

# Diagnostic d'une masse de l'oropharynx

## Diagnosis of an oropharyngeal mass

J. Marrakchi, M. Mejbri, H. Chahed, M. Ben Amor, G. Besbes  
Service d'ORL et de chirurgie maxillo-faciale, la Rabta, Tunis

Reçu: 12 Avril 2020, Accépté: 19 Mai 2020 ; Publié en ligne: 31 Octobre 2020

### OBSERVATION

Un homme âgé de 49 ans, sans antécédents pathologiques notables, a consulté nos urgences pour une odynophagie d'aggravation progressive évoluant depuis trois mois. Le patient a rapporté la notion de dyspnée d'effort récente, un amaigrissement non chiffré, ainsi qu'une obstruction nasale bilatérale et des épistaxis droites minimales. A l'examen physique, le patient était apyrétique. L'examen de l'oropharynx a objectivé un bombement de l'hémi-voile du palais droit, refoulant l'amygdale palatine en bas et en dedans (Figure 1). L'examen rhinologique a objectivé un bombement irrégulier de la paroi postérieure du cavum ne saignant pas au contact. L'examen cervical a noté un magma d'adénopathies cervicales des groupes IIa, IIb, III et Va droits, fermes, immobiles et indolores. L'examen neurologique et l'oculomotricité étaient normaux. Un scanner du massif facial a été réalisé (Figures 2.a et 2.b)

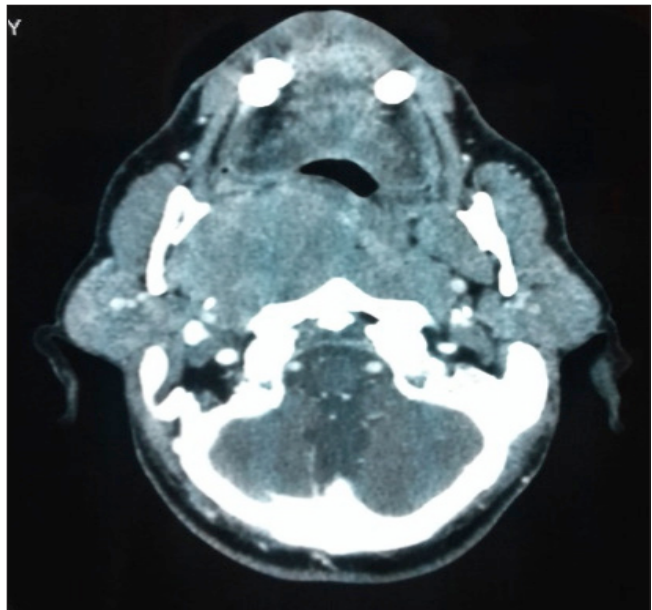


Figure 2.a



Figure 1

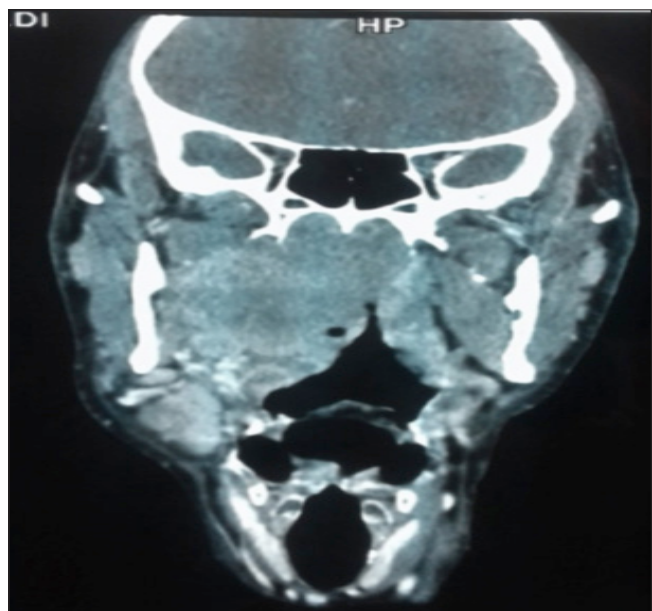


Figure 2.b

Figure 2: Scanner du massif facial, injecté, en coupes axiale (2.a) et coronale (2.b) et en fenêtre parenchymateuse

