

P3

Données socio-démographiques,
diagnostiques et thérapeutiques des cancers
du larynx à Cotonou

Vodouhe UB, Ouédraogo RW-L, Do Santos
Zounon A, Abdoulaye S,
Avakoudjo F, Lawson Afouda S, Adjibabi W,
Vignikin Yehouessi B

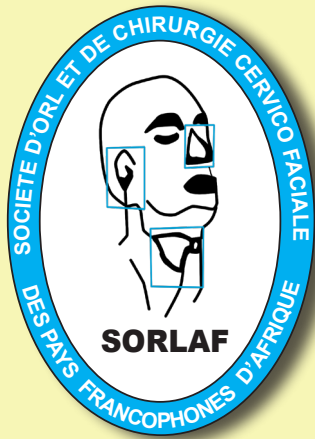
La Revue Africaine d'ORL et de Chirurgie
Cervico-Faciale.

Vol 21, N°2

Disponible sur le site :

[http://www.santetropicale.com/manelec/fr/fmc/
index.asp?fmc=orl](http://www.santetropicale.com/manelec/fr/fmc/index.asp?fmc=orl)

*ISSN-ISBN 0465-4668. Revue à comité de
lecture.*



La Revue Africaine d'ORL et de Chirurgie Cervico-Faciale

Publication de la Société d'ORL et de Chirurgie Cervico-Faciale
des pays d'Afrique Francophone (SORLAF)

Sommaire

05 Editorial

Articles originaux

07 **Cancers du larynx au service ORL de l'Hôpital Général Idrissa Pouye: A propos de 46 cas colligés.**

Déguénonvo REA, Sy A, Dial CMM, Mpamy JC, Diallo MD, Diop A, Thiam A, Diouf MS, Diallo BK, Diouf R.

14 **Données socio-démographiques, diagnostiques et thérapeutiques des cancers du larynx à Cotonou**

Vodouhe UB, Ouédraogo R WL., Do Santos Zounon A, Abdoulaye S, Avakoudjo F, Lawson Afouda S, Adjibabi W, Vignikin Yehouessi B.

21 **Facteurs impliqués dans la survenue des complications des thyroïdectomies au CHU de Treichville**

Mboua NJV, Koffi-Aka V, Yavo-Dosso NK, Mobio NMA.

30 **Déterminants de l'adénoïdectomie chez l'enfant et proposition d'un score pronostique à partir des indications opératoires**

Sy A, Diene A, Sall AC, Ba PY, Faye AD, Ndiaye M.

36 **Polypose nasosinusienne en Afrique de l'Ouest**

Zaghré N, Nao EM, Bambara CL, Zaghré SE, Touré M, Ouédraogo T, Sidibé D, Ouédraogo BP, Sérémé M, Gyébré YMC.

41 **Profil socio-épidémiologique des candidats à l'implantation cochléaire à Abidjan**

Tanon-Anoh MJ, Gbané M, Badou-Nguessan E, Kouassi M, Mobio NMA, Téa B, Buraima F.

Cas cliniques

49 **Anévrisme de l'aorte thoracique découvert par une dysphagie chronique : à propos d'un cas**

Nao EEM, Lengané NI, Yé DL, Bambara C, Tapsoba A, Sérémé M, Gyébré YMC.

52 **Localisation inhabituelle dans le cavum d'un adulte d'un corps étranger : à propos d'un cas et revue de la littérature.**

Sanou SM

57 **Insolite empalement de l'oropharynx chez un adulte**

Kouassi NH, Vroh BTS, Adje YA, Nawatta KDC, Assua KE, Koffi W, Kouassi-Ndjeundo JE, N'gattia KV.

Instructions aux auteurs

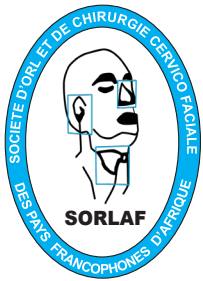
2021

Volume 21

N° 2



Éditions Universitaires
de Côte d'Ivoire



La Revue Africaine d'ORL et de Chirurgie Cervico-Faciale

*Publication de la Société d'ORL et de Chirurgie
Cervico-Faciale des pays d'Afrique Francophone (SORLAF)*

Directeur de publication

Mostafa Detsouli (Président de la SORLAF)

Rédacteur en chef

Marie-Josée Tanon-Anoh

Rédacteur en chef adjoint

Viviane Koffi-Aka

Comité d'honneur

Geneviève Bengono-Touré (Cameroun), E. Malick Diop (Sénégal),
Bertin K. Kouassi (côte d'Ivoire), Alhousseïni Ag Mohamed (Mali)

Conseillers scientifiques

Raymond Diouf (Sénégal), Martine François (France), Célestin Hounkpé (Bénin),
Eyawéloh Kpemissi (Togo), Kampadilemba Ouoba (Burkina Faso),
André Valdazo (France), Patrice Tran Ba Huy (France)

Comité de rédaction

Otologie et audiophonologie : Mohamed Kéita (Mali), Valéry N'Gattia (Côte d'Ivoire)
Rhinologie et allergologie : Bay Karim Diallo (Sénégal), Mathurin Yao Kouassi (Côte d'Ivoire)
Pharyngo-Laryngologie : Moustapha Sérémé (Burkina Faso), Jérôme Miloundja (Gabon)
Chirurgie de la face et du cou : Viviane Koffi-Aka (Côte d'Ivoire), Richard Chatigre (Côte d'Ivoire)
ORL Pédiatrique : Marie-Josée Tanon-Anoh (Côte d'Ivoire), Bernadette Vignikin Yehouessi (Bénin)

