

Difficultés diagnostiques devant une association tuberculose-carcinome épidermoïde du larynx

Diagnostic difficulties face to an association of tuberculosis and squamous cell carcinoma of the larynx

N Ndour¹, H Ahmed¹, M Ndiaye¹, A Keita², H Tall³, S Maiga¹, N Pilor¹, A Dieye¹, A C Sall¹, ES Diom⁴, M Ndiaye⁵, A Tall¹, I C Ndiaye¹

¹: Service ORL et CCF du CHNU de Fann (Sénégal)

²: Service d'anatomie pathologie du CHNU de Fann

³: Service d'ORL et CCF de l'hôpital régional de Saint Louis

⁴: Service ORL et CCF de l'hôpital de la paix de Ziguinchor

⁵: Service d'ORL et CCF de l'hôpital d'enfant de Diamniadio

Reçu: 13 Septembre 2020; Accepté: 8 Janvier 2021; Publié en ligne: 30 Avril 2021

RÉSUMÉ

Objectif: Rapporter les difficultés diagnostiques devant une association tuberculose et cancer du larynx.

Observation: Nous rapportons le cas d'un patient de 48 ans, sans antécédent personnel de tuberculose ni de contagion tuberculeux, tabagique à raison de 10 PA, admis pour une dyspnée laryngée d'apparition récente dans un contexte de dysphonie chronique de 3 mois.

L'examen ORL retrouvait une dyspnée laryngée stade III motivant une trachéotomie en urgence et une lésion bourgeonnante endolaryngée avec une fixité hémilarynx droit. Le scanner cervico-thoracique montrait un processus tissulaire massif du larynx, une lésion cavitaire du segment de Fowler droit et des adénopathies médiastinales inférieures. Le patient a eu une laryngectomie totale carrée avec un curage fonctionnel et médiastino-récurrentiel bilatéral, une thyroïdectomie totale et un lambeau musculo-cutané du grand pectoral devant un carcinome épidermoïde T4N2bM0. L'histologie de la pièce opératoire était en faveur d'une association carcinome épidermoïde -tuberculose et le patient a été mis sous chimiothérapie antituberculeuse.

Conclusion: L'association tuberculose-carcinome épidermoïde du larynx reste une entité clinique rare dans la pratique de l'oto-rhino-laryngologiste. Elle doit être suspectée chez les sujets présentant des symptômes laryngés dans nos pays d'endémie tuberculeuse

Mots clés: Carcinome, Tuberculose, Larynx

ABSTRACT

Objective: To report the difficulties in the diagnostic management of a tuberculosis and laryngeal cancer association from an observation with a review of the literature.

Observation: A 48-year-old patient, without any personal history of tuberculosis or contagion, smoking at a rate of 10 Pack-year, was admitted in our department for a recently appeared laryngeal dyspnea in a context of chronic dysphonia of 3 months.

The ENT examination found stage III laryngeal dyspnea that prompted an urgent tracheotomy. Nasofibroscope found a budding endolaryngeal lesion with a fixed right hemilarynx. The cervico-thoracic CT scan showed a large laryngeal tumor, a cavitating lesion of the right lung? Fowler segment and inferior mediastinum nodules. The histological results of the biopsy concluded to a squamous cell carcinoma and the lesion was classified T4N2bM0. The patient had undergone total square laryngectomy, total thyroidectomy, bilateral functional and mediastinum and recurring lymph node excision and a musculocutaneous flap of the great pectoral. The histology of the surgical specimen concluded to an association of squamous cell carcinoma and a tuberculosis. The patient was placed on tuberculosis chemotherapy.

Conclusion: The association of tuberculosis and squamous cell carcinoma of the larynx remains a rare clinical entity in the practice of otolaryngologists. It should be suspected in subjects with laryngeal symptoms in our tuberculous endemic countries.

