

Ministère de l'Éducation Nationale, de l'Enseignement  
Supérieur et de la Recherche Scientifique  
\*\*\*\*\*

REPUBLIQUE DU MALI  
\*\*\*\*\*  
**Un Peuple - Un But - Une Foi**



**U.S.T.T-B**



**Université des Sciences, des Techniques et  
des Technologies de Bamako (USTTB)**

Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie (FMOS)

Année universitaire : 2022-2023

N°.....

**THESE**

**Les tumeurs ORL et cervico-faciales : profil  
histologique dans le service d'ORL /CCF du CHU  
Mère-Enfant « le Luxembourg »**

Présentée et soutenue publiquement le 20/07/2023 devant le jury de la Faculté  
de Médecine et d'Odonto-Stomatologie (FMOS)

Par :

**Mlle. MEMADJI TIRANGAR**

**Pour l'obtention du Grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat)**

**JURY**

**Président** : Pr. Sacko Hamidou Baba

**Directeur** : Pr Sidibé Youssouf

**Membre** : Pr. Soumaoro Siaka

**Membre** : Dr Diarra Abraham

# **DEDICACES & REMERCIEMENTS**

## **DEDICACES**

Je dédie ce travail à **l'ETERNEL DIEU LE CREATEUR TOUT PUISSANT** pour le Don de la vie dont il m'a fait Grace et qui m'a donné la santé, le courage, l'intelligence durant tout le parcours de mes études, Que la Gloire lui revienne.

### **A mon père TIRANGAR GASTON :**

Très cher papa, depuis toute petite tu as cru en moi, malgré les hauts et les bas ainsi que les échecs tu ne m'as pas lâché, tu m'as toujours soutenu et encouragé.

Père, en ce jour spécial et tant attendu, je profite de l'occasion pour te dire que je ne te remercierais jamais assez ; merci pour tout ce tu as fait pour moi, d'avoir cru en moi, merci pour tes conseils, la confiance, ton soutien, et tes encouragements qui m'ont permis d'être là à ce niveau aujourd'hui. Tu es le père que n'importe quel enfant aimerait avoir par tes qualités exceptionnelles qui font de toi un papa exemplaire.

Que Dieu te donne la santé et une longue vie à nos côtés afin que tu puisses profiter du fruit de tes sacrifices.

### **A ma mère MOROAL JOSEPHINE**

Maman merci pour tes prières, ton amour, tes bénédictions et tes conseils.

Femme battante et au grand cœur, ton profond attachement aux valeurs familiales fait de toi un exemple à suivre.

Que DIEU te prête santé et longue vie à nos côtés afin que tu puisses profiter de tes sacrifices.

**A la grande famille TIRANGAR (mes frères et sœurs) :** Djimtode Narcisse, Djasrabe Valery, Romneloum Camille, Masrabé Florent, Meindjial Diane, Toidom Severin, Mbailassem Roland, Ramadji Bonheur, Djelasse Bertrand :

Mille merci pour votre affection, votre aide et votre soutien qui ont marqué tous les stades de ma vie. Je vous remercie énormément et j'espère que vous trouverez dans cette thèse l'expression de mon affection pour vous. Je vous souhaite un avenir florissant et une vie pleine de bonheur, de santé et de prospérité. Que Dieu vous protège et consolide les liens sacrés qui nous unissent.

**A mon conjoint RAIS IBRAHIM DJETOLE :**

Merci pour le soutien, la prière et la patience ; sache que la force d'une femme se trouve dans le soutien et la compréhension de son conjoint. Ce travail est le Notre.

**A mon fils : ISRAEL-CELESTE DJETOLE :**

Que DIEU te donne la santé et une longue vie afin que tu puisses profiter du fruit de mes nombreuses nuits blanches et qu'il te donne l'intelligence, la sagesse et le courage de faire mieux que moi dans l'avenir.

## **MENTION SPECIALE**

A mon directeur de thèse professeur **YOUSSOUF SIDIBE**

Par reconnaissance pour les suggestions et conseils que vous avez prodigués du début à la fin de ce travail.

Mes reconnaissances à Dr **SANOGO Boubacar** pour votre disponibilité, vos conseils et orientations.

## REMERCIEMENTS

**A ma belle-mère Manyom Anastasie** merci pour tout ce que tu as fait pour nous, tu es partie très tôt, sache que nous ne t'oublierons jamais.

A mes oncles Yonoudjoum Ngaltam Richardon, George Rongar, Jaques : je suis très reconnaissante pour vos assistances tant morale, financière et matérielle, Que Dieu vous le rende au centuple.

A mes cousins, oncles et tantes merci pour vos prières.

A Lucien Kabo, tu es le frère que n'importe qui souhaiterai avoir, tu as toujours été là pour moi ; merci pour tout frère au grand cœur et que Dieu te le rende au centuple.

Aux compatriotes Basga, Mberkadji merci pour l'accueil au Mali.

A tous mes amis et camarades de la FMOS notamment Marie-Thérèse Poudiougou, Marie M'pie qui m'ont aidé à surmonter ces moments oh combien difficiles.

A Dr Pierrot, Dr Sollers, Dr Melom, Dr Ghislain, Dr Taylord: merci pour vos conseils et orientations.

A ma marraine **Isabelle Menodji Akouta** merci pour tes prières et assistances, Que Dieu te le rende au centuple.

A mes compatriotes de la même promotion : Lucien, Leo, Kadji, Felix, Abdoulaye, Pofinet, merci pour les partages le long de notre parcours, que le lien reste à jamais.

A la 13<sup>e</sup> promotion du numerus clausus : merci pour les moments passés ensemble tout le long du parcours.

Aux personnels du service ORL du CHUME le Luxembourg, notamment Dr Samaké, Dr Abraham Diarra, Dr Sanogo Boubacar, Dr Abdoulmoumine Traoré,

interne Assan, interne Doumbia : Merci pour vos partages de connaissances, votre soutien et les moments passés ensemble.

A tous ceux qui ont de près ou de loin contribué au bon déroulement de mes études notamment la communauté tchadienne du point G, la communauté tchadienne Catholique, l'AEESTM : mes sincères remerciements pour les partages et les moments passés ensemble.

A mes maîtres de la Faculté : Je réitère mes remerciements à mes maîtres de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie, au personnel du Décanat de ladite Faculté plus particulièrement ceux de la spécialité ORL-CCF.

# **HOMMAGE AUX MEMBRES DU JURY**

## À NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DU JURY :

### Professeur SACKO Hamidou Baba

- Maître de conférences d'ORL et CCF à la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie ;
- MD CES et PhD en ORL ;
- Membre fondateur de la société Malienne d'ORL/CCF ;
- Président de l'AMASA-ORL (Association Feu Docteur Mamadou Sacko pour la promotion de l'ORL) ;
- Ex médecin chef adjoint du service ORL/CCF du CHU Gabriel TOURE de 1990 à 2004 ;
- Détenteur de compétence en ORL pédiatrique ;
- CES de biologie option Neuroanatomie ;
- DU Santé Publique ;
- CU développement de formation en science de la santé ;
- Master II en santé et environnement ;
- Auteur écrivain en sciences de la santé ;
- Directeur de publication de la revue malienne pour la promotion de la santé ORL communautaire ;
- Membre de la Société d'ORL d'Afrique Francophone et de la Société Panafricaine d'ORL ;
- Chef de service d'ORL et CCF de la commune IV.

### **Cher maître,**

Nous vous remercions de nous avoir honorés par votre présence. Vous avez accepté aimablement de juger cette thèse. Cet honneur nous touche infiniment et nous tenons à vous exprimer notre profonde reconnaissance. Veuillez accepter, cher maître, l'assurance de notre estime et notre profond respect.

## **À NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY :**

### **Professeur SIAKA SOUMAORO**

- Maître de conférences d'ORL et CCF à la Faculté de Médecine et d'OdontoStomatologie ;
- Praticien hospitalier au CHU-Gabriel TOURE ;
- Membre de la société malienne d'ORL (SMORL) ;
- Membre de la société Bénino-togolaise d'ORL (SOBETORL) ;
- Membre de la Société ORL des pays d'Afrique francophone (SORLAF).

### **Cher Maitre,**

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous avez fait en acceptant d'être parmi notre jury. Nous garderons de vous l'image d'un maître dévoué et serviable, et d'un homme dont la présence rassure et la parole apaise. Veuillez trouver ici le témoignage de notre profond respect et nos remerciements les plus sincères.

## À NOTRE MEMBRE DU JURY :

### **Docteur DIARRA Abraham**

- Diplômé en oto-rhino-laryngologie et cervico-faciale de l'université Félix Houphouët Boigny d'Abidjan-Cocody ;
- Chef de service d'oto-rhino-laryngologie et cervico-faciale de l'hôpital Mali-GAVARDO ;
- Médecin pratiquant au CHU Mère-Enfant le « Luxembourg ».
- Membre de la société malienne d'ORL (SMORL) ;
- Membre de la Société ORL des pays d'Afrique francophone (SORLAF).

### **Cher Maître,**

Vous nous faites un grand honneur en acceptant d'être membre de ce jury de thèse malgré vos multiples occupations. Vous, l'homme de science, votre modestie, votre lucidité font l'objet de votre appréciation. Votre rigueur scientifique, votre amour pour le travail bien fait et votre capacité de transmettre vos connaissances font de vous une incarnation de la science pédagogique.

## À NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THÈSE ;

### **Professeur SIDIBÉ Youssouf**

- Maître de conférences en ORL et CCF à la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie ;
- Spécialiste en Allergologie clinique ;
- Chef de service d'ORL et CCF du CHU « Mère-Enfant » Luxembourg.
- Secrétaire général de la société malienne d'ORL et de CCF (SMORL) ;
- Membre de la société française d'ORL et de CCF (SFORL) ;
- Membre de la Société ORL des pays d'Afrique francophone (SORLAF).

### **Cher Maître,**

Ces quelques mots ne suffisent certainement pas pour exprimer le grand honneur et l'immense plaisir que nous avons eu à travailler sous votre direction, pour vous témoigner notre profonde reconnaissance de nous avoir confié ce travail, pour tout ce que vous nous avez appris, pour le précieux temps que vous avez consacré à diriger chacune des étapes de cette thèse avec une grande rigueur et perspicacité. Votre compétence, votre dynamisme, votre sympathie et votre rigueur ont suscité en nous une grande admiration et un profond respect. Vos qualités professionnelles et humaines nous servent d'exemple. Veuillez croire en l'expression de notre profonde reconnaissance et de notre grand respect.

## **LISTE DES ABREVIATIONS**

## **LISTE DES ABREVIATIONS**

**AMASA-ORL** : Association Feu Docteur Mamadou Sacko pour la promotion de l'ORL

**ATCD** : Antécédent

**CES** : Certificat d'études spécialisées

**CHUME** : centre hospitalier universitaire mère-enfant

**Coll** : Collaborateur

**CRP** : Protéine C réactive

**CU** : Certificat universitaire

**DU** : Diplôme Universitaire

**EBV** : Virus d'Epstein Barr

**Fig.** : Figure

**FMOS** : Faculté de médecine et d'odonto-stomalogie

**HTA** : Hypertension artérielle

**HPV** : Human papillomavirus

**IRM** : Imagerie par résonnance magnétique

**MAE** : Méat acoustique externe

**ORL/CCF** : Oto-rhino-laryngologie et Chirurgie Cervico-faciale

**RM** : République du Mali

**SFORL** : Société Française Oto-Rhino-Laryngologie

**SMORL** : Société Malienne d'ORL.

**SOBETORL** : Société Benino-Togolaise d'ORL

**SORLAF** : Société d'ORL d'Afrique Francophone

**TDM** : Tomodensitométrie

**TEP** : Tomographie à émission de positons

**VADS** : Voie aérodigestive supérieure

**VIH** : Virus de l'immunodéficience humaine

## Liste des tableaux

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Critères de distinction entre tumeur bénigne et maligne .....	36
Tableau II : Classification histologique des tumeurs .....	38
Tableau III : Répartition des patients selon l'ethnie .....	53
Tableau IV: Répartition des patients selon la profession.....	54
Tableau V : Répartition des patients en fonction de la résidence .....	55
Tableau VI : Répartition des patients en fonction des antécédents. ....	56
Tableau VII : Répartition des patients en fonction du Siège de la lésion .....	59
Tableau VIII : Répartition des patients en fonction des caractéristiques des masses (aspect macroscopique) .....	60
Tableau IX : répartition des patients en fonction des adénopathies cervicales...	61
Tableau X : Répartition des patients en fonction du diagnostic. ....	62
Tableau XI : Répartition des patients en fonction du conditionnement de la pièce opératoire.....	64
Tableau XII : Répartition des patients en fonction du délai d'acheminement de la pièce opératoire. ....	65
Tableau XIII : Répartition des patients en fonction du résultat anatomopathologique .....	66
Tableau XIV : relation entre le sexe et le diagnostic de la tumeur. ....	69
Tableau XV : relation entre le type histologique de la tumeur et le siège .....	70

## Liste des figures

## LISTE DES FIGURES

Fig.1 : Vue antérieure de l'oreille .....	11
Fig2 : Coupe sagittale du pharynx source (Franck H. NETTER Novartis).....	14
Fig3 : Coupe frontale du larynx source (L. Testut, anatomie humaine) .....	16
Fig4 : vue supérieure du larynx source (L. Testut, anatomie humaine). .....	16
Fig 5 : Coupe sagittale de la paroi latérale des fosses nasales montrant les cornets et méats.....	18
Fig 6 : Vue antérieure de la cavité buccale source (Shutterstock).....	21
Fig7 : Image décrivant la glande salivaire source (Chirurgien ORL Nantes).....	24
Fig 8 : Vue antérieure de la glande Thyroïde (Futura-Sciences). <b>Erreur ! Signet non défini.</b>	
Fig 9 : Tumeur bénigne : Adénome de la thyroïde .....	32

## Liste des graphiques

## LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1 : répartition des patients selon la tranche d'âge .....	51
Graphique 2 : Représentation des patients selon le sexe .....	52
Graphique 3 : Répartition des patients en fonction du motif de la consultation.	58
Graphique 4 : Répartition des patients en fonction des actes opératoires effectués.....	63
Graphique 5 : Répartition des patients en fonction du type histologique .....	68

## SOMMAIRE

## SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	2
OBJECTIFS.....	5
Objectif général.....	5
Objectifs spécifiques :.....	5
I. GENERALITES.....	7
A. Rappel histologique et embryologique.....	7
B. Rappel anatomique :.....	8
C. Les tumeurs cervico-faciales.....	27
II. MATERIEL ET METHODE.....	44
III. RESULTATS.....	51
IV. COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	72
CONCLUSION.....	78
RECOMMANDATIONS.....	79
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	81
ANNEXES.....	86
ICONOGRAPHIE.....	95

# INTRODUCTION

## **INTRODUCTION**

Une tumeur par définition est une prolifération cellulaire liée à la multiplication d'une ou de plusieurs cellules anormales appelées clone tumoral. Il existe des tumeurs bénignes et des tumeurs malignes. Elles peuvent être d'origine épithéliale ou conjonctive [1].

Une tumeur bénigne se caractérise par son évolution lente, locale et sans métastase ; une tumeur maligne est un amas de cellules cancéreuses, caractérisée par une croissance rapide, irrégulière et mal limitée avec des métastases. [2].

Les tumeurs oto-rhino-laryngologiques (ORL) et cervico-faciaux (CF) sont des tumeurs survenant au niveau des voies aéro-digestives supérieures (le larynx, le pharynx, les cavités naso-sinusiennes, la cavité buccale et les maxillaires), de la face, des glandes salivaires, des oreilles et du cou [3-4].

Selon les données compilées par GLOBOSCAN [5] en 2018, environ dix-neuf (19) millions de nouveaux cas de tumeurs ont été recensés dans le monde dont dix (10) millions de décès liés à celles -ci. Près d'un (1) million de ces nouveaux cas concernaient le sphère ORL/CF dont environ cinq cent (500) milles décès.

La situation des tumeurs est donc inquiétante dans le monde mais aussi en Afrique subsaharienne. Les données dans cette partie du continent semblent incomplètes car on retrouve une fréquence élevée mais probablement sous-évaluée.

Au Togo en 2016, Amana B et coll ont retrouvé 0,48% de cas de tumeurs ORL/CF sur une période de dix (10) ans [6].

Au Mali, selon les données du registre malien des cancers en 2020, les tumeurs ORL/CF représentaient 5% des nouveaux cas des tumeurs recensés dans le monde.

L'imagerie médicale notamment la tomodensitométrie, la tomographie à émission de positons et l'IRM permettent essentiellement de préciser le siège, l'extension locale-régionale. L'examen de certitude reste histologique et permet de préciser la nature de la tumeur. La prise en charge est Médico-chirurgicale et pluridisciplinaire en fonction du type histologique, du stade et du siège [3].

Le pronostic est fonction du type histologique, du degré de différenciation des cellules tumorales, de l'âge du patient, des comorbidités et de l'invasion neurovasculaire [7].

Au Mali, il existe peu de données sur les tumeurs ORL, nous nous sommes proposées de faire cette étude qui a consisté à étudier le profil histologique des tumeurs ORL /CF sur une période de trois (3) ans au service ORL/CCF du CHU Mère-Enfant « le Luxembourg ».

# OBJECTIFS

## **OBJECTIFS**

### **Objectif général**

Etudier le profil histologique des tumeurs ORL et cervico-faciales dans le service d'ORL /CCF du CHU Mère-Enfant « le Luxembourg ».

### **Objectifs spécifiques :**

- Déterminer les caractéristiques sociodémographiques des patients atteints de tumeurs ORL/CF dans le service d'ORL/CCF du CHU Mère-Enfant le « Luxembourg » ;
- Enumérer la fréquence des tumeurs ORL/CF dans le service d'ORL/CCF du CHU Mère-Enfant le « Luxembourg » ;
- Identifier la localisation la plus fréquente des tumeurs ORL/CF dans le service d'ORL/CCF du CHU Mère-Enfant le « Luxembourg » ;
- Décrire les types histologiques des tumeurs ORL/CF dans le service d'ORL/CCF du CHU Mère-Enfant le « Luxembourg ».

# GENERALITES

## **I. GENERALITES**

### **A. Rappel histologique et embryologique : [8-9]**

Au cours de la troisième semaine, l'embryon est déjà différencié en trois feuillets.