Comité Scientifique et de Lecture

Abdelhamid Benghalem (Casablanca, Maroc), Eshohanam Boko (Lomé, Togo), Pierre Fayoux (Lille, France),
Benoit Godet (Rennes, France), Yvette Gyebre (Ouagadougou, Burkina Faso), Max Ange Mobio (Abidjan,
Côte d'Ivoire), Issa Cheick Ndiaye (Dakar, Sénégal), Richard Njock (Douala, Cameroun), Alexis Ndjolo
(Yaoundé, Cameroun), Gontran Odzontto (Brazzaville, Congo), Bertin P. Ouédraogo (Ouagadougou,
Burkina Faso), Abdelaziz Raji (Marrakech, Maroc), Basilide Téa (Abidjan, Côte d'Ivoire),
Christophe Vincent (Lille, France), Adjibabi Wassi (Cotonou, Bénin).

Sommaire

05 Editorial

ARTICLES ORIGINAUX

7. **Cancers du larynx au service ORL de l'Hôpital Général Idrissa Pouye: A propos de 46 cas colligés.**
Déguénonvo REA, Sy A, Dial CMM, Mpamy JC, Diallo MD, Diop A, Thiam A, Diouf MS, Diallo BK, Diouf R.
14. **Données socio-démographiques, diagnostiques et thérapeutiques des cancers du larynx à Cotonou**
Vodouhe UB, Ouédraogo R WL., Do Santos Zounon A, Abdoulaye S, Avakoudjo F, Lawson Afouda S, Adjibabi W, Vignikin Yehouessi B.
21. **Facteurs impliqués dans la survenue des complications des thyroïdectomies au CHU de Treichville**
Mboua NJV, Koffi-Aka V, Yavo-Dosso NK, Mobio NMA.
30. **Déterminants de l'adénoïdectomie chez l'enfant et proposition d'un score pronostique à partir des indications opératoires**
Sy A, Diene A, Sall AC, Ba PY, Faye AD, Ndiaye M.
36. **Polypose nasosinusienne en Afrique de l'Ouest**
Zaghré N, Nao EM, Bambara CL, Zaghré SE, Touré M, Ouédraogo T, Sidibé D, Ouédraogo BP, Sérémé M, Gyébré YMC.
41. **Profil socio-épidémiologique des candidats à l'implantation cochléaire à Abidjan**
Tanon-Anoh MJ, Gbané M, Badou-Nguessan E, Kouassi M, Mobio NMA, Téa B, Buraima F.

CAS CLINIQUES

49. **Anévrysme de l'aorte thoracique découvert par une dysphagie chronique : à propos d'un cas**
Nao EEM, Lengané NI, Yé DL, Bambara C, Tapsoba A, Sérémé M, Gyébré YMC.
52. **Localisation inhabituelle dans le cavum d'un adulte d'un corps étranger : à propos d'un cas et revue de la littérature.**
Sanou SM
57. **Insolite empatement de l'oropharynx chez un adulte**
Kouassi NH, Vroh BTS, Adje YA, Nawatta KDC, Assua KE, Koffi W, Kouassi-Ndjeundo JE, N'gattia KV.

INSTRUCTIONS AUX AUTEURS

Selon l'écrivain-cinéaste américain Greg S Reid, « un rêve qui est écrit avec une date devient un objectif. Un objectif décomposé en plusieurs étapes devient un plan. Un plan soutenu par des actions fait du rêve une réalité ».

Certaines réalités panafricaines ORL sont consignées dans les pages de ce numéro. Encourageantes ou pas, ces réalités ont le mérite de traduire la pratique des auteurs.

Les réalités des cancers du larynx au Sénégal ou au Bénin ont certainement des similitudes qui s'étendent au-delà de ces pays.

La détermination de certains indicateurs comme les facteurs impliqués dans la survenue des complications des thyroïdectomies ou les déterminants de l'adénoïdectomie chez l'enfant devrait permettre d'améliorer la réalité de la prise en charge des patients.

La réalité de l'implantologie cochléaire à Abidjan permet de décrire le profil des candidats éligibles.

Des situations insolites confirment la richesse sémiologique des affections du vaste domaine ORL et l'intérêt de la mutualisation des compétences interdisciplinaires.

Bravo aux collègues qui ont pu faire de leurs rêves des réalités ; ils vont certainement encourager le partage d'autres réalités de la spécialité à partir des rêves naissants.

