



Journal Homepage: - [www.journalijar.com](http://www.journalijar.com)

## INTERNATIONAL JOURNAL OF ADVANCED RESEARCH (IJAR)

Article DOI: 10.21474/IJAR01/15435

DOI URL: <http://dx.doi.org/10.21474/IJAR01/15435>



### RESEARCH ARTICLE

#### COEXISTENCE D'UN CARCINOME EPIDERMOÏDE DE LA LANGUE ET D'UNE TUBERCULOSE GANGLIONNAIRE CERVICALE: A PROPOS D'UN CAS

Ismail Nakkabi

Hôpital Militaire Oued Eddahab - Agadir - Maroc.

#### Manuscript Info

##### Manuscript History

Received: 25 July 2022

Final Accepted: 28 August 2022

Published: September 2022

##### Key words:-

Cancer De La Langue, Tuberculose  
Ganglionnaire Cervicale

#### Abstract

La coexistence d'un carcinome épidermoïde de la langue et d'une tuberculose ganglionnaire cervicale est un fait clinique rare. Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 55 ans, qui a bénéficié d'une hémiglossectomie pour un carcinome épidermoïde de la langue avec curage ganglionnaire cervical bilatéral. L'examen histopathologique définitif a conclu à une association de tuberculose ganglionnaire cervicale au cancer de la langue, sans métastase ganglionnaire. Le pronostic dépend du carcinome épidermoïde de la langue. Sa stadification a changé devant l'inexistence de métastase ganglionnaire rendant ainsi le pronostic meilleur.

Copy Right, IJAR, 2022.. All rights reserved.

#### Introduction:-

Nous rapportons un cas clinique rare, d'une association inhabituelle entre carcinome épidermoïde de la langue et tuberculose ganglionnaire cervicale. Le point essentiel étant le changement de stadification après étude anatomopathologique du curage ganglionnaire. Le pronostic qui en découle étant meilleur. Nous décrivons les modalités de prise en charge de cette patiente en comparant avec un seul cas retrouvé dans la littérature.

#### Patient Et Observation:-

Il s'agit d'une patiente âgée de 55 ans, référée en consultation d'otorhinolaryngologie (ORL) pour une lésion ulcérée du bord libre gauche de la langue. Elle avait comme antécédents un diabète bien équilibré sous antidiabétiques oraux.

L'examen clinique retrouvait une patiente en bon état général, l'examen endobuccal a révélé une lésion ulcérée du bord libre gauche de la langue mobile, indurée à la palpation. La mobilité de la langue était conservée. Les aires ganglionnaires cervicales étaient le siège de polyadénopathies des chaînes jugulo-carotidiennes et spinales des deux côtés.

La lésion rapportée datait de moins de 2 mois, survenant en dehors d'un contexte de traumatisme ou de soins dentaires et prise par son médecin traitant pour un aphte mis sous traitement médical.

Une biopsie de la lésion linguale, sous anesthésie locale, a été réalisée emportant 5 fragments et concluant à un aspect morphologique d'un carcinome épidermoïde au moins in situ dans la limite du prélèvement remis et examiné (le chorion n'était pas représenté). Une imagerie par résonance magnétique (IRM) de la langue a été réalisée et a conclu à un processus lésionnel du bord libre gauche de la langue mobile avec adénopathies jugulo-carotidiennes

**Corresponding Author:- Ismail Nakkabi**

Address:- Hôpital Militaire Oued Eddahab - Agadir - Maroc.

bilatérales. Cette lésion était de forme oblongue mesurant 16x14x7 mm ; n'infiltrant pas le plancher buccal et ne dépassant pas la ligne médiane. Elle se présentait en discret hyposignal T1, en hypersignal T2, flair et diffusion et se rehaussait de façon plus ou moins intense et homogène après injection de gadolinium. Il a été noté des adénopathies jugulo-carotidiennes bilatérales, les plus volumineuses mesurant 15x8 mm à gauche et 13x11 mm à droite. Nous avons complété par un bilan d'extension, à savoir une TDM cervico-thoraco-abdomino-pelvienne qui ne montrait pas de localisation à distance. La classification TNM clinique était alors cT1 N2C M0, ce qui est équivalent à un stade IV-A

la patiente fut alors préparée pour chirurgie d'exérèse à savoir une héli-glossectomie gauche associée à un curage ganglionnaire cervical emportant les territoires de I à V à gauche et un curage triangulaire (de I à III) controlatéral.