Dans la région céphalique, ces feuillets se disposent ainsi :

- L'entoblaste (ou endoderme), l'intestin primitif formant une cavité centrale et axiale.
- Le chordo-mésoblaste (ou mésoderme ou mésenchyme) feuillet intermédiaire
- L'ectoblaste (ou ectoderme, ou épiblaste), à l'origine du tube nerveux et du revêtement de l'embryon. Le revêtement ectoblastique au-dessous de l'extrémité antérieure du tube nerveux forme une dépression transversale ou stomodaeum. A ce niveau ectoblaste et entoblaste s'adosent, constituant la membrane pharyngienne. Cette membrane se résorbe rapidement, mettant en communication l'intestin primitif et stomodaeum. La portion crâniale de l'intestin primitif appelée intestin antérieur qui est fermé en avant par la membrane pharyngienne, constitue le revêtement interne de l'appareil branchial. Ces dérivés sont :
  - L'épithélium de l'oreille moyenne et de la trompe d'eustache ;
  - L'épithélium des amygdales palatines ;
  - Les cellules glandulaires des parathyroïdes ;
  - Les cellules du thymus ;
  - Les cellules folliculaires

## **B. Rappel anatomique :**

### **1. Oreille :**

L'oreille est un organe neurosensoriel à double fonction : il assure l'audition et joue un rôle très important dans l'équilibre. Elle joue également une fonction esthétique. Cet organe comprend 3 parties : l'oreille externe, l'oreille moyenne et l'oreille interne. [8]

**1.1. Oreille externe :** Elle est constituée par le pavillon et le méat acoustique externe (MAE). Cette partie collecte le son. Le MAE peut être assimilé à un diverticule cutané étendu de la conque à la membrane tympanique qu'il tapisse. [8]

**1.2. Oreille moyenne :** Elle comprend un ensemble de cavités aériennes centré sur la caisse du tympan (ou tympanum), prolongé vers l'avant par le protympanum et la trompe d'Eustache et vers l'arrière par les cellules mastoïdiennes. [8]

**1.3. L'oreille interne :** Elle contient les organes neurosensoriels pour les deux grandes fonctions :

- Le canal cochléaire pour l'audition ;
  - Les macules de l'utricule et du saccule et les cupules des canaux semicirculaires.
- L'ensemble constitue le vestibule destiné à l'équilibre. Le nerf auditif est constitué par les fibres cochléaires et les fibres vestibulaires qui gagnent le tronc cérébral et les noyaux correspondants des voies centrales : La voie vestibulaire ; La voie cochléaire centrale, bilatérale pour chaque oreille qui se projette sur le cortex auditif dans l'aire temporale. [9]

#### **1.4. Histologie de l'oreille**

Le pavillon de l'oreille et le conduit auditif externe sont constitués d'une armature fibrocartilagino-osseuse recouverte par de la peau. La face externe du tympan est constituée par de l'épiderme qui repose sur une lame conjonctive fibreuse.

La paroi de l'oreille moyenne est constituée d'une armature osseuse ou partiellement membraneuse au niveau de la trompe d'Eustache et d'une muqueuse dont l'épithélium est simple, pavimenteux ou cubique au niveau de la caisse du tympan, des osselets, de la face interne du tympan et de type respiratoire au niveau de la trompe d'Eustache. [10].

#### **1.5. La vascularisation-innervation de l'oreille**

Les oreilles externe et moyenne sont irriguées par des branches des artères carotide externe, carotide interne et de l'artère vertébrale.

La vascularisation artérielle de l'oreille interne est assurée par des branches de l'artère auditive qui provient du tronc basilaire.

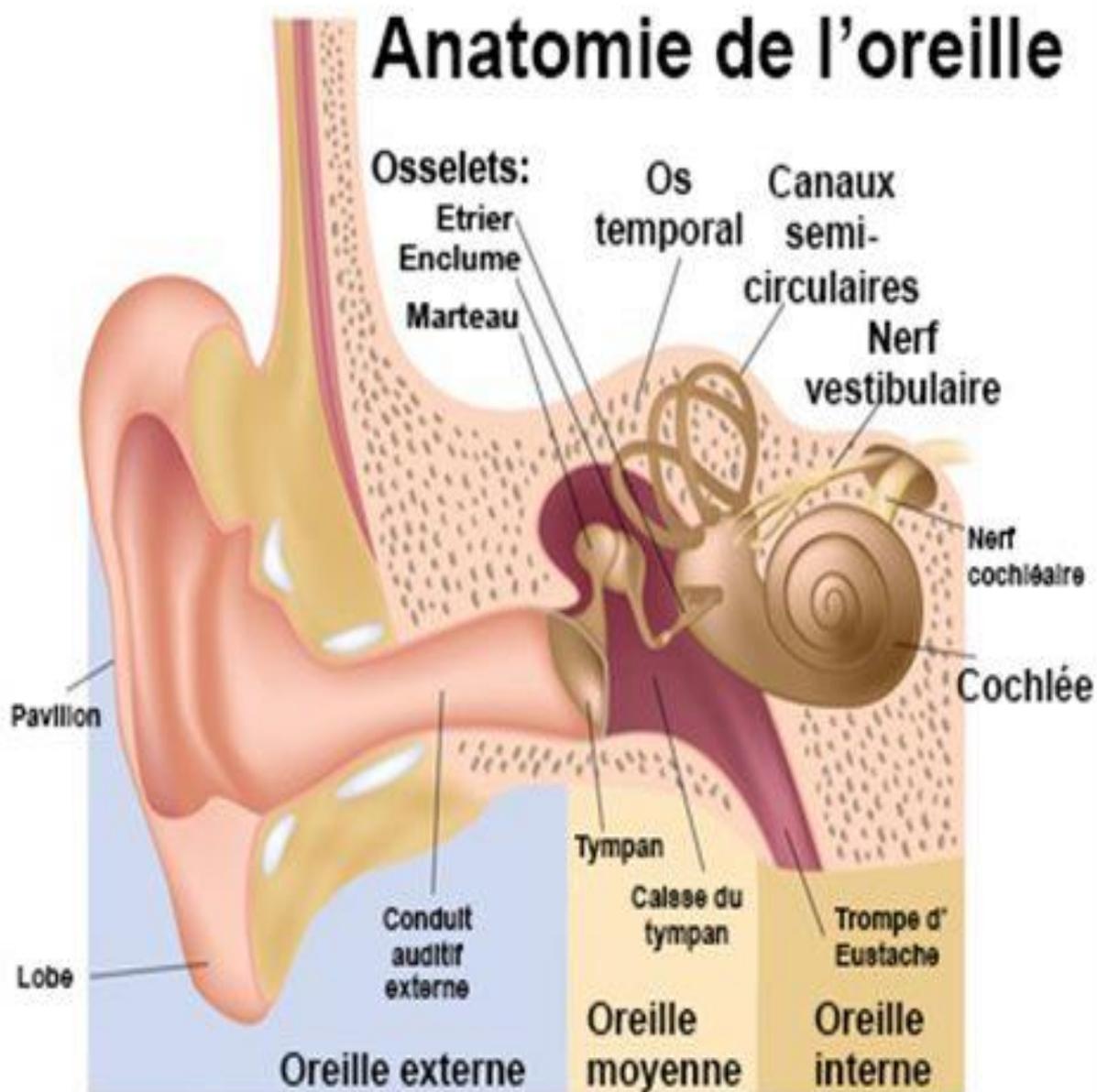
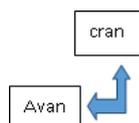
Le drainage veineux de l'oreille externe se fait par la veine jugulaire externe.

Les veines de l'oreille moyenne vont se jeter dans : le plexus veineux ptérygoïdien, les veines méningées moyennes ; le sinus pétreux supérieur ; le golfe de la jugulaire interne ou le sinus sigmoïde ; et le plexus pharyngien. Les veines de l'oreille interne se distribuent dans les réseaux de l'aqueduc du vestibule et de l'aqueduc du limaçon qui se jettent dans le sinus pétreux inférieur, et de là, dans le golfe de la veine jugulaire.

Le drainage lymphatique des oreilles externe et moyenne est assuré par les ganglions prétragien, mastoïdien, parotidien, rétropharyngiens et jugulaires. L'innervation motrice de l'oreille externe vient du nerf facial ; les nerfs sensitifs proviennent de la branche auriculaire du plexus cervical superficiel et du nerf auriculotemporal.

L'innervation motrice de l'oreille moyenne est assurée par la portion mastoïdienne du nerf facial pour le muscle de l'étrier et le nerf mandibulaire pour le muscle tenseur du tympan.

L'innervation de l'oreille interne est assurée par la huitième paire crânienne qui se divise dans le méat acoustique interne en une branche antérieure, le nerf cochléaire et une branche postérieure, le nerf vestibulaire [11].



**Fig.1 : Vue antérieure de l'oreille**

**Source** (R. Hibon : anatomie de l'oreille, service ORL/CCF CHU Caen)

## **2. Pharynx et larynx :**

### **2.1. Pharynx :**

Le pharynx est un conduit musculo-membraneux étendu de la base du crâne en haut à la sixième vertèbre cervicale en bas. C'est un organe fondamental, unique, commun aux voies respiratoires supérieures et à la partie initiale de l'appareil digestif. Il a la forme d'une gouttière médiane, symétrique. Cette gouttière est ouverte en avant et comporte sept orifices qui la divisent en trois étages :

- Etage nasal : ouverture des fosses nasales par les choanes, et latéralement des trompes auditives : c'est le nasopharynx ;

Sur le plan histologiquement, l'épithélium du nasopharynx est un épithélium de revêtement pseudostratifié cylindrique cilié contenant quelques cellules caliciformes.

- Etage buccal ou oropharynx qui communique avec la cavité buccale par l'isthme du gosier. Son épithélium de revêtement est pluristratifié de type épidermoïde
- Etage inférieur ou hypopharynx ou laryngopharynx : s'ouvre en bas dans la bouche de l'œsophage. [8]

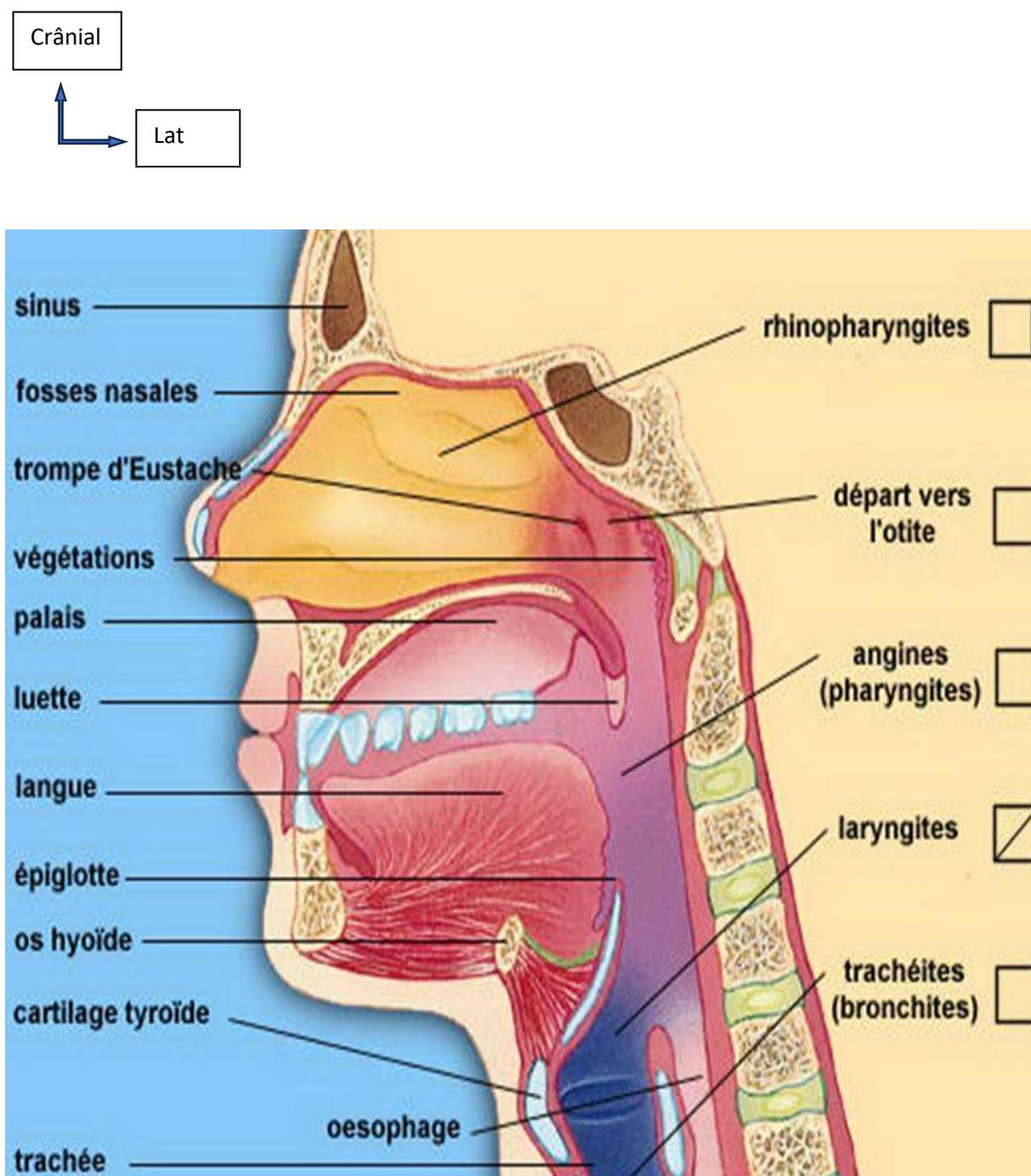
#### **2.1.4. Vascularisation-Innervation du pharynx**

La vascularisation artérielle du pharynx est assurée par des artères provenant de l'artère carotide externe : Elle est assurée principalement par l'artère pharyngienne ascendante, l'artère thyroïdienne supérieure par sa branche laryngée supérieure destinée au voile du palais ,l'artère ptérygo-palatine destinée à la voute du rhino-pharynx, l'artère palatine ascendante branche de l'artère faciale, destinée au voile et à l'amygdale palatine, l'artère dorsale de la langue : branche de l'artère linguale, destinée au pilier antérieur de l'amygdale, et l'artère sous-clavière : elle participe à cette vascularisation, en fournissant par l'intermédiaire de l'artère thyroïdienne inférieure des branches pour la partie basse de l'hypo pharynx.

Les nerfs proviennent du plexus pharyngien, situé essentiellement sur le muscle constricteur moyen. Il est formé des branches pharyngiennes du :

- Nerf vague,
- Nerf glosso-pharyngien,
- Ganglion cervical supérieur.

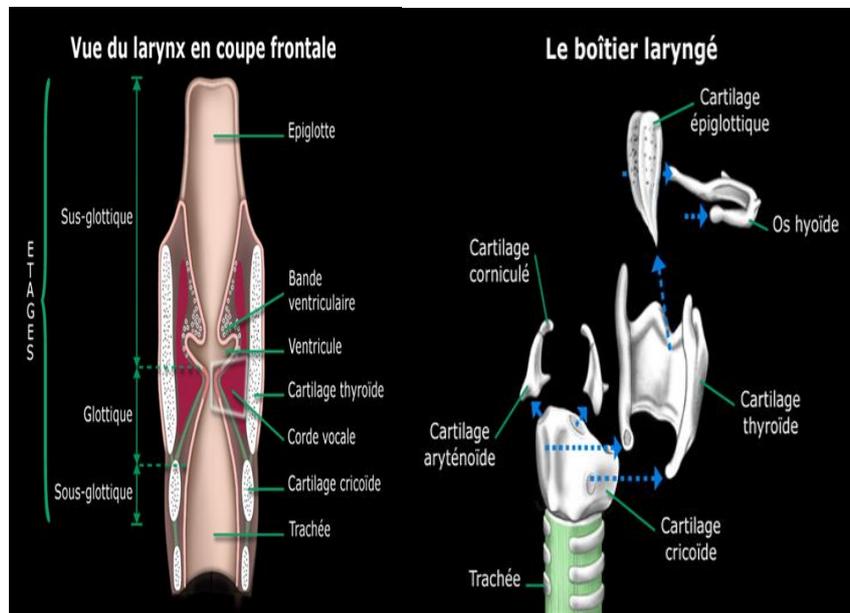
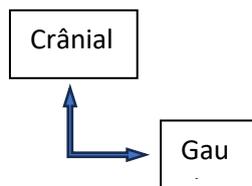
N.B : L'atteinte unilatérale du nerf glosso-pharyngien et vague n'entraîne aucun trouble moteur clinique [12].



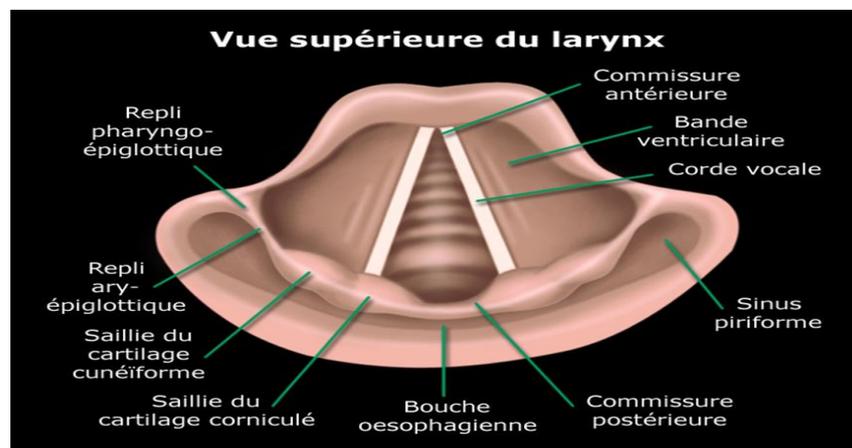
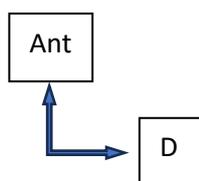
**Fig2 : Coupe sagittale du pharynx source (Franck H. NETTER Novartis)**

## **2.2. Le larynx :**

Le larynx est un organe impair et médian, situé à la partie moyenne de la gaine viscérale du cou. Il occupe la partie supérieure de la région infra hyoïdienne en regard des vertèbres C5 et C6. Il est formé par un squelette cartilagineux suspendu à l'os hyoïde. Les différents cartilages sont unis par des articulations, des membranes, des ligaments et des muscles. L'intérieur du larynx est divisé en trois étages par les deux cordes vocales : corde buccale supérieure et corde buccale inférieure. Au plan histologique la corde vocale supérieure est couverte d'épithélium de type respiratoire et la corde vocale inférieure d'un épithélium malpighien. [13].



