

# CANCER DE L'HYPOPHARYNX ET GROSSESSE : UNE SITUATION PROBLEMATIQUE

NDIAYE C<sup>1</sup>, DIOM ES<sup>1</sup>, DEGUENONVO REA<sup>2</sup>, DJEGUI A<sup>1</sup>, NDIAYE M<sup>1</sup>, AHMED H<sup>1</sup>, DIOUF MS<sup>2</sup>, GAYE M<sup>4</sup>, THIAM A<sup>1</sup>, DJAFAROU AB<sup>1</sup>, FAYE D<sup>1</sup>, TALL A<sup>1</sup>, NDIAYE IC<sup>1</sup>, DIOUF R<sup>2</sup>, DIALLO BK<sup>3</sup>

## RESUME

L'association d'un cancer de l'hypopharynx à une grossesse est une situation à haut risque maternel et fœtal. La nécessité de trouver un traitement adéquat pour la mère tout en minimisant les effets délétères sur le fœtus constitue toute la difficulté de la prise en charge.

Les auteurs discutent, à travers 3 cas cliniques, de la complexité de la prise en charge de cette association. En effet les moyens diagnostiques et thérapeutiques du cancer de l'hypopharynx peuvent avoir un impact négatif sur la grossesse. Cependant une concertation entre les praticiens et le couple est nécessaire dans la prise de décision.

**Mots-clés :** hypopharynx, grossesse, cancer

## ABSTRACT

### HYPOPHARYNGEAL CANCER IN PREGNANCY: PROBLEMATIC CASE

Hypopharyngeal cancer during pregnancy is a high-risk situation for the mother and the fetus. The management is challenging, as it needs to focus on finding the right treatment for the mother with the least harmful effect to the fetus.

The authors report three cases of such association and they highlight the difficulty in its management. Indeed, the diagnostic and therapeutic means of the hypopharyngeal cancer may induce adverse effects on pregnancy. Thus, physicians have to discuss with the patient and the husband prior to treatment decision.

**Keywords:** hypopharynx, cancer, pregnancy

## INTRODUCTION

L'association d'un cancer à une grossesse est rare, elle est estimée selon les séries entre 0,02 et 0,1% [1 ;2]. Cette association entraîne des influences réciproques avec échanges de mauvais procédés. Les cancers les plus fréquemment diagnostiqués durant la grossesse sont les cancers du col utérin et du sein [3 ;4].

Le cancer de l'hypopharynx est le premier cancer des voies aérodigestives supérieures au service d'ORL du CHU de FANN. Il constitue le premier motif d'hospitalisation dans notre structure [5]. Son association à la grossesse constitue un dilemme pour le praticien. Faut-il interrompre la grossesse ? Faut-il privilégier la vie de la mère ? Autant de questions auxquelles le praticien doit trouver une réponse.

Les objectifs de cet article sont de comparer, à travers une revue de la littérature, trois (3) cas de cancer de l'hypopharynx chez la femme enceinte, aux

plans clinique, diagnostique et thérapeutique et de formuler des recommandations en matière de prise en charge.

## OBSERVATIONS

### Cas clinique 1

Mme PC, 22 ans a consulté pour dysphagie aux solides évoluant depuis 2 mois associée à une grossesse évolutive de 13 semaines. L'examen ORL mettait en évidence une lésion de l'hypopharynx, il n'y avait pas d'adénopathie. La radiographie des poumons était normale. L'endoscopie avait objectivé une volumineuse lésion ulcéro bourgeonnante de tout l'hypopharynx, étendue à la bouche de l'œsophage (figure 1). Le résultat histologique était en faveur d'un carcinome épidermoïde kératinisant. La tumeur était classée T4N0M0. La patiente a bénéficié de 3 cures de chimiothérapie, à base de 5 FU et desels de platine. En cours de chimiothérapie, la malade a présenté une dyspnée laryngée ayant nécessité une trachéotomie. Elle a accouché par voie basse d'un nouveau né prématuré vivant, de sexe masculin. Elle est décédée 8 mois plus tard dans un tableau d'altération profonde de l'état général.