Professeur Viviane Koffi AKA

Chef de service ORL et CCF du CHU de Treichville (Côte d'Ivoire)

Données socio-démographiques, diagnostiques et thérapeutiques des cancers du larynx à Cotonou

Socio-demographic, diagnostic and therapeutic data of laryngeal cancers in Cotonou

**Vodouhe UB¹, Ouédraogo RW-L², Do Santos Zounon A¹, Abdoulaye S¹, Avakoudjo F¹,
Lawson Afouda S¹, Adjibabi W¹, Vignikin Yehouessi B¹**

1-Faculté des Sciences de la Santé de l'Université d'Abomey-Calavi (R. BENIN)

2-CHU Sourô SANOU de Bobo Dioulasso, Service d'ORL et Chirurgie cervico-faciale

Correspondance : Ulrich Bidossessi VODOUHE,
ORL-CCF CHUZ Suru-Léré, 06 BP 2664 Cotonou- Benin
Tél: (00229)97-67-11-65/ 95-42-54-32, Email: bidulrich@yahoo.fr

RÉSUMÉ

Introduction : Le cancer du larynx reste l'un des plus fréquents cancers des voies aéro-digestives supérieures. Le but de cette étude était de déterminer les caractéristiques socio-démographiques, diagnostiques et thérapeutiques de ces cancers au Centre National Hospitalier et Universitaire de Cotonou (CNHU).

Matériel et méthode : enquête descriptive et analytique réalisée dans le service d'ORL du CNHU entre le 1er Janvier 2006 et le 31 Décembre 2015. Elle a concerné les nouveaux cas de cancer du larynx recensés dans la période d'étude.

Résultat : en 10 ans, 14 cas ont été enregistrés soit une prévalence de 4,1 cas par an. L'âge moyen des patients était de 57,92 ans \pm 12,25 ans avec des extrêmes de 38 ans et 80 ans. Un seul sujet était de sexe féminin. Les principaux facteurs de risque notés étaient l'exposition professionnelle à la poussière : 7 cas, la consommation de tabac : 5 cas et la consommation d'alcool : 2 cas. Les signes d'appel prédominants étaient la dysphonie : 14 cas, la dyspnée : 11 cas et la dysphagie : 8 cas. Le délai entre le début de la symptomatologie et la première consultation ORL variait de 3 mois et 420 mois avec une moyenne de 48,5 mois. Les tumeurs bourgeonnantes et les tumeurs infiltrantes étaient les plus notées à la nasofibroscope avec des proportions respectives de 7 et 4. La lésion a concerné les 3 étages du larynx dans 11 cas. Des adénopathies cervicales ont été notées dans 7 cas. Tous les patients présentaient des troubles de la mobilité des cordes vocales. Des adénopathies cervicales ont été notées chez 7 patients. L'examen anatomopathologique des pièces de biopsie laryngée a permis d'objectiver 12 cas de carcinome épidermoïde et 2 cas d'adénocarcinome. La chirurgie était le principal moyen thérapeutique utilisé. La survie est faible.

Conclusion : la fréquence des cancers du larynx est en hausse dans notre contexte. Ils étaient souvent vus au stade tardif. La dysphonie en était le maître symptôme. L'arsenal thérapeutique mérite d'être renforcé en vue d'améliorer la survie des patients.

Mots-clés : Tumeurs, voies aériennes, épidémiologie, dysphonie, survie.

SUMMARY

Introduction: Laryngeal cancer remains one of the most frequent cancers of the upper aero-digestive tract. The aim of this study was to determine the socio-demographic, diagnostic and therapeutic characteristics of these cancers at the National teaching Hospital of Cotonou (CNHU).

Material and method: descriptive and analytical survey carried out in the ENT department of the CNHU between January 1st, 2006, and December 31, 2015. It concerned new cases of laryngeal cancer identified during the study period.

Results: in 10 years, 14 cases have been recorded, giving a prevalence of 4.1 cases per year. The average age of the patients was 57.92 years \pm 12.25 years with extremes of 38 years and 80 years. Only one subject was female. The main risk factors noted were occupational exposure to dust: 7 cases, tobacco consumption: 5 cases and alcohol consumption: 2 cases. The predominant warning signs were dysphonia: 14 cases, dyspnea: 11 cases and dysphagia: 8 cases. The time between the onset of symptoms and the first ENT consultation varied from 3 months to 420 months with an average of 48.5 months. Budding tumors and infiltrating tumors were the most noted on nasofibroscope with respective proportions of 7 and 4. The lesion concerned the 3 levels of the larynx in 11 cases. Cervical adenopathies were recorded in 7 cases. All patients had vocal cord mobility disorders. Cervical lymphadenopathy was reported in 7 patients. Anatomopathological examination of laryngeal biopsy specimens revealed 12 cases of squamous cell carcinoma and 2 cases of adenocarcinoma. Surgery is the main therapeutic means used. Survival is low.

Conclusion: laryngeal cancers were often seen at the late stage in our context. Dysphonia is the main symptom. The therapeutic arsenal deserves to be strengthened in order to improve patient survival.

Keywords: Tumors, airways, epidemiology, dysphonia, survival.

INTRODUCTION

Le cancer du larynx reste l'un des plus fréquents cancers des voies aéro-digestives supérieures [1,2]. Il existe plusieurs types de cancer du larynx [3-6]. Ces affections malignes plus fréquentes chez l'homme, ont pour principal facteur de risque la consommation de tabac et de l'alcool [2,3,5,7]. Le diagnostic précoce des cancers du larynx (CL) permet d'avoir une meilleure survie [8]. En Tunisie, il représente environ 7,3 % de l'ensemble des cancers et 31 % des cancers des voies aéro-digestives supérieures (VADS), soit le deuxième cancer après celui du cavum [2]. Les dernières études publiées sur la pathologie au Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutoukou Maga (CNHU-HKM) de Cotonou au Bénin remontent à 2009 [8]. L'objectif de cette étude était donc d'actualiser les données dans notre contexte.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