**Fig3 : Coupe frontale du larynx source (L. Testut, anatomie humaine)**



**Fig4 : vue supérieure du larynx source (L. Testut, anatomie humaine).**

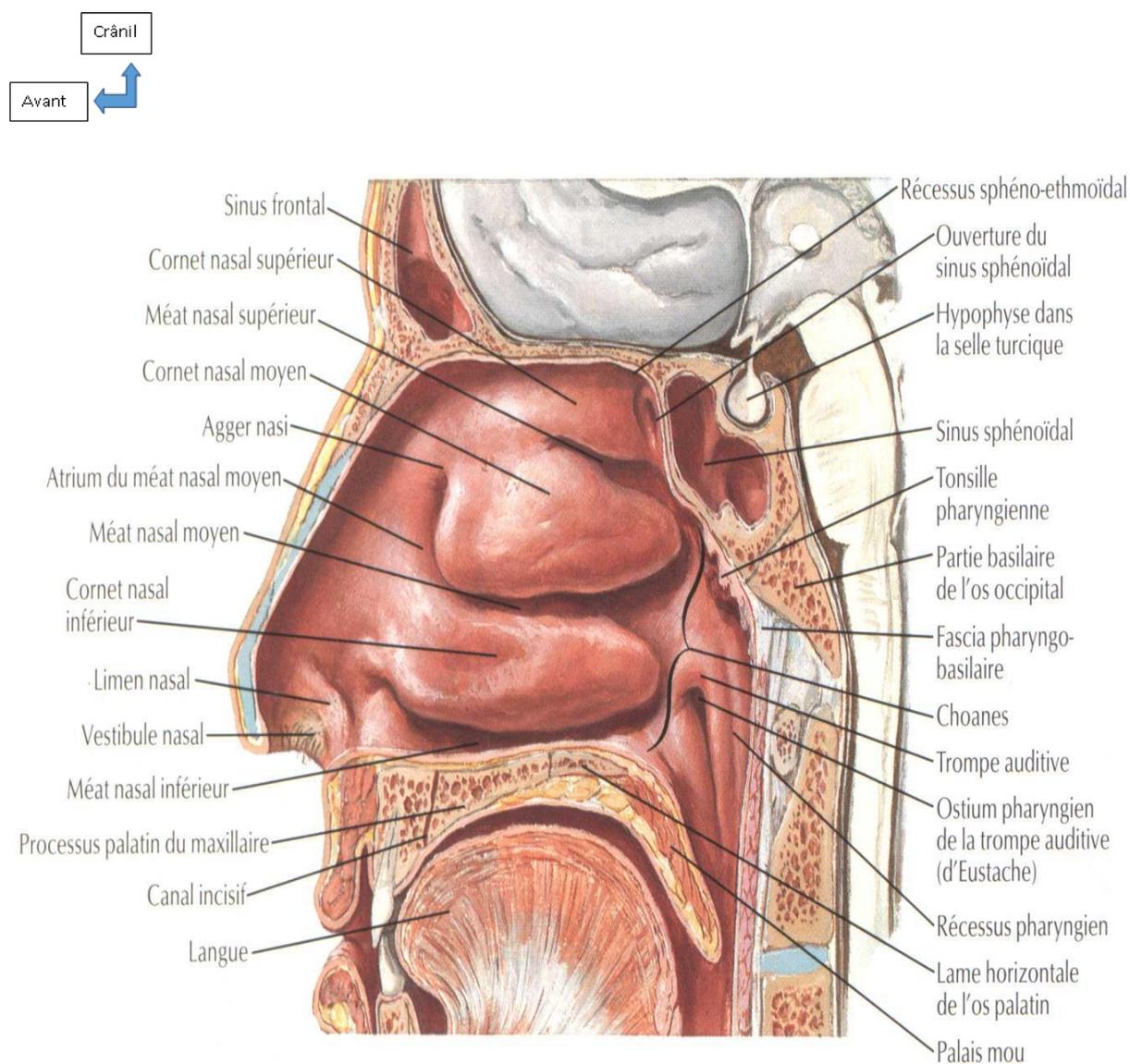
### **3. Les fosses nasales et les sinus paranasaux :**

#### **3.1. Les fosses nasales :**

Elles forment deux cavités situées au milieu du massif facial supérieur, sous la partie médiane de l'étage antérieur de la base du crâne. Elles sont séparées par une cloison sagittale (septum), et protégées en avant par un auvent dénommé pyramide nasale. Leur paroi latérale joue un rôle considérable dans la physiologie respiratoire grâce aux cornets (inférieur, moyen et supérieur) qui augmentent considérablement la surface muqueuse et protègent les méats (inférieur, moyen et supérieur

Dans le méat moyen débouchent les sinus antérieurs, et dans le méat inférieur le canal lacrymal, richement vascularisé par deux systèmes artériels : le système carotidien externe et le système carotidien interne.

Histologique, au niveau du vestibule (cavité nasale) on trouve un épithélium de revêtement pluristratifié pavimenteux non kératinisé (épidermoïde ou épithélium malpighien non kératinisé) ; la muqueuse olfactive a un épithélium de revêtement pseudostratifié cylindrique cilié avec des cellules caliciformes) [8].



**Fig 5 : Coupe sagittale de la paroi latérale des fosses nasales montrant les cornets et méats**

**Source : Anatomie – Netter-Tête et cou Région du Nez Planche 32.**

### **3.2. Les sinus paranasaux : [8]**

Ce sont des cavités sinusiennes creusées dans les différents os de la charpente osseuse de la face. Tous les sinus sont tapissés d'une muqueuse de type respiratoire. A la naissance, il existe seulement le sinus ethmoïdal, les autres sinus étant encore à un stade rudimentaire. Ils croissent lentement jusqu'à l'âge adulte.

#### **3.2.1. Le labyrinthe ethmoïdal :**

Elles apparaissent vers le 5-6 mois de la vie intra-utérine sous forme de petits diverticules, à la naissance, les cellules sont sphériques, de 2 à 5 mm de diamètre ; à 4 ans, elles commencent à envahir le segment ethmoïdal du frontal ; à 12-13 ans le développement des cellules est terminé.

#### **3.2.2. Les sinus frontaux :**

Ils s'individualisent des autres cellules ethmoïdales anatomiquement vers 2 ans et radiologiquement vers 6-8 ans. Leur développement n'est terminé que vers 15-20 ans

#### **3.2.3. Les sinus maxillaires :**

A 6 ans, elle prend la forme pyramidale de l'adulte mais continue à croître, elle commence à s'individualiser nettement en radiographie. A 15 ans, la croissance s'arrête, sauf à l'extrémité postéro-inférieure qui ne prend sa forme définitive qu'après l'éruption de la dent de sagesse.

#### **3.2.4. Les sinus sphénoïdaux :**

A 5 ans, volume d'un pois, à 12 ans la cavité n'occupe que la région antéoinférieure du corps sphénoïde, mais s'individualise sur les radiographies. Vers 15 ans se terminent le développement.

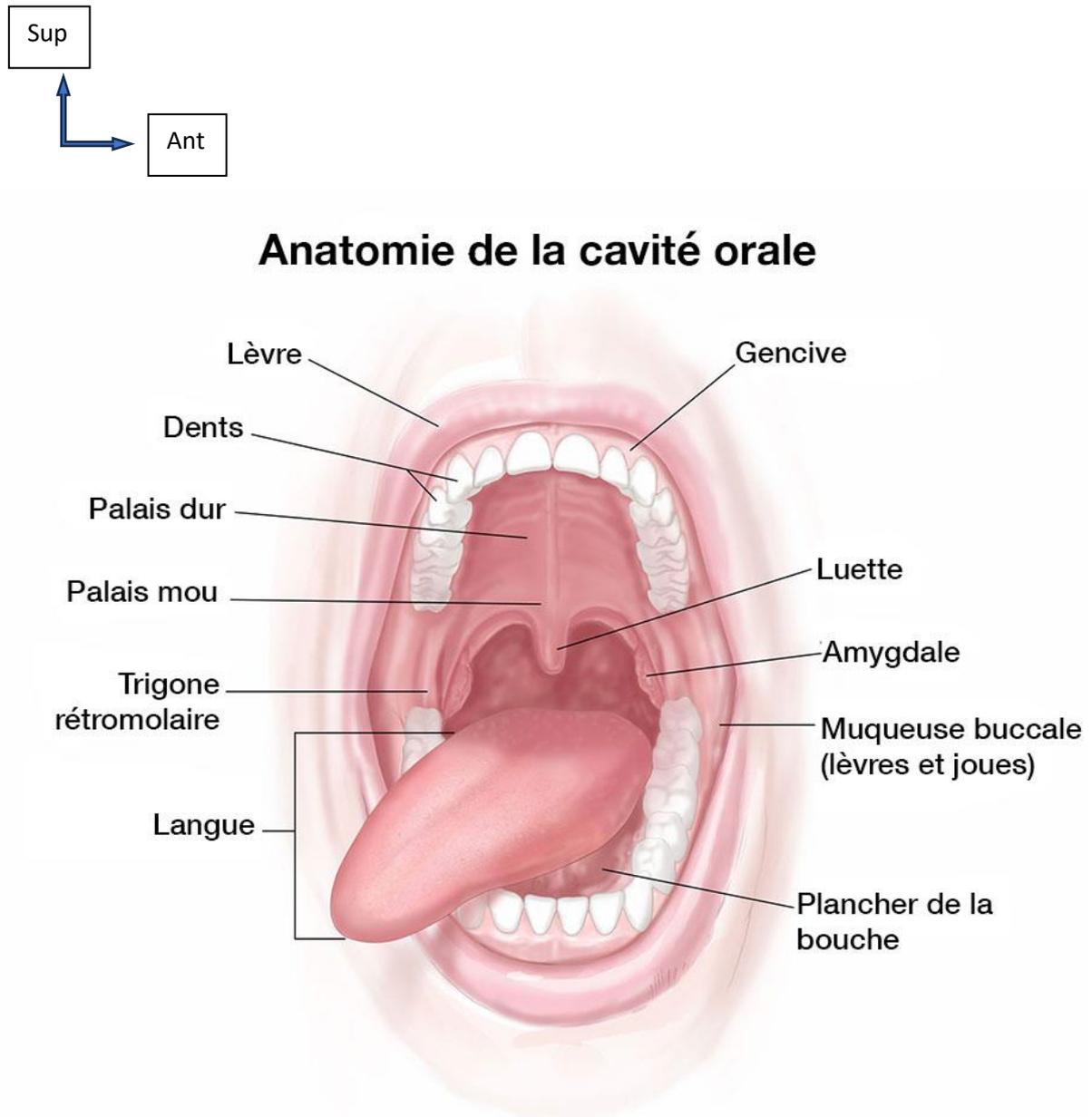
#### **4.Cavité buccale. [8]**

Elle est la partie initiale de l'appareil digestif et contient l'organe de la gustation destinée à la mastication ; l'insalivation des aliments.

La cavité buccale joue un rôle important dans la phonation et respiration.

Divisions topographiques : La cavité buccale est divisée en deux parties par l'interposition des arcades alvéolo-dentaires : le vestibule oral en avant ; la cavité orale propre en arrière.

Au plan histologique, la muqueuse buccale est constituée d'un épithélium malpighien mais non kératinisé reposant sur une lame basale, un chorion papillaire sous-jacent fait d'un tissu conjonctif très vascularisé et on y trouve quelques infiltrats lymphoïdes et de nombreuses glandes salivaires microscopiques et enfin un tissu sous muqueux conjonctif fibro-vasculaire de support.



**Fig. 6 : Vue antérieure de la cavité buccale source (Shutterstock)**

## **5. LE COU**

### **5.1. Rappel anatomique**

Le cou est la région située entre l'extrémité céphalique et le tronc. Il s'étend de la base du crane à l'extrémité supérieure du thorax. Sa forme est grossièrement cylindrique, et s'évase en haut, vers la base du crâne et en bas, au-dessus de l'orifice supérieure du thorax.

Le muscle sterno-cleido mastoïdien divise le cou en 2 triangles : le triangle antérieur et le triangle postérieur.

L'os hyoïde divise le triangle antérieur en étage sus et sous hyoïdien

- L'étage sus-hyoïdien est séparé en deux régions par le ventre antérieur du digastrique, ce sont : les régions sus-hyoïdiennes médianes et latérales.

-L'étage sous-hyoïdien est séparé en deux régions par le ventre supérieur du muscle omohyoïdien, ce sont les régions sub-hyoïdiennes médianes et latérales.

Le triangle postérieur ou région cervicale latérale est divisé par le ventre postérieur du muscle omohyoïdien en triangle occipital et supra claviculaire.

Sur le plan structurel, le cou est constitué de divers éléments anatomiques, représentés par les structures musculo-aponévrotiques, ostéo-cartilagineuses, vasculo-nerveuses et conjonctive-glandulaires, le tout recouvert par une peau doublée d'un fin muscle peaucier quadrangulaire appelé platysma.[14]

### **5.2. Les glandes du cou**

#### **5.2.1. Les glandes salivaires :**

##### **5.2.1.1 La glande parotide [15]**

La plus volumineuse des glandes salivaires. Elle est de forme pyramidale avec des prolongements zygomatique, massétérin, cervical et latéro-pharyngée. Elle est située en avant du méat acoustique externe et englobe la branche montante de mandibule. Son canal excréteur est appelé canal de Sténon, qui s'abouche au niveau de la muqueuse jugale en regard de la 2ème molaire supérieure. Les éléments qui passent dans cette glande sont :

**a. Le nerf VII** : les repères constants sont :

- la mastoïde, véritable promontoire du rocher ;
- l'arcade zygomatique, croisée par les filets de la branche temporofaciale ;
- le tragus ;
- le bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien sur lequel chemine le plexus cervical superficiel.

Le nerf facial divise la glande parotide en deux lobes. Il sort du trou stylomastoïdien, formant un tronc qui se divise en deux branches : une branche temporo-faciale et une branche cervico-faciale.

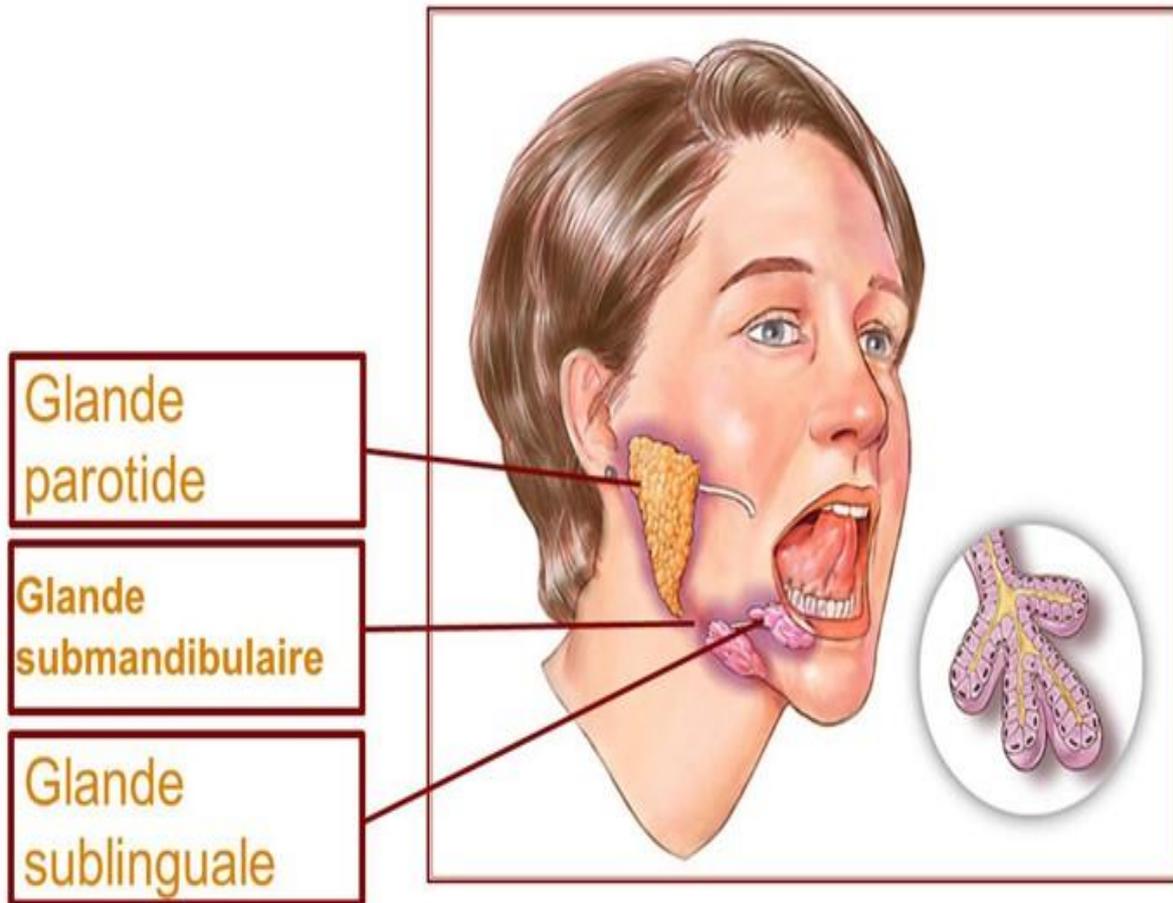
**b. Carotide externe** : donnant sa branche auriculaire postérieure et se divisant en artère maxillaire et temporale superficielle.

**c. Le plexus veineux intra-parotidien** (veine jugulaire externe, temporale superficielle, maxillaire).

#### **5.2.1.2. La glande sous maxillaire [8,15]**

La glande sous-mandibulaire est située en avant de la région carotidienne et sous la région parotidienne. Ses rapports principaux se font essentiellement avec le pédicule facial, le nerf lingual en dedans et le rameau mentonnier le long du bord inférieur de la mandibule. En effet, en dehors l'artère faciale, branche de la carotide externe, contourne le pôle inférieur de la glande pour cheminer le long du bord basilaire de la mandibule. La veine faciale, superficielle, est quant à elle située à la face profonde de l'aponévrose cervicale superficielle. Le rameau mentonnier cervical chemine entre l'aponévrose et le muscle peaucier. Le nerf lingual entre en rapport avec la face interne de la glande et contracte des rapports avec la glande par des fibres.