1 Service d'ORL et de chirurgie cervico-faciale du CHU de FANN

2 Service d'ORL et de chirurgie cervico-faciale de HOGGY

3 Service d'ORL et de chirurgie cervico-faciale de HEAR

4 Institut Joliot-Curie, CHU HALD

**Auteur correspondant :** BP : 6483 Dakar Etoile-SENEGAL, Email : ndiayecire@hotmail.com, Tel : (221) 301064171, (221) 775551187

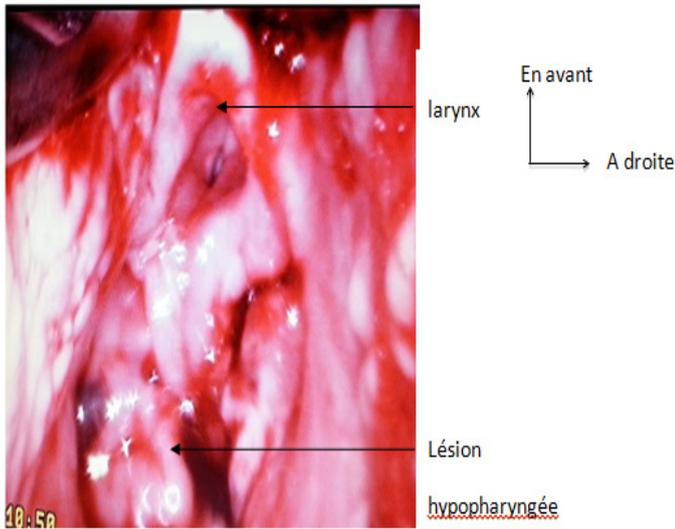


Figure 1 : vue endoscopique de l'hypopharynx

### Cas clinique 2

Mme F.D âgée de 25 ans a été hospitalisée pour dysphagie aux solides évoluant depuis 1 mois sur terrain de grossesse évolutive de 32 semaines. L'examen physique objectivait une adénopathie unique unilatérale droite d'environ 4 cm de grand axe. En cours d'hospitalisation, elle a accouché d'un nouveau né prématuré de sexe masculin. L'endoscopie faite une semaine plus tard a retrouvé une lésion bourgeonnante de tout l'hypopharynx étendue à l'œsophage (figure2). Le résultat histologique était en faveur d'un carcinome épidermoïde moyennement différencié, mature et infiltrant. La tumeur était classée T4N2aMx. Le décès est survenu, 3 semaines plus tard, avant le traitement, dans un tableau d'inanition.

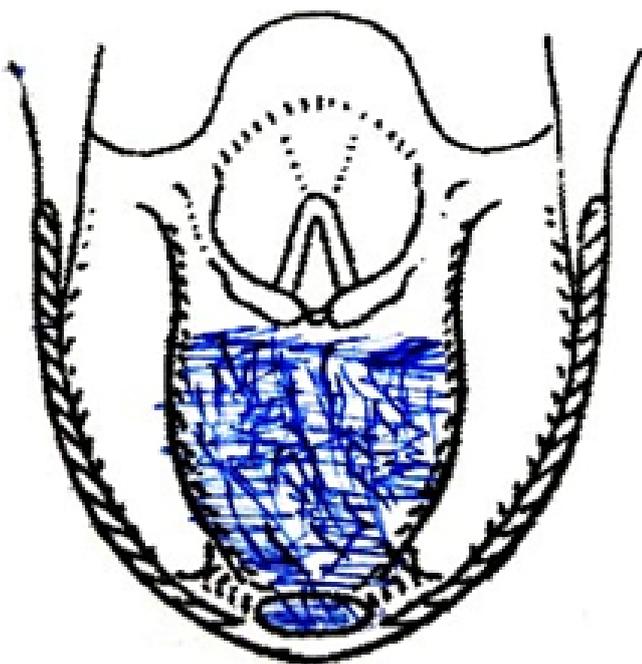


Figure 2 : schéma endoscopique de la lésion

### Cas clinique 3

Mme R.A, 36 ans a consulté pour une dysphagie aux solides évoluant depuis 1 mois, sur terrain de grossesse évolutive de 12 semaines. L'examen Orl retrouvait une lésion ulcérobourgeonnante hypopharyngée, les aires ganglionnaires étaient libres. L'endoscopie a objectivé une lésion ulcérobourgeonnante de la région rétrocricoaryténoïdienne étendue à la bouche de l'œsophage. L'examen anatomopathologique concluait à un carcinome épidermoïde peu différencié, infiltrant. La tumeur était classée T4N0Mx. La patiente a subi une interruption thérapeutique de grossesse suivie d'une radiothérapie en raison de 40 Grays. Cette dernière a été interrompue à cause d'une radiodermite de grade 3. Elle est décédée 1 mois après la radiothérapie dans un tableau de cachexie.