L'étude s'est déroulée à la clinique universitaire d'Oto-rhino-laryngologie et de chirurgie Cervico-Faciale (ORL-CCF) du CNHU-HKM. Il s'est agi d'une étude transversale et descriptive à collecte rétrospective, allant du 1er janvier 2006 au 31 décembre 2015 soit 10 ans. Elle a concerné les patients pris en charge pour cancer du larynx dans le service durant la période d'étude. Le diagnostic était retenu sur la base du résultat anatomo-pathologique après biopsie de la lésion laryngée. Les dossiers inexploitable n'ont pas été pris en compte. Une fiche d'enquête pré établie a permis de recueillir les données. Le cancer du larynx était la seule variable dépendante. Les variables indépendantes étaient socio-démographiques (âge, sexe, facteurs de risque), cliniques (signes d'appels, délai avant consultation, antécédents, données de l'examen physique), thérapeutiques (chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie) et évolutifs (récidive, métastases, guérison ou autres complications). Un masque de saisie a été élaboré avec le logiciel EXCEL 10. Les données ont été ensuite apurées et exportées vers le logiciel Spss 21 pour l'analyse et la confection des graphiques. Les résultats ont été présentés sous forme de proportions pour les variables qualitatives, représentées sous forme de graphique et de tableaux pour les variables quantitatives. Les variables quantitatives ont été exprimées en moyenne plus ou moins en écart type. L'anonymat des patients et la confidentialité des données ont été respectés.

RÉSULTATS

Caractéristiques socio-démographiques

Sur 3496 patients hospitalisés dans le service durant la période d'étude, 41 patients l'ont été pour un cancer du larynx soit 1,17% des pathologies et 4 cas de cancer du larynx par an. Sur les 41 cas colligés, 14 observations soit 34% étaient exploitables et ont été retenues pour la suite de l'étude.

Age et sexe

L'âge des patients a varié de 38 à 80 ans. L'âge moyen était de 57,92 ans \pm 12,25 ans. Le sex ratio était 13. La figure 1 montre la répartition des cas selon les tranches d'âge et le sexe.

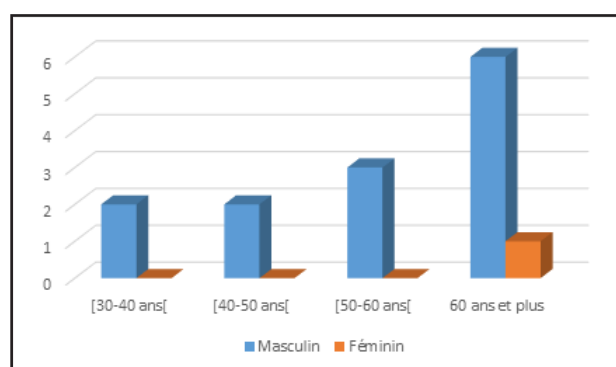


Figure 1 : répartition des cas en fonction des tranches d'âge et du sexe

Facteurs de risque

Le tableau I indique la répartition des cas selon les facteurs de risque enquêtés.

Tableau I : répartition des cas selon les facteurs de risque

	Effectif
Tabac	07
Exposition à la poussière	07
Consommation de café	05
Alcool	02
Exposition aux hydrocarbures	01
Exposition à la peinture	01
Papillomatose cornée	01

Données diagnostiques

Délai avant la consultation médicale

Le délai entre le début de la symptomatologie et la consultation médicale variait entre 3 mois et 420 mois avec un délai moyen de 48,5 mois.

Signes d'appel

Les signes d'appel qui ont motivé la consultation en ORL sont consignés dans le tableau II.

Tableau II : Répartition des patients selon les signes d'appel des cancers du larynx recensés

	Effectif
Dysphonie	14
Otalgie réflexe	14
Dyspnée laryngée	11
Dysphagie	04
Odynophagie	04
Toux	04
Amaigrissement	04
Fausse routes	02
Adénopathie cervicale	02

Aspect macroscopique

Les explorations avaient objectivé 01 cancer glottique, 04 cancers sus-glottiques et 09 cancers des trois étages. Le tableau III indique les différentes lésions macroscopiques observées.

Tableau III : répartition des patients selon l'aspect macroscopique de la tumeur laryngée

	Effectif
Bourgeonnant	07
Infiltrant	04
Ulcéro-bourgeonnant	02
Ulcéro-infiltrant	01
Total	14

Un examen endoscopique sous anesthésie générale a été effectué chez chaque patient. Au cours de l'examen, la lésion laryngée a été biopsiée puis l'examen anatomo-pathologique a été effectué. Il en résulte que 12 patients avaient un carcinome épidermoïde et 2 présentaient un adéno-carcinome.

Imagerie effectuée

Tous les patients ont fait un bilan constitué de radiographie pulmonaire, d'échographie abdominale et d'un scanner laryngé.

La figure 2 illustre la répartition des 12 patients selon la classification TNM.

