LYMPHADENECTOMIE CERVICO-MAXILLO-FACIALE : INDICATIONS ET RESULTATS

NECK-MAXILLOFACIAL LYMPHADENECTOMY: INDICATIONS AND RESULTS

ANZOUAN KE.; ASSOUAN C.; VIEIRA-SAWADOGO S.; SALAMI A.; NGUESSAN ND.; KONAN E.

Service de Chirurgie Maxillo-faciale et Stomatologie / CHU de Treichville-Abidjan, Côte d'Ivoire

Correspondance : Dr ASSOUAN Camille

E-mail : camilleass@yahoo.fr Cel : (00225) 05603019

RESUME

Introduction : La lymphadénectomie cervico-maxillo-faciale est l'exérèse en monobloc de l'ensemble du tissu cellulo-ganglionnaire cervical intéressant tout ou une partie des niveaux ganglionnaires. Les auteurs rapportent leur expérience de la lymphadénectomie cervico- maxillo- faciale dans le service de Stomatologie et de Chirurgie Maxillo-faciale du CHU de Treichville.

Patients et Méthode : Il s'agit d'une étude rétrospective sur une période de 15 ans. Elle a concerné les patients présentant des tumeurs cervico- maxillo-faciales et ayant bénéficié d'un curage ganglionnaire, quelque soit l'âge, l'étiologie et le sexe. Les Paramètres étudiés étaient épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques, évolutifs et pronostiques.

Résultats : 15 patients ont été recrutés. Les carcinomes épidermoïdes ont représentés l'indication la plus fréquente de la lymphadénectomie. La langue était l'organe le plus touché avec 25%. La lymphadénectomie de principe a toujours été réalisée en monobloc avec l'exérèse tumorale. Le curage sélectif était le plus réalisé avec 46,67%. La voie d'abord de Sébileau-Carrega a été la plus utilisée (73,33%). Les complications post-opératoires étaient dominées par les suppurations (53,85%). Aucun cas de récidive ganglionnaire n'a été retrouvé. Le taux de survie à 2 ans était de 14,29%.

Discussion : En Côte d'Ivoire, le curage ganglionnaire représente l'option thérapeutique la plus utilisée pour la chirurgie carcinologique à cause des difficultés d'accès à la radiothérapie et à la chimiothérapie. Le traitement de référence des aires ganglionnaires pour les tumeurs malignes maxillo-faciales, est dans notre pratique, un évidement ganglionnaire systématique.

Conclusion : La lymphadénectomie cervico-maxillo-faciale constitue un acte essentiel dans la prise en charge chirurgicale des cancers de la tête et du cou. L'évidement ganglionnaire a été efficace sans aucune récidive ganglionnaire.

Mots Clés : lymphadénectomie cervico-maxillo-faciale, cancers, neurofibrome plexiforme.

ABSTRACT

Introduction *: The neck-maxillofacial lymphadenectomy is the monobloc ablation of all the cervical cellular and ganglionic tissue which interests all or part of ganglionic levels. Authors report their experience of neck-maxillofacial lymphadenectomy in the department of Stomatology and Maxillofacial Surgery at the teaching hospital of Treichville.*

Patients and Method *: This is a retrospective study over a period of 15 years. It took into account patients with neck and maxillofacial tumors and who benefited from a ganglionic cleaning out; regardless of age, etiology or sex. The parameters studied were epidemiological, clinical, therapeutic, progressive and prognostic.*

Results *: 15 patients were recruited. Squamous carcinomas represented the most frequent indication of lymphadenectomy. The tongue was the most affected organ and represented 25%. Theoretically lymphadenectomy has always been made in monobloc with tumorous ablation. The selected cleaning out was the most realized with 46.67%. Firstly the Sébileau-Carrega way was the most used (73.33%). Suppurations came in top of postoperative complications (53.85%). No case of ganglionic recurrence was found. The survival rate at 2 years was 14.29%.*

Discussion *: In Cote d'Ivoire, ganglionic cleaning out represents the most therapeutic option used regarding carcinologic surgery due to difficult access to radiotherapy and chemotherapy. In our practices, the reference treatment of ganglionic areas for malignant maxillofacial tumors is a systematic ganglionic scraping out.*

Conclusion *: Neck-maxillofacial lymphadenectomy is an essential act in the surgical caretaking of head and neck cancers. The ganglionic scraping out was effective with no ganglionic recurrence.*

Key words: neck and maxillofacial lymphadenectomy, cancers, plexiform neurofibroma.

