



Journal Homepage: -www.journalijar.com

INTERNATIONAL JOURNAL OF ADVANCED RESEARCH (IJAR)

Article DOI:10.21474/IJAR01/15749
DOI URL: <http://dx.doi.org/10.21474/IJAR01/15749>



RESEARCH ARTICLE

LE CARCINOME ADENOÏDE KYSTIQUE DE LA FOSSE NASALE: A PROPOS D'UN CAS ET REVUE DE LA LITTÉRATURE

ADENOID CYSTIC CARCINOMA OF THE NASAL FOSSA: A CASE REPORT AND REVIEW OF THE LITERATURE

K. Nouni, H. Fares, S. Elmajjaoui, T. Kebdani, H. Elkacemi and K. Hassouni
Département De Radiothérapie, Institut National D'oncologie, Maroc.

Manuscript Info

Manuscript History

Received: 25 September 2022
Final Accepted: 27 October 2022
Published: November 2022

Key words:-

Adenoid Cystic Carcinoma, Nasal Cavity, Treatment

Abstract

Adenoid cystic carcinoma of the nasal cavity is a rare malignancy. It is a slowly progressive disease, characterized by local recurrences and distant metastases and requires early and adequate management. We report a case of Adenoid cystic carcinoma of the nasal fossa and will discuss the diagnostic and therapeutic characteristics in the highlight of a review of the literature.

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

Introduction:-

Le carcinome adénoïde kystique (CAK) est une tumeur maligne rare représentant 1% des tumeurs de la tête et du cou et 10 à 15% des tumeurs salivaires (1). La localisation aux fosses nasales reste rare. Sa croissance lente et indolore retarde souvent le diagnostic ce qui impose une prise en charge précoce et adéquate et multidisciplinaire et une exérèse carcinologique avec des marges d'exérèse larges et saines, seul garant d'un contrôle local optimal de la tumeur (2).

Observation:-

Il s'agit d'une patiente âgée de 52 ans, sans antécédents pathologiques notables et qui présente depuis plus d'un an sa première consultation une sensation d'obstruction nasale avec rhinorrhée claire gauche, avec quelque épisode d'épistaxis peu abondant le tout évoluant dans un contexte de conservation de l'état général. L'examen à la nasofibroscope objective un processus tumoral de la paroi latérale de la fosse nasale gauche qui la comble en totalité, dure à la palpation, non saignant au contact. La patiente a bénéficié d'une IRM de la face qui a mis en évidence une tumeur occupant toute la fosse nasale gauche, envahissant le sinus maxillaire homolatéral avec une lyse osseuse sans adénopathies cervicales (Figure 1).

Une biopsie de la tumeur a été faite avec étude anatomopathologique confirmant un carcinome adénoïde kystique. La patiente a été opérée avec une exérèse de la tumeur et maxillectomie gauche.

L'examen anatomopathologique de la pièce opératoire confirme un CAK cribriforme avec des limites saines la plus proche était à 5 mm. La patiente a bénéficié d'une radiothérapie externe post-opératoire sur le lit tumoral et les cavités naso-sinusiennes à la dose de 66 Gy, à raison de 2 Gy par séance et 5 séances par semaine (Figure 2 et 3). La patiente est en bon contrôle locorégional et à distance avec un recul de 16 mois.

Corresponding Author:- K. Nouni

Address:- Département De Radiothérapie, Institut National D'oncologie, Maroc.

Discussion:-

Le CAK est une tumeur maligne rare, représentant 1% des tumeurs malignes cervico-faciales et 10% des tumeurs des glandes salivaires. La localisation au niveau des fosses nasales est exceptionnelle. Il survient généralement autour de la cinquième décennie (1) avec une discrète prédominance féminine (2). Aucun facteur de risque de CAK n'est retrouvé dans la littérature et aucune association entre le développement de CAK et le papillomavirus humain HPV n'a été démontrée (3).

Sur le plan clinique, la plupart des manifestations cliniques initiales du CAK des fosses nasales ne sont pas spécifiques. Il se présente avec une symptomatologie commune à tout processus comblant la fosse nasale, tel que l'obstruction nasale, rhinorrhée, épistaxis, anosmie. Le diagnostic est souvent fait à un stade avancé car c'est une tumeur à évolution lente, insidieuse et indolore (4).