L'examen anatomopathologique a d'abord porté sur la pièce d'héli-glossectomie en extemporané puis après inclusion en paraffine. La pièce était orientée et mesurait 7 x 3 x 2 cm, elle était le siège d'un néoplasme ulcéré mesurant 2 x 1.5 cm. La lésion était à 1 cm de la limite postérieure, à 1.5 cm de la limite antérieure, à 0.8 cm de la limite médiane. A la coupe, le néoplasme mesurait 1.2 cm d'épaisseur et restait à 0.5 cm de la limite profonde. L'examen microscopique des coupes congelées a montré que le néoplasme correspondait à un carcinome épidermoïde infiltrant bien différencié, d'exérèse complète. L'examen histologique après fixation et inclusion en paraffine (figure 1) a confirmé les données de l'examen extemporané ; s'agissant d'une prolifération carcinomateuse réalisant en surface un revêtement verruqueux épaissi avec désorganisation architecturale. De ce revêtement se détachent des boyaux et de larges massifs infiltrants centrés de globes cornés, au sein d'une stroma réaction densément inflammatoire. Les cellules tumorales étaient polygonales pourvus d'atypies cytonucléaires et de figures de mitoses. La prolifération envahissait en profondeur le muscle. Il a été vu des embolus vasculaires. Les différentes limites étaient saines.

L'examen anatomopathologique du curage ganglionnaire (figure 2) a montré des pulpes ganglionnaires dissociées par places par une réaction inflammatoire granulomateuse. Les granulomes étaient de taille variée et confluent. Ils étaient constitués de cellules épithélioïdes auxquelles s'entremêlaient des cellules géantes et des lymphocytes avec plages de nécrose caséiforme. Il n'a pas été noté d'infiltration tumorale ganglionnaire. Concluant ainsi à une polyadénite granulomateuse nécrosante, cervicale bilatérale, compatible avec une tuberculose ganglionnaire avec absence de métastase ganglionnaire sur les 28 ganglions examinés : 0N+/28N. La classification anatomopathologique retenue finalement était pT1N0M0 classant ainsi la maladie en un stade I, avec cependant certains critères de gravité à savoir : les embolus vasculaires et l'envahissement musculaire en profondeur. Une radiothérapie adjuvante a été entreprise incluant toute la langue mobile ainsi que le plancher buccal et les aires ganglionnaires cervicales (I, II, III et IV) bilatéralement à 54 Gy (1,8 Gy par séance) avec boost intégré jusqu'à 60 Gy (2 Gy/séance) sur le lit tumoral. La radiothérapie s'est étalé sur 1 mois et demi avec une bonne tolérance. De même un traitement antibacillaire a été démarré à base de 2RHZE/7RH c'est-à-dire une phase initiale de 2 mois comportant une association de Rifampicine, isoniazide, Pyrazinamide et Ethambutol, suivie d'une phase d'entretien de 7 mois à base de Rifampicine et d'isoniazide. Le recul est de 8 mois

### **Discussion:-**

Le système de classification des carcinomes de façon générale, et de la langue en particulier, a pour objectif d'abord d'établir un pronostic, d'aider la décision thérapeutique et enfin d'apprécier l'efficacité du traitement. La classification TNM aboutit à une stadification de I à IV où l'espérance de vie à 5 ans passe de 64,6 % pour un stade I à 13,1 % pour un stade IV. Notre patiente a été initialement classée en stade IV du fait de la présence de polyadénopathie cervicales considérées comme métastatiques du carcinome épidermoïde de la langue.

En pratique ; les adénopathies cervicales sont présentes dans 75 % des cas, volontiers bilatérales. Et même en dehors d'adénopathie palpables, 30 à 70 % des patients présentent des adénopathies dites infracliniques, traduisant la grande lymphophilie des carcinomes de la langue (N+)8,46. La palpation cervicale est la méthode la plus courante pour la classification carcinologique ganglionnaire du cou (N) [1]. L'imagerie donne des arguments de taille, de forme, de topographie et d'irrégularité de prise de contraste des adénopathies métastatiques, mais apprécie avec de grandes difficultés les microadénopathies métastatiques infracentimétriques [2].