Key words: Carcinoma, Tuberculosis, Larynx

Auteur correspondant: Ngor NDOUR

Adresse: Service ORL et CCF du CHNU de Fann (Sénégal)

Email: ngor86@hotmail.fr



INTRODUCTION

Le larynx reste l'une des localisations les plus rares de la tuberculose extra pulmonaire. Dans la majorité des cas, la tuberculose laryngée est secondaire à une atteinte pulmonaire [1,2]. Cette localisation particulière mérite d'être rappelée en raison de la recrudescence universelle de la tuberculose, favorisée principalement par la diffusion du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) [3, 4] mais aussi de la possibilité d'association avec le cancer du larynx [5]. Cliniquement, elle pose une difficulté diagnostique avec le cancer du larynx car les symptômes laryngés sont non spécifiques. Nous rapportons le cas d'une tuberculose bifocale) associée à un carcinome épidermoïde du larynx chez un patient de 48 ans, au service d'ORL et CCF du CHNU de Fann (Dakar, Sénégal).

OBSERVATION:

Un patient âgé de 48 ans, tabagique à 10 PA, était admis en urgence dans notre service pour une dyspnée laryngée évoluant depuis deux semaines. Il n'y avait pas de notion d'antécédent personnel de tuberculose ni de contagé tuberculeux. L'interrogatoire révélait une dysphonie chronique, permanente depuis 3 mois associée à une otalgie réflexe bilatérale, une toux productive, sans signes digestifs. L'examen à l'admission avait objectivé une dyspnée laryngée sévère stade III motivant une trachéotomie en urgence, une lésion bourgeonnante endolaryngée avec une fixité de l'hémilarynx droit et une extension cervicale antérieure suppurée. Les aires ganglionnaires étaient libres.

Le bilan biologique révélait une anémie à 10,6 g/l et un taux de fer sérique bas à 0,06mg/l. Le bilan rénal, hépatique, nutritionnel et glycémique était normal. La sérologie rétrovirale était négative. Le Genexpert du pus était positif. La radiographie du thorax objectivait une opacité réticulo-nodulaire bilatérale diffuse avec un syndrome interstitiel. Le scanner cervico-thoracique montrait un processus tissulaire massif du larynx, étendue à la loge HTE, sans lyse cartilagineuse et des adénopathies jugulo-carotidiennes droites nécrotiques. A l'étage thoracique le scanner mettait en évidence une lobite excavée apicale postérieure gauche, une lésion cavitaire du segment de Fowler droit et des adénopathies médiastinales inférieures (figure 1 et 2).

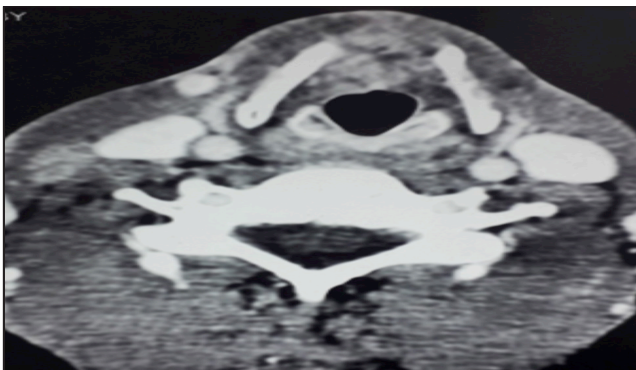


Figure 1: scanner cervical en coupe axiale montrant un processus tumoral du larynx avec lyse du cartilage thyroïde et extension aux parties molles extra-laryngées

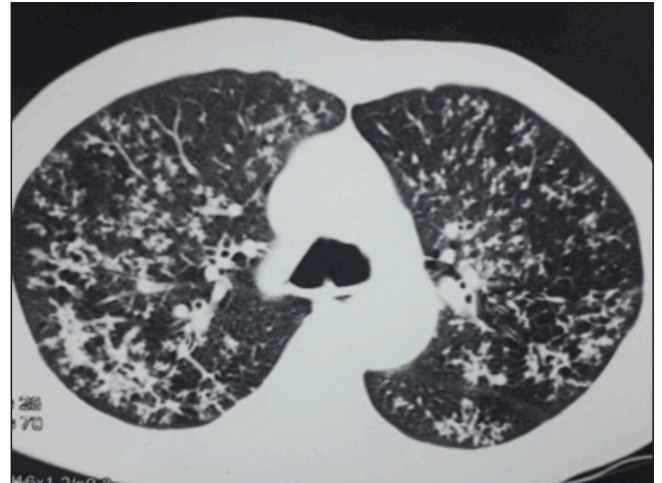


Figure 2: Scanner du thorax en coupe axiale avec des lésions cavitaires bilatérales