Son canal excréteur ou canal de Wharton est long de 4 à 5 cm et large de 2 à 3 mm. Ce canal s'ouvre dans la bouche de part et d'autre du frein de la langue. La vascularisation est assurée par l'artère faciale, la veine faciale et la veine linguale.

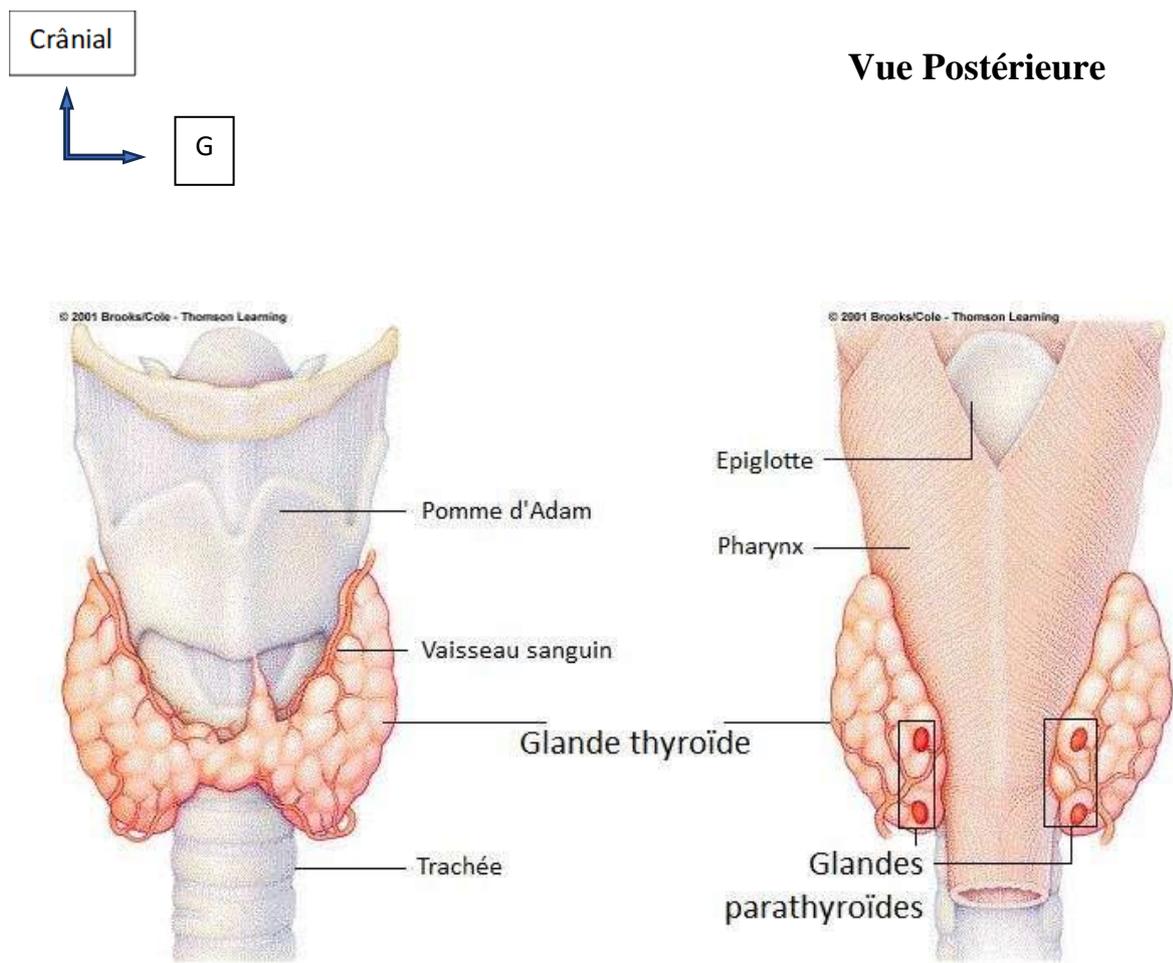


**Fig7 : Image décrivant la glande salivaire source (Chirurgien ORL Nantes).**

### 5.2.2. La glande thyroïde

La glande thyroïde est impaire et médiane appliquée sur la partie antérieure de l'axe laryngotrachéal. Elle présente une partie moyenne, appelée isthme, et deux parties latérales volumineuses, les lobes droit et gauche. Du bord supérieur de l'isthme part inconstamment un prolongement supérieur, le plus souvent latéralisé à gauche : le lobe pyramidal (ou pyramide de La louette). En position habituelle, elle se place en avant des deuxièmes et troisièmes anneaux trachéaux. Ces dimensions sont significativement plus importantes chez la femme que chez l'homme. Le volume total de la glande est de l'ordre de 10 à 28 ml, son poids d'environ 30 g. La thyroïde à une production endocrine double elle sécrète :

- La calcitonine, par ses cellules C para folliculaires
- Les hormones thyroïdiennes, par ses cellules folliculaires. L'action physiologique des hormones thyroïdiennes sont les développements notamment osseux et nerveux chez l'embryon, le fœtus puis l'enfant, et le maintien des grandes fonctions vitales chez l'adulte. [8]



**Fig 8 : Vue antérieure de la glande Thyroïde (Futura-Sciences).**

## **C. Les tumeurs cervico-faciales**

### **1. Epidémiologie des tumeurs ORL/CF [16]**

L'augmentation des tumeurs dans le monde concerne aussi ceux de la sphère ORL et cervico-faciale. En 2000, les données de l'IARC (International Agency for Research on Cancer) comptabilisaient :

- 10 millions de nouveaux cas de cancers dans le monde
- 6 millions de décès liés au cancer
- 650 000 nouveaux cas de cancers ORL soit la 6<sup>ème</sup> place en termes de fréquence
- 350 000 décès liés aux cancers ORL

D'après l'IARC, ces données étaient supposées connaître une hausse de 50% avant les années 2020.

La situation des cancers est donc préoccupante dans le monde mais aussi en Afrique subsaharienne. Les données dans cette partie du continent semblent incomplètes car on retrouve une fréquence élevée mais probablement sous-évaluée au Burkina Faso, en Centrafrique, et en Côte d'Ivoire. Au Cameroun, les premières études datent de plus de 30 ans et retrouvaient une fréquence particulièrement élevée des cancers du nasopharynx.

### **2. Les facteurs de risques des tumeurs ORL/CF [17-19].**

De nombreux facteurs de risque sont associés à ces tumeurs à savoir le tabac, l'alcool, les facteurs génétiques, nutritionnels et environnementaux, les virus oncogènes (VIH, EBV, HPV) Ces facteurs sont responsables de l'irritation chronique des muqueuses des VADS.

Les tumeurs de la cavité buccale, du pharynx et du larynx sont toutes très fortement associées à la consommation de tabac et d'alcool. La fumée de tabac agit sur les muqueuses des voies aérodigestives supérieures par les nombreux cancérigènes qu'elle contient (plus d'une quarantaine). L'alcool facilitant leur dissolution accroît leur pénétration et leur diffusion dans la muqueuse. Le tabagisme est observé dans plus de 95 % des cas, l'alcool est présente dans au moins 90 % des cas. Plus les consommations sont élevées et prolongées, plus le

risque de la tumeur augmente. Le Tabac et l'alcool associés renforcent le risque en le multipliant par 100. Les substances et poussières irritantes et cancérogènes absorbées ou inhalées dans certains milieux professionnels multiplient les risques du tabac et de l'alcool. (Quelques substances cancérogènes à titre d'exemple : l'amiante, les poussières de bois, certaines huiles minérales, les hydrocarbures, les peintures, les acides forts, les fumées de diesel, certains solvants). Le rôle cancérogène du virus papilloma virus a été souvent évoqué.

### **3. Généralités sur les tumeurs**

Il existe (2) deux catégories de tumeurs cervico-faciales :

- Les tumeurs bénignes
- Les tumeurs malignes ou cancers

Ces deux catégories de tumeurs s'opposent par leurs caractères :

- Macroscopiques
- Histologiques
- Evolutifs

Cette distinction entre tumeur bénigne et tumeur maligne permet de prévoir l'évolutivité de la tumeur et donc d'adapter la thérapeutique. Il existe cependant des exceptions des tumeurs pour lesquelles les critères ne sont pas tous réunis.

#### **3.1. Caractère d'une tumeur**

##### **3.1.1. Prolifération cellulaire excessive : [2]**

La prolifération est liée à la multiplication des descendants d'une ou plusieurs cellules anormales. C'est la notion de clonalité. Un clone est un ensemble de cellules dérivées d'une seule cellule initiale. Une tumeur est dite poly- oligo- ou monoclonale, selon qu'elle se développe à partir de plusieurs, quelques ou une seule cellule.

Composition d'une tumeur

Le tissu tumoral est constitué :

- De cellules tumorales : cellules prolifératives anormales ;

- D'un tissu de soutien (= stroma tumoral) fait de cellules et de substance extracellulaire dans laquelle est située la vascularisation tumorale. Les cellules du Stroma ne présentent pas les anomalies génétiques des cellules tumorales.

### **3.1.2. Types histologiques des tumeurs [2]**

Les différentes composantes de chaque tumeur (cellules tumorales et stroma) peuvent présenter des aspects morphologiques, particuliers qui peuvent être regroupés par types histologiques. Les tumeurs sont ainsi classées en fonction de critères histologiques communs, définis par les classifications internationales, édictées par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), et remises à jour régulièrement. La reconnaissance de ces critères et le classement de la tumeur dans le type adéquat la base du diagnostic anatomopathologique de toute tumeur. Les tumeurs sont classées en deux (2) sur le plan histologique : les tumeurs bénignes et les tumeurs malignes.

#### **3.1.2.1. Tumeurs bénignes**

**3.1.2.1.1 Définition :** Les tumeurs bénignes sont des néoformations tissulaires très proches des tissus normaux par leur structure. Elles ont un développement strictement local.

**3.1.2.1.2 Caractères évolutifs :** Les tumeurs bénignes se développent localement et restent cantonnées au tissu dans lequel elles ont pris naissance. Leur croissance est lente. Toutefois, elles peuvent atteindre un volume et un poids importants. Elles ne récidivent pas après ablation chirurgicale, à condition que l'exérèse soit complète. Ces tumeurs ne métastasent jamais. Leur évolution est généralement favorable. Toutefois, dans certains cas, elles peuvent être la cause de complications graves voire mortelles, en raison de leur siège ou de désordres métaboliques.

Une tumeur maligne développée dans un tissu glandulaire, est encapsulée, nodulaire et correspondent à un adénome

**3.1.2.1.3. Caractère histologique :** Le tissu tumoral reproduit de très près la structure du tissu initial (tumeur différenciée). Les cellules ont une morphologie normale et ne présentent aucun caractère de malignité (figure10).

#### **3.1.2.1.4. Types histologiques fréquemment rencontrés [1]**

##### **3.1.2.1.4.1. Tumeurs bénignes épithéliales**

Ces tumeurs se développent soit à partir des épithéliums de revêtement réalisant des formations tumorales végétantes ou papillaires ; soit elles se développent à partir des épithéliums glandulaires appelées adénomes.

Les tumeurs papillaires constituent des proliférations néoplasiques développées à partir de revêtement malpighien, para-malpighien ou cylindrique.

**Macroscopiquement,** elles ont un aspect végétant ou pédiculé avec une base d'implantation (polype) ou pédiculée (tumeur sessile)

**Histologiquement :** elles présentent un revêtement épithélial et un tissu conjonctivo-vasculaire constituant l'axe de ces végétations.

Ex : papillome : la papillomatose laryngée est la pathologie ORL fréquente

La papillomatose laryngée est une affection d'origine virale causée par HPV et responsable de lésions d'allure papillomateuse du larynx. Il s'agit d'une prolifération tumorale bénigne d'un épithélium malpighien. C'est une lésion bénigne la plus fréquente du larynx de l'enfant, cette affection survient aussi fréquemment chez l'adulte. Bien qu'histologiquement bénigne, cette maladie engendre un risque vital du fait de son potentiel obstructif et dégénératif. Son évolution est essentiellement marquée par les récurrences de papillome malgré les traitements itératifs aboutissant à des séquelles fonctionnelles et une frustration chirurgicale.

#### **3.1.2.1.4.1.1. L'adénome**

C'est une formation tumorale bénigne développée à partir d'un épithélium glandulaire ou parenchyme glandulaire endocrine (thyroïde) ou exocrine.

**Macroscopie :** Il réalise un nodule, bien circonscrit, limité par une fine capsule fibreuse. La tranche de section est homogène pouvant associer des kystes.

On peut avoir des adénomes simples ou des poly adénomes.

#### **3.1.2.1.4.2. Les tumeurs bénignes d'origine conjonctives ou méenchymateuses**

**Macroscopie :** les formations sont arrondies ou lobulées à limite nette avec une capsule fibreuse. Elles sont uniques ou multiples.

##### **3.1.2.1.4.2.1. Le fibrome**

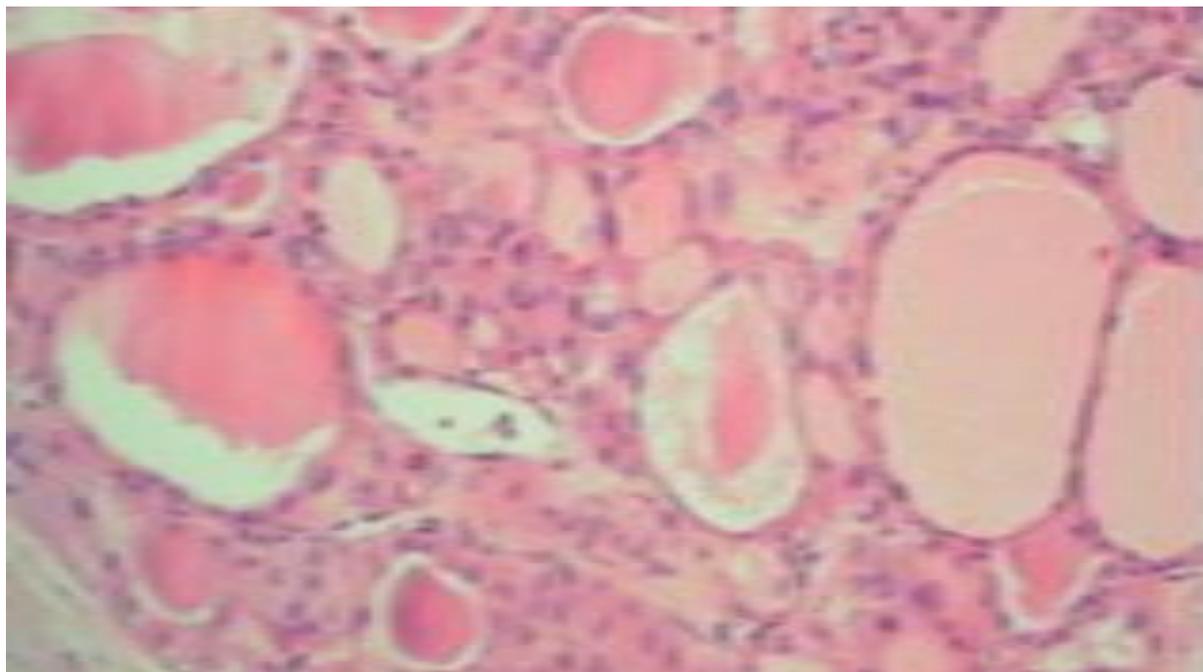
Il est de consistance dure ou molle et peut se développer partout où existe le tissu conjonctif.

**Microscopie :** Il est composé de fibrocytes et fibroblastes à noyau étroit, long et effilé aux extrémités ; il se développe à partir du tissu conjonctif commun.

##### **3.1.2.1.4.2.2. Le lipome**

C'est une tumeur développée à partir du tissu conjonctif spécialisé.

**Histologie :** il est composé de cellules arrondies de grande taille au cytoplasme optiquement vide (car la graisse se dissout au cours de la technique par l'alcool).



**Fig 9 : Tumeur bénigne : Adénome de la thyroïde**  
Source : Collège Français des Pathologistes (CoPath)

### **3.1.2.2. Tumeur maligne : [20-21]**

**3.1.2.2.1. Définition :** Les tumeurs malignes ou cancers sont des proliférations indéfinies de lignée cellulaire. Il s'agit de tumeurs plus ou moins différenciées par rapport au tissu normal n'en reproduisant que la caricature. Elles donnent dans la plupart des cas des métastases (dissémination à distance).

**3.1.2.2.2. Caractères évolutifs :** Les tumeurs malignes ont habituellement une croissance rapide. Elles donnent naissance à une dissémination tumorale à distance (surtout par voie lymphatique et sanguine) avec éclosion, et développement de tumeurs secondaires dans d'autres viscères : les métastases. Les tumeurs malignes ont tendance à récidiver après éradication locale. L'évolution, en l'absence de traitement, se fait spontanément vers la mort.

**3.1.2.2.3. Caractères macroscopiques :** Les tumeurs malignes sont mal limitées, non encapsulées ; elles détruisent et envahissent l'organe dans lequel elles ont pris naissance, ainsi que les organes de voisinage. Leurs contours sont irréguliers. Les foyers de nécrose et d'hémorragie sont habituels.

#### **3.1.2.2.4. Caractères histologiques**

Les cellules tumorales malignes présentent habituellement des caractères anormaux (caractères cytologiques de malignité). Le tissu tumoral est plus ou moins différencié.

**3.1.2.2.5. Tissus malins :** Les tissus cancéreux sont anormaux par leur architecture, leur désorganisation, leur débordement hors de leurs limites habituelles dans les tissus voisins

**3.1.2.2.6. Limites de la distinction bénin/malin :** Les caractères opposant les tumeurs bénignes et les tumeurs malignes constituent un schéma valable dans la plupart des cas. Toutefois, il est des cas où les critères morphologiques ne correspondent pas à l'évolution.

#### **3.1.2.2.7. Continuum entre certaines tumeurs bénignes et tumeurs malignes**

Adénomes coliques et adénocarcinomes coliques, tumeurs urothéliales papillaires, astrocytomes, tumeurs papillaires du rein. Ce continuum appelé «

progression tumorale » correspond à l'acquisition progressive par la tumeur d'un phénotype de malignité, d'anomalies chromosomiques et géniques en nombre croissant.