Chez notre patiente les adénopathies étaient palpables, l'imagerie par résonance magnétique a permis de mieux caractériser cette atteinte ganglionnaire. Ces adénopathies observées étaient alors attribuées à la lésion linguale du fait de sa grande lymphophilie.

Le bilan d'extension locorégionale et à distance permet une classification clinique TNM de la lésion tumorale, corollaire d'une indication thérapeutique et d'un pronostic. L'endoscopie, l'imagerie, un bilan général préthérapeutique appréciant la comorbidité en représentent la base [3]. En plus d'une exploration complète de la sphère ORL, notamment par nasofibroscopie, nous avons réalisé une TDM cervico-thoraco-abdomino-pelvienne qui n'a révélé aucune localisation secondaire. Ceci dit, et malgré la lymphophilie des carcinomes de la langue, les diagnostics différentiels d'une polyadénopathie cervicale sont à garder à l'esprit, notamment l'origine tuberculeuse. Ceci est à considérer d'autant plus que la région est une zone d'endémie tuberculeuse.

Le diagnostic d'une tuberculose ganglionnaire cervicale peut être porté sur biopsie ganglionnaire avec étude anatomo-pathologique et/ou bactériologique. Le gold standard étant la présence d'un granulome épithélio-giganto-cellulaire avec nécrose caséuse caractéristique de l'origine tuberculeuse. Le curage ganglionnaire n'est pas indiqué devant une tuberculose, étant donné que le traitement antibacillaire suffit pour stériliser toute la chaîne ganglionnaire. Le curage reste cependant indiqué en cas de persistance des adénopathies en fin de traitement antibacillaire [4]. Chez notre patiente le curage était motivé par la présence de la tumeur de la langue. Il a permis de prélever 28 ganglions tous indemnes de toute prolifération tumorale mais siège d'une infection tuberculeuse.

Chaturvedi et al a rapporté un cas de coexistence de d'une tuberculose ganglionnaire cervicale et d'un carcinome épidermoïde de la langue [5]. Dans cette observation la tumeur de la langue était classée T2, le stade ganglionnaire a été évalué par une étude en PET-scan montrant une augmentation de la fixation sur les territoires I II et V ipsilatéraux évoquant une métastase ganglionnaire. Une étude extemporanée a été réalisée sur la pièce de glossectomie et d'une biopsie ganglionnaire cervicale, montrant un carcinome épidermoïde de 2,2 cm réséqué avec une marge d'un centimètre et une tuberculose sur le prélèvement ganglionnaire. Les auteurs ont estimé que le curage ganglionnaire n'était donc pas nécessaire. Chez notre patiente, la réalisation curage ganglionnaire était motivé par la néoplasme dont le pronostic est plus réservé.

Les recommandations actuelles portant sur le traitement des lésions T1/T2 N0 comportent en plus de la chirurgie d'exérèse avec une marge de sécurité suffisante (au-delà de 1cm), un curage sélectif cervical des niveaux I, II et III. Il est homolatéral pour les tumeurs des deux tiers postérieurs de la langue, bilatéral pour celles du tiers antérieur et/ou franchissant la ligne médiane<sup>49</sup>. Une radiothérapie complémentaire peut être proposée sur la zone d'exérèse tumorale, ainsi que sur les aires ganglionnaires

Le traitement de la tuberculose ganglionnaire cervicale comporte une phase d'attaque et puis d'entretien tel que décrit pour notre patiente. La durée optimale dans cette localisation extrapulmonaire est de 9 mois.