INTRODUCTION

La lymphadénectomie cervico-maxillo-faciale ou évidement ganglionnaire, encore appelée curage lymphonodal, correspond à l'exérèse en monobloc de l'ensemble du tissu cellulo-ganglionnaire cervical intéressant tout ou partie des niveaux ganglionnaires [1]. Elle consiste en la résection du tissu lymphatique et cellulo-graisseux de la face et du cou aussi bien dans les cancers que dans d'autres pathologies telle que la tuberculose ganglionnaire. L'évidement ganglionnaire cervical, pour tous les patients porteurs d'un cancer de la tête et du cou peut être sujet à controverse autant pour son caractère systématique que pour son étendue.

Nous avons fait le bilan de cet acte chirurgical dans le service de Stomatologie et de Chirurgie Maxillo-faciale du CHU de Treichville.

METHODOLOGIE

Il s'agit d'une étude rétrospective sur une période de 15 ans allant de Janvier 1997 à décembre 2011, qui s'est déroulée dans le service de Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale du CHU de Treichville.

Elle a concerné les patients présentant des tumeurs cervico- maxillo- faciales et ayant bénéficié d'un curage ganglionnaire, quelque soit l'âge, l'étiologie et le sexe.

Les paramètres étudiés étaient épidémiologique, cliniques, thérapeutiques, évolutifs et pronostiques.

RESULTATS

AU PLAN ÉPIDÉMIOLOGIQUE

15 patients ont été recrutés. Une prédominance féminine (sex-ratio = 0,55) a été constatée avec une moyenne d'âge de 50,1 ans (âges extrêmes : 08 ans et 75 ans). La tranche d'âge la plus touchée est celle comprise entre 50 et 65 ans. Le niveau socio-économique était faible ; 78,57% des patients avaient un revenu quotidien de moins de 1$ us. 42,86% des patients avaient une intoxication alcoolique et/ou tabagique

AU PLAN CLINIQUE

Les indications de la lymphadénectomie cervico-maxillo-faciale se regroupent en deux grandes pathologies dans notre série (Tableau I). Les tumeurs malignes représentent 93,33% contre 6,67% pour les tumeurs bénignes.

Tableau : Indications de la lymphadénectomie cervico-maxillo-faciale.

TYPES DE TUMEURS		Effectifs	Pourcentage (%)
Tumeurs malignes	Carcinome épidermoïde	10	66.66
	Sarcome	01	6,67
	Lymphome	01	6,67
	Carcinome adénoïde kystique	02	13,33
Tumeur bénigne	Neurofibrome plexiforme	01	6,67
Total		15	100

CLASSIFICATION TNM DE LA TUMEUR

Cette classification concerne les 12 cas de carcinome de l'étude. Les carcinomes classés T3 représentent le plus fort pourcentage (41,67%).

Tous les patients atteints de carcinomes avec atteinte ganglionnaire avaient des adénopathies de taille inférieure à 6 cm. Concernant l'atteinte métastatique à distance dans les 12 cas de carcinomes l'on ne disposait pas d'éléments cliniques et paracliniques suffisants pour établir une classification.

TOPOGRAPHIE DE LA TUMEUR PRIMITIVE

La langue était l'organe le plus touché avec 25% de cas, puis la mandibule 18,75%, le maxillaire 18,75% et les autres régions de la face.

LA SÉROLOGIE VIH

Elle était négative chez tous les patients.

AU PLAN THÉRAPEUTIQUE

La lymphadénectomie de principe a toujours été réalisée en monobloc avec l'exérèse tumorale. Le curage sélectif était le type de curage le plus réalisé (46,67%) ; le curage non classé (33.33%) ; le curage radical modifié type III (13,33%) ; et le curage radical (6,67%).

La technique du ganglion sentinelle n'a été réalisée pour aucun des patients. La voie de Sébileau-Carrega était la voie d'abord utilisée dans 73,33% des cas, suivie de celle de Gluck dans 20% des cas et de Paul André dans 6,67% des cas. (Figures 1 et 2)

Quatre (04) patients ont effectué une chimiothérapie adjuvante.

Fig 1 : Tracé d'incision (Sébileau-Carrega)

Fig 2 : Pièce opératoire après curage ganglionnaire

AU PLAN ÉVOLUTIF

Les suites opératoires immédiates ont été simples dans 7 cas, soit 46,67% des cas et 1 cas de décès a été enregistré (6,67%). La suppuration post-opératoire était la complication la plus rencontrée avec 53,85% puis le lâchage des fils 23,08% ; ensuite la fistule 15,38% ; et l'hémorragie 7,69%. 8 cas de récidive tumorale ont été enregistrés dans un délai de 1 mois à 3 ans. Parmi ces récidives, aucun cas de récidive ganglionnaire n'a été retrouvé. Concernant la neurofibromatose plexiforme, une nouvelle localisation tumorale sus-claviculaire droite a été découverte après 2 ans de recul. Les séquelles observées étaient esthétiques (cicatrice cervicale hypertrophique) et fonctionnelles (incontinence labiale, trouble de l'élocution).

