



Cas clinique

Trois cas de cancer du méat acoustique externe pris en charge à Cotonou MANAGEMENT OF 3 CASES OF EXTERNAL AUDITORY MEATUS CANCER AT COTONOU

ADJIBABI W.¹, LAWSON AFOUDA S.^{1*}, AVAKOUDJO F.¹, HOUNKPATIN S.H.R.²,
VODOUHÉ S.J.¹, HOUNKPÈ Y.Y.C.¹

1- Service ORL et chirurgie cervico-faciale du Centre National Universitaire Hubert Koutoukou Maga (CNHU-HKM) de Cotonou au Bénin.
2- Service ORL et chirurgie cervico-faciale du Centre Hospitalier Départemental du Borgou (CHD-B) Parakou au Bénin.

*Auteur correspondant, E-mail : olatundeother@yahoo.fr

RESUME

Introduction : Le cancer du méat acoustique externe est une pathologie rare caractérisée par sa gravité liée à son envahissement rapide aux structures osseuses. Le but de cette étude a été de mettre en évidence les difficultés diagnostiques et thérapeutiques de cette affection à travers 3 cas cliniques. **Observations :** Il s'agissait des sujets de sexe masculin de 55, 58 et 59 ans, vus en consultation pour une otorrhée chronique striée de sang associée à une otalgie. L'otoscopie a objectivé une tumeur polypoïde comblant le méat acoustique externe. Une biopsie de celle-ci a été réalisée et l'examen anatomopathologique a conclu à un carcinome épidermoïde. Les différents éléments de l'examen clinique d'une part et les ostéolyses scanographiques d'autre part ont permis de classer les tumeurs qui étaient toutes au stade T4a de pittsburgh. Le traitement a été chirurgical chez 2 patients dont un qui a subi une irradiation et l'autre une chimiothérapie. La survie a été de 7 ans pour l'association chirurgie-radiothérapie et de 8 mois pour la chirurgie associée à une chimiothérapie palliative. **Conclusion :** Le dépistage du cancer du méat acoustique externe doit être précoce et sa prise en charge rapide. La chirurgie associée à la radiothérapie complémentaire améliore le pronostic.

©2011 CRUFAOCI Tous droits réservés.

Mots clés : cancer – méat acoustique externe – otorrhée – chirurgie – radiothérapie.

ABSTRACT

Introduction: cancer of external acoustic meatus is rare. His characteristic is rapid extension to bone structures. The aim of this study is to underly the diagnosis and treatment's difficulties of this disease. Three cases were reviewed. **Observations:** male sex patients 55, 58 and 59 year-old, was seen to our center for sanguinolent persistent otorrhea associated with earache. Otoscopic examination objectivized a polypoid tumor filling the external auditory meatus. Biopsy has been realized and anatomopathologic examination concluded to epidermoid carcinoma. Different elements of clinical examination on the one hand and CT scan osteolytic images on the other hand had permitted to range tumors in stage IVa according to the modified Pittsburgh classification. 2 patients was treated by surgery, one of them had suffered irradiation and second one chemotherapy. The survey was 7 years for association surgery-radiotherapy and 8 months for surgery-palliated chemotherapy. **Conclusion:** cancer of external acoustic meatus detection should be early and its management rapid. Surgery and collateral radiotherapy improve prognosis.

©2011 CRUFAOCI All rights reserved.

Key words: cancer – external auditory meatus – otorrhea – surgery – radiotherapy.

INTRODUCTION

Le cancer du méat acoustique externe est une tumeur maligne rare (Kollert et al., 2004 ; Lobo Duro et al., 2007 ; Chang et al., 2009). Il touche 1 à 6 cas pour 1 million d'individus en Europe (Nyrop et Grøntved, 2002 ; D'Haene et al., 2004). Le type histologique fréquemment retrouvé est le carcinome épidermoïde. La gravité de ce cancer est liée à l'envahissement rapide des structures osseuses de voisinage et à son caractère hyperalgique. L'imagerie médicale moderne est indispensable pour assurer le bilan d'extension et d'opérabilité. Son traitement est chirurgical, associé à une radiothérapie complémentaire.