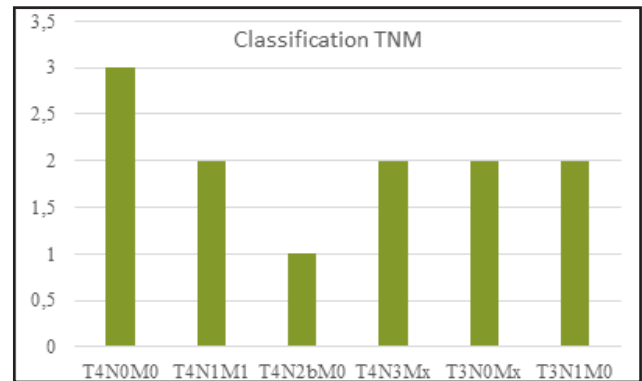


Figure 2 : Répartition des patients selon la classification TNM

Aspects thérapeutiques

Une prise en charge médicale a été réalisée dans 13 cas. Un évidement ganglionnaire bilatéral était réalisé chez tous les patients opérés. Trois patients avaient été évacués en Europe où ils ont bénéficié de la radiothérapie non disponible au Bénin. La chimiothérapie réalisée était au protocole TPF : T= docétaxel 75 mg/m² à J1, P= cisplatine 75 mg/m² à J1

F = 5-fluorouracile 750 mg/m² de J1 à J5 en perfusion. Un traitement adjuvant constitué d'antalgiques, d'anti-inflammatoires, de réhydratation hydro électrolytique et d'antibiotiques a été institué aux opérés. Les métastases étaient pulmonaires chez les quatre patients concernés. La survie était de 5 cas en 3 ans, 4 cas en 5 ans et 1 cas en 10 ans.

Le tableau IV met en évidence les traitements effectués et l'évolution.

Tableau IV : répartition des patients selon les types histologiques, la classification TNM, le traitement administré et l'évolution

N°	Type histologique	TNM	Traitement	Evolution
1	CE	T3N0Mx	Trachéotomie +LT+ Radiothérapie	PDV
2	CE	T4N1M1	LT	PDV
3	CE	T4N0M0	Trachéotomie+LT+ Radiothérapie	Métastase (4 ans)
4	CE	T4N3Mx	Trachéotomie+ Chimiothérapie	Décès (25 ^{ème} jour)
5	CE	T4N2BM0	Trachéotomie+ Chimiothérapie	Décès (1an)
6	CE	T4N1M1	Trachéotomie+ PLT	PDV
7	ADK		Aucun	
8	CE	T4N3Mx	Trachéotomie+ Chimiothérapie+ Radiothérapie	PDV
9	CE	T3N1M0	PLT+ Chimiothérapie+ Radiothérapie	Métastase (2 ans)
10	CE	T4N0M0	Trachéotomie+ Chimiothérapie	Métastase (5 ans)
11	ADK		Trachéotomie+ Chimiothérapie	PDV
12	CE	T4N0M0	Trachéotomie + LT	Métastase (8 ans)
13	CE	T3N0Mx	Trachéotomie+ chimiothérapie	PDV
14	CE	T3N1M0	Trachéotomie+ LT	10 ans

CE : carcinome épidermoïde, ADK : adéno-carcinome

LT ; laryngectomie totale ; PLT : pharyngo-laryngectomie totale PDV : perdu de vue

DISCUSSION

Les cancers du larynx sont les plus fréquents des voies aéro-digestives supérieures [1, 9, 10]. Ils occupent la 2^{ème} place parmi les cancers de la tête et du cou [11]. Le nombre de nouveaux cas estimé en Slovaquie était de 150000 chaque année [12]. Cette fréquence augmente dans les pays en émergence économique [13]. La fréquence de l'affection est en très légère hausse au Bénin, allant de 3 cas par an en 2009 [8] à 4 cas par an en 2015. Mvouni Oyono et al [14] avaient rapporté 03 cas par an. Ces résultats sont comparables à ceux observés dans cette étude. Cependant, Traore et al [15] au Mali ont enregistré 18 cas en 11 mois soit une fréquence nettement supérieure à celle de cette étude.

Sur les 14 cas retenus, 13 étaient de sexe masculin. Cette forte prédominance masculine est rapportée également par d'autres auteurs [4-6, 8, 16-19]. La consommation d'alcool et de tabac, principaux facteurs de risque de survenue du cancer du larynx, sont beaucoup plus l'apanage des sujets de sexe masculin. Le même constat avait été fait par Yehouessi et al [8] en 2009.

L'âge moyen des patients dans cette série était de 57,92 ans, contre 63,6 ans en 2009 au Bénin [8]. Dubal et al [5] avaient identifié un âge moyen de 66.0 ± 10.8 ans. Des travaux de Zitouni et al [11], il ressort un âge moyen de 50 ans, avec des extrêmes de 27 et 76 ans et une médiane de 51 ans. Patel et al [16] aux Etats Unis, avaient noté un âge moyen de

62,3 ans. La moitié des patients de cette étude était âgée de plus de 60 ans. Calkovsky et al [12] en Slovaquie avaient noté les mêmes résultats avec 49,8% des cas. Il s'agit donc surtout d'un cancer de l'adulte au-delà de la cinquantaine.

Le plus jeune patient de cette série avait 38 ans. Mvouni Oyono et al [14] avaient eu un résultat similaire soit 31 ans. Ce constat pourrait évoquer une atteinte de plus en plus fréquente des adultes jeunes.