Une tumeur maligne peut ne présenter que peu de critères de malignité, voire aucun, et à l'inverse certaines tumeurs bénignes ont de très importantes anomalies cellulaires ;

Certaines tumeurs bénignes sont localement invasives et récidivent fréquemment après l'exérèse (fibromatose) :

- Certaines lésions sont précancéreuses (ou tumeurs à malignité potentielle) et peuvent donner lieu à un cancer (adénome colique qui peut se transformer en adénocarcinome).
- Certaines tumeurs sont dites borderline car il n'y a pas de critère morphologique pour en fixer le pronostic ;

Des tumeurs sont difficilement classables, les critères macroscopiques et microscopiques ne permettent pas d'en affirmer la nature bénigne ou maligne (cas des tumeurs endocrines).

### **3.1.2.2.8. Les tumeurs malignes ORL fréquemment rencontrées [1].**

Elles sont d'origine épithéliale ou conjonctive. Elles sont Malpighiennes kératinisé et non kératinisé développé à partir de l'épiderme kératinisé. Les carcinomes épidermoïdes sont des lésions invasives.

**Macroscopiquement** : ce sont des formations saillantes et ulcérées.

**Microscopiquement** : les éléments cellulaires malpighien sont de type malpighien relié les uns aux autres par des ponts d'unions. Elles présentent des anomalies cytonucléaires et des mitoses anormales. La prolifération peut être bien différenciée avec réalisation des globes cornés, cependant à la forme bien différencié dite ortho kératosique.

### **3.1.2.2.8.1. Les tumeurs malignes d'origine épithéliale glandulaire :**

Elles sont constituées de structures glandulaires irrégulières et de taille variable réalisant des végétations ou papilles. Les anomalies cytonucléaires sont nombreuses et l'index mitotique est élevé. Ces papilles sont soutenues par un stroma plus ou moins abondant. Elles peuvent présenter une activité fonctionnelle de type sécrétoire ou mucus. Cette prolifération peut être bien différencié, peu différencié ou indifférencié anaplasique : l'adénocarcinome.

### **3.1.2.2.8.2. Les tumeurs malignes d'origine conjonctive**

Ce sont des tumeurs ou le point de départ est d'origine conjonctive.

**3.1.2.2.8.2.1. Le fibrosarcome :** C'est une formation tumorale de taille variable prenant l'aspect d'une masse compacte, à limites peu nettes, encapsulée ou non, et infiltrantes.

**Microscopie :** il réalise une prolifération tumorale aux cellules fusiformes agencées en faisceaux entre croisés, ou de massifs irréguliers. Les cellules sont fusiformes avec de nombreuses anomalies cytonucléaires et un index mitotique élevé.

### **Autres tumeurs :**

- Origine osseuse : ostéome
- Origine cartilagineuse : chondrome
- Origine vasculaire : angiome ou hémangiome
- Origine musculaire : léiomyome
- Origine lymphatique : lymphangiome

Tumeur mixte épithéliale et conjonctive :

Glande mammaire : adénofibrome (tumeur épithéliale et conjonctives)

**Tableau I : Critères de distinction entre tumeur bénigne et maligne**

	<b>Tumeur bénigne</b>	<b>Tumeur maligne</b>
<b>Macroscopie</b>	Bien limitée	Mal limitée
	Encapsulée	Non encapsulée
<b>Histologie</b>	Semblable au tissu d'origine	Plus ou moins semblable au tissu d'origine (différenciation)
<b>Évolution</b>	Cellules régulières (ressemblant à celles du tissu d'origine)	Cellules irrégulières (cellules cancéreuses)
	Croissance lente	Croissance rapide
	Refoulement sans destruction des tissus voisins	Envahissement des tissus voisins
	Pas de récurrence locale après exérèse complète	Récurrence possible après exérèse supposée totale
	Pas de métastase	Métastase(s)

## **4. Nomenclature et classification des tumeurs [2]**

### **4.1. Nomenclature**

La classification histogénétique des tumeurs est fondée sur l'origine de la cellule tumorale.

La nomenclature générale des tumeurs fait intervenir le nom de la cellule ou du tissu d'origine suivi d'un suffixe : « ...*ome* » pour les tumeurs bénignes, « ...*carcinome* » ou « ...*sarcome* » pour les cancers épithéliaux ou conjonctifs. Il existe cependant des exceptions, soit pour des tumeurs malignes dont la dénomination ancienne perdure tels les mélanome, lymphome, séminome ..., soit pour des tumeurs dont l'histogénèse est peu ou mal connue et qui portent des noms propres : maladie de Hodgkin, sarcome d'Ewing, tumeur de Brenner. (Voir tableau 2)

## 4.2. Classification générale

**Tableau II : Classification histologique des tumeurs**

Tissu d'origine		Bénigne	Maligne
<b>Épithélial</b>	Glandulaire	Adénome	Adénocarcinome
	Malpighien  Transitionnel (urothélium)	Papillome malpighien/Condylome  Papillome urothélial	Carcinome malpighien ou épidermoïde Carcinome basocellulaire Carcinome transitionnel ou urothélial
<b>Conjonctif commun</b>	Ficrocytaire	Fibrome	Fibrosarcome
	Histiocytaire	Histiocytofibrome	Histiocytome fibreux malin
<b>Conjonctif spécialisé</b>	Adipeux	Lipome	Liposarcome
	Cartilagineux	Chondrome	Chondrosarcome
	Musculaire lisse	Léiomyome	Léiomyosarcome
	Musculaire strié	Rhabdomyome	Rhabdomyosarcome
	Osseux	Ostéome	Ostéosarcome
	Tissu synovial	Angiome	Synoviosarcome
	Vasculaire		Angiosarcome
<b>Hématopoïétique</b>	Lymphoïde		Leucémie
	Myéloïde		Lymphome malin Maladie de Hodgkin Syndromes myéloprolifératifs

<b>Nerveux</b>	Méningé Nerfs périphériques Tissu de soutien du SNC Tissu cérébral	Méningiome Schwannome (neurinome) Neurofibrome Gliome	Méningiome malign Schwan Nome malin Glioblastome Médulloblastome
<b>Mésothélial</b>		Mésothéliome bénin	Mésothéliome malin
<b>Mélanique</b>		Nævus nævocellulaire	Mélanome
<b>Germinal et embryonnaire</b>	Gonies Annexes embryonnaires : – sac vitellin – placenta Disque embryonnaire Complexe (pluritissulaires)	Môle hydatiforme Tératome mature ou bénin	Séminome Dysgerminome Tumeur du sac vitellin Choriocarcinome Carcinome embryonnaire Tératome immature ou malin
<b>À différenciation de type embryonnaire</b>		Môle hydatiforme Tératome mature ou bénin	Tumeurs du « blastème » Hépatoblastome Néphroblastome Neuroblastome Rétinoblastome

## **5.Métastases [1]**

C'est un ensemble de cellules cancéreuses qui vont migrer, s'implanter et proliférer dans un site distant et correspondant à une évolution de la maladie. Ce processus métastatique implique des mécanismes moléculaires, une synthèse d'enzyme ou protéase (production de métalloprotéine et cytokine, expression de CD44 qui est un marqueur de cellules endothéliales, VEGF (vascular Endothelial Growth Factor)

### **Les voies de dissémination :**

#### **5.1. Voie lymphatique :**

Très fréquente pour les carcinomes, lymphomes. Les réseaux lymphatiques sont très développés au niveau des oranges, parfois ils sont discontinus et laissent passer les cellules tumorales.

#### **5.2. Voie sanguine :**

Observer surtout au cours des sarcomes et choriocarcinomes. L'invasion se fait au niveau du réseau veineux. Trois (03) voies sanguines sont possibles :

- a- Voie portale : cancers digestifs qui vont donner des métastases hépatiques et pulmonaires.
- b- Voie de la veine cave inférieure : cancer du rein qui va donner des métastases pulmonaires.
- c- Voie pulmonaire : vers l'oreillette gauche et vers tous les organes.

#### **5.3. Autres voies de dissémination :**

- voies canalaire.
- Séreuse : bassinets vers la vessie
- tumeur ovarienne : vers le tube digestif : Tumeur de Krukenberg

## **6. les pseudo-tumeurs : [2]**

Les pseudo-tumeurs sont caractérisées par leur aspect clinique tumoral. Contrairement aux tumeurs ou néoplasies, elles correspondent à un remaniement d'un tissu préexistant, sans édifier de tissu nouveau. Elles ont une cause connue et cessent quand la cause cesse. Il existe plusieurs types de pseudo-tumeurs selon leur étiologie :

### **6.1. Les pseudo-tumeurs inflammatoires**

Elles sont dues à un dérèglement d'un des stades de l'inflammation (granulome à corps étrangers, chéloïde).

### **6.2. Les pseudo-tumeurs dystrophiques**

Elles sont liées à des désordres endocriniens.

### **6.3. Les pseudo-tumeurs malformatives**

Elles sont constituées par un tissu adulte normal en position anormale. Il peut s'agir soit de pseudo-tumeurs *vestigiales* par persistance anormale d'un organe transitoire, soit de pseudo-tumeurs dysgénétiques, constituées de tissus normaux appartenant à l'organe mais agencés dans le désordre.

## **7. Méthodes diagnostiques des tumeurs : [22]**

L'étude anatomopathologique a pour but de préciser :

- le type histologique de la tumeur ;
- son agressivité potentielle ;
- son pronostic ;
- sa capacité à répondre à des traitements de plus en plus spécifiques.

- **Diagnostic morphologique**

Après un examen macroscopique attentif permettant de prélever les zones d'intérêt de la prolifération tumorale, la première étape de l'analyse histologique d'une tumeur est l'étape diagnostique. Le diagnostic cyto- ou histologique nécessite de disposer d'échantillons de bonne qualité, relativement abondants et représentatifs de la tumeur et n'ayant pas subi d'altérations pendant leur prélèvement ou leur transport. Les différents modes de prélèvements.

La macroscopie est également cruciale pour déterminer la qualité de l'exérèse d'une tumeur et la présence éventuelle de dissémination dans les tissus non tumoraux (notamment les ganglions).

# METHODOLOGIE

## **II. MATERIEL ET METHODE**

### **1. Cadre d'étude**

Le service ORL /CCF du CHU Mère-Enfant « Le Luxembourg » a servi de cadre pour la réalisation de cette étude.

Il a une triple vocation :

- Soins ;
- Formation ;
- Recherche scientifique.

#### **1.1 Le centre hospitalier universitaire Mère-Enfant le « Luxembourg »**

Le Centre Hospitalier "Mère-Enfant" le Luxembourg est situé dans la banlieue ouest de Bamako, dans le quartier d'Hamdallaye. Les bâtiments ont été inaugurés le 24 novembre 1998 en présence de la Secrétaire d'Etat à la Coopération du Luxembourg. L'hôpital a ouvert ses portes en mai 1999. Ce dernier appartient à la « Fondation Pour l'Enfance » dirigée par l'épouse de l'ancien président de la république du Mali feu Amadou Toumani Touré et a été reconnu d'utilité publique par le décret N°93-271 du 6 avril 1993.

#### **1.2. Etude physique du CHU Mère-Enfant**

Le CHU Mère-Enfant a une convention signée avec le ministère de la santé.

##### **Organisation :**

Le CHU Mère-Enfant est un établissement médico-social de diagnostic, de traitement, d'hospitalisation, de recherche et d'enseignement. C'est un hôpital de deuxième référence à vocation humanitaire.

L'hôpital dispose :

- D'un organigramme
- D'un manuel de procédure
- D'un statut
- D'un règlement intérieur

A cote de ces organes nous notons les structures de soutien dont :

- Le service social
- Le service de maintenance (maintenance, plomberie, électricité, froid)
- La buanderie
- La cantine

### **1.3 Infrastructures :**

Le CHU Mère-Enfant est un établissement hospitalier privé à but non lucratif rendant du service public, composé de trois bâtiments à deux niveaux et d'un bâtiment à trois niveaux en construction avec une direction et un service social le plateau technique de l'hôpital comprend les services suivants :

Département Gyneco-obstetrique

Département d'anesthésie – urgences – réanimation

Un service d'accueil des urgences

Un service d'anesthésie et de service de réanimation

Département Chirurgie comportant:

- Un service ORL et CCF
- Un service de chirurgie générale :
- Un service de chirurgie pédiatrique
- Un service de neurochirurgie
- Un service d'odontostomatologie
- Un service de chirurgie cardio vasculaire
- Un service d'ophtalmologie
- Un service de traumatologie
- Un service d'urologie

Département Médecine comportant:

- Un service de gastroentérologie
- Un service de cardiologie
- Un service de dermatologie
- Un service de médecine interne

- Un service de neurologie
- Un service de rhumatologie
- Un service de pédiatrie
- Un service d'oncologie médicale

Département du laboratoire

Département d'imagerie médicale

Département de la pharmacie hospitalière

À la date actuelle le CHU Mère-Enfant dispose de 100 lits d'hospitalisation repartis entre 7 unités :

- L'unité d'hospitalisation de chirurgie.
- L'unité d'hospitalisation de gynécologie,
- L'unité d'hospitalisation de médecine,
- L'unité d'hospitalisation de pédiatrie,
- L'unité d'hospitalisation de cardiologie,
- L'unité d'hospitalisation de l'oncologie médicale
- L'unité d'hospitalisation de la réanimation.

#### **1.4. Champs d'étude :**

Le service ORL /CCF est composé d'une salle de consultation et d'une salle d'audiométrie, une salle de soins et une autre salle permettant la consultation juste trois fois par semaine.

Les interventions chirurgicales se font dans les deux blocs opératoires, en commun avec le service de la chirurgie générale, ensuite les malades opérés sont hospitalisés dans l'unité d'hospitalisation en commun avec ceux des services de la chirurgie

## **1.5. Activités du service**

Les activités du service sont réparties comme suit :

Les consultations externes sont effectuées tous les jours du lundi au vendredi.

Les activités chirurgicales à froid pour les interventions chirurgicales programmées ont lieu 2 jours dans la semaine au bloc opératoire (mercredi et vendredi).

Les prises en des urgences sont faites dès que le besoin s'impose.

La visite des malades hospitalisés est effectuée par les médecins tous les jours et le protocole de soin est exécuté par les infirmiers.

## **2. Population d'étude**

Tous les patients atteints de tumeur ORL /CCF, tout type et confirmé par l'examen anatomopathologique en consultation au service ORL/CCF.

## **3. Type et période d'étude**

Il s'agit d'une étude rétro-prospective de type descriptif d'une durée de trois (3) ans allant de janvier 2020 à décembre 2022.

## **4. Echantillonnage :**

Il s'agissait d'un échantillonnage non probabiliste exhaustif des patients consultant pour les tumeurs ORL.

## **5. Recueil des données**

Nous avons utilisé comme supports :

- Une fiche d'enquête préétablie à cet effet (voir annexe)
- Les dossiers numériques des patients atteints de tumeurs ORL du service ;
- Les résultats de l'examen anatomopathologique.

## 6. Les variables étudiées

Les variables étudiées sont l'âge, le sexe, la profession, les ethnies, la résidence les antécédents, la caractéristique, la siége, le diagnostic, les actes opératoire effectués, les adénopathies cervicales, le mode de vie, le conditionnement de la pièce, le délai d'acheminement de la pièce les types histologiques, les comptes-rendus des résultats anatomo-pathologiques :

Fréquence : c'est la proportion des patients atteint d'une tumeur ORL au service ORL/CCF du CHU Mère-Enfant le « Luxembourg »

L'âge : c'est la période écoulée depuis la naissance de l'individu jusqu'à son inclusion dans l'étude. Il est exprimé en année.

Le sexe : ensemble des caractères qui permettent de distinguer le genre masculin du genre féminin.

La Profession : C'est le domaine de formation ou de qualification de nos patients:

- Les fonctionnaires : patients exerçant une fonction permanente dans une Administration publique ou privée et qui est rémunéré à la fin du mois.
- Les commerçants(tes) : patients ayant pour activité le commerce.
- Les ménagères : patientes dont l'activité est limitée aux travaux domestiques.
- Eleveur : personne qui élève le bétail pour la vente.
- Les ouvriers : personnes qui moyennant un salaire se livrent à un travail manuel au compte d'un employeur.
- Chauffeur : Personne qui conduit un véhicule automobile à des fins professionnelles.
- Autres : toutes les autres professions libérales non citées.

La résidence : c'est l'endroit où loge le patient.

Type histologique : tumeur bénigne ; tumeur maligne.

## **7. Saisie et analyse des données :**

### **-Informatisation des données**

Les données ont été saisies sur le logiciel SPSS version 25.0 contenant un masque de saisie établi à partir d'une fiche d'enquête.

### **-Traitement et analyse des données**

Les données ont été saisies et analysées sur le logiciel SPSS version 25.0.

Les graphiques ont été établis sur le logiciel Excel.

Le traitement de texte a été réalisé avec Microsoft WORD® 2019.

Les tests de Khi2 avec un  $\alpha$  fixé à 5% et de Fischer ont été utilisés pour les comparaisons statistiques.

## **8. Aspect éthique :**

Il s'agit d'un travail purement scientifique qui vise à évaluer les tumeurs maligne et bénigne de la sphère ORL. L'étude a commencé lorsque toutes les formalités administratives ont été remplis, le consentement des patients a été préalablement obtenu pour participer à l'étude, ainsi que leur anonymat est le strict respecté de l'utilisation de ces résultats auxquels, ils serviront à contribuer à l'amélioration de la qualité des soins délivrés aux patients présentant une tumeur.

