et retrouvait de multiples adénopathies cervicales droites sous mento-mandibulaires, jugulo-carotidiennes, mobiles, indolores, de tailles variables et dont la plus grande mesurait 2 cm. L'endoscopie nasale révélait une tumeur bourgeonnante d'environ 1,5 cm localisée à la paroi latérale droite du rhinopharynx, saignant au contact. Les examens otologiques et généraux étaient normaux. Devant ce tableau clinique, le diagnostic de probable tumeur maligne du cavum avec envahissement du canal lacrymo-nasal droit et métastase ganglionnaire était évoqué. L'analyse anatomopathologique de la pièce de biopsie décrivait un carcinome épidermoïde invasif peu différencié non kératinisant classé type III. En collaboration avec l'oncologue et le radiothérapeute, le bilan d'extension et pré thérapeutique demandé retrouvait à l'imagerie par résonance magnétique nucléaire cervico-faciale, un processus expansif du cavum de 75×34×21 mm, étendu au sinus maxillaire droit avec envahissement du sphénoïde, du cornet inférieur et du canal lacrymal ipsilatéraux (Figure 1 et 2) et des adénopathies cervicales bilatérales. La tomodynamométrie thoraco-abdomino-pelvienne était normale, de même que le bilan biologique pré thérapeutique. La recherche de l'ADN du virus Epstein-Barr n'a pu être réalisée. Le diagnostic de travail

était celui d'un carcinome épidermoïde peu différencié non kératinisant du cavum classé T3N2M0.

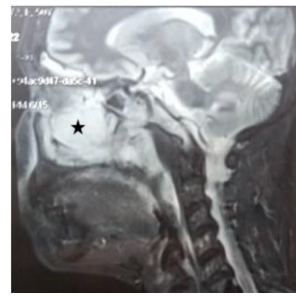


Figure 1 : Image IRM, signal T1 montrant un processus expansif du Cavum



Figure 2 : Image IRM, signal T1 montrant l'envahissement du cornet nasal inférieur droit

Le traitement a consisté en une chimiothérapie néo-adjuvante suivie d'une radio-chimiothérapie concomitante adjuvante suivant le protocole : 3 séances de chimiothérapie néo-adjuvante au TPF (Taxotere-Cisplatine-5Fluoro-uracyl), soient 5 jours consécutifs par séance avec un espacement de 21 jours entre les séances, suivi d'une radio-chimiothérapie concomitante adjuvante en deux temps espacés de 2 semaines. Un premier temps de 25 séances de radiothérapies au Cobalt sur 6 semaines, soit 5 séances la première semaine et 4 séances par semaine les 5 autres avec 4 séances concomitantes de chimiothérapie à la Cisplatine dès la deuxième semaine de radiothérapie sur 4 semaines, soit une séance par semaine. Un deuxième temps de 13 séances de radiothérapie sur 2 semaines et demi sans chimiothérapie concomitante. L'évolution après la deuxième séance de chimiothérapie néo-adjuvante sera marquée par la rémission complète du larmoiement, de l'obstruction nasale et des adénopathies cervicales. Le suivi 3 mois après la fin du traitement était marqué par une rémission totale des symptômes sur le plan clinique. L'endoscopie nasale de contrôle était normale et l'IRM cervico-faciale de suivi notait une régression de la taille de la tumeur à 10×6mm. Une surveillance ophtalmologique, ORL et oncologique a été instaurée tous les 3 mois.

DISCUSSION

Le larmoiement est un signe de la pathologie lacrymale dont les étiologies peuvent être acquises ou congénitales, primitives ou secondaires [9]. Ce cas était celui d'un larmoiement unilatéral acquis secondaire à une tumeur du cavum dont la gêne avait motivé la patiente à consulter rapidement. Le carcinome épidermoïde du cavum dans sa présentation clinique typique est plus souvent révélé par des signes otologiques, rhinologiques et des adénopathies cervicales indolores selon Ouididi et al [4]. Cette symptomatologie d'évolution insidieuse, trompeuse et peu ou pas gênante pour le patient au début de la maladie prolonge le délai de consultation avec des risques de progression de celle-ci vers des stades avancés et pourrait augmenter la morbi-mortalité. Au Cameroun, Djomou et al [3] dans leur étude hospitalière sur les cancers ORL rapportaient que 85,5% des patients consultaient plus de