Les facteurs de risque les plus incriminés dans la survenue de ces cancers ont été le tabac, l'alcool et surtout leur association [20-23]. Dans cette étude, l'intoxication alcoolo-tabagique était retrouvée chez 05 patients. Deux, des patients de l'étude, étaient éthyliques sans autre addiction. Ce constat, souligne le rôle de l'alcool pris isolément, dans la survenue des cancers du larynx. D'autres travaux ont précédemment incriminé ces deux facteurs [2, 20]. Le tabagisme isolé était retrouvé comme facteur de risque dans 98% des cas par Calkovsky et al [12] en Slovaquie, 92% des cas par Cherkaoui et al [20] en Algérie. La moitié des patients ne consommait ni alcool ni tabac dans cette étude. Des études antérieures avaient également noté des cas de cancer du larynx chez des sujets ni alcooliques, ni tabagiques [2, 5, 7, 8]. D'autres facteurs promoteurs de la maladie pourraient donc être recherchés. Des facteurs oncogènes tels que les expositions professionnelles à la poussière et aux produits

chimiques (peinture, hydrocarbure), certains irritants (café, infusions traditionnelles), la présence de lésion précancéreuse (papillomatose laryngée) et la mauvaise hygiène bucco-dentaire étaient recensés dans cette série. Les mêmes facteurs ont été signalés par Gallegos et al^[13]. Les irradiations et des facteurs viraux ont aussi été rapportés dans la littérature^[11, 22].

Tous les patients avaient consulté pour dysphonie. Il s'agissait aussi du principal motif de consultation enregistré en 2009 au CNHU HKM^[8]. La dyspnée laryngée y était associée dans 11 cas. Ces signes d'appel ont été retrouvés dans les séries de Mvouni Oyono^[14], Zitouni^[11] ainsi que Cherkaoui^[20]. A cette association, s'ajoutent, la toux et la dysphagie notifiées par d'autres auteurs^[14, 15].

Le durée moyenne d'évolution de la symptomatologie avant la consultation médicale a augmenté passant de 36,5 mois en 2009 [8] à 48,5 mois en 2015. Le délai de consultation entre l'apparition des premiers symptômes et la première consultation ORL, a été long. Ce même constat a été fait dans la littérature^[14, 15]. Le retard à la consultation pourrait être lié au fait que la dysphonie soit un symptôme souvent isolé. Elle est d'abord banalisée puis traitée en première intention par automédication ou traditionnelle. Ce n'est que plus tard lorsque survient la dyspnée, signe très gênant, voire asphyxiant, que le patient consulte. Le diagnostic de cancer du larynx est donc posé tardivement comme c'est souvent le cas en Afrique sub saharienne^[14, 15].

Les patients présentaient, pour la plupart, une altération de l'état général avec amaigrissement et des adénopathies. Ces signes ont été observés, également, dans les séries de Traore et al.^[14]. Le retard à la consultation pourrait expliquer le retentissement de l'affection sur les différents organes des patients.

Les aspects macroscopiques décrits chez nos patients étaient par ordre décroissant: bourgeonnant, infiltrant, ulcéro-bourgeonnant et ulcéro-infiltrant. Ces aspects ont été répertoriés dans le même ordre dans la série de Traore et al.^[15] à l'exception de l'aspect ulcéro-infiltrant. Cette prédominance de lésion bourgeonnante rejoint le résultat de Zitouni et al qui avaient recensé 45,5% de cas de tumeur bourgeonnante^[11].

Le bilan du patient, dans la démarche diagnostique des cancers du larynx, comporte nécessairement un bilan d'imagerie (radiographie pulmonaire, échographie abdominale et scanner laryngé)^[10, 11, 15, 23,24]. Ces examens paracliniques

ont été réalisés chez tous nos patients. Le cancer au stade III était dominant dans notre étude, comme dans celles de Yehouessi et al en 2009^[8] et de Zitouni et al^[11]. Le stade IV de la maladie avait prédominé dans les travaux de Ndour et al au Sénégal^[7]. Les cancers glottiques au stade I étaient retrouvés dans les séries de Peller et al^[19] et de Calkovsky et al^[12] dans respectivement 69% et 66% des cas. Les découvertes tumorales à un stade avancé (T3/T4) ont donc dominé dans cette série. Le même constat était rapportée par Mvouni Oyono^[13]. Dans les pays développés les patients sont vus plus tôt^[3, 16, 25].

Pour la quasi-totalité de nos patients (12 cas), l'examen anatomopathologique avait conclu à un carcinome épidermoïde. Ce résultat est superposable à celui de Yehouessi et al [8]. Notons que dans la littérature, il a été rapporté que les cancers des voies aéro- digestives supérieures sont souvent des carcinomes épidermoïdes^[1, 24]. Nous avons noté également deux cas d'adénocarcinome, type histologique le plus retrouvé après le carcinome épidermoïde selon la littérature^[5, 15, 17].

L'exérèse chirurgicale de la tumeur était au cœur de la prise en charge. Il s'est agi de pharyngo-laryngectomie ou de laryngectomie totale. Un évidement ganglionnaire bilatéral était associé dans tous les cas. Aucune conservation de larynx n'a pu être réalisée du fait du stade avancé lors des prises en charge. Les résultats similaires ont été signalés par Traore et al dont l'étude notait que 05 patients sur 18 avaient subi un traitement chirurgical^[15].

