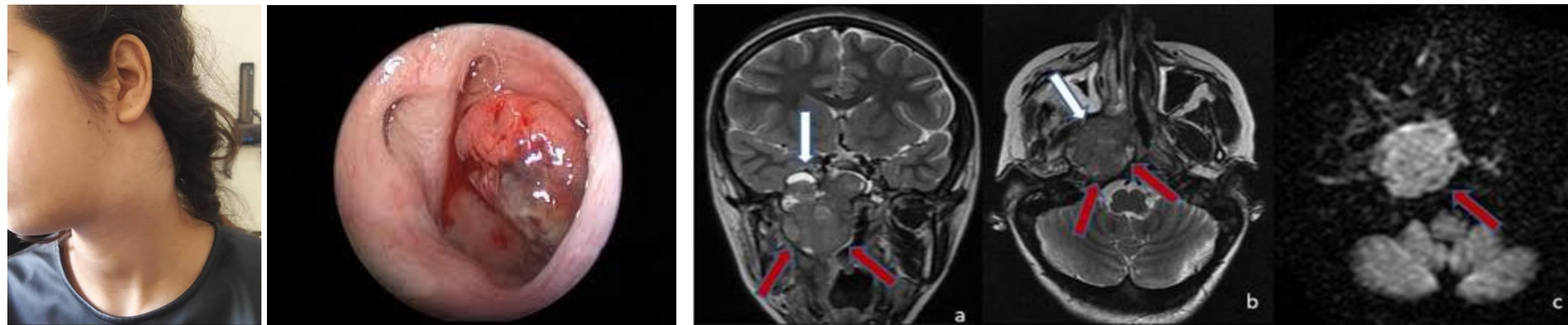


BACKGROUND

Le cancer du nasopharynx (CNP) constitue une exception notable en pédiatrie. Il est surtout représenté par le carcinome indifférencié du nasopharynx (UCNT). Ces signes révélateurs sont dominés par les adénopathies cervicales, suivis par les signes rhinologiques et neurologiques. Le but de notre travail est d'étudier les principales caractéristiques épidémiologiques, cliniques, et évolutives

MÉTHODES ET MATÉRIELS

il s'agit d'une étude rétrospective portant sur 58 patients diagnostiqués porteurs d'un UCNT du cavum, colligés au sein du service d'ORL et de chirurgie cervico-faciale du CHU Hassan II de Fès, entre Décembre 2013 et Décembre 2023, et pris en charge en collaboration avec les services d'Onco-pédiatrie et de Radiothérapie.



Nasofibroscopie : processus ulcéro-bourgeonnant centré sur le rhinopharynx

Images IRM : a) Coupe coronale T2 pondéré, b) coupe axiale T2, c) diffusion objectivant un processus lésionnel centré sur le rhinopharynx

REFERENCES

- Ben-Ami T, Ash S, Ben-Harosh M, Gavriel H, Weintraub M, Revel-Vilk S, Ben-Arush M. Nasopharyngeal carcinoma in children and young adults-Beyond 5-year survival. *Pediatr Blood Cancer*. 2020 Sep;67(9):e28494. doi: 10.1002/pbc.28494. Epub 2020 Jun 23. PMID: 32573923.
- Ben-Ami T. Nasopharyngeal Carcinoma in Children, Current Treatment Approach. *J Pediatr Hematol Oncol*. 2024 Apr 1;46(3):117-124. doi: 10.1097/MPH.0000000000002848. Epub 2024 Mar 5. PMID: 38447121; PMCID: PMC10956687.

RÉSULTATS

On a noté une prédominance masculine (sexe ratio = 1.9). L'âge lors du diagnostic était compris entre 9 et 18 ans, avec une moyenne d'âge de 13.9 ans. Le premier symptôme révélateur était la tuméfaction cervicale dans 32% des cas, suivi par l'épistaxis et les céphalées chez 25%, une plénitude d'oreille dans 18% des cas. Le délai entre l'apparition des signes cliniques et la première consultation variait entre 3 et 12 mois, avec un délai moyen de 7 mois. Dans notre série, un syndrome tumoral (syndrome ganglionnaire) était présent dans 95% des cas, un syndrome otologique dans 75%, un syndrome rhinologique et neurologique dans 70%. Tous nos patients ont bénéficié d'un bilan d'extension (TDM CCTAP/IRM/scintigraphie osseuse). Pour ce qui est de la classification TNM, 15.5% soit 9 de nos patients étaient T2, 31% (18 patients) étaient T3 et 53.4% (31 patients) étaient T4. Aucun patient n'a été classé T1. Pour le N, 26 étaient N1, 28 étaient N2 et 4 étaient des N3. Aucun patient n'a été classé N0. 17 de nos patients étaient M1. Tous nos patients ont eu une chimiothérapie néoadjuvante suivie d'une radiothérapie/chimiothérapie concomitante. La réponse au traitement a été évaluée à M3 et M6 après radiothérapie : sur nos 58 malades : 7 ont présenté une récurrence locorégionale et 10 des métastases à distance dont 8 sont décédés (13.8%).

DISCUSSION ET CONCLUSION

Le cancer du nasopharynx de l'enfant et l'adulte jeune présente certaines spécificités étiopathogéniques qui le distinguent du cancer du cavum de l'adulte. Ces dernières sont multifactorielles et non encore élucidées. Les données actuellement disponibles suggèrent l'interaction complexe de facteurs génétiques, environnementaux, diététiques et viraux dans la survenue de ce cancer. Malgré la radio/chimio-sensibilité des carcinomes du nasopharynx, il entraîne un nombre non négligeable de récurrences locales et locorégionales, donc Une surveillance rapprochée est primordiale.