6 mois après l'apparition des premiers symptômes, 7,6% avant 3 mois et 6,87% entre 3 et 6 mois. Le délai de consultation est souvent compris entre 8 et 10 mois [5, 10]. Notre patiente a consulté un mois après l'installation du larmoiement. Le recours précoce à la consultation ophtalmologique pourrait s'expliquer par le fait que le larmoiement est un symptôme externe, visible par les tierces et gênant pour tout patient surtout de sexe féminin qui doit régulièrement se nettoyer les yeux ainsi exposés à un risque infectieux. Le retentissement du larmoiement sur l'esthétique et l'expression du regard constitue aussi un facteur qui motiverait une consultation rapide. Dans notre cas, il résulte de la proximité de la communication entre les voies lacrymales verticales et la sphère ORL via le méat nasal inférieur où s'abouche le canal lacrymo-nasal séparé par la valvule de Hasner. Toute infiltration à ce niveau comme ce fut le cas chez notre patiente entraînera une obstruction des fosses nasales et un défaut de drainage des larmes [11].

Les autres manifestations ophtalmologiques du cancer du cavum sont l'hémianopsie bitemporale par envahissement de la loge caverneuse par la tumeur avec atteinte chiasmatique, la diplopie, l'exophtalmie, les paralysies oculomotrices, les atteintes orbitaires par infiltration et envahissement des parois et orifices responsables des syndromes de la fissure orbitaire supérieure ou de l'apex orbitaire conduisant à la cécité [6]. Celles-ci apparaissent en général à un stade tardif de la maladie avec envahissement de la base du crâne par la tumeur et sont associées à des atteintes neurologiques mettant en jeu le pronostic vital [7, 12]. L'extension du CEC se fait précocement et dans 70 % des cas vers les zones de faiblesse représentées par la région para-pharyngée à savoir, la trompe d'eustache, les choanes et les fosses nasales, l'oropharynx ainsi que la région parasellaire. Alors que les zones de résistance à l'extension tumorale que sont la base du crâne, les apophyses ptérygoïdes, l'orbite et les structures osseuses naso-sinusiennes sont atteintes tardivement [8]. Quant à la symptomatologie ORL, notre cas présentait une obstruction nasale intermittente à bascule dont l'anamnèse a motivé un avis ORL déjà nécessaire dès la première consultation faite en dehors de notre service. Selon Dony et al, cette attitude confraternelle n'est pas rare et constituerait un facteur de mauvais pronostic [5]. Par ailleurs, les adénopathies cervicales sont fréquents à la révélation de la maladie comme c'était le cas de notre patiente [3,10].

L'infection au virus d'Epstein-Barr constitue le principal facteur incriminé dans l'étiopathogénie du CEC. Sa mise en évidence par dosage de l'ADN viral dans le sang est d'un intérêt épidémiologique et thérapeutique [13, 14]. Sa présence chez les patients avec CEC est corrélée à une bonne réponse thérapeutique. Cependant, sa recherche ne devrait pas retarder l'instauration du traitement une fois le diagnostic de certitude établi [13]. Notre patiente n'a pas pu réaliser cet examen du fait de son coût élevé. Les autres facteurs incriminés dans la survenue du CEC sont : la génétique, les facteurs nutritionnels et environnementaux [1, 4, 5, 15]. En 2021 au Cameroun, Djomou et al [3] retrouvaient comme facteurs probablement impliqués dans la survenue des cancers ORL, le tabagisme

chronique, l'infection à VIH, les poussières de bois et les antécédents familiaux de cancer nasopharyngé. Aucun n'était retrouvé chez notre patiente.