Auteur correspondant: Mejbri Maha  
Adresse: Service d'ORL et de chirurgie maxillo-faciale, la Rabta,  
Tunis  
Email: m\_maha\_2001@yahoo.fr



Question: Quels sont les trois diagnostics que vous évoquez en premier lieu au vu de ces données ?

Réponse:

Lymphome de l'espace préstylien: devant la présence de signes généraux, l'odynophagie, le bombement du voile du palais à droite et le refoulement de l'amygdale palatine droite.

Tumeur maligne du cavum à extension parapharyngée droite et oropharyngée: devant la présence de signes rhinologiques et le bombement irrégulier du cavum à l'endoscopie nasale.

Cancer du voile du palais: devant le bombement du voile du palais à droite et le refoulement de l'amygdale palatine homolatérale.

Le scanner du massif facial a mis en évidence un processus expansif du cavum faisant 62 mm de grand axe, étendu à l'oropharynx, réduisant ainsi la filière aérodigestive supérieure, à l'espace parapharyngé et l'espace prévertébral. De multiples adénopathies, à centre hypodense, du secteur Ib, II, III et IV droits ont été notées.

Une biopsie dirigée du cavum avec examen histologique a mis en évidence une lésion tumorale indifférenciée.

Un complément d'immunohistochimie a objectivé un marquage diffus au CD20 et l'absence de marquage aux CD3, cytokeratine, CD10 et CD56. Le diagnostic de lymphome diffus à grandes B cellules a été retenu.

Un scanner thoraco-abdomino-pelvien et une biopsie ostéomédullaire, réalisés dans le cadre du bilan d'extension à distance, étaient sans anomalies. La tumeur a été classée de stade IIE selon la classification d'Ann-Arbor. Le patient a été adressé au service d'oncologie médicale pour un traitement par chimiothérapie associée à une radiothérapie.

## DISCUSSION:

Le lymphome nasopharyngien est une entité rarement rencontrée. Il constitue moins de 10 % de l'ensemble des lymphomes de la tête et du cou [1]. La localisation nasopharyngienne présente des particularités épidémiologiques, histologiques et pronostiques par rapport aux autres sites tumoraux.

Le lymphome nasopharyngien se voit plus fréquemment en Extrême Orient et en Amérique du sud [2]. L'âge moyen lors du diagnostic se situe entre la cinquième et la sixième décennie. Le sexe masculin est le plus souvent touché (sex-ratio: 3,6) [3].

Cliniquement, les signes les plus fréquemment retrouvés sont les adénopathies cervicales (69-85%), l'obstruction nasale (50-88%), la rhinorrhée (15-51%) et les épistaxis (19-33%) [4]. Ces signes cliniques sont rencontrés aussi bien dans le lymphome que dans les autres types histologiques de cancers nasopharyngiens. C'est la présence de signes généraux, tels que la fièvre l'amaigrissement et les sueurs nocturnes, qui oriente vers le diagnostic de lymphome [4]. Des difficultés diagnostiques peuvent être rencontrées, en rapport avec les tumeurs très évoluées qui envahissent parfois les structures anatomiques adjacentes, rendant ainsi

l'identification du point de départ tumoral difficile. Dans le cas de notre patient, une tumeur maligne de l'oropharynx ou de l'espace parapharyngé a été évoquée devant l'extension tumorale vers ces structures.

La confirmation du diagnostic est histologique. L'immunohistochimie est indispensable pour confirmer la nature lymphomateuse de la prolifération et pour identifier le phénotype des cellules tumorales. Le lymphome non Hodgkinien constitue plus que 80% de l'ensemble des lymphomes nasopharyngiens [5]. Le phénotype B prédomine pour les lymphomes non hodgkinien du cavum [6].