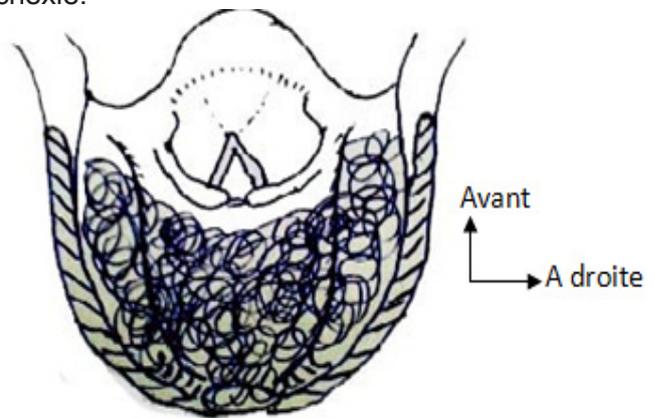


Figure 3 : schéma endoscopique de la lésion

### DISCUSSION

Les cancers de la tête et du cou sont rarement associés à la grossesse [6]. Au niveau de la région cervico-faciale, les cancers du larynx, de la thyroïde, les mélanomes et les lymphomes sont plus fréquemment rencontrés au cours de la grossesse [7].

Le cancer de l'hypopharynx est classiquement le cancer de l'homme alcool-tabagique aux alentours de 55ans [8]. Au Sénégal, ce cancer est l'apanage de la femme jeune, avec un âge moyen de 33 ans[8]. L'association de ce cancer à la grossesse peut être un argument supplémentaire quant au rôle de l'anémie, suspectée par I Ndiaye et al, dans la survenue du cancer de l'hypopharynx [8]. La grossesse étant souvent accompagnée d'une anémie ferriprive.

La dysphagie, la dyspnée et le mauvais état général inhérents à l'évolution de la lésion hypopharyngée ont probablement un effet délétère sur la grossesse. Les moyens diagnostiques et thérapeutiques du cancer de l'hypopharynx ne sont pas sans risques pour la grossesse.

Dans le cadre du diagnostic, l'endoscopie est une étape indispensable. Elle est souvent retardée par l'obtention de l'aptitude à l'anesthésie générale. Bien que les conséquences de l'anesthésie soient mini-

mes au 2e trimestre de la grossesse [9 ; 10 ; 11], le risque d'effet tératogène est présent. Le médecin anesthésiste est confronté à un dilemme entre la nécessité de l'endoscopie et les conséquences des drogues anesthésiques sur le fœtus.

La gastrostomie d'alimentation est un palliatif, cependant dans ce contexte de grossesse, sa réalisation est plus délicate, autant sur le plan chirurgical qu'anesthésique.

Quant à la chimiothérapie et la radiothérapie, elles sont souvent utilisées dans le traitement du cancer de l'hypopharynx. Ces deux moyens thérapeutiques administrés durant la grossesse sont responsables d'effets tératogènes [6]. Ainsi Chow VL et al [12] pensent que la radiothérapie devrait être retardée jusqu'après l'accouchement. Pour la chimiothérapie certains auteurs recommandent d'interrompre la grossesse chez les malades devant bénéficier d'une chimiothérapie au 1er trimestre [13 ; 14].

L'interruption thérapeutique de grossesse pose un problème éthique et médico-légal dans notre société où les croyances traditionnelles et religieuses sont fortement ancrées. L'objectif de l'arrêt de la grossesse est de permettre à la mère de se traiter. Cependant la survie de ce cancer au Sénégal est nulle à 3 ans [8]. Ce résultat nous oblige à nous poser des questions sur l'intérêt de l'avortement thérapeutique en cas de cancer hypopharyngé chez une femme enceinte. Ne faudrait-il pas laisser la grossesse se poursuivre donnant ainsi le maximum de chance au fœtus ? Cette question trouvera réponse dans le cadre d'une concertation pluridisciplinaire impliquant l'ORL, le chimiothérapeute, le radiothérapeute, l'anesthésiste et le couple.

La surexpression du gène p53 a été démontrée par certains auteurs comme étant liée à l'utilisation de tabac et à la consommation d'alcool [16 ; 17], donc responsable des cancers des voies aérodigestives supérieures [18 ; 19]. Cependant beaucoup d'études ont réfuté cette idée [20 ; 21 ; 22 ; 23]. Ceci pourrait constituer une piste de recherche qui permettra d'identifier des sujets à risque de cancer de l'hypopharynx et ainsi éviter l'association à une grossesse.

On ignore encore le pronostic du cancer de l'hypopharynx associé à la grossesse [6]. Ceci est certainement lié à la rareté de cette association et à la petite taille des séries publiées.

## CONCLUSION

L'association d'un cancer de l'hypopharynx à une grossesse est rare. Sa prise en charge demeure complexe. La contraception systématique, dès le diagnostic du cancer de l'hypopharynx chez la femme, peut prévenir la survenue de cette association morbide.

