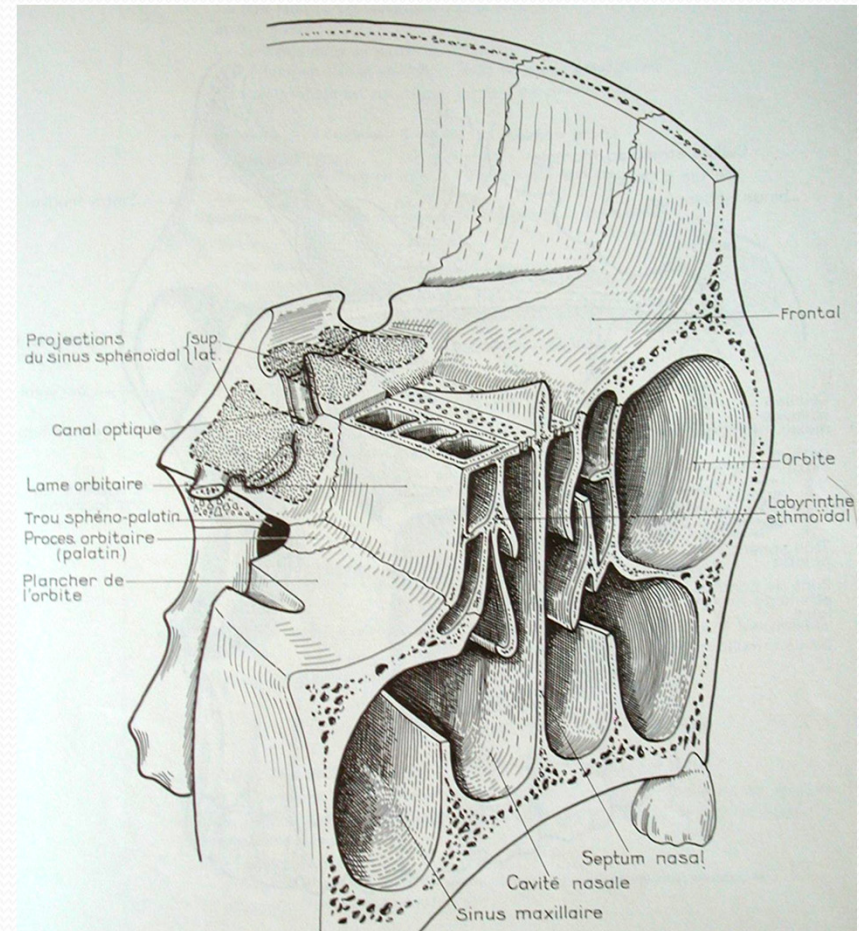


CANCER DE L'ETHMOIDE

Dr Philippe Zrounba
Centre Léon Bérard- Lyon

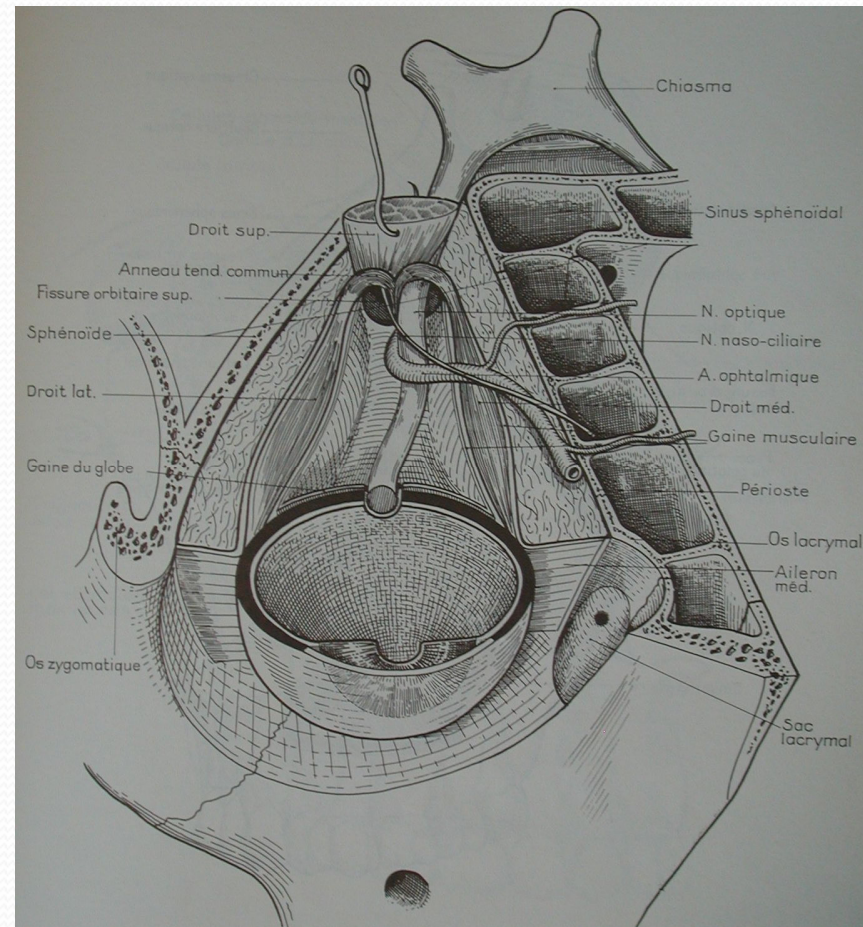
Rappel anatomique

- Sinus profond de la face constitué de cellules creusées dans l'épaisseur des masses de l'ethmoïde



Rappel anatomique

- Le sinus ethmoïdal est situé au dessus des fosses nasales, il répond
 - En dedans à la partie haute de la fosse nasale
 - En dehors à la cavité orbitaire
 - En haut au sinus frontal en avt et au lobe frontal en haut



Physiopath

- Rôle physiologique des sinus mal connu:
 - Vestige de la formation de la fente olfactive
 - Protection et renforcement de la face
 - Allègement de la tête
- Cycle nasal
- Echange gazeux dans les sinus en 5 min environ mais peu ou pas de donnée sur les poussières

Circonstances diagnostiques

- Etude multicentrique française rétrospective sur 418 patients (1976-2001)
 - Délais diagnostic (307 patients)
 - >6 mois 53 %
 - 3 à 6 mois 31 %
 - <3 mois 16 %
 - Symptômes rhinologiques
UNILATERAUX

Obstruction nasale	330	79%
Epistaxis	213	51%
tumeur visible	121	29%
rhinorrhée	113	27%
douleur	84	20%
exophtalmie	47	11%
diplopie	37	9%
adénopathie	3	1%
perte de poids	2	0,50%

Exposition aux bois

- Une exposition aux poussières de bois était retrouvée dans 353 cas (84.7%) , *littérature* 35 à 96%