Sur le plan radiologique l'IRM est plus sensible que le scanner pour apprécier l'extension locale et mieux détecter l'extension péri-neurale. Il n'y a pas de signal spécifique de la tumeur en TDM ou en IRM. Le CAK se traduit par une masse tumorale expansive bien ou mal limitée, volontiers hétérogène. Cependant, en raison de son tropisme nerveux, les voies d'extensions péri-neurales doivent systématiquement être recherchées à l'IRM puisqu'elles sont présentes radiologiquement chez 60 % des patients avec un CAK (5).

Sur le plan histologique le CAK est une tumeur faite de cellules tubulaires et de cellules myoépithéliales modifiées. Trois profils morphologiques existent qui peuvent être associés entre eux, avec une prédominance d'un des trois profils: cribriforme, tubulaire et solide (6).

L'imagerie est d'une aide précieuse dans la démarche diagnostique, le bilan d'extension à distance doit être exhaustif à la recherche d'adénopathies cervicales ou de métastases à distance. Il doit comporter une TDM cervico-thoracique abdominale. La TEP-scanner seule n'est pas l'examen de référence pour le bilan d'extension et le suivi d'un CAK des fosses nasales.

Sur le plan thérapeutique, la chirurgie d'exérèse tumorale associée à la radiothérapie adjuvante post opératoire est le gold standard dans le traitement des CAK de la fosse nasale (7,8,9).

Bien que cette approche reste le traitement de choix, la radiothérapie exclusive, dans les cas non opérables, offre une alternative thérapeutique valable pour garantir un bon contrôle de la maladie.

La chirurgie doit être la plus large possible pour obtenir des marges d'exérèse saines même s'il n'y a pas de consensus évident concernant les limites et la profondeur d'exérèse (10). Cependant, une exérèse même incomplète dans les tumeurs très localement avancées améliore la survie globale comparativement aux patients non opérés recevant un traitement non chirurgical. Le curage ganglionnaire cervical n'est pas systématique vu la faible lymphophilie des CAK (11,12).

La radiothérapie post opératoire est systématique pour les patients ayant des facteurs de risque de récurrence locale, la présence d'une infiltration profonde (os, cartilage, muscle...), la présence de métastase ganglionnaire clinique ou radiologique, d'une tumeur de haut grade, de marges d'exérèses positives ou insuffisantes (<5mm), ou d'un stade tumoral avancé (5,13).

Il est recommandé de réaliser la radiothérapie adjuvante par une technique en modulation d'intensité avec une dose d'irradiation entre 60 et 70 Gy sur le lit tumoral, en fonction de la qualité d'exérèse et le statut ganglionnaire, administrée par fractions de 1,8 à 2 Gy par jour, 5 jours par semaines (7,8,9,14). L'invasion péri neurale propre au CAK impose d'inclure dans les volumes irradiés les trajets des nerfs crâniens adjacents jusqu'à leur émergence de la base du crâne. Dans l'état actuel des connaissances, il n'y a pas d'argument pour recommander un traitement prophylactique systématique des aires ganglionnaires cervicales chez les patients ne présentant pas d'adénopathies.

La radiothérapie par protonthérapie et ions carbone sont des options thérapeutiques en développement pour les CAK inopérables, résistants à la radiothérapie conventionnelle ou avec reliquat macroscopique (15,16).

Du fait des faibles taux de réponse à la chimiothérapie, il n'est pas recommandé de proposer une radio-chimiothérapie concomitante adjuvante dans le traitement curatif des CAK de la fosse nasale (4,14).

La curiethérapie semble être une option thérapeutique pour les CAK récidivants ou inopérables (17). La dose implantée dépend du volume tumoral, avec un objectif de marges de 0,5-1 cm, elle varie entre 100 et 160 Gy

Les traitements systémiques ont montré peu d'efficacité dans le traitement des CAK. Le choix du traitement devra être guidé par les comorbidités du patient, ses antécédents thérapeutiques et les toxicités des diverses chimiothérapies. D'après les données disponibles de la littérature, aucun schéma de chimiothérapie standard n'a pu être recommandé (18).

L'avènement de l'immunothérapie permet également d'élargir les possibilités thérapeutiques dans le traitement des CAK et des études ont montré l'efficacité de Nivolumab et du Pembrolizumab dans les CAK localement évolués ou récurrents seule ou en adjuvants (1,19,20).