Le bilan d'extension à distance comporte une biopsie ostéomédullaire à la recherche d'une infiltration lymphomateuse de la moelle osseuse et un scanner thoraco-abdomino-pelvien qui permet de classer la tumeur selon la classification d'Ann-Arbor. Le diagnostic est souvent posé à un stade précoce (80% aux stades I et II) [6]. Actuellement, la tomographie par émission de positons, seule ou couplée à la tomodensitométrie, trouve son intérêt dans le bilan d'extension des lymphomes diffus à grandes cellules B et la maladie de Hodgkin ainsi que dans l'évaluation de la réponse thérapeutique [7].

Le traitement rejoint celui des autres lymphomes. Il est basé sur la chimiothérapie et la radiothérapie. Le protocole thérapeutique dépend du stade clinique et des facteurs pronostiques [8]. L'usage des thérapies ciblées prend de plus en plus de place dans l'arsenal thérapeutique (par exemple: anti- CD20).

Le taux de récurrences locale et ganglionnaire est variable dans la littérature. Dans la série de Hsueh [4], la récurrence a été observée dans 20% dans cas, alors que dans la série de Wu [9] ce taux a été de 50%.

Le pronostic du lymphome du cavum semble plus favorable que celui des autres lymphomes de la tête et du cou. L'âge avancé, Le phénotype T, la présence de signes généraux et le grand volume tumoral sont des facteurs de mauvais pronostic [3, 10].

## 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.

**REFERENCES:**

1. Etemad-Moghadam S, Tirgary F, Keshavarz S, Alaeddini M. Head and neck non-Hodgkin's lymphoma: a 20-year demographic study of 381 cases. *International journal of oral and maxillofacial surgery*. 2010;39(9):869-72.
2. Lei K-K, Suen J, Hui P, Tong M, Li W, Yau S. Primary nasal and nasopharyngeal lymphomas: a comparative study of clinical presentation and treatment outcome. *Clinical Oncology*. 1999;11(6):379-87.
3. Mani R, Belcadhi M, Krifa N, Sriha B, Elomri H, Ali MB, et al., editors. Lymphomes T/NK du nasopharynx. *Ann Otolaryngol Chir Cervicofac* 2006;123:189-93.
4. Hsueh CY, Yang CF, Gau JP, Kuan EC, Ho CY, Chiou TJ, et al. Nasopharyngeal Lymphoma: A 22-Year Review of 35 Cases. *J Clin Med*. 2019;8(10):1604.
5. Sun J, Yang Q, Lu Z, He M, Gao L, Zhu M, et al. Distribution of lymphoid neoplasms in China: analysis of 4,638 cases according to the World Health Organization classification. *Am J Clin Pathol*. 2012;138(3):429-34.
6. Tebra S, Mahjoubi K, Chaouach K, Laatiri A, Bouaouina N. À propos de quatre cas de lymphome malin non hodgkinien primitif du cavum. *Cancer/Radiothérapie*. 2011;15(4):338-41.
7. Jerusalem G, Beguin Y. The place of positron emission tomography imaging in the management of patients with malignant lymphoma. *Haematologica*. 2006;91(4):442-4.
8. Drouet F, Cahu X, Pointreau Y, Denis F, Mahé M-A. Lymphomes malins non hodgkiniens. *Cancer/Radiothérapie*. 2010;14:S210-S29.
9. Wu RY, Li YX, Wang WH, Jin J, Wang SL, Liu YP, et al. Clinical disparity and favorable prognoses for patients with Waldeyer ring extranodal nasal-type NK/T-cell lymphoma and diffuse large B-cell lymphoma. *Am J Clin Oncol*. 2014;37(1):41-6.
10. Urquhart A, Berg R. Hodgkin's and non-Hodgkin's lymphoma of the head and neck. *The Laryngoscope*. 2001;111(9):1565-9.