 - Délais moyen d'exposition 27.7 ans *litt* 22 à 31 ans
- Travail du cuir 11 cas (2.6%)
- Aucune exposition 54 cas (12.7%)

Waldron JN, O'sullivan B, Warde P, Gullane P, Lui FF, Payne D, Cummings B. Ethmoid sinus cancer: twenty-nine cases managed
Management of 95 Ethmoid Adenocarcinomas 1133
with primary radiation therapy. Int J Radiat Oncol Biol Phys.
1998;41(2):361-9.

Roux FX, Pages JC, Nataf F, Devaux B, Laccourreye O, Menard M, Brasnu D. Les tumeurs malignes ethmoidales: Cent trente cas; e'tude re'trospective. Neurochirurgie. 1997;43:100-10.

Pathologie

- 2 grands types d'adénocarcinome sino-nasaux
 - De type intestinal
 - Non intestinal
- Les adénocarcinomes représente 10 à 20% des de l'ensemble des tumeurs malignes des fosses nasales et des sinus paranasaux

Pathologie

L'adénocarcinome de type intestinal

- Relation avec exposition aux poussières de bois
 - diam < 5 microns
 - Subst cancérogènes évoquées
 - Alkaloides, stilbènes, saponines, aldéhydes...
 - Relation également rapportée agriculteurs, mécanicien auto, préparateur agroalimentaire.
- Plusieurs classifications histologiques
 - Type papillaire = bien différencié = bon PC (80% à 5 ans)
 - Type solide = peu différencié et mucineux = mauvais pc (40% à 5 ans)