# RESULTATS

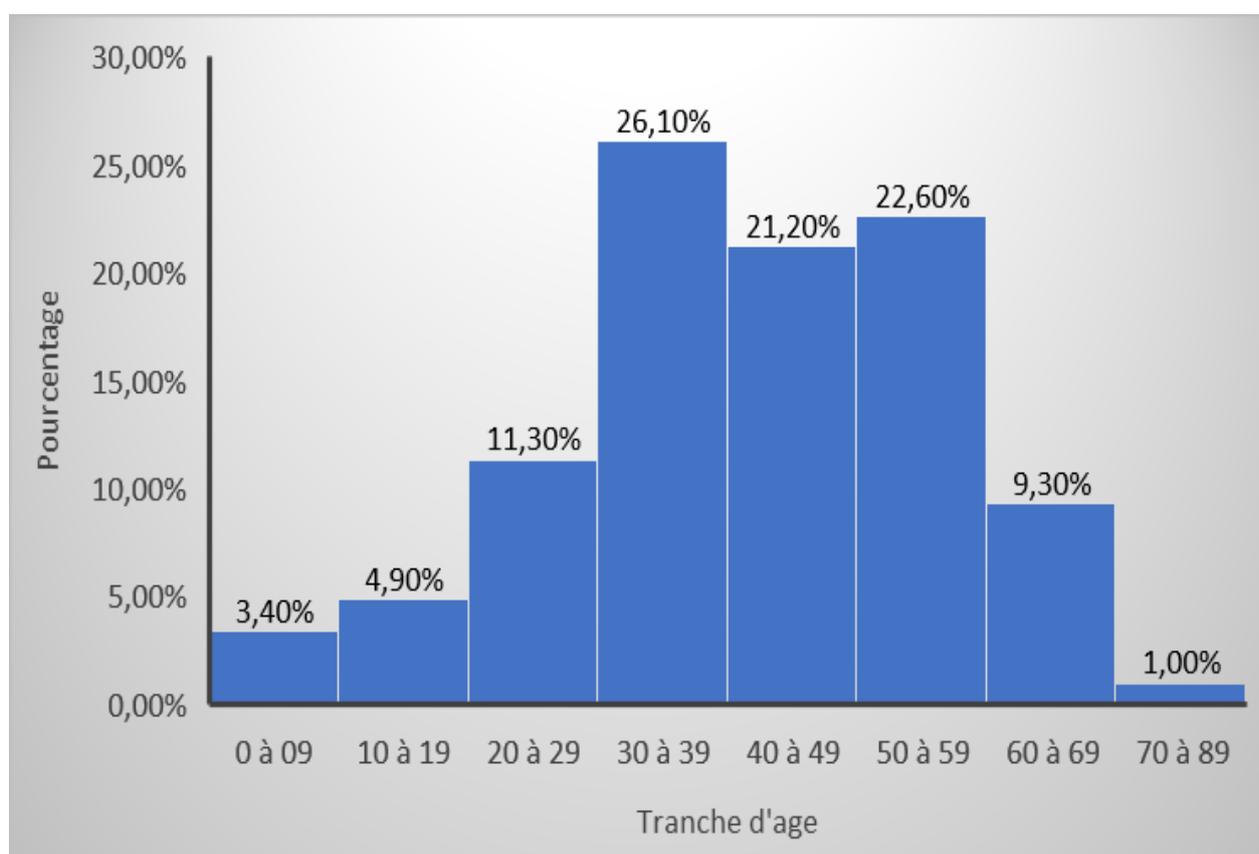
### III. RESULTATS

#### 1. Fréquence :

De janvier 2020 à décembre 2022, sur un total de 10.250 consultations ORL /CF, nous avons recensé 203 cas de tumeurs conformément aux critères d'inclusion soit un pourcentage 1,2%.

#### 2. Caractéristiques socio-démographiques

##### a. Age



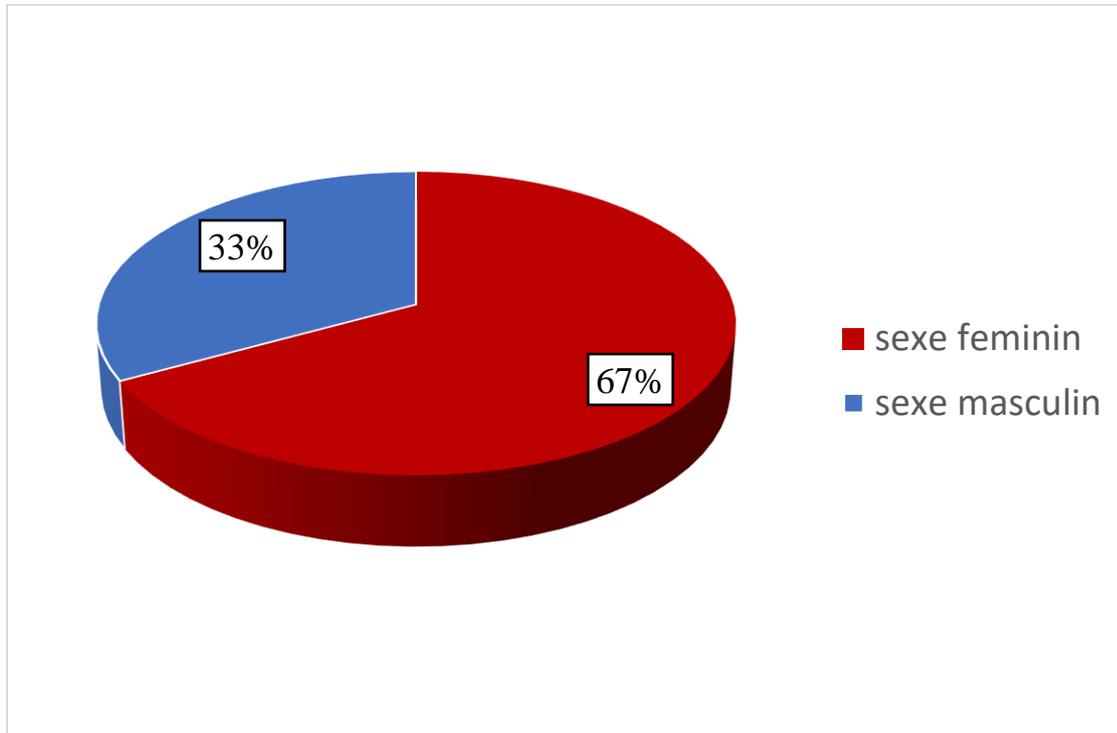
#### Graphique 1 : répartition des patients selon la tranche d'âge

La moyenne d'âge de nos patients était de 47 ans ; avec des extrêmes allant de 05 à 89 ans.

La tranche d'âge (30-39) ans a représenté 26,10% des cas suivie de celle (50-59) ans à 22,60%

## 2. Caractéristiques socio-démographiques

### b. Sexe



#### Graphique 2 : Représentation des patients selon le sexe

Dans notre échantillonnage, le sexe féminin a représenté 67 % de cas avec un sex-ratio H/F 0,50.

## 2. Caractéristiques socio-démographiques

### c. Ethnie

**Tableau III : Répartition des patients selon l'ethnie**

<b>Ethnie</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Bambara</b>	<b>59</b>	<b>29,06</b>
<b>Peulh</b>	<b>40</b>	<b>19,70</b>
Soninké	33	16,26
Malinké	31	15,27
Senoufo	12	5,91
Sonrhäï	9	4,44
Dogon	6	2,96
Bozo	5	2,46
Bobo	4	1,97
Autres	4	1,97
<b>Total</b>	<b>203</b>	<b>100</b>

**Autres\*** : Tamashek : 1 cas      togolais : 1 cas      Khassonké : 2 cas

Les Bambaras ont représenté 29,06% suivi des Peulhs dans 19,70%.

## 2. Caractéristiques socio-démographiques

### d. Profession

**Tableau IV: Répartition des patients selon la profession**

<b>Profession</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Ménagère</b>	<b>83</b>	<b>40,88</b>
<b>Fonctionnaires</b>	<b>43</b>	<b>21,18</b>
<b>Elève /Etudiant</b>	<b>25</b>	<b>12,31</b>
Commerçant	22	10,83
Cultivateur	14	6,89
Maçon	3	1,47
Tailleur	3	1,47
Coiffeuse	3	1,47
Autres	8	3,94
<b>Total</b>	<b>203</b>	<b>100</b>

**Autres\*** : Médecin : 2    éleveurs : 2    Maître coranique : 2    Infirmier : 2

Les ménagères ont représenté 40,88%, suivi des fonctionnaires avec un taux de 21,18 % ; enfin, les élèves et étudiants avec 12,31% de cas.

## 2.Caractéristiques socio-démographiques

### e. Résidence

**Tableau V : Répartition des patients en fonction de la résidence**

Résidence	Fréquence	Pourcentage
<b>Commune IV</b>	<b>68</b>	<b>33,50</b>
<b>Commune V</b>	<b>45</b>	<b>22,17</b>
Commune VI	37	18,23
Commune I	21	10,34
Commune III	15	7,39
Commune II	12	5,91
Kati	5	2,46
<b>Total</b>	<b>203</b>	<b>100</b>

Les patients habitant la Commune IV ont représenté 33,50 % suivi de ceux de la commune V.

### 3. Données cliniques

#### a. Antécédents

**Tableau VI : Répartition des patients en fonction des antécédents.**

Antécédents		Fréquence	Pourcentage
Médicaux	<b>Gastrite</b>	<b>63</b>	<b>31,03</b>
	<b>HTA</b>	<b>51</b>	<b>25,12</b>
	Diabète	13	6,40
	Autres	44	21,70
Chirurgicaux	Présent	20	9,85
	<b>Absent</b>	<b>183</b>	<b>90,14</b>
Familiaux	Présent	32	15,8
	<b>Absent</b>	<b>171</b>	<b>84,23</b>

Dans les antécédents médicaux, l'antécédent Gastrite a représenté 31,03% suivi de l'HTA dans 25,12%.

Nos patients n'avaient pas d'antécédents chirurgicaux dans 90,14% et familiaux dans 84,23%.

### 3. Données cliniques

#### b. Mode de vie

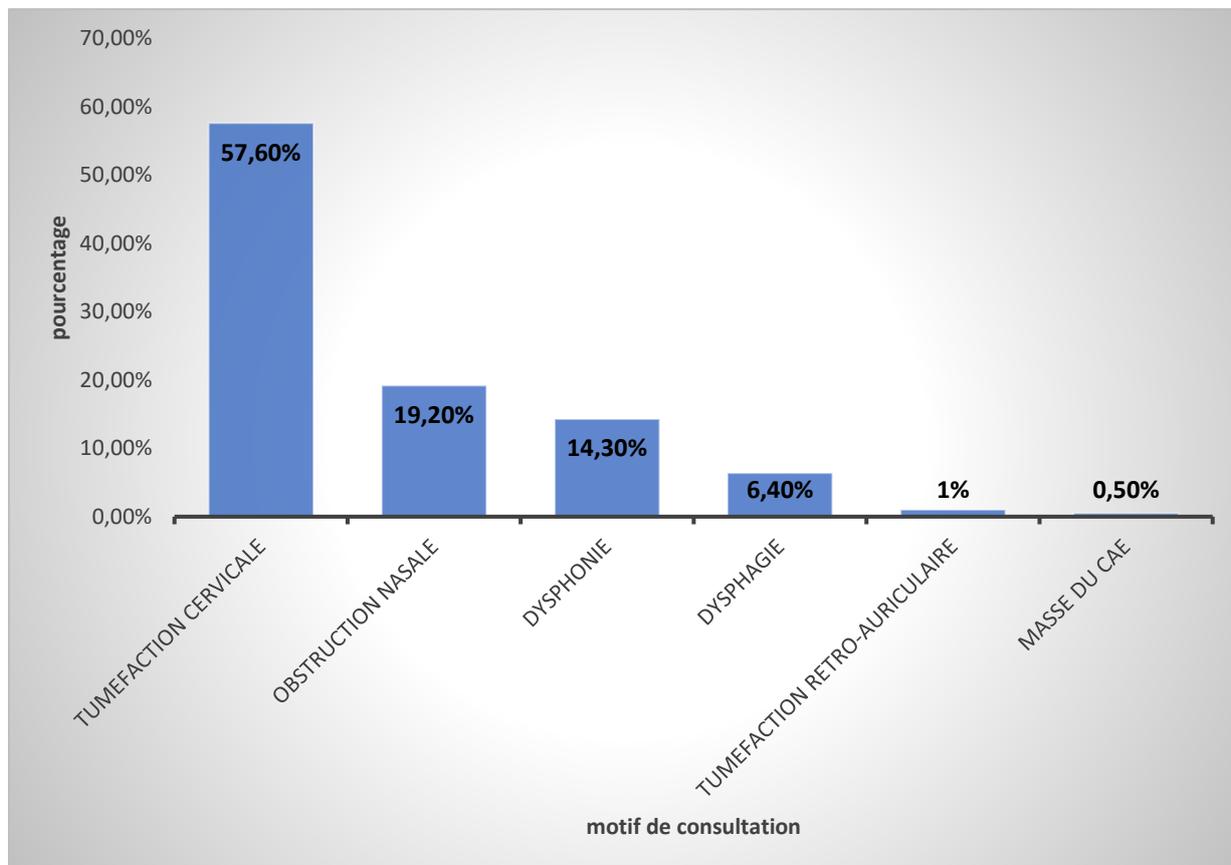
**Tableau VII: Répartition des patients en fonction de mode de vie.**

<b>Mode de vie</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Tabagique isolé</b>	<b>25</b>	<b>12,31</b>
Alcoolique isolé	5	2,50
Alcool-tabagique	4	2,00
Exposition à la poussière de bois	3	1,50
<b>Néant</b>	<b>174</b>	<b>85,71</b>

L'intoxication tabagique a représenté 12,31%.

### 3. Données cliniques

#### c. Motifs de consultation



#### Graphique 3 : Répartition des patients en fonction du motif de la consultation.

La tuméfaction cervicale a représenté 57,60% suivie de l'obstruction nasale à 19,20% et de la dysphonie dans 14,30%.

### 3. Données cliniques

#### d. Siege de la lésion

**Tableau VIII: Répartition des patients en fonction du Siège de la lésion**

<b>Siege</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Thyroïde</b>	<b>92</b>	<b>45,32</b>
Parotide	10	4,92
<b>Cervical 113 cas</b>		
soit		
Sous maxillaire	5	2,46
Latero-cervicale	4	1,97
Sous mental	2	0,98
<b>Fosses nasales et sinus</b>	<b>39</b>	<b>19,21</b>
<b>Larynx</b>	<b>31</b>	<b>15,30</b>
Pharynx	10	4,92
Cavité buccale et langue	7	3,44
Oreille	3	1,48
<b>Total</b>	<b>203</b>	<b>100</b>

La localisation cervicale précisément au niveau de la thyroïde a représenté 45,32% suivi des fosses nasales et sinus dans 19,21% et du larynx dans 15,30%.

### 3. Données cliniques

#### e. Caractéristiques de la masse

**Tableau IX: Répartition des patients en fonction des caractéristiques des masses (aspect macroscopique)**

Caractéristiques des masses	Fréquence	Pourcentage
<b>Masse ferme régulière avec peau en regard saine</b>	<b>109</b>	<b>53,69</b>
Masse translucide et brillante	23	11,33
Masse ulcero-bourgeonante	25	12,31
Masse friable	12	5,91
Masse infiltrante et ulcéreuse	16	7,88
Masse polyloïde	7	3,44
Masse en grappe de raisin	6	3,00
Masse fluctuante	4	2,00
Masse arrondie	2	1,00
<b>Total</b>	<b>203</b>	<b>100</b>

A l'examen physique ORL, les masses fermes régulières mobiles avec peau en regard saine ont représenté 53,69%.

### 3. Données cliniques

#### f. Adénopathies cervicales

**Tableau VIII : répartition des patients en fonction des adénopathies cervicales.**

<b>Adénopathie cervicale</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Présence</b>	<b>59</b>	<b>29,10</b>
Absence	144	70,90
<b>Total</b>	<b>203</b>	<b>100</b>

A l'examen physique ORL, les adénopathies cervicales ont été retrouvées dans 29,10% de cas chez les patients.

### 3. Données cliniques

#### g. Diagnostic

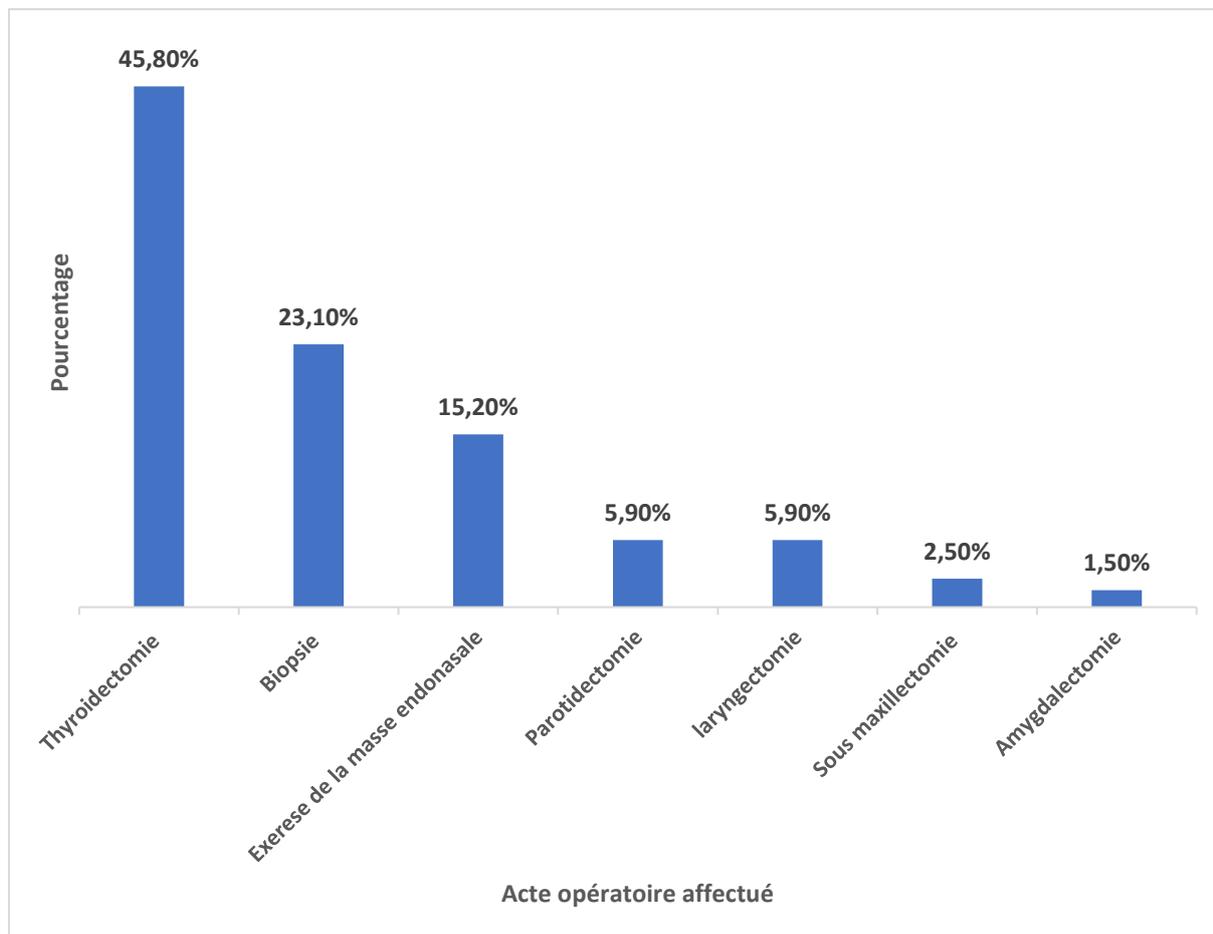
**Tableau IXI:** Répartition des patients en fonction du diagnostic.