A travers 3 cas cliniques pris en charge à la clinique d'ORL du Centre National Hospitalier Universitaire Hubert Koutoukou Maga (CNHU-HKM) de Cotonou au Bénin, les auteurs ont souligné les difficultés diagnostiques et thérapeutiques.

OBSERVATIONS

Cas N°1

Un pasteur de 55 ans, a été vu en mai 2004 pour une otorrhée purulente unilatérale droite striée de sang. L'association d'algies auriculaires homolatérales d'intensité progressive, de vertiges, d'acouphènes et d'hypoacousie a motivé une consultation en milieu spécialisé. L'interrogatoire n'avait pas retrouvé d'antécédent ni de tare particulière. L'examen otoscopique a objectivé une tumeur polypoïde comblant le méat acoustique externe droit et s'étendant au tragus. L'oreille controlatérale était saine. Il n'existait pas d'adénopathies, ni de paralysie faciale. Un traitement médical à base de quinolone et de corticoïde a été institué. Vue la persistance de l'otorrhée et la non régression de la tumeur une biopsie avec examen anatomopathologique été réalisée et avait conclu à une lésion inflammatoire. Une nouvelle cure d'antibio corticothérapie a été instituée. En Juin 2004, une biopsie exérèse de la masse tumorale a été réalisée par voie

endaurale pour un nouvel examen anatomopathologique qui a conclu à une prolifération de cellules épidermoïdales dyscaryotiques avec un pléomorphisme modéré et quelques mitoses. Il s'y associe une importante kératopoièse. Il s'agissait donc d'un carcinome épidermoïde bien différencié. L'évolution a été marquée par un tarissement de l'otorrhée puis l'apparition 5 mois plus tard d'un bourgeon charnu prurigineux comblant entièrement le méat acoustique externe. Le scanner du rocher et du cou a montré une masse lytique de l'oreille externe étendue à l'oreille moyenne. Cette tumeur avait été classée T4a selon la classification TNM radio clinique de Pittsburgh révisée en 2002 qui reconnaît 4 stades pour les carcinomes épidermoïdes.

Une décision chirurgicale avait été prise mais rejetée par le patient qui décéda 1 an plus tard dans un état cachectique avec une tumeur étendue aux structures cartilagineuses conchales, à l'auricule, à la mastoïde et fixée au plan profond.

Cas N°2

Un cuisinier de 58 ans hypertendu sous traitement a été vu en consultation en décembre 2002 pour une otorrhée purulente trainante avec otorragie sur un polype. L'otoscopie a objectivé une tumeur bourgeonnante comblant le méat acoustique externe gauche. Il n'y avait pas d'adénopathie cervicale.

Une biopsie avait été réalisée en septembre 2002. L'examen anatomopathologique avait conclu à un carcinome épidermoïde bien différencié.

Une tomодensitométrie des oreilles et du cou avec et sans injection de produit de contraste avait révélé une masse lytique comblant le méat acoustique externe qui était élargi. Les parties molles temporo - mastoïdiennes étaient suspectes et les parois du méat acoustique externe irrégulières. Cette tumeur a été classée stade T4a.

Le patient a été opéré le 11/12/2002 et a bénéficié d'une chirurgie large type pétrectomie partielle qui a emporté toute la masse, la mastoïde, la membrane tympanique, le pôle inférieur et le bord postérieur de la parotide. La caisse et son contenu étaient sains. Les suites opératoires immédiates ont été marquées par une suppuration locale et des lâchages de fil malgré une antibiothérapie systématique. Après cicatrisation une radiothérapie externe de 60 Grays à raison de 2 Gy/j, 5 jours/7 pendant 6 semaines a été effectuée au Ghana à partir du 02 Janvier 2003 puis le patient perdu de vue.