Pronostic

Le pronostic à 5 ans du CAK de la fosse nasale varie en fonction du stade TNM, du sous type histologique, des possibilités thérapeutiques et du contrôle locorégional (21,22).

Etant une maladie lentement évolutive avec des récurrences fréquentes et des métastases parfois tardives, un suivi à long terme des patients est nécessaire. La surveillance doit être longue, clinique et paraclinique par un examen Orl avec palpation cervicale et naso-fibroscopie, une IRM du massif facial tous les 6 mois puis tous les ans et un scanner thoracique-abdominal tous les ans (22).

Conclusion:-

Le CAK de la fosse nasale est une tumeur maligne rare. Le traitement de référence reste une chirurgie d'exérèse large suivie de radiothérapie adjuvante post opératoire. Les thérapies ciblées et l'immunothérapie restent un domaine promoteur de recherche. Il est recommandé de faire un suivi à long terme en raison de la survenue tardive des récurrences locales et à distance.

Figures

Figure 1:- IRM faciale en coupe axiale T1 avec injection de gadolinium.

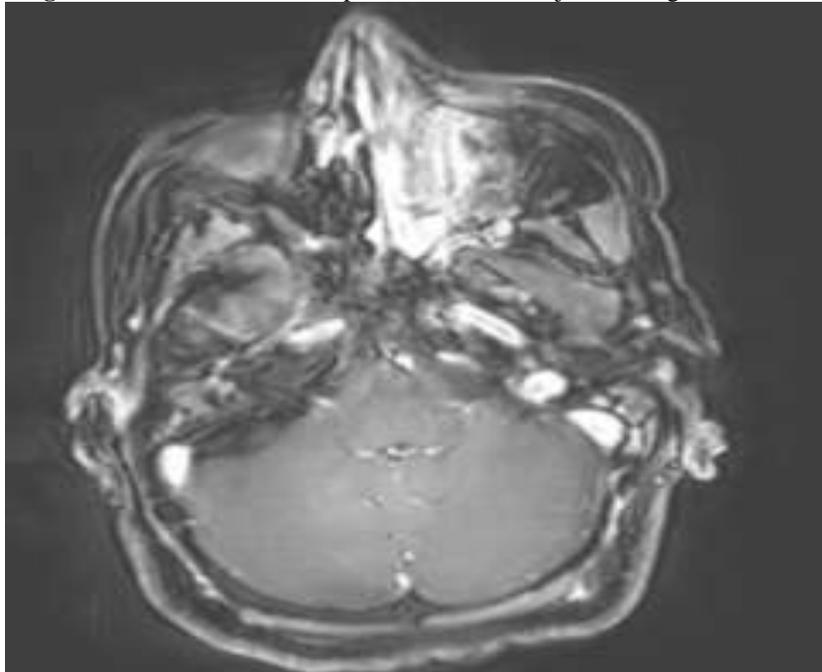
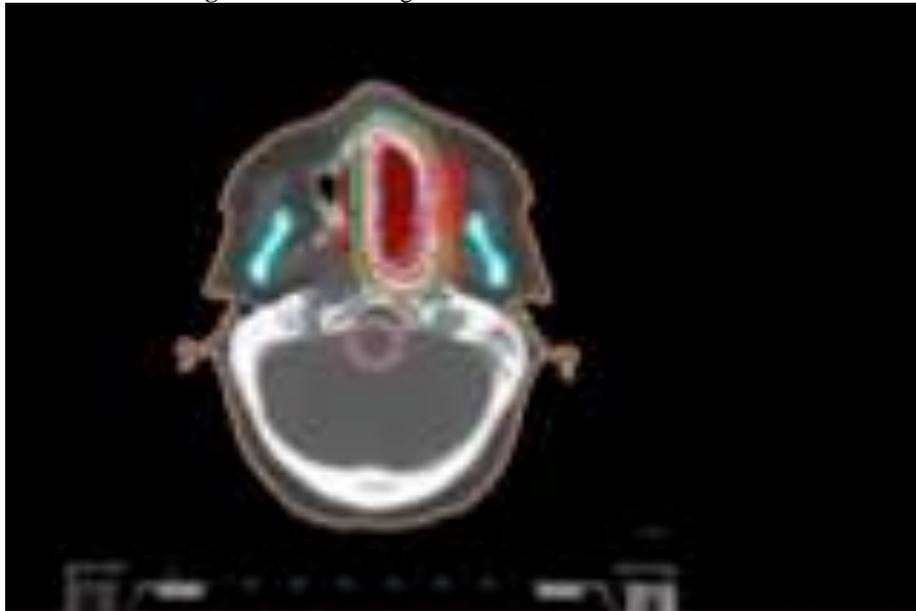
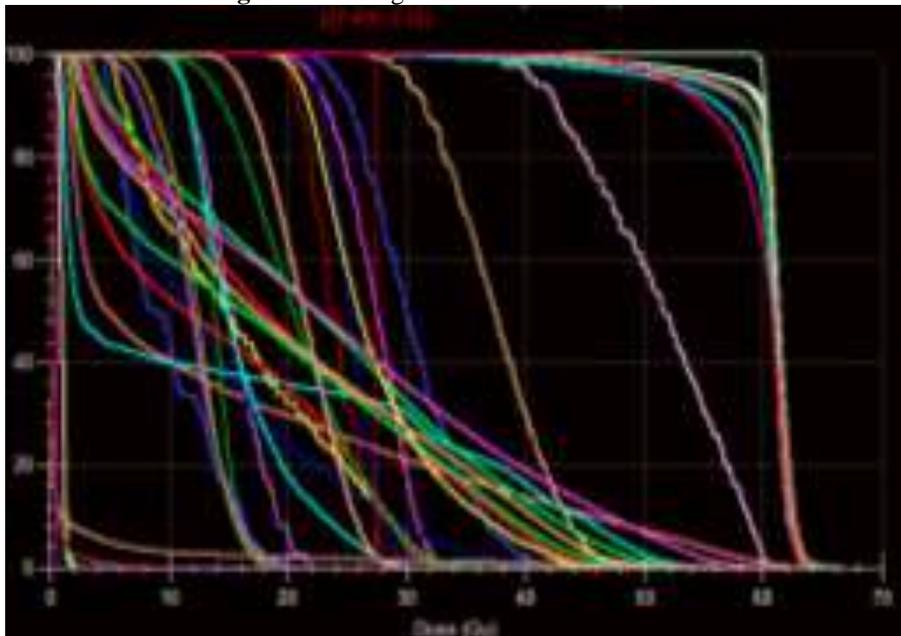