### **Conclusion:-**

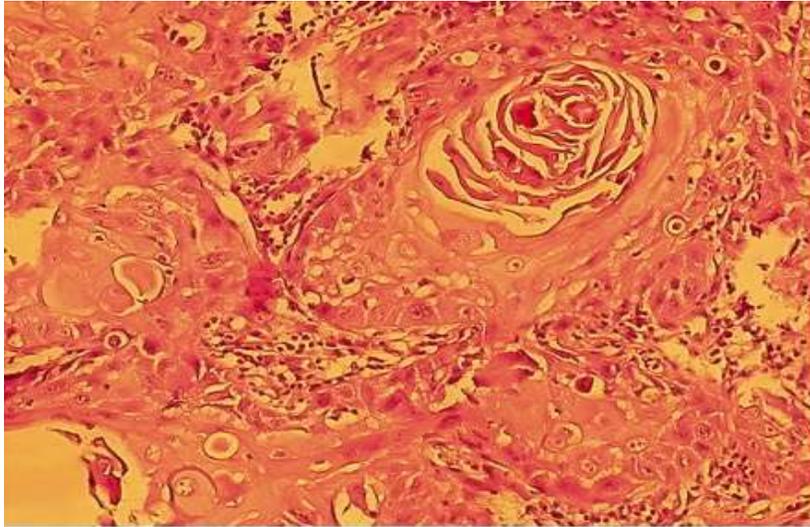
Les cancers de langue sont de mauvais pronostic. La stadification TNM tient compte du statut ganglionnaire, sachant que la présence d'adénopathies cervicales en pré-opératoire peut avoir d'autres origines, notamment la tuberculose ganglionnaire. Nous pensons que le pronostic après étude anatomopathologique et redressement de la stadification TNM est meilleur, cependant l'origine des adénopathies n'a eu aucune incidence sur notre attitude thérapeutique. Le curage ganglionnaire cervical reste indiqué vu que le pronostic dépend de la pathologie néoplasique plus que de l'infection tuberculeuse.

### **Conflits d'intérêts**

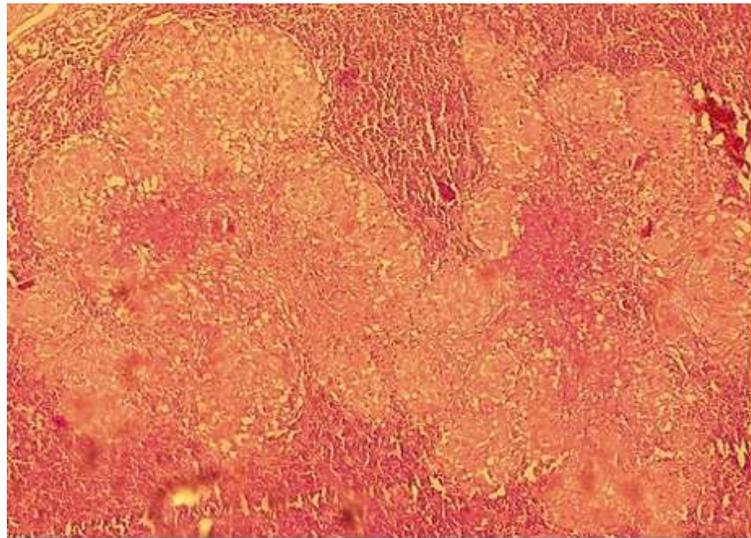
Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

### **Contributions des auteurs**

Les auteurs ont participé à l'élaboration de ce travail.

**Figures**

**Figure 1:-** Carcinome épidermoïde infiltrant bien différencié et kératinisant de la langue.



**Figure 2:-** Granulome comportant des cellules épithélioïdes et géantes, centré de nécrose

**Références:-**

1. Stuckensen T, Kovács AF, Adams S, Baum RP. Staging of the neck in patients with oral cavity squamous cell carcinomas: a prospective comparison of PET, ultrasound, CT and MRI. *J Cranio-Maxillofac Surg.* 2000;28(6):319–324.
2. van den Brekel MWM, van der Waal I, Meijer CJLM, Freeman JL, Castelijns JA, Snow GB. The Incidence of Micrometastases in Neck Dissection Specimens Obtained From Elective Neck Dissections. *The Laryngoscope.* 1996;106(8):987–991.
3. Prince S, Bailey BMW. Squamous carcinoma of the tongue: review. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 1999;37(3):164–174.
4. Lekhbal A, Chaker K, Halily S, Abada RL, Rouadi S, Roubal M, et al. Treatment of cervical lymph node tuberculosis: When surgery should be performed? A retrospective cohort study. *Ann Med Surg.* 2020;55:159–163.
5. Chaturvedi P, Pai PS, Chaukar DA, Deshpande MS, Rangarajan V, Purandare N, et al. Extensive tubercular neck lymphadenopathy in a man with early-stage tongue cancer. *Nat Clin Pract Oncol.* 2007;4(12):726–728.