Il a été revu en 2007 pour récurrence locale, des algies de l'articulation temporo - mandibulaire et un trismus. Une proposition de reprise chirurgicale a été faite mais le patient a disparu sans avoir réalisé les examens complémentaires demandés. Le décès est survenu en 2009.

Cas N°3

Monsieur Fran. G., 59 ans, chauffeur a consulté en Juillet 2007 pour une hypoacousie, des acouphènes pulsatiles unilatéraux droits, des céphalées et un amaigrissement non chiffré.

En Février 2007 était apparue une tuméfaction rétro

auriculaire droite fluctuante dont l'incision a permis d'évacuer 10 millilitres de pus. La récurrence de la tuméfaction et surtout son évolution ulcéro bourgeonnante en Juin 2007 avait orienté vers une tumeur maligne. En effet, la tumeur avait augmenté de volume s'étendant de la région prétragienne à la région rétro - auriculaire obstruant complètement le méat acoustique externe. Il n'y avait pas d'adénopathie cervicale, ni de paralysie faciale périphérique. L'échographie cervicale avait montré une hypertrophie de la glande parotide droite avec de multiples nodules et un kyste intraparenchymateux. Le patient n'a pu réaliser d'examen tomодensitométrique. L'examen anatomopathologique de la pièce de biopsie de la tumeur du méat acoustique externe avait conclu à un carcinome épidermoïde. Il s'agissait d'une tumeur au stade T4a.

Il a été réalisé le 08/08/2007 une incision arciforme autour de l'auricule droit, emportant la totalité de la masse tumorale, de la glande parotide sans conservation du nerf facial, du canal de Sténon avec respect du tympan qui était sain. En profondeur, dans la région du foramen jugulaire, le contrôle était laborieux.

L'examen anatomopathologique définitif de la pièce d'exérèse a conclu à un carcinome adénosquameux modérément différencié. Le tissu parotidien n'était que superficiellement infiltré.

L'apparition d'une tuméfaction rétro - auriculaire droite 2 mois après l'intervention a nécessité une hospitalisation pour chimiothérapie faite de 5 Fluoro - Uracile 1000 mg de J1 à J5 et Cis Platine 100 mg à J2 pour un poids de 60 kg. Sur les 6 cures envisagées le patient n'a pu effectuer que 2 pour des raisons financières et a été perdu de vue en avril 2008.

DISCUSSION

Le cancer à point de départ du méat acoustique externe est rare. Sa prévalence est estimée à 1 à 6 cas pour 1 million d'individus en Europe (Nyrop et Grønved, 2002 ; D'Haene et al., 2004). Seul un patient sur 10000 présentant une plainte auriculaire (otorrhée, otalgie) pourra développer une pathologie tumorale maligne de l'oreille externe (Nemecheck et Amedee, 1995). Dans cette étude, seul 3 sur 4303 patients vus de 2002 à 2007 pour pathologies auriculaires étaient concernés.

Le cancer du méat acoustique externe touche l'adulte ou le sujet âgé de plus de 50 ans (D'Haene et al., 2004). Sa survenue chez l'adulte jeune de moins de 40 ans n'est pas exceptionnelle. La prédominance masculine est retrouvée dans la littérature (Quaranta et al., 2007 ; Chang et al., 2009).

Au plan étiopathogénique, l'exposition aux rayons ultra- violets soutenue par plusieurs auteurs n'a jamais été prouvée. Cette exposition n'a pas été démontrée chez les patients de notre série qui étaient tous de sexe masculin âgés de 55, 58 et 59 ans.

Le cancer du méat acoustique externe se manifeste par une otorrhée purulente, sanguinolente et persistante associée à une hypoacousie (Chang et al., 2009). Ces signes ont été associés à une otalgie ou aux acouphènes pulsatiles dans les cas ici étudiés.