AU PLAN PRONOSTIC

Le taux de survie post opératoire pour les tumeurs malignes étaient de 14,29% à 2 ans, 7,14% à 4 ans et nul à 5ans.

DISCUSSION

En Côte d'Ivoire, la lymphadénectomie est la deuxième période de la « marche tumorale » habituelle d'un cancer de la tête et du cou [1] ; c'est également le cas dans d'autres pays de l'Afrique noire où le curage ganglionnaire représente la seule arme pour la chirurgie carcinologique vue les difficultés d'accès à la radiothérapie et à la chimiothérapie. La lymphadénectomie cervico-maxillo-faciale est indiquée en général dans les cas de tumeurs malignes et de tuberculose ganglionnaire en cas d'échec du traitement médical, d'évolutivité sous traitement, ou encore en cas de reliquats ganglionnaires au terme du traitement. Dans notre étude, les indications de lymphadénectomie ont été posées devant des cas de tumeurs malignes et un cas particulier de tumeur nerveuse bénigne : un neurofibrome plexiforme latéro-cervical droit.

Nous avons retrouvé une fréquence élevée des carcinomes épidermoïdes. Ce constat est également fait par KOUASSI [1] et BRASNU [2]. Les patients étaient souvent porteurs de volumineuses tumeurs et des métastases cervico-faciales à cause des habitudes socioculturelles et de la pauvreté.

Le choix des différents types d'évidement ganglionnaire est bien codifié. Chez les patients N0 cliniquement, l'évidement ganglionnaire systématique n'est pas admis comme un standard par toutes les équipes [3, 4]. Différents auteurs pensent cependant qu'un évidement large de principe trouve sa justification dans la fréquence élevée d'adénopathies envahies [5]. En accord avec ce dernier élément, le traitement de référence des aires ganglionnaires pour les tumeurs malignes maxillo-faciales, est dans notre pratique, un évidement ganglionnaire systématique. Pour les patients classés N0 cliniquement, l'évidement doit concerner au minimum les niveaux I à III [3, 6] puis complété en cas d'atteinte histologique à l'examen extemporané.

Dans notre étude, chez les patients classés N0, nous avons obtenu un contrôle ganglionnaire dans 100% des cas de curage systématique. Cependant certaines équipes ne réalisent plus d'évidement ganglionnaire prophylactique et pratiquent la technique du ganglion sentinelle [7, 8]. Cette technique vise à déterminer le statut du premier site de drainage ganglionnaire pour une tumeur donnée. En effet la morbidité de la technique du ganglion sentinelle est moins importante que celle de l'évidement sélectif et l'autre avantage de cette technique est qu'elle permet une analyse histologique plus fine [9].

Les suites opératoires immédiates ont été émaillées de complications dans environ 46,67% des cas dont un fort taux de cas de suppuration de la plaie opératoire 53,85% (soit 07 cas). Cette suppuration post- opératoire pourrait s'expliquer par le défaut d'asepsie per ou post opératoire, les

difficultés d'observance du traitement post-opératoire, l'hygiène buccale du patient. Les lâchages de sutures observées surtout en bouche s'expliquent par l'action corrosive de la salive ainsi que l'hygiène buccale défectueuse. Ces complications peuvent être évitées par un suivi correct du traitement antibiotique post-opératoire, l'usage adéquat de bains bouche, la mise en place de sonde nasogastrique d'alimentation, le nursing.

Le coût élevé de la chimiothérapie et l'absence de radiothérapie constituent un frein pour la suite de la prise en charge du patient et expliquent avec les consultations tardives les récidives tumorales observées. Quant au neurofibrome plexiforme, les récidives sont fréquentes [10-12] ; l'âge inférieur à 10 ans lors de la première intervention chirurgicale est un facteur de récidive [10, 13].

CONCLUSION

La lymphadénectomie cervico-maxillo-faciale constitue un acte essentiel dans la prise en charge chirurgicale des cancers de la tête et du cou. Les habitudes socioculturelles ainsi que le faible niveau socio-économique des populations empêchent les consultations précoces. En effet, l'envahissement ganglionnaire au moment diagnostic est un facteur pronostic significatif.