Figure 2:- Contourage des volume cibles et OAR.**Figure 3:-** Histogramme dose volume DVH.**Considérations éthiques:****Déclaration d'intérêts:**

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Déclaration de financement:

Les auteurs déclarent ne pas avoir reçu de financement particulier pour ce travail.

Références:-

1. Cheri F, Rambeau A, Johnson A, et al. Traitements systémiques du carcinome adénoïde kystique de la sphère ORL localement avancé ou métastatique, une revue systématique. Bull Cancer (Paris). 2019;106(10):923-38.
2. Gassab E, Krifa N, Harrathi K, Moussa A, Koubaa J, Gassab A. Carcinome adénoïde kystique sous-glottique. J

- Tun ORL N° 22. juin 2009: 62-5
3. Miller ED, Blakaj DM, Swanson BJ, Xiao W, Gillison ML, Wei L, Bhatt AD, Diavolitsis VM, Wobb JL, Kang SY, Carrau RL, Grecula JC. Sinonasal adenoid cystic carcinoma: Treatment outcomes and association with human papillomavirus. *Head Neck*. 2017 Jul;39(7):1405-1411
 4. Trope M, Triantafillou V, Kohanski MA, Kuan EC, Tong CCL, Patel NN, Maina IW, Carey RM, Workman AD, Palmer JN, Adappa ND, Newman JG, Brant JA. Adenoid cystic carcinoma of the sinonasal tract: a review of the national cancer database. *Int Forum Allergy Rhinol*. 2019 Apr;9(4):427-434.
 5. Lukšić I, Baranović S, Suton P, Gerbl D. Adenoid cystic carcinoma of the head and neck: a single- institution's analysis of 45 consecutive cases over a 29-year period. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol*. 2016 Aug;122(2):152-7.
 6. Mays AC, Hanna EY, Ferrarotto R, Phan J, Bell D, Silver N, Mulcahy CF, Roberts D, Abdelmeguid ASA, Fuller CD, Frank SJ, Raza SM, Kupferman ME, DeMonte F, Su SY. Prognostic factors and survival in adenoid cystic carcinoma of the sinonasal cavity. *Head Neck*. 2018 Dec; 40(12):2596-2605
 7. Meyers M, Baglin A, Lefevre M, Baujat B. Facteurs histopronostiques dans les carcinomes adénoïdes kystiques ORL : une étude prospective multicentrique du REFCOR sur 44 cas. *Ann Fr Oto-Rhino-Laryngol Pathol Cervico-Faciale*. oct 2014;131(4):A61.
 8. HeS, LiP, ZhongQ, HouL, YuZ, HuangZ, et al. Clinicopathologic and prognostic factors in adenoid cystic carcinoma of head and neck minor salivary glands: A clinical analysis of 130 cases. *Am J Otolaryngol*. mars 2017;38(2):15762.
 9. Geiger J, Ismaila N, Beadle B, Caudell J, Chau N, Deschler D. Management of Salivary Gland Malignancy: ASCO Guideline. *Journal of Clinical Oncology*. 2021; 17: 1909-1941.
 10. Amit M, Naara S, Leider L et al. De ning the surgical margins of adenoid cystic carcinoma and their impact on outcome: An international collaborative study. *head and Neck surgery*. 2017; 39 (5): 1008 - 14
 11. Coca Pelaz A, Rodrigo J, Bradley P et al. Adenoid cystic carcinoma of the head and neck, An update. *Oral Oncology* 51 (2015): 652-61
 12. Suton P, Luksic I. Prognostic value of elective neck dissection in adenoid cystic carcinoma of head and neck: a meta-analysis: A call for randomized trials and international consensus. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2021;50(11):1403-1407
 13. Chang C-F, Hsieh MY, Chen MK, Chou MC. Adenoid cystic carcinoma of head and neck: A retrospective clinical analysis of a single institution. *Auris Nasus Larynx*. 2018 Aug;45(4):831-837.
 14. Lee YC, Lee TJ, Tsang NM, Huang Y, Hsu CL, Hsin LJ, Lee YH, Chang KP. Cavernous sinus involvement is not a risk factor for the primary tumor site treatment outcome of Sinonasal adenoid cystic carcinoma. *J Otolaryngol Head Neck Surg*. 2018 Feb 5;47(1):12.
 15. Hayashi K, Koto M, Ikawa H, Hagiwara Y, Tsuji H, Ogawa K, Kamada T. Feasibility of Re-irradiation using carbon ions for recurrent head and neck malignancies after carbon-ion radiotherapy. *Radiother Oncol*. 2019 Jul;136:148-153.
 16. Hu W, Hu J, Huang Q, Gao J, Yang J, Qiu X, Kong L, Lu JJ. Particle Beam Radiation Therapy for Adenoid Cystic Carcinoma of the Nasal Cavity and Paranasal Sinuses. *Front Oncol*. 2020 Sep 30;10:572493.
 17. Huang MW, Zheng L, Liu SM, Shi Y, Zhang J, Yu GY, Zhang JG. 125I brachytherapy alone for recurrent or locally advanced adenoid cystic carcinoma of the oral and maxillofacial region. *Strahlenther Onkol*. 2013;189(6):502-7.
 18. Papaspyrou G, Hoch S, Rinaldo A, Rodrigo JP, Takes RP, van Herpen C, et al. Chemotherapy and targeted therapy in adenoid cystic carcinoma of the head and neck: a review. *Head Neck* 2011;33:905– 11.
 19. Kokkaki S, Ntokou A, Drizou M et al. Nivolumab in patients with rare head and neck carcinomas: A single center's experience. *Oral Oncol*. 2020; 101: 1-2
 20. Niwa K, Kawakita D, Nagao T et al. Multicentre, retrospective study of the efficacy and safety of nivolumab for recurrent and metastatic salivary gland carcinoma. *Sci Rep*. 2020; 10: 169-88
 21. Kim SA, Chung YS, Lee BJ. Recurrence patterns of sinonasal cancers after a 5-year disease-free period. *Laryngoscope*. 2019 Nov;129(11):2451-2457. Laurie SA, Ho AL, Fury MG, Sherman E, Pfister DG. Systemic therapy in the management of metastatic or locally recurrent adenoid cystic carcinoma of the salivary glands: a systematic review. *Lancet Oncol* 2011;12:815–24.
 22. Consensus Formalisé d'Experts concernant les recommandations de bonne pratique du REFCOR pour la prise en charge des cancers des fosses nasales et des sinus, 2022.