L'aspect physique est celui d'une otite externe banale ou d'une tumeur bourgeonnante, intéressant l'oreille externe et moyenne (Toquet et al., 1999; D'Haene et al., 2004). Cet aspect a été retrouvé chez les patients de notre série qui ont été vus à un stade évolué. Le cas N°3 avait un aspect ulcéro-bourgeonnant. Ces différents aspects cliniques ne sont pas spécifiques d'une tumeur maligne de l'oreille. La TDM aide au diagnostic de présomption et d'orientation. Elle permet d'objectiver des images de comblement de l'oreille externe et moyenne et des lyses osseuses pariétales. L'échographie cervicale et l'IRM peuvent être utiles pour mieux explorer les structures molles et les adénopathies.

L'examen anatomopathologique des pièces de biopsie ou d'exérèse reste l'examen clé du diagnostic. Tantôt, ils concluent à un aspect inflammatoire, tantôt ils confirment la nature maligne et précise le type histologique de la tumeur. Les carcinomes épidermoïdes représentent 50 à 70% des cancers du méat acoustique externe dont 8 à 25% sont des basocellulaires. Les autres types histologiques sont rares (Mansour et al., 1992; Yeung et al., 2002). Les 3 cas présentés sont des carcinomes épidermoïdes vus à un stade avancé avec des lyses osseuses au scanner.

L'attitude thérapeutique repose sur le caractère infiltrant, le grade histologique de la tumeur, la présence d'adénopathie et la classification de Pittsburgh. Cette dernière reconnaît 4 stades :

- T1 la tumeur est limitée au méat auditif externe sans atteinte osseuse ;
- T2 la tumeur est limitée au méat auditif externe et l'atteinte osseuse des parois est inférieure à 5 mm ;
- T3 l'atteinte osseuse pariétale du méat est supérieure à 5 mm et il existe une extension à l'oreille moyenne ou une paralysie faciale ;
- T4 / T4a atteinte des tissus latéraux cutanés (conque, peau retro auriculaire) et des structures parotidiennes ou de la fosse infra temporale ;
- T4b atteinte de l'oreille interne et de l'apex pétreux ;
- T4c atteinte durale et intra durale.

Cette attitude thérapeutique consiste à réaliser une chirurgie large de la tumeur le plus souvent associée à une radiothérapie. Le geste chirurgical associe à des degrés variables une pétrectomie externe voire totale, une parotidectomie exofaciale, une condylectomie mandibulaire, l'exérèse de la peau et du méat acoustique externe ou de l'auricule.

Dans le cadre de la pétrectomie totale un sacrifice de la carotide interne, une trachéotomie et une alimentation entérale sont préconisés. Une chirurgie moins agressive est indiquée pour des tumeurs de stade I ou II (Chang et al., 2009).

Les carcinomes spinocellulaires, infiltrant le muscle temporal, la parotide, l'oreille interne, le tissu méningo cérébral bénéficient d'une amputation totale de l'auricule, du muscle, de l'os temporal et de la parotide (Quaranta et al., 2007).

L'indication d'un curage ganglionnaire sur les relais de

drainage de l'oreille est posée en fonction des atteintes des ganglions parotidiens, prétragien, mastoïdiens et jugulocarotidiens supérieurs. Ce curage est sélectif ou complet.

La radiothérapie externe est d'usage courant. Elle peut être pré ou post-opératoire en fonction des limites d'exérèse et des atteintes ganglionnaires. Pour certains auteurs, sa prescription est systématique quelque soit les limites d'exérèse (Kollert et al., 2004 ; Lobo Duro et al., 2007). Pour d'autres, son usage est réservé aux résections tumorales incomplètes (Chang et al., 2009). Les tumeurs très évoluées non opérables et sur terrain fragile relèvent de la chimio radiothérapie (Kollert et al., 2004).

Notre attitude thérapeutique a consisté en une large exérèse emportant les structures osseuses, cartilagineuses du méat acoustique externe, la parotide et le tympan. L'extension en superficie étant limitée, le pavillon a été respecté. Deux de nos patients ont bénéficié de ce type de technique chirurgicale et il a été associé une radiothérapie complémentaire chez l'un d'eux.