La panendoscopie montrait une lésion ulcéro-bourgeonnante glotto-sus glottique bilatérale prédominant à droite avec une sous glotte libre et une fixité de l'hémilarynx droit. Les résultats histologiques du larynx étaient en faveur d'un carcinome épidermoïde, bien différencié, mature et infiltrant. Le diagnostic d'une tuberculose bifocale (pulmonaire et laryngée) associée à un carcinome épidermoïde du larynx classé T4N2bM0 était retenu. Le patient avait bénéficié d'une laryngectomie totale carrée, un évidement celluloganglionnaire fonctionnel et médiastino-recurrentiel bilatéral, une thyroïdectomie totale et une reconstruction par un lambeau musculo-cutané du grand pectoral. Le patient était mis sous traitement anti tuberculeux RHZE 3 comprimé / jour pour une durée de deux mois puis RH pour quatre mois. L'examen histologique de la pièce opératoire était en faveur d'une association de tuberculose et carcinome épidermoïde localisée au niveau du larynx, du curage ganglionnaire et de la glande thyroïde, avec des marges de résections saines (figure 3).

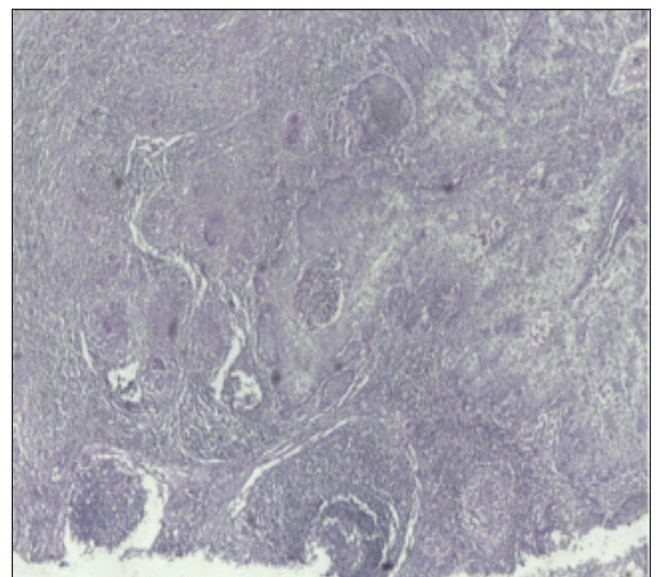


Figure 3: coupe histologique montrant un foyer de carcinome et de tuberculose laryngée



DISCUSSION

La tuberculose laryngée représente 1% de toutes les localisations extra-pulmonaires de la tuberculose [4, 6] tandis que le cancer du larynx occupe la deuxième place des cancers de la tête et du cou [7]. L'association tuberculose- cancer laryngé est exceptionnelle, cependant des cas ont été rapportés dans la littérature [5, 8]. Le cancer laryngé à l'instar de la laryngite tuberculeuse est une pathologie qui prédomine chez les sujets de sexe masculin. La moyenne d'âge retrouvée dans ces deux pathologies est aux alentours de 50 ans [6, 8, 9]. L'intoxication éthylo-tabagique, étant le principal facteur de risque dans les cancers laryngés est aussi retrouvé dans la tuberculose laryngée [3, 10]. En ce qui concerne la symptomatologie laryngée, les signes fonctionnels sont non spécifiques. Le début est progressif et insidieux pouvant évoquer la tuberculose comme le cancer. Elle se résume essentiellement à une dysphonie chronique retrouvée dans 85 à 100% des cas, ceci traduit la localisation glottique la plus fréquente de la tuberculose ainsi que le cancer laryngé et à une dyspnée laryngée [2, 3, 4, 7] comme fut le cas chez notre patient.

D'autres signes fonctionnels rapportés dans la littérature [3, 4, 6] peuvent être associés à ces symptômes laryngés. Une odynophagie, une dysphagie sont retrouvées dans la localisation supra-glottique (épiglotte, margelle laryngée) tandis que la présence d'une toux sèche persistante fait évoquer un foyer tuberculeux pulmonaire primitif. Pour certains auteurs la laryngite tuberculeuse évoluerait « presque toujours » dans l'ombre d'une tuberculose pulmonaire [1, 4, 8]. Notre cas vient renforcer cette hypothèse. Trois voies de contamination du larynx à partir d'un foyer pulmonaire sont décrites: la voie lymphatique, la voie sanguine et la voie aérienne rétrograde.