Examens cliniques et paracliniques



- Examen clinique souvent pauvre
- Interet de la nasofibroscopie
- Scanner et IRM
- Extensions vers :
 - Sinus max 36%
 - Sphénoïde 28%
 - Orbite 23%
 - Dure mère 15 %
 - Cerveau 15%

Classification TNM

TNM classifications

T1	Tumor in a single ethmoid region without any destruction of bony walls	Tumor restricted to one subsite of nasal cavity or ethmoid sinus, with or without bony invasion
T2	Tumor developed in more than one ethmoid region without any wall destruction	Tumor involves two subsites in a single site or extends to involve adjacent site within the nasoethmoidal complex, with or without bony invasion
T3	Tumor with destruction of any ethmoid cell wall except the cribriform plates	Tumor extends to invade the medial wall or floor of the orbit, maxillary sinus, and palate
T4		
T4a	Tumor with destruction of cribriform plate without intracranial and meningeal extension ⁸	Tumor involves orbital content, skin, sphenoid or frontal sinuses, dura, brain ⁹
T4b	Tumor with destruction of cribriform plate with intracranial or meningeal extension ⁸	

Note: Roux classification distinguishes between skull base bone erosion with or without dura mater infiltration. This is very important because T4b (dural and brain extension) does not carry the same prognostic outcome as T4a (only skull base erosion)⁸

Traitement

- Le traitement standard repose sur une **chirurgie** d'exérèse tumorale suivie d'une **radiothérapie post opératoire**
- Un traitement des aires ganglionnaires n'est pas nécessaire en dehors d'adénopathies avérées
- Certains auteurs préconisent un traitement chirurgical exclusif pour des lésions limités
- La radiothérapie est idéalement réalisée en IMRT qui permet à survie égale de limiter les sequelles post-thérapeutique.

Traitement Chirurgical

- En fonction de l'importance de l'extension :
 - Chirurgie transfaciale PLN
 - Double abord neurochirurgical et transfacial en cas d'atteinte haute
 - Abord endoscopique réservé a des cas très sélectionnés de tumeurs limitées et de bas grade

Survie

- La survie est environ de 60% à 5 ans

First author	N	Treatment strategy	% T3 + T4	Mean follow-up (months)	At 5 years	At 10 years
Dulguero ¹⁰	25	S + R			78	72
Klintonberg ¹¹	28	R + S			50	
Tiwari ¹²	29	S + R	82		59	50
Alvarez ¹³	34	S + R	60		37	31
Bogaerts ¹⁴	44	ES + R	40	36	83	n.s.
Claus ¹⁵	47	S + R	72	32	60	n.s.
Harbo ¹⁶	57	R + S			65	52
Knegt ¹⁷	62	S + Ch	79	98	79	64
Sy ¹⁸	76	S + R ± Ch			41	
Jegoux ¹⁹	80	S + R	72	58	63	n.s.
Roux ⁸	85	Ch + S + R	89		53	
de Gabory ⁷	95	S + R	76	61	77	64
GETTEC ³	416	MM	65	59	64	49