Bien que faisant partie de l'arsenal thérapeutique de prise en charge des cancers du larynx au Bénin, la chirurgie reste peu pratiquée car les patients consultent souvent au stade terminal où un traitement palliatif est administré. La création d'association de patients opérés de cancer du larynx serait intéressante pour inciter les nouveaux patients à la prise de décision. Ce type d'association n'existe pas encore au BENIN. En attendant la création et les services d'une telle association, les praticiens ORL peuvent mettre à contribution les psychologues pour l'accompagnement des malades de cancer laryngé. Ces psychologues interviendraient dans la gestion du stress lié à l'annonce du diagnostic de cancer. Les orthophonistes également doivent être associés à cette prise en charge avant la chirurgie pour expliquer aux patients et à leurs familles ce en quoi consiste la rééducation de la voix.

Il a été rapporté dans la littérature que la laryngectomie partielle supra- cricoïdienne permet la conservation de la parole et d'une déglutition normale^[16]. La chirurgie au laser CO2 a été révélée peu invasive et efficace dans le traitement des cancers laryngés dans les cas limités^[16, 25].

Le curage ganglionnaire a été systématique chez tous les patients tel que recommandé même en cas d'absence de lésions ganglionnaires pathologiques à la tomographie. La raison est qu'il existe selon les localisations, des atteintes ganglionnaires occultes^[9].

Cinq des patients de cette étude avaient bénéficié d'une polychimiothérapie après trachéotomie. La chimiothérapie instituée était au protocole Taxane, sel de Platine et 5- Fluorouracile (TPF) comme décrit dans la littérature^[3, 8]. Elle améliore le contrôle local et la survie selon qu'il s'agisse de chimiothérapie d'induction, adjuvante ou concomitante à la radiothérapie^[9]. Elle est utilisée dans le protocole de la préservation laryngée qui permet d'éviter une chirurgie mutilante^[9].

Peu de patients ont bénéficié de la radiothérapie. Il a été démontré que la radiothérapie augmente la survie^[9, 16, 25-28]. Dans les protocoles de traitement du cancer du larynx avec préservation d'organe, la combinaison chimiothérapie et radiothérapie offrirait les meilleures chances de survie de nos jours^[3, 9]. L'absence de centre de radiothérapie au Bénin limite la prise en charge adéquate de ces patients notamment ceux qui choisissent de ne pas se faire opérer.

Une sensibilisation des populations sur la prise en charge précoce et adéquate des cancers du larynx pourrait contribuer au dépistage précoce de l'affection. De plus, le renforcement du plateau technique sanitaire par l'implantation de centres de radiothérapie permettrait d'améliorer la qualité des soins apportés aux patients au Bénin. Mvouni Oyono et al ont rapporté que la survie à 3 ans des patients de leur série était de 30%^[14].

La fréquence du cancer du larynx est en hausse au CNHU HKM de Cotonou. Cette pathologie, souvent observée chez les sujets de sexe masculin, a tendance à affecter des sujets de plus en plus jeunes. Le retard à la consultation a toujours été considérable avec comme corollaire des patients vus à des stades avancés (T3/T4) de la tumeur. Le carcinome épidermoïde est resté la variété anatomo-pathologique la plus fréquente lorsqu'on se réfère aux travaux de 2009.

La laryngectomie et la pharyngolaryngectomie avec curage ganglionnaire ont été les moyens thérapeutiques les plus utilisés. Les études antérieures au Bénin ne nous renseignaient pas sur les conduites thérapeutiques adoptées.

L'instauration d'une mutuelle de santé universelle et la construction d'un centre de radiothérapie pourront révolutionner le traitement des cancers dans notre contexte, puis améliorer la qualité de vie et la survie des patients.

RÉFÉRENCES

1. **Steuer CE, El-Deiry M, Parks JR, Higgins KA, Saba NF.** An update on larynx cancer. *CA Cancer J Clin.* 2017;67(1):31-50. doi: 10.3322/caac.21386. Epub 2016 Nov 29. PMID: 27898173..
2. **Charfeddine I, Chakroun A, Rekhis N et al.** Cancer du larynx chez les sujets non tabagiques. *J.I. M. Sfax* 2005;1(9/10) : 9 – 13.
3. **Elegbede A, Rybicki L, Adelstein D et al.** Oncologic and Functional Outcomes of Surgical and Nonsurgical Treatment of Advanced Squamous Cell Carcinoma of the Supraglottic Larynx. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg.* 2015;141(12):1111-7.
4. **Dutta R, Husain Q, Kam D et al.** Laryngeal Papillary Squamous Cell Carcinoma: A Population-Based Analysis of Incidence and Survival. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2015;153(1):54-9.
5. **Dubal P M, Marchiano E, Kam D et al.** Laryngeal spindle cell carcinoma: A population-based analysis of incidence and survival. *Laryngoscope.* 2015 ;125(12):2709-14.
6. **Dubal PM, Unsal AA, Echanique KA, Vazquez A, Reder LS, Baredes S, Eloy JA.** Laryngeal adenosquamous carcinoma: A population-based perspective. *Laryngoscope.* 2016;126(4):858-63. doi: 10.1002/lary.25704.
7. **Ndour N, Houra A, Ndiaye C et al.** Cancer du larynx chez la femme. *Médecine d'Afrique Noire.* 2020 ; 6709 : 447-52.
8. **Vignikin-Yèhouessi B, Vodouhè U-B, Mèdji St, et al.** Cancer du larynx : aspects cliniques et paracliniques en ORL au CNHU de Cotonou (1999-2009). *Journal de la Société de Biologie clinique, N° 013.* 2009 : 38-41.
9. **Obid R, Redlich M, Tomeh C.** The Treatment of Laryngeal Cancer. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am.* 2019;31(1):1-11.
10. **Le HJ, Chen SY, Li Y, Xu Y, Lei WB.** [The progress on diagnosis and treatment of larynx cancer]. *Lin Chung Er Bi Yan Hou Tou Jing Wai Ke Za Zhi.* 2019 Nov;33(11):1017-1021. Chinese. doi: 10.13201/j.issn.1001-1781.2019.11.003. PMID: 31914285.
11. **Zitouni S, Saidia A, Djerad N.** Le cancer du larynx chez la femme. *Annales françaises d'Oto-rhino-laryngologie et de Pathologie Cervico-faciale.* 2014;131(4 Supplement) : A92.