<b>Diagnostic</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Tumeur thyroïdienne</b>	<b>93</b>	<b>45,81</b>
Tumeurs des fosses nasales et sinus	37	18,22
Tumeurs du larynx	31	15,27
Tumeur parotidienne	13	6,40
Tumeur du pharynx	9	4,43
Tumeur de la cavité buccale	7	3,44
Tumeur sous maxillaire	5	2,50
Tumeur sous mentale	5	2,50
Tumeur de l'oreille	3	1,50
<b>Total</b>	<b>203</b>	<b>100</b>

Le diagnostic de tumeur thyroïdienne devant les tuméfactions cervicales a représenté 45,81%.

## 4. traitement

### 1. Actes opératoires effectués



**Graphique 4 : Répartition des patients en fonction des actes opératoires effectués**

La thyroïdectomie a représenté 45,80% suivi de la biopsie dans 23,10%.

**Tableau XI : Répartition des patients en fonction du conditionnement de la pièce opératoire**

<b>Conditionnement de la pièce opératoire</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Formol</b>	<b>196</b>	<b>96,60</b>
Sérum salé 0,9%	7	3,44
<b>Total</b>	<b>203</b>	<b>100</b>

Le conditionnement de la pièce opératoire par le formol a représenté 96,60%.

**Tableau XII : Répartition des patients en fonction du délai d'acheminement de la pièce opératoire.**

<b>Acheminement de la pièce opératoire</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>24h</b>	<b>190</b>	<b>93,60</b>
48h	12	5,91
72h	1	0,50
<b>Total</b>	<b>203</b>	<b>100</b>

Le délai de 24h pour l'acheminement a été représenté à 93,60%.

## 4.Histologie

### a. Compte-rendu du résultat anatomopathologique

**Tableau XIV: Répartition des patients en fonction du résultat anatomopathologique**

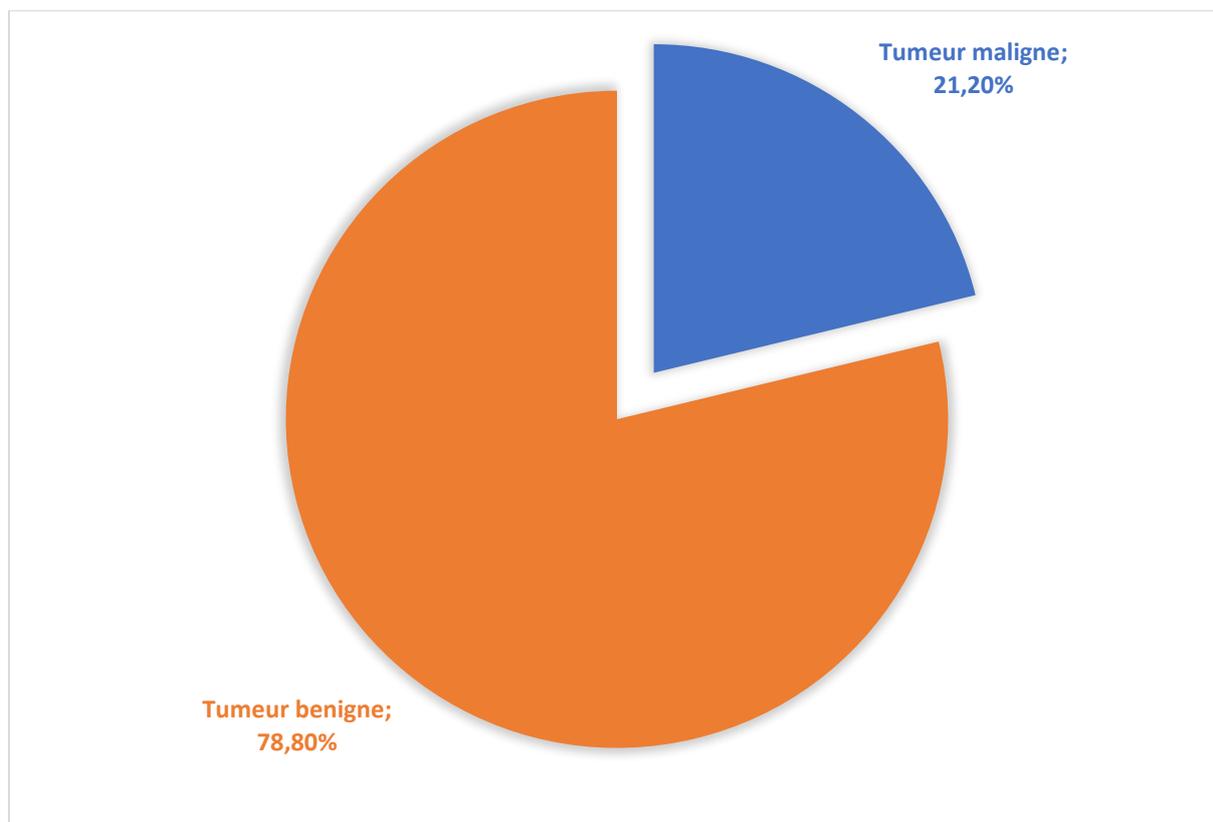
Résultat anatomopathologique	Fréquence	Pourcentage
<b>Adénome vésiculaire et colloïdale</b>	<b>58</b>	<b>28,60</b>
<b>Goitre hyperplasique nodulaire</b>	<b>29</b>	<b>14,30</b>
Carcinome épidermoïde moyennement différencié	19	9,36
Papillome	18	8,86
Neurofibrome	11	5,41
Adénome pléomorphe	10	4,92
Lymphome malin non hodgkin	10	4,92
Lymphome hodgkinien	7	3,44
Carcinome épidermoïde mature et invasif	7	3,44
Kyste épithéliale	6	2,95
Adénocarcinome	6	2,95
Rhabdomyosarcome	3	1,50
Autres	19	9,35
<b>Total</b>	<b>203</b>	<b>100</b>

#### Autres\* :

- Carcinome épidermoïde de la langue :1cas
- Fibro-lipome parotidienne :1cas
- Fibro-angiome :1cas
- Fibrosarcome :1cas
- Kyste épidermique sous mentale : 2cas
- Kyste Branchial :1cas
- Kyste fibreux remanié de la parotide :2cas
- Tumeur de Warthin : 1cas

- Carcinome adénoïde kystique de la thyroïde :1cas
- Cylindrome :2cas
- Oncocytome de la Thyroïde :1cas
- Adénome pléomorphe de la parotide :1cas
- Rhabdomyfibrome naso-sinusienne :2cas
- Carcinome papillaire de la thyroïde :2cas

Les adénomes vésiculaires et colloïdale ont représenté 28,60% suivis des goitres hyperplasiques nodulaire à 14,30% et des carcinomes épidermoïdes moyennement différenciés du larynx 9,36%.



**Graphique 5 : Répartition des patients en fonction du type histologique**  
La tumeur bénigne a représenté 78,80%.

## Analyse statistique

**Tableau XII : relation entre le sexe et le diagnostic de la tumeur.**

	Sexe		
	Masculin	Féminin	Total
Goitre	9	61	70
Tumeur du Larynx	22	9	31
Tumeurs des fosses nasales et sinus	16	21	37
Nodule thyroïdienne	2	21	23
Tumeur parotidienne	8	5	13
Tumeur du pharynx	6	3	9
Tumeur de la cavité buccale	5	2	7
Tumeur de l'oreille	1	2	3
Tumeur sous maxillaire	3	2	5
Tumeur sous-mentale	2	8	10

Khi-2=58,311      ddl=13      pv=0,00

Il y'a une relation significative ( $pv < 0,05$ ) entre le sexe et le diagnostic de la tumeur.

Tumeur du Larynx majoritaire chez le sexe masculin soit 22 cas contre 9 cas chez le sexe féminin.

**Tableau XIII : relation entre le type histologique de la tumeur et le siège**

		Type histologique		
		Tumeur maligne	Tumeur bénigne	Total
Siège	Parotide	1	9	10
	Cavité buccale et langue	3	4	7
	Fosses nasales et sinus	4	13	17
	Sous maxillaire	0	5	5
	Thyroïde	2	90	92
	Sous mental	1	1	2
	Oreille	0	3	3
	Latero-cervicale	1	3	4
	Pharynx	6	4	10
	Larynx	17	14	31
	Fosse nasale	8	14	22
<b>Total</b>		<b>43</b>	<b>160</b>	<b>203</b>

Khi-2=61,242      ddl=11      pv=0,00

Il y'a une relation significative (pv<0,05) entre le type histologique de la tumeur et le siège.

Tumeur bénigne majoritaire au niveau de la glande thyroïde

Tumeur maligne majoritaire au niveau du larynx

# **COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS**

## IV. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

### • **Limites**

Lors de notre étude nous avons été confrontées aux limites suivantes :

-certains dossiers étaient incomplets

-la non réalisation de certains examens anatomopathologie par manque de moyens financiers ou négligence.

### • **Fréquence :**

Sur une période de trois (3) ans allant du 01 janvier 2020 au 31 décembre 2022, nous avons reçus en consultation 10250 patients dont 203 patients pour les tumeurs ORL soit 1,2% tous histologiquement confirmées dont une moyenne de 68 cas environ par an avec respectivement 160 patients pour les tumeurs bénignes et 43 patients pour les tumeurs malignes. Ce résultat est supérieur à celui de de Keita M et al.[24] qui ont trouvé une moyenne de 60 cas en une (1) année de 2004 à 2005. Cela nous amène à dire que les tumeurs ORL/CF sont en hausse dans la population malienne.

### • **Age :**

La tranche d'âge (30-39) ans a représenté 26,10% des cas avec des extrêmes allant de 5 à 89 ans. Ce résultat est supérieur à Samaké D et al. [23] qui ont trouvé 17,33% dans la tranche d'âge 30-39 ans et contraire à celui de Keita M et al.[24] qui ont trouvé 36,66% dans la tranche d'âge (40-59ans).

### • **Sexe :**

Les tumeurs du sphère ORL/CCF ont concerné les deux sexes avec des pics de prédominances différents selon la malignité ou la bénignité. Le sexe ratio (H/F) était de 0,50 avec une prédominance féminine dans 67,00% de cas. Cela s'explique par le fait que les ménagères étaient les plus recensées lors de notre étude. Ce résultat est différent à de celui de Keita M et al. [24] qui ont trouvé 63% de cas au Mali.

- **Ethnie :**

L'ethnie bambara a été représenté à 29,06% de cas.

Cela s'expliquerait par la prédominance de l'ethnie bambara dans la population.

- **Profession :**

Les ménagères ont représenté 40,88% suivi des fonctionnaires dans 21,18%. Ce résultat est inférieur à celui Keïta M et coll. [24] qui avait retrouvé 55% de ménagère.

- **La résidence :**

La commune 4 est la plus représentée avec 33,50% expliquant ainsi le fait que notre étude s'est déroulée en commune 4 où se trouve la structure sanitaire.

- **Antécédents :**

Lors de notre étude, 31,03% de nos patients avaient pour antécédents médicaux la Gastrite et plus représentée chez les ménagères suivis de la HTA à 25,12% pour les deux (2) sexes fonctionnaires.

Nous avons recensé une absence d'antécédents chirurgicaux dans 90,14% des cas et familiaux dans 84,23%.

- **Mode de vie :**

L'intoxication tabagique a été la plus représentée avec 12,31% de cas ; elle prédomine chez le sexe masculin porteur de tumeurs malignes du larynx et pharynx.

A noter que le tabac est un facteur favorisant des tumeurs du fait que la fumée du tabac modifie les cellules présentes dans le corps en divisant et en transformant leur ADN. Ce phénomène peut amener une cellule normale à devenir cancéreuse [25]. Ce facteur est augmenté de façon exponentielle lorsqu'il est associé à l'alcool. Bien que les mécanismes carcinogènes de l'alcool ne soient pas encore complètement compris, ils semblent multiples. L'éthanol et l'acétaldéhyde,

produit intermédiaire toxique du métabolisme de l'éthanol, sont reconnus, depuis 2012, comme des produits carcinogènes pour l'Homme [26]. Ceux-ci entraînent des dommages à l'ADN ainsi qu'aux systèmes de réparation de ce dernier, favorisant la dégénérescence cellulaire vers le développement tumoral. Ces substances agissent également comme inducteur enzymatique ayant un effet pro-carcinogène. Au niveau des voies aérodigestives en particulier, il semble que les bactéries orales métabolisent l'éthanol en acétaldéhyde, entraînant une concentration 10 à 100 fois plus élevée au contact de la muqueuse par rapport au taux sanguin, entraînant un effet local direct [27-28]. Par ailleurs, l'éthanol agit comme un solvant, favorisant la pénétration cellulaire de toute une série d'agents carcinogènes ingérés, en particulier ceux contenus dans le tabac, expliquant cet effet synergique responsable de l'effet multiplicatif particulièrement toxique de l'association tabac-alcool [29-30].

- **Motif de consultation**

A l'interrogatoire la tuméfaction cervicale était le motif de consultation la plus représentée avec 57,60% expliquant ainsi la fréquence élevée des tumeurs ayant pour siège la thyroïde dans notre étude. Elle est suivie de l'obstruction nasale à 19,20% en rapport avec les tumeurs naso-sinusiennes et de la dysphonie à 14,30% en rapport avec les tumeurs ayant pour siège larynx.

- **Siège :**

Dans notre étude, la glande thyroïde a été la plus représentée à 45,32% suivie respectivement des fosses nasales à 19,21% et du larynx à 15,30%. Les tumeurs au niveau du larynx sont majoritairement observées chez le sexe masculin tandis que celles de la glande thyroïde sont plus représentées chez le sexe féminin. Ce résultat est supérieur à celui Zewdie W et al. [31] qui ont trouvé 27,3% de glande thyroïde en Ethiopie et contraire à celui de Samaké D et al [24] qui ont trouvé 26% au niveau du siège naso-sinusal suivi du larynx avec 21,33% au Mali.

- **Caractéristiques :**

Les tumeurs à caractéristiques « masse ferme régulières et mobiles avec peau en regard saines » étaient les plus représentées avec 53,69% de cas à l'examen physique ORL. Elles sont plus observées chez nos patients portant une tumeur dont le siège est la thyroïde.

- **Adénopathie cervicale :**

A l'examen physique ORL, les ADP cervicales étaient présents à 29,10% de cas lors de notre étude. A noter que la présence d'une adénopathie cervicale devant une masse est un signe qui oriente souvent vers la malignité de la tumeur. Les tumeurs malignes de la sphère ORL notamment la tumeur du larynx, pharynx, thyroïde et langue sont très lymphophiles et l'atteinte ganglionnaire constitue un élément pronostique les plus importants [32].

Ce résultat est inférieur à celui de Chaabouni AM et al. [32] qui ont trouvé 43,3% de cas.

- **Diagnostic :**

Les tumeurs thyroïdiennes étaient représentées à 45,81% dans notre étude et parmi celles-ci les goitres étaient les plus nombreuses. Cela explique ainsi la prévalence élevée du goitre parmi les autres pathologies ORL au Mali. Nous avons observé lors de notre étude que le goitre était de type bénin le plus souvent et à prédominance féminine surtout chez les ménagères. Notons qu'un goitre peut avoir pour cause : la maladie de Basedow dans laquelle la thyroïde augmente de volume et produit trop de thyroxine ; la thyroïdite qui est une inflammation de la thyroïde ; une carence en iode car la glande thyroïde a besoin d'iode pour produire ses hormones ; une médication car certains médicaments comme l'amiodarone, l'interféron alpha et le lithium peuvent provoquer un goitre et aussi des facteurs héréditaires.[33]

La tumeur du larynx dont l'un des facteurs de risque est le tabac vient en 3<sup>e</sup> rang et domine chez le sexe masculin. Une étude effectuée par **ADaou et al**, ont trouvé

une prévalence de plus de 50% de goitre, dans les zones de Koulikoro, Ségou, Bandiagara, San et Bougouni. [34]

- **Acte opératoire effectuée :**

Les thyroïdectomies représentaient 45,80% suivi des biopsies à 23,10%. Nos résultats sont dissemblables à ceux de **Koumaré. S et al**, dans leurs études sur un total de 378 dossiers de patients la thyroïdectomie a représenté 6,2%. [35]

- **Conditionnement et délai d'acheminement de la pièce opératoire :**

Nos pièces opératoires ont été le plus conditionnées dans du formol à 96,60% de cas et acheminées dans un délai de 24h à 93,60%. Le formol est considéré comme le meilleur fixateur pour l'étude histologique.

- **Résultats :**

Dans notre étude l'adénome vésiculaire et colloïdale de la thyroïde a été représentée à 28,60% suivi respectivement du goitre hyperplasique nodulaire dans 14,30% et le carcinome épidermoïde moyennement différencié dans 8,86%. Le carcinome était plus fréquent dans la tumeur du larynx. Ce résultat est contraire à celui de Keita M et al. [24] qui ont trouvé le carcinome épidermoïde à 36,67% et l'adénome colloïdale à 25 %.

- **Type histologique :**

Lors de notre étude les tumeurs bénignes étaient représentées à 78,80% et plus fréquentes dans les tumeurs thyroïdiennes suivies des tumeurs malignes à 21,20 % et plus représentées dans les tumeurs laryngées. Ce résultat est contraire à celui Keita M et al. [24] qui ont trouvé les tumeurs bénignes (36 %) et tumeurs malignes (40 %) et Samaké D et al. [23] qui ont retrouvé les tumeurs bénignes dans 26,62% et les tumeurs malignes dans 34% ; Ces résultats comparés au notre montrent que les tumeurs malignes ORL/CF sont en baisse dans la population malienne si bien que la fréquence est élevée chez le sexe masculin.