L'impossibilité d'obtenir un examen extemporané, les complications post-opératoires et l'absence d'un service de radiothérapie sont également autant de facteurs de comorbidité post-opératoire influençant beaucoup nos résultats. Malgré les nombreux progrès réalisés dans plusieurs domaines de la médecine, le pronostic global des cancers de la tête et du cou progresse peu ; les échecs sont fréquents. Dans notre étude, l'évidement ganglionnaire a été efficace sans aucune récidive ganglionnaire autant pour les patients N0 que les patients N+. Si la technique du ganglion sentinelle était validée et adoptée, elle aurait permis d'éviter la lymphadénectomie chez 33,33% de nos patients.

REFERENCES

1. KOUASSI Y.M., TANON-ANOH M.J., N'GATTIA K.V., BURAIMA F., YODA M., KOUASSI B. Le curage ganglionnaire cervical dans la chirurgie des cancers des voies aéro-digestives supérieures. *Rev. Col. Odonto-Stomatol. Afr. Chir. Maxillo-fac.* 2006 ; 13 (2) : 9-15
2. BRASNU D. Cancers de la tête et du cou. Document Medespace 1999, 26p. Source : cancers : évaluation, traitement et surveillance. *JM Andrieu et P Colonna Ed. ESTEM, Paris* 1997
3. BENLYAZID A., SARINI J., MARQUES B., GARRIDO-STOWHAS I., DELORD J. -P., ZERDOUD S., RIVES M. Evidement cervical systématique dans les cancers épidermoïdes de la cavité orale. *Annales d'Otolaryngologie et Chirurgie Cervico-faciale* 2007 ; 124 : 285-291
4. PRADIER O., HUMMERS-PRADIER E., GACI Z., JADAUD D., DESCROZAILLES J.M., GESTA P., GERMAIN T., DABAN A., HESS C.F. Analyse rétrospective des résultats du traitement de 91 cancers de la cavité buccale de 1982 à 1992. *Cancer/Radiother* 2000 ; 4 : 32-39
5. BRASNU D., LACAU SAINT-GUILY J., PARPOUNAS C., FABRE A., LACCOURREYE H. Cancer of the mobile tongue. Therapeutic development and results. *Ann. Otolaryngol. Chir. Cervico-fac.* 1984 ; 101 : 573-578
6. BARRELIER P., GERY B., GRANON C. Indications thérapeutiques dans les cancers de la cavité buccale. *In : Encycl Méd Chir, Stomatologie. Edition Elsevier* 1999 ; 22-065-G-10, 6p
7. ROSS G.L., SOUTAR D.S., MACDONALD D.G., SHOAIB T., CAMILLERI I.G., ROBERTSON A.G. Improved staging of cervical metastases in clinically node-negative patients with head and neck squamous cell carcinoma. *Ann. Surg. Oncol.* 2004; 11: 213-218
8. SHOAIB T., SOUTAR D.S., MACDONALD D.G., GRAY H.W., ROSS G.L. The nodal neck level of sentinel lymph nodes in mucosal head and neck cancer. *Br. J. plast. Surg.* 2005; 58: 790-794
9. JEGOUX F., CAZE A., MOHR E., GODEY B., LE CLECH G. Evidement cervical dans les carcinomes de la cavité orale classés N0. *Ann Otolaryngol Chir Cervicofac* 2006 ; 123 (5) : 221-226
10. JEBLAOUI Y., NEJI B., HADDAD S., MNIF D., HCHICHA S. Difficultés de la prise en charge des atteintes de l'extrémité céphalique dans les neurofibromatoses. *Annales de chirurgie plastique esthétique* 2007 ; 52 : 43-50
11. CHICK G., ALNOT J.Y., SILBERMANN-HOFFMAN O. Tumeurs multiples des nerfs périphériques: mise au point et revue de littérature. *Chirurgie de la main* 2003 ; 22 : 131-137
12. RILLIET B., PITTET B., MONTANDON D., NARATA A.-P., de RIBAUPIERRE S., SCHILS F., BOSCHERINI D., DI ROCCO C., DUCREY N. L'atteinte orbito-temporo-faciale dans la neurofibromatose de type 1 (NF1). *Neurochirurgie* 2010 ; 56 : 257-270
13. HEUZE Y., PIOT B., MERCIER J. Difficultés de la prise en charge chirurgicale des manifestations faciales de la neurofibromatose de type I ou maladie de Von Recklinghausen chez l'enfant. *Rev. Stomatol. Chir. Maxillofac.* 2002 ; 103 (2) : 105-113.