Le diagnostic de certitude du CEC est anatomo-pathologique. A l'endoscopie nasale, selon Ouididi et al [4], il se présente habituellement sous forme d'une simple infiltration de la paroi ou d'une tumeur bourgeonnante ulcérée ou pas, avec des bords surélevés. L'endoscopie de notre patiente retrouvait une tumeur bourgeonnante, saignante au contact. Le carcinome indifférencié de type nasopharyngé (UCNT : *Undifferentiated Carcinoma of Nasopharyngeal Type*) classée OMS 3 est la forme histologique la plus fréquente dans notre contexte comme le rapportent Djomou et al [3] et Njimah et al [16]. Au Maroc, Hafidi et al [17] et Taghzout et al [10] retrouvaient des proportions respectives de 84 % et 89 %. L'imagerie est importante pour le bilan d'extension locorégionale et à distance, la stadification de la tumeur, la balistique des rayons ionisants pour le traitement et le suivi post-thérapeutique [5]. Ainsi, l'IRM cérébrale centrée sur le cavum reste l'examen de choix [18]. Le bilan imagérique de notre patiente a permis de la classer T3N2M0 selon l'American Joint Committee on Cancer et l'Union internationale Contre le Cancer (AJCC/UICC) proposée en 1997 [19]. Hafidi et al [17] dans leur série retrouvaient 14 % de cas au stade T3, 35 % au stade N2 et 89 % au stade M0 avec un délai de consultation de 9 mois. Ces stades sont variables d'une série à une autre et ne sont pas influencés par le délai de consultation.

Le CEC est une tumeur radio et chimiosensible. La prise en charge des formes précoces est à visée curative et palliative pour les formes avancées. Taghzout et al [10] rapportaient 78 % de traitement curatif et 14,4 % de palliatif. Les protocoles thérapeutiques possibles sont la chimiothérapie néo-adjuvante suivie d'une chimio-radiothérapie concomitante, la chimio-radiothérapie concomitante d'emblée et la radiothérapie exclusive [19–21]. Le choix du traitement dépend de la classification TNM. Pour les formes non métastatiques T1 et T2, NO et N1, la radiothérapie exclusive ou la chimio-radiothérapie concomitante d'emblée sont indiquées. Et pour celle métastatiques T3 et T4, la chimiothérapie néo-adjuvante plus radio-chimiothérapie concomitante sont indiquées comme ce fut le cas chez notre patiente. L'abord chirurgical du CEC est complexe avec des résultats médiocres. Cependant, la chirurgie trouve sa place dans la cure des reliquats ganglionnaires subsistant plus de deux ans après la fin de l'irradiation [22].

Sur le plan évolutif, les résultats sont variables d'une étude à une autre. Hafidi et al [17] et Taghzout et al [10] retrouvaient avec un recul moyen de 34,1 et 37 mois, un bon contrôle locorégional chez 56 et 75% des patients traités, 5% de récurrences locales, 6 et 12,7% d'évolutions métastatiques respectivement. Après un recul de 3 mois certes insuffisant pour apprécier la réponse thérapeutique, la tumeur de notre cas présente une évolution locorégionale favorable.

CONCLUSION

Le larmoiement unilatéral est un mode rare de révélation d'un CEC. Ce dernier peut mettre en jeu le pronostic

visuel mais surtout vital à long terme devant une présentation clinique trompeuse. La nécessité d'une collaboration multidisciplinaire devrait donc faire la preuve de son efficacité comme dans ce cas pour poser le diagnostic et prendre en charge précocement afin de rallonger une vie.