# **CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS**

## CONCLUSION

Les tumeurs ORL/CF sont fréquentes en consultation ORL. Elles constituent un problème majeur de santé publique. Les deux (2) sexes étaient touchés avec une prédominance féminine et la tranche d'âge (30-39) était la plus représentée. La tuméfaction cervicale était le motif de consultation le plus fréquent dont le diagnostic le plus recensé était la tumeur thyroïdienne et à prédominance féminine ; la dysphonie avec comme diagnostic le plus recensé la tumeur du larynx dominait chez le sexe masculin. L'adénome vésiculaire et colloïdale de la thyroïde a été la plus observée lors des résultats anatomopathologiques suivie du goitre hyperplasique nodulaire et du carcinome épidermoïde moyennement différencié du larynx. Le type histologique bénin était le plus observé surtout dans les tumeurs thyroïdiennes et concernaient plus le sexe féminin. Le tabac est un facteur de risque de développer les tumeurs malignes des voies aérodigestives et les hommes étaient les plus touchés.

## **RECOMMANDATIONS**

Dans le but d'améliorer la prise en charge et la qualité de vie des patients, nous formons les suggestions suivantes à l'endroit :

### **❖ Aux autorités sanitaires :**

- Renforcer le plateau technique au niveau des structures sanitaires CHU, hôpitaux régionaux, hôpitaux de district pour permettre aux praticiens de réaliser les examens anatomo-pathologiques.
- Multiplier les services spécialisés en ORL à travers le pays en vue de rapprocher les compétences auprès de la population.
- Mettre en œuvre le système de tiers payant en vue de faciliter l'accès des populations aux soins spécialisés.
- Encourager la formation des spécialistes en Oto-Rhino-Laryngologie et Chirurgie Cervico-Faciale
- Encourager la formation des spécialistes en Anatomie-pathologie

### **❖ Aux personnels soignants:**

- Informer, éduquer et sensibiliser les patients présentant une tumeur sur la chronicité et les facteurs favorisants.
- Référer tôt les patients vers les services spécialisés, pour une meilleure prise en charge.
- Mettre un accent sur l'éviction des facteurs favorisants et l'observance thérapeutique.
- Renforcer la collaboration pluridisciplinaire

### **❖ A la population**

- Consulter un personnel qualifié devant toutes tumeurs

## **REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES**

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. F. Hacine, EHU ORAN. Oncogénèse Pathologie tumorale.2021
- 2.Faculté broussais ,Hotel-Dieu,Pathologie,tumorale  
[http://anapathbhd.free.fr/cours/tumoral/generalites\\_tumeurs.html#](http://anapathbhd.free.fr/cours/tumoral/generalites_tumeurs.html#) 2002
3. Barnes L, Eveson J, Reichart P, Sidransky D, World Health Organization classification of tumours.Pathology and genetics of the head and neck Lyon: IARC Press.2005
4. Ouoba K, Dao M, Sano D, Guigma Y, Sakande, Kabre M, et al. Les cancers ORL et cervico- faciaux au Burkina Faso : épidémiologie, problèmes de diagnostic et de prise en charge à propos de 217 cas. Médecine d'Afrique Noire.1997 ; 44(8/9).
5. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torren LA, Jemal A. Global Cancer Statistics 2018 : GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin 2018 :68 :394-424.
6. Bathokedeou Amana, Winga Foma , Essobozou Pegbessou , Haréfétéguéna Bissa , Saliou Adam ,Essobiziou Amana , Koffi Amégbor , Essohanam Boko , et Eyawèlohn Kpemissi : Cancers primitifs oto-rhino-laryngologiques et cervico-maxillo-faciaux : aspects épidémiologiques et histopathologiques, 09/2016
7. Pivota X, Niyikizab C, Poissonneta G, et al: Clinical prognostic factors for patients with recurrent head and neck cancer: Implications for randomized trials. Oncology.2001; 61(3): 197-204.
8. F Legent, Perlemuter L, Vandenbrouck C. Cahiers d'anatomie ORL. Paris : Masson ; 1984 (298p). 14.
9. J. Poirier, I. Poirier, J. Baudet. Intestin primitif et ses dérivés. Embryologie Humaine. 3 -ème édition. Maloine, 1993, pp 137-156
10. Philippe.V. Histologie de l'oreille, CHU Clermond Ferrand <https://www.histologistes.org/CHEC/images/pedago/resumes/Oreille>.

11. S. HOUARI, L. ADERDOUR, A. RAJI. Anatomie tridimensionnelle de l'oreille, Service d'ORL et de chirurgie cervico-faciale, CHU Mohamed VI Marrakech.
- 12.UCA.Anatomiedupharynx  
<http://anatomiefmmpm.uca.ma/wpcontent/uploads/2020/08/Pharynx>
13. D Chevalier, F Dubrulle et B Vilette. Anatomie descriptive, endoscopique et radiologique du larynx. Encycl Méd Chir. Paris : Elsevier SAS, Oto-rhinolaryngologie, 20-630-A-10, 2001, 13 p.
14. Iannesi A, Py MN. Approche anatomique du cou par échographie tridimensionnelle.
15. G Malka et A Danino. Chirurgie de la glande parotide et de la glande sous-mandibulaire. Encycl Méd Chir. Paris : Elsevier SAS, Stomatologie, 22- 351-A-10, 2003, 9 p.
16. Djomou F, Bola Siafa A, Andjock Nkouo Y C, Mindja Eko D ,Asmaou Bouba D, Ntep Ntep D B, Nganwa G, Epidemiology, clinical features and histology of ENT cancers: A cross sectional study from Yaounde 08/2021
17. Ragin C, Modugno F, Gollin S : The epidemiology and risk factors of head and neck cancer; 2007
18. Insuff Bennis et al. Implication des papillomavirus humain (HPV) dans les cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS). Faculté de Médecine rabat Maroc thèse numéro 164.2014.
19. Jacques BRUGÈRE, Guy SCHWAAB. La Ligue : les cancers des VADS – Novembre 2002 ; Mise à jour : Dr Yvonnice BRUCHON (CLCC Dijon) – Pr François DEMARD (CLCC Nice) - Dr Henri BASTIEN Janvier 200
- 20.Victor Masson / Elsevier Masson sas. Tous droits réservés 2010 Page 21 ; 2 2 pathologie générale de tumeurs
- 21.college français des pathologistes (copath) :et la généralité sur les tumeurs 2011-2012 page 2

- 22.SFP, chapitre 5 : Généralités sur les tumeurs cellule et tissu cancéreux ; <https://www.sfpathol.org/564-manuel-5-generalites-sur-les-tumeurscellule-et-tissu-cancereux.html>
- 23.Samaké D, Sidibé Y, Koné F al : International of Otolaryngology and &Necksurgery,2019 ,8,61-69. Profil histologique ORL et cervico-facial lésions au Mali 24 /Janville /2019 pages61,62,63,64
- 24.Keita M, Kampo M I, Timbo SK ET al. Morbidité par tumeurs de la sphère tête et cou à Bamako MALI. MEDICAL 2009 TOME XXIV N°3 p1-3,
25. Victor Masson / Elsevier Masson sas. Tous droits réservé 2010 Page 21 ; 2 2 pathologie générale de tumeurs
26. IARC Workinggroup.Consumption of alcoholicbeverages. IARC monographs on the evaluation of carcinogenicrisks to humans. 2012.
- 27.Homann N,Tillonen J,Meurman JH, et al. Increasedsalivaryacetaldehydelevels in heavydrinkers and smokers: amicrobiologicalapproach to oral cavity cancer. Carcinogenesis, 2000, 21, 663-668.
- 28.Homann N, Jousimies-Somer H, Jokelainen K, et al.High acetaldehydelevels in saliva afterethanolconsumption: methodological aspects and pathogenetic implications. Carcinogenesis, 1997, 18, 1739- 1743. 18.
- 29.Wight AJ, Ogden GR. Possible mechanisms by whichalcoholmay influence the development of oral cancer - a review. Oral Oncol, 1998, 34, 441– 447.
30. Boffetta P, Hashibe M.Alcohol and cancer. Lancet Oncol, 2006, 7, 149- 1564.
31. ZewdieWolde-Gebriel,TeshomeDemeke,Clive E. Westa andFrits Van Der Haar : Goitre en ethiopie Cambridge UniversityPress: 09 March 2007.
- 32.Chaabouni AM,Maalej F, Yousfi G, Zaidi A, Hammami B, Boudawara T , Kallel S, Charfeddine I : Profil ganglionnaire cervical dans les cancers ORL opérables, Service ORL, Service d’anatomopathologie et cytologie. CHU Habib Bourguiba Sfax Hôpital régional de Gabes

33. Medtronic, Votre Santé, les pathologies de la thyroïde : comprendre les symptômesdespathologiesdelathyroïde;<https://www.medtronic.com/fr/patients/pathologies/maladies-de-la-thyroïde.html>.

34. Daou<sup>1</sup> A, Diallo<sup>2</sup> B, Kelly. B fréquence du goitre chez les PVVIH dans les services de médecine du CHU Gabriel Touré, du chu du point g et de L'USAC du CNAM ; Revue malienne de science et de technologie n°20 décembre 2018 ; p : 44

35.Koumaré S, Soumaré L, Sacko O. Prise en charge des goitres en chirurgie « A » du CHU du point g mali médicale 2016 tome xxxi n°1 ; p :13

# ANNEXES

## ANNEXES

### Fiche d'enquête :

**1-N° de la fiche** .....

**2-Nom** .....

**3-Prénom** .....

**4-Age**.....

**5-Sexe** : a. Féminin  b. Masculin

**6-Ethnie** .....

**7-Résidence** .....

**8-Profession** : a. Fonctionnaire  b. Ménagère  c. Commerçant

d. Cultivateur  e. Eleveur  f. Autres.....

### **9-Antécédents personnels :**

Médicaux : a.HTA  b. Diabète c. Gastrite d. familiaux

e. Autre

Chirurgicaux : .....

### **Mode de vie et habitude alimentaire :**

a. Tabac : oui non

b. Alcool : oui non

c. Alcoolo-Tabagique

## II-ASPECTS CLINIQUES

### Symptomatologie :

#### 1. Motif de consultation :

- 1  tuméfaction cervicale                       2 Dysphonie                       3-Dysphagie  
4-Dyspnée                      5-Obstruction nasale                      6-Tuméfaction retro auriculaire  
7-Epistaxis    8-Autre :

#### 2. Caractéristiques de la masse ou lésion retrouvée à l'examen physique ORL

##### a. Cervicale

- 1  Masse molle régulière mobile avec peau en regard saine  
2  Masse dure fixe avec une peau infiltrante  
3  Masse fluctuante avec une peau saine  
4  Masse fistulisée  
5  Masse saine au regard  
6-Masse mole et mobile sous mentale

##### b. Larynx

- 6  Masse en grappe de raisin endo laryngé  
7  Masse polyploïde du Larynx  
8  Masse ulcerobourgeonante du Larynx  
9  Masse infiltrante et ulcéreuse du Larynx

##### c. pharynx

- 10  Masse ulcero-bourgeonnante de l'oropharynx

#### **d. Fosses nasales et sinus**

- 11  Masse endo nasale translucide et brillante
- 12  Masse bourgeonnante et saignante des fosses nasales
- 13-Masse arrondie blanchâtre des fosses nasales

#### **e. Oreilles**

- 14  Masse arrondie de l'oreille
- 15-Masse fluctuante du sillon retro auriculaire
- 16-Masse de la caisse du tympan

#### **f. cavité buccale**

##### **3.siège :**

- 1  Thyroïde
- 2  Parotide
- 3  Sous maxillaire
- 4  Sous mentale
- 5  Pharynx
- 6  Larynx
- 7  Oreille
- 8  Fosses nasales
- 9  Cavité buccale

##### **4. Acte chirurgical effectué :**

- 1  Thyroïdectomie
- 2  Biopsie
- 3  Sous-maxillectomie
- 4  Laryngectomie totale
- 5  Parotidectomie
- 6  Caldwell-Luc
  
- 7\_ Exerese de la masse endo-nasale
- 8\_ Exerese de la masse

## 9-Amygdalectomie

### **III-Aspect ANAPATH**

#### **a-Conditionnement de la pièce opératoire**

1.Formol

2.Ringer lactate

#### **b-Délai d' acheminement de la pièce opératoire**

1.24h

2.48h

3.72h

## **IV Histologie et Diagnostic retenu**

### **a-Type histologique**

1. Goitre hyperplasique nodulaire
2. Carcinome épidermoïde moyennement différencié
3. Adénome vésiculaire de la thyroïde
4. Adénome colloïdale de la thyroïde
5. Carcinome papillaire de thyroïde
6. fibrolipome de la parotide
7. Kyste fibreux remanié de la parotide
8. Adénome pléomorphe de la parotide
9. Papillome endo laryngé
10. Adénocarcinome endo laryngé
11. Adénocarcinome mucineux du palais
12. Fibro angiome kystique
13. Kyste épidermique de l'oreille
14. Lymphome de hodgkin
15. Lymphome malin non hodgkinien
16. Neurofibrome fronto-orbitaire
17. Kyste épidermique sous mentale
18. Neurofibrome endo nasale
19. Rhabdomyosarcome naso-sinusienne
20. Adénome pléomorphe maxillaire
21. Cylindrome
22. Amygdale cryptique chronique
23. Kyste épithélial narinaire
24. Rhabdomyofibrome

### **b. Nature de la tumeur :**

1. tumeur bénigne
2. Tumeur maligne

## Fiche signalétique

**Nom :** MEMADJI

**Prénom :** TIRANGAR

**Nationalité :** Tchadienne

**Année d'étude :** 2022 – 2023

**Année de soutenance :** 2023

**Thème de la thèse :** Les tumeurs ORL/CF : profil histologique dans le service ORL/CCF du CHU Mère-Enfant le « Luxembourg »

**Lieu de dépôt :** bibliothèque de la faculté de médecine et d'odontostomatologie (FMOS)

**Secteur d'intérêt :** O.R.L/CF

### Résumé

**Objectif :** Etudier le profil histologique des tumeurs ORL/CF dans le service d'ORL/CCF du CHU Mère-Enfant le « Luxembourg ».

**Population et Méthodes.** Nous avons réalisé une étude rétrospective de type descriptif sur une période de trois (3) ans allant de 2020 à 2022 au service d'ORL/CF du CHU Mère-Enfant « Luxembourg ». Les patients ayant consulté au service ORL/CCF dont les dossiers numériques étaient complets et dont le diagnostic anatomopathologique confirmait la présence d'une tumeur de la sphère ORL et cervico-faciale ont été inclus dans cette étude. Le consentement éclairé des patients retenus était exigé.

**Résultats :** Nous avons enregistré 203 cas de tumeur de la sphère ORL pendant la période d'étude. Le sex-ratio H/F était de 0,50 et l'âge moyen de 47 ans. L'intoxication tabagique constituait le facteur de risque le plus incriminé dans les tumeurs malignes. Les localisations tumorales les plus fréquentes étaient la thyroïde (45,32%), les cavités naso-sinusiennes (19,21%) et le larynx (15,30%). Sur le plan histologique, il s'agissait surtout de l'adénome vésiculaire et colloïdale (28,60%), du goitre hyperplasique nodulaire (14,30%) et du carcinome épidermoïde moyennement différencié (9,36%).

Le type histologique tumeur bénigne était majoritaire représenté soit 78,80%.

Conclusion. La pathologie tumorale de la sphère ORL chez nous touche les deux (2) avec une moyenne d'âge de 47 ans. La thyroïde, le larynx et les cavités nasosinusiennes sont les localisations les plus fréquentes. Les tumeurs malignes sont le plus souvent associées à la consommation du tabac.

**Mots clés :** Tumeurs, cervico faciale, Histologie, Mali

### **Abstract**

**Objective :** The objective of this study is to examine the histological characteristics of head and neck tumors in the Ear, Nose, and Throat (ENT) department at the Mother-Child University Hospital "Luxembourg."

**Population and Methods :** We conducted a descriptive retrospective study over a three-year period from 2020 to 2022 at the ENT department of the Mother-Child University Hospital "Luxembourg." Patients who sought consultation at the ENT department and had complete digital medical records, along with histopathological confirmation of a head and neck tumor, were included in this study. Informed consent was obtained from all the selected patients.

**Results:** Throughout the study duration, a total of 203 cases of head and neck tumors were identified. The male-to-female ratio was 0.50, and the average age was 47 years. Tobacco use was found to be the most prevalent risk factor for malignant tumors. The most commonly affected tumor sites were the thyroid (45.32%), nasal and sinus cavities (19.21%), and the larynx (15.30%). Histologically, the predominant tumor types consisted of vesicular and colloid adenoma (28.60%), nodular hyperplastic goiter (14.30%), and moderately differentiated squamous cell carcinoma (9.36%). Benign tumor histological types constituted the majority, accounting for 78.80% of the cases.

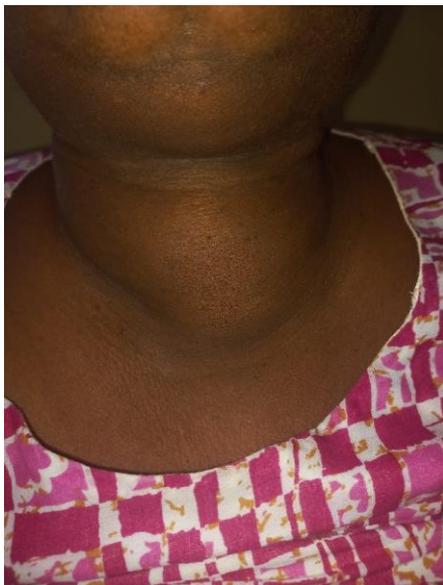
**Conclusion :** The occurrence of head and neck tumors in our population impacts both genders, with an average age of 47 years. The thyroid, larynx, and nasal and

sinus cavities are the most prevalent tumor locations. Malignant tumors are most frequently associated with tobacco consumption.

**Keywords :** Tumors, head and neck, Histology, Mali.

# ICONOGRAPHIE

## ICONOGRAPHIE



Goitre chez une femme de 60 ans vue en consultation ORL/CF.



Patiente intubée pour la thyroïdectomie totale.



Pièce opératoire de la thyroïdectomie totale.



Conditionnement de la pièce opératoire dans le formol pour l'acheminement à l'examen anatomopathologique pour l'étude histologique.

**Cas :** il s'agit d'une patiente de 60 ans reçue en consultation au service ORL du CHU Mère-Enfant ayant subi une thyroïdectomie totale dont la pièce prélevée a été conditionnée dans le formol et acheminée dans un délai de 24h pour l'étude anatomo-pathologique.

## SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, 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 seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des 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 dès la conception. Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueuse et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

**Je le jure !**