12. **Calkovsky V, Wallenfells P, Calvoski A, Hajtman A.** Laryngeal cancer: 12-years Experience of a single center. *Ady. Exp med boil* 2016; 911:9-16.
13. **Gallegos-Hernández JF.** El cáncer de cabeza y cuello. Factores de riesgo y prevención [Head and neck cancer. Risk factors and prevention]. *Cir Cir.* 2006 Jul-Aug;74(4):287-93.
14. **Mvouni Oyono S, Njock R, Foudaet A et al.** Prise en charge des cancers du larynx : expérience d'un service ORL en Afrique noire. *Cah Santé* 2006 ; 16(2):109-12.
15. **Traore CB, Kamate B, Keita M et al.** Les cancers laryngo-pharyngés dans un service de santé de dernier recours au Mali: Aspects anatomo-cliniques et thérapeutiques. *Mali médical* 2008 ; 23 : p51-4.
16. **Dubal PM, Echanique A, Yip C et al.** Supraglottic Squamous Cell Carcinoma: A Population-Based Study of 22,675 Cases. *Laryngoscope.* 2019;129(8):1822-7.
17. **Dubal PM, Svider PF, Kam D, Dutta R, Baredes S, Eloy JA.** Laryngeal Verrucous Carcinoma: A Population-Based Analysis. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2015 ;153(5):799-805. doi: 10.1177/0194599815591981. SS. Zhang, OM. Xia, RS. Zhen, WO. Chen. Laryngeal cancer incidence and mortality in China, 2010. *J Cancer Res Ther* 2015; 11suppl2:143-8.
18. **Zhang SS, Xia QM, Zheng RS, Chen WQ.** Laryngeal cancer incidence and mortality in China, 2010. *J Cancer Res Ther.* 2015;11 Suppl 2:C143-8. doi: 10.4103/0973-1482.168175.
19. **Peller M, Katalinic A, Wollenberg B, Teudt IU, Meyer JE.** Epidemiology of laryngeal carcinoma in Germany, 1998-2011. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2016 ;273(6):1481-7. doi: 10.1007/s00405-016-3922-8.
20. **Cherkaoui A, Ouididi A, El Alami N.** Profil épidémiologique du cancer du larynx au service ORL, CHU de Fès, Maroc. *Revue d'épidémiologie et de sante publique* 2009 ;57 :19.
21. **Bobdey S, Jain A, Balasubramaniam G.** Epidemiological review of laryngeal cancer: An Indian perspective. *Indian J Med Paediatr Oncol.* 2015;36(3):154-60. doi: 10.4103/0971-5851.166721. R. Grénman, P. Koivumén, H. Minn. Laryngeal cancer in Finland. *Duodecim* 2015;131(4):331-7.
22. **Grénman R, Koivunen P, Minn H.** Kurkunpääsyöpä Suomessa [Laryngeal cancer in Finland]. *Duodecim.* 2015;131(4):331-7.
23. **Hammami B, Khaireddine B. M, Mnejja M et al.** Cancer du larynx : confrontation anatomo-clinique et scanographique. *Feuillets de radiologie* 2012 ; 52(1):17-24.
24. **Yang Y, Liu J, Song F, Zhang S.** The clinical diagnostic value of target biopsy using narrow-band imaging endoscopy and accurate laryngeal carcinoma pathologic specimen acquisition. *Clin Otolaryngol.* 2017 Feb;42(1):38-45. doi: 10.1111/coa.12654.
25. **Marchiano E, Patel DM, Patel TD, Patel AA, Xue YE, Eloy JA, Baredes S, Park RC.** Subglottic Squamous Cell Carcinoma: A Population-Based Study of 889 Cases. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2016 ;154(2):315-21.
26. **Wiegand S.** Evidenz und Evidenzlücken zur Chirurgie des Larynxkarzinoms [Evidence-Based Review of Laryngeal Cancer Surgery]. *Laryngorhinootologie.* 2016 Apr;95 Suppl 1:S192-216. German.
27. **Timme DW, Jonnalagadda S, Patel R, Rao K, Robbins KT.** Treatment Selection for T3/T4a Laryngeal Cancer: Chemoradiation Versus Primary Surgery. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 2015;124(11):845-51.
28. **Sagawa K, Terada T, Uwa N, Mohri T, Sakagami M.** [A Clinical Study of 109 Cases of Glottic Squamous Cell Carcinoma]. *Nihon Jibiinkoka Gakkai Kaiho.* 2015 Jun;118(6):751-6.