A l'examen endoscopique du larynx, l'aspect macroscopique de la tuberculose peut se présenter sous plusieurs formes. Dans les formes débutantes

ou ulcéro-bourgeonnante, elle pose un problème de diagnostic différentiel avec le cancer laryngé [2, 4, 6]. Cependant le diagnostic d'une tuberculose est plus aisé dans les formes plus avancées où on retrouve un aspect de larynx sal, recouvert d'un enduit purulent, grisâtre avec une lésion importante occupant une grande partie du larynx comportant des zones infiltrées et des zones ulcérées [3]. Classiquement la mobilité laryngée reste conservée dans la tuberculose laryngée alors qu'une fixité oriente plus vers une tumeur maligne laryngée [4, 7]. Chez notre patient, nous avons retrouvé une lésion ulcéro-bourgeonnante glotto-sus glottique avec une fixité laryngée à droite.

La conservation des espaces graisseux pré-épiglottique et para-glottique, le respect des cartilages laryngés objectivés au scanner, sont retrouvés dans la laryngite tuberculeuse contrairement aux lésions infiltrantes carcinomateuses [4]. Le diagnostic de certitude est posé à l'examen anatomopathologique aussi bien pour la tuberculose laryngée que le cancer du larynx. Pour ce qui concerne la tuberculose, l'examen histologique peut être associé à un examen bactériologique (coloration spéciale au Ziehl-Nielsen et/ou une culture des fragments biopsiques sur un milieu de Lowenstein-Jensen) [1, 4].

CONCLUSION

L'association tuberculose-carcinome épidermoïde du larynx reste une entité clinique rare dans la pratique de l'oto-rhino-laryngologiste. Elle doit être suspectée chez les sujets présentant des symptômes laryngés dans nos pays d'endémie tuberculeuse.

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. Thiam I, Doh K, Gaye AM, Sonhaye K, Ndiaye M, Woto Gaye G. La tuberculose laryngée diagnostiquée dans un laboratoire d'anatomie pathologique du Sénégal (2011–2015). *Bull. Soc. Pathol. Exot.* 2018; 111:5-8
2. Benwill JL, Sarria JC. Laryngeal tuberculosis in the United States of America: a forgotten disease. *Scand J Infect Dis.* 2014; 46(4): 241-9.
3. El Ayoubi F, Chariba I, El Ayoubi A, Chariba S, Essakalli L. Primary tuberculosis of the larynx. *Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis.* 2014; 131(6): 361-364.
4. Saroul N, Vellin JF, Baud O, Nohra O, Kemeny JL, Gilain L. Tuberculose épilaryngée: considérations épidémiologiques, cliniques et sanitaires. *Annales d'otolaryngologie et chirurgie cervico-faciale.* 2008; 125:155–159.
5. Gomes GA, Felipe F, Fernando C, Cunha FC, Tomita S. Clinical and laryngoscopic aspects of the diagnosis of laryngeal tuberculosis. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2004;131:244-6.
6. Cruz S, Ribeiro A, Trigueiros N, Rodrigues E, Rodrigues M. Laryngeal tuberculosis: a diagnosis not to be overlooked. *Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis.* 2014; 131(5): 325- 6.
7. Ahmed H, Ndour N, Ndiaye C, Pilor N, Tall H, Mbaye A et al. Particularities of Larynx Cancer in Women in Senegal. *Sch J Oto.* 2020; 4 (1):339-342.
8. Kurokawa M, Ken-ichi N, Kei-ichi I, Nishino H. Laryngeal tuberculosis: A report of 17 cases. *Auris Nasus Larynx.* 2015; 42:305–310.
9. Globocan Cancer tomorrow. A tool that predicts the future cancer incidence and mortality burden worldwide from the current estimates in 2018 up until 2040, <https://gco.iarc.fr/tomorrow/home>; 2018
10. Cogliano VJ, Baan R, Straif K, Grosse Y, Lauby-Secretan B, El Ghissassi et al. Preventable exposures associated with human cancers. *J Natl Cancer Inst.* 2011; 103:1827-39.