Au plan évolutif, les carcinomes épidermoïdes ont un taux de récurrence élevé, pouvant atteindre 50% après radiothérapie (Chang et al., 2009). Le contrôle carcinologique dans cet environnement cutané-chondro-osseux reste hypothétique et les résections incomplètes sont à l'origine de récurrences. Dans notre étude, le délai d'apparition des récurrences variait de 2 mois (chirurgie seule) à 5 ans (chirurgie et radiothérapie).

La radiothérapie complémentaire permet de stériliser le foyer d'exérèse et son voisinage. Le patient qui avait reçu une radiothérapie complémentaire a connu une survie de 7 ans, comparable à celle de la littérature. Elle serait de 87% pour les stades I et II ; 21% pour les stades III et IV après chirurgie et radiothérapie combinées (Lobo Duro et al., 2007).

Pour notre part, vu le coût élevé de la radiothérapie estimée à 1 million de francs CFA au Ghana et au Nigéria, l'absence de sécurité sociale pour assurer une chimiothérapie inabordable pour les patients (6 cures de Cis platine et 5 Fluoro-uracile estimé à neuf cent mille francs CFA) et l'absence de matériel optique est une arme thérapeutique repose surtout sur la chirurgie. Il est souhaitable que nous disposions d'une radiothérapie complémentaire pour mieux stériliser les foyers carcinomateux afin d'obtenir des résultats comparables à ceux de la littérature.

CONCLUSION

Les carcinomes du méat acoustique externe sont rares. Leur symptomatologie clinique est banale, faite d'une otalgie et d'une otorrhée trainante parfois striée de sang et leur gravité est liée aux différentes extensions cutané-chondro-osseuses. Le diagnostic d'orientation est assuré par le scanner et celui de certitude par l'examen anatomopathologique de la pièce opératoire ou de biopsie qu'il faut savoir répéter.

Le dépistage du cancer du méat acoustique externe doit être précoce. Il impose une prise en charge chirurgicale associée à une radiothérapie, seul gage d'un pronostic amélioré.

REFERENCES

- Chang CH, Shu MT, Lee JC, Leu YS, Chen YC, Lee KS. 2009. Treatments and outcomes of malignant tumors of external auditory canal. *Am J Otolaryngol*, **30**(1): 44-48.
- D'Haene N, Saal I, Louryan S, Choufani G, Hassid S, Rimmelink M, Salmon I. 2004. Un adénocarcinome du méat acoustique externe. *Rev Med Brux*, **25**: 103-106.
- Kollert M, Draf W, Minovi A, Hofmann E, Bockmühl U. 2004. Carcinoma of the external auditory canal and middle ear: therapeutic strategy and follow up. *Laryngorhinootology*, **83**(12): 818-823.
- Lobo Duro D, Llorente Pendás JL, Suárez Nieto C. 2007. Primary tumor of the external auditory canal. Our experience in 34 patients. *Acta Otorhinolaryngol Esp*, **58**(1): 20-24.
- Mansour P, George MK, Pahor AL. 1992. Ceruminous gland tumors: a reappraisal. *J Laryngol Otol*, **106**: 727-732.
- Nemecek AJ, Amedee RG. 1995. Tumors of the external ear. *J La State Med Soc*, (The journal of the Louisiana state medical society) **147**(6): 239-242.
- Nyrop M, Grøntved A. 2002. Cancer of the external auditory canal. *Arch Otolaryngol Head Neck Surgery*, **128**: 834-837.
- Quaranta A, Berardi P, Piscitelli D, Fiore MG, Calace A, Resta L. 2007. Spindle cell carcinoma of the external meatus with intracranial extension: histological, immunohistochemical and electron microscopic evaluation. *Acta Otolaryngol*, **127**(1): 105-109.
- Toquet J, Malard O, Beauvillain de Montreuil C. 1999. Tumeurs malignes de l'oreille. *Encycl Med Chir, oto - rhino - laryngologie*. 20247 A-10 : 10p.
- Yeung P, Bridger A, Smee R, Baldwin M, Bridger GP. 2002. Malignancies of the external auditory canal and temporal bone: a review. *ANZ J Surg*, **72**: 114-120.