Survive

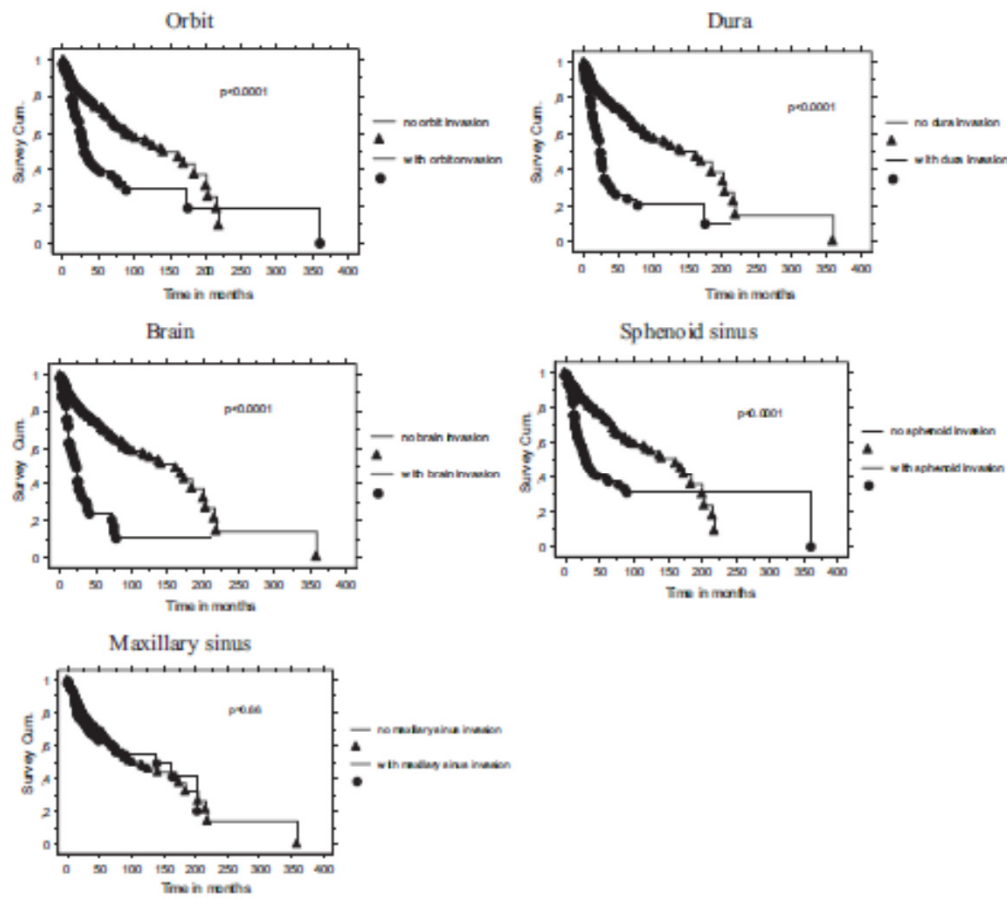


Fig. 2. Survive with local extension.

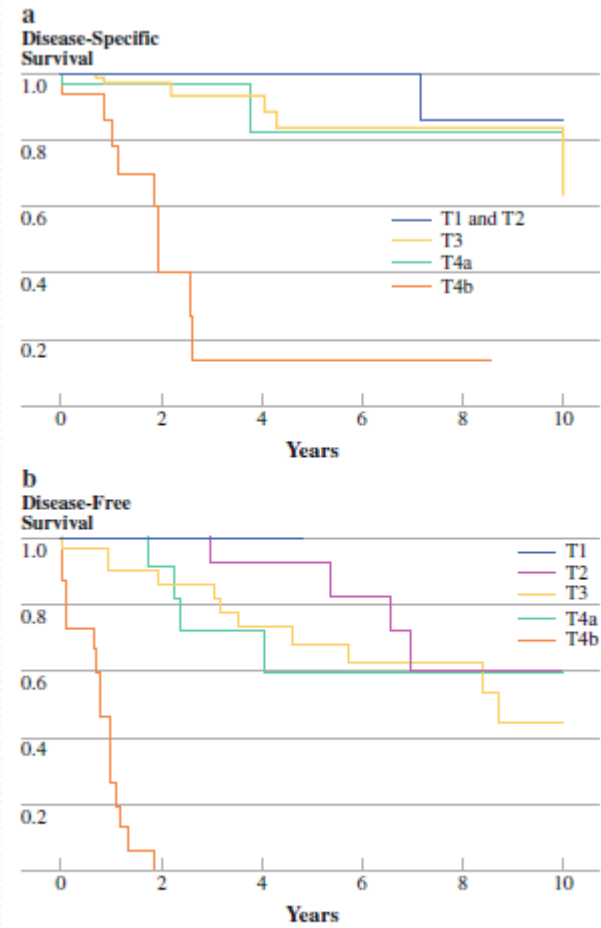


FIG. 2 Kaplan-Meier disease-specific (a) and disease-free (b) survival plot according to T stage for all patients.

Surveillance

- Taux de récurrence 50% dans un délais moyen de 28 mois
 - Récurrence surtout locale
 - Possibilité de rattrapage
- Intérêt d'une surveillance clinique longue
 - Tous les 2 mois les deux premières années
- Surveillance radiologique IRM ou scanner
 - Imagerie de référence 3 mois après la radiothérapie
 - Rythme mal défini ensuite fonction de l'importance de l'atteinte initiale