RÉFÉRENCES

- Zhu Q, Zhao G, Li Y, Talakatta G, Mai H, Le Q, et al. Advances in pathogenesis and precision medicine for nasopharyngeal carcinoma. *Med Comm.* 2021;2(2):175-206.
- Arfaoui A, Soulaymani A, Quyou A, Habib F, Choulli MK. Le cancer du cavum au Maroc. Etude épidémiologique sur l'échantillon: Centre d'oncologie Al Azhar de Rabat. *Antropo.* 2007;14:75-82.
- Djomou F, Siafa AB, Nkouo YA, Eko DM, Bouba DA, Ntep DN, et al. Aspects Epidémiologiques, Cliniques et Histologiques des Cancers de la Sphère Orl. Etude Transversale Descriptive au Chu de Yaoundé de 2015 à 2020. *Health Sci Dis.* 2021;22(8):39-43.
- Ouididi A, Hachimi H, El Alami MN. Cancer du cavum Nasopharyngeal carcinoma. *Lett Oto-Rhino-Laryngol Chir Cervico-Faciale.* 2005;300:13-7.
- Dony G, Duchateau JP, Deneufbourg J-M. Les tumeurs malignes du cavum. *Acta Otorhinolaryngol Belg.* 1976;30(3):269-288.
- Bourezgui M, Rafai MA, Boulaajaj FZ, El Moutawakkil B, Slassi I. Atteintes visuelles et oculomotrices révélatrices d'un carcinome du cavum. *NPG Neurol-Psychiatr-Gériat.* 2009;9(50):110-113.
- Abada RL, Krimissa K, Rafiq L, Karami R, Elouali L, Amraoui A, et al. Cancer du Cavum à révélation ophtalmologique: A propos de 2 cas. *J Soc Mar Ophtalmol.* 2013;22(22):56-8.
- Hsu W-M, Wang AG. Nasopharyngeal carcinoma with orbital invasion. *Eye.* 2004;18(8):833-838.
- Simondet N, Keilani C, Fligny I. Une obstruction atypique du canal lacrymonasal. *J Fr Ophtalmol.* 2022;45(6):249-251.
- Taghzout H, Hafidi K, Alami Z, Elmazghi A, Bouhafa T, Hassouni K. Cancer du cavum chez l'adulte (à propos de 391 cas): aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques. *Cancer/Radiothérapie.* 2017;21(6-7):694.
- Peytral C, Chevalier E. Complications ophtalmologiques en pathologie oto-rhino-laryngologique. *EMC-Oto-Rhino-Laryngol.* 2004;1(3):199-224.
- Badaoui M. Cerebellar Syndrome Revealing Carcinoma of The Cavum. *Sch J Med Case Rep.* 2021;5:614-616.
- Busson P, Ooka T, Corbex M. Carcinomes nasopharyngés associés au virus d'Epstein-Barr de l'épidémiologie à la thérapeutique et au dépistage. *Médecine/sciences.* 2004;20(4):453-457.
- Young LS, Dawson CW. Epstein-Barr virus and nasopharyngeal carcinoma. *Chin J Cancer.* 2014;33(12):581-590.
- Boumansour NFZ, Kehili H, midoun N. Facteurs de Risque Environnementaux du Cancer du Cavum dans l'Ouest algérien. *Algerian J Health Sci.* 2020;2(3):55-59.
- Njimah AN, Ngnembi AR, Essama L, Fewou A, Kouotou EA, Minka E, et al. Aspects Anatomopathologiques des Cancers ORL et cervicofaciaux à l'Hôpital General de Douala. *Health Sci Dis.* 2018;19(3):39-44.
- Hafidi K, Taghzout H, Toumir I, Loukili K, Elmazghi A, Hassouni K. Cancer du cavum : particularités de prise en charge des sujets âgés : à propos de 78 cas. *Cancer/Radiothérapie.* 2017;21(6-7):694.
- Yomi J, Fongang E, Juimo AG. Apport de l'imagerie médicale dans le diagnostic et le bilan d'extension loco-régionale des cancers du cavum à Yaoundé. *Cah Etudes Rech Francoph.* 2000;9(4):231-234.
- Fleury B, Biston MC, Montbarbon X, Pommier P. Cancers du cavum de l'adulte. *Cancer/Radiothérapie.* 2010;14:23-33.
- Noël G, Dessard-Diana B, Vignot S, Mazeron JJ. Les traitements des cancers du nasopharynx: revue de la littérature. *Cancer/Radiothérapie.* 2002;6(2):59-84.
- Bouaouina N, Barraï H, Bouzouita K. Traitement des cancers indifférenciés du cavum (UCNT) dans le centre tunisien. *Cancer/Radiothérapie.* 1998;5(2):634-635.
- Truilhe Y, Richaud P, Houliat T, Lagarde P, Demeaux H, Stoll D. Place de la chirurgie dans le traitement des cancers du cavum classés T4: Evaluation préliminaire à partir d'une série de 18 cas. *Ann Oto-laryngol Chir cervico-faciale.* 2002;119:138-145.