## REFERENCES

- 1- Weisz B, Schiff E, Lishner M. Cancer in pregnancy: maternal and fetal implications. *Hum Reprod Update* 2001; 7:384-93.
- 2- Pentheroudakis G, Pavlidis N. Cancer and pregnancy: poena magna, not anymore. *Eur J Cancer* 2006; 42:126-40.
- 3- Hatem A, Azim Jr., Fedro A, Peccatorib, Nicholas Pavlidis. Lung cancer in the pregnant woman: To treat or not to treat, that is the question. *Lung Cancer* 2010; 67:251-256
- 4- Yong II J, Ki Tae K. Gynecologic malignancy in pregnancy. *Obstet Gynecol Sci* 2013 ;56(5) : 289-300
- 5- Ndiaye IC, Diom ES, Diop F et al. Squamous carcinoma of the hypopharynx in children in Senegal: Between disarray and enigma. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology* 2009;73: 357-361
- 6- Kansu L, Aydin L, Hypopharyngeal cancer in a pregnant woman. *American Journal of Otolaryngology-Head and Neck Medicine and Surgery* 2012; 33:174-177
- 7- Ferlito A, Devaney SL, Carbone A et al. Pregnancy and malignant neoplasms of the head and neck. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1998; 107:991-998
- 8- Ndiaye I, Ndamage TD, Tall A, Diouf R, Diop EM. Profil des cancers de l'hypopharynx au Sénégal. *Ann Otolaryngol Chir Cervicofac* 1997, 114, 86-89
- 9- Lasaridis N, Tilaveridis I, Karakasis D. Management of a carcinoma of the tongue during pregnancy: report of case. *J Oral Maxillofac Surg* 1996; 54:221-4.
- 10- Ferlito A, Olofsson J. Pregnancy and cancer of the larynx. In: Ferlito A, ed. *Diseases of the Larynx*. London: Arnold Publishers 2000:809-13.
- 11- Atabo A, Bradley PJ. Management principles of head and neck cancers during pregnancy: a review and case series. *Oral Oncol* 2008; 44:236-41.
- 12- Chow VL, Chan JY, Ng RW, et al. Management of head and neck tumours during pregnancy: case report and literature review. *Asian J Surg* 2008; 31:199-203.
- 13- Jacobs C, Donaldson SS, Rosenberg SA, et al. Management of the pregnant patient with Hodgkin's disease. *Ann Intern Med* 1981; 95:669-75.
- 14- Fetoni AR, Galli J, Frank P, et al. Management of advanced adenocarcinoma of the maxillary sinus in a young woman during pregnancy: a case report. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2002; 126:432-4.
- 15- Ulrika RL, Kristina GD, Elisabeth F et al. Health care providers' perceptions of and attitudes towards induced abortions in sub-Saharan Africa and Southeast Asia: a systematic literature review of qualitative and quantitative data. *BMC Public Health* 2015; 15:139
- 16- Field JK, Spandidos DA, Stell PM. Overexpres-

sion of the p53 gene in head and neck cancer, linked with heavy smoking and drinking. *Lancet* 1992; 339:502-3.

17-Field JK, Zoumpourlis V, Spandidos DA, Jones AS. P53 expression and mutations in squamous cell carcinoma of the head and neck: expression correlates with the patients use of tobacco and alcohol. *Cancer Detect Prev* 1994; 18:197-208.

18-Brennan JA, Boyle JO, Koch WM, Goodman SN, Hruban RH, Eby YJ, et al. Association between cigarette smoking and mutation of the p53 gene in squamous cell carcinoma of the head and neck. *New Engl J Med* 1995; 332:712-7.

19-Lazarus P, Garewal HS, Sciubba J, Zwiebel N, Calcagnotto A, Fair A, et al. A low incidence of p53 mutations in pre-malignant lesions of the oral cavity from non-tobacco users. *Int J Cancer* 1995; 60:458-63.

20-Van Oijen MGCT, Van de Craats JG, Slootweg PJ. P53 over-expression in oral mucosa in relation to smoking. *J Pathol* 1999; 187:469-74.

21-Waridel F, Estreicher A, Bron L, Flaman JM, Fontollet C, Monnier P, et al. Field cancerisation and polyclonal p53 mutation in the upper aerodigestive tract. *Oncogene* 1997; 14:163-9

22-Liloglou T, Scholes AGM, Spandidos DA, Vaughan ED, Jones AS, Field JK. P53 mutations in squamous cell carcinoma of the head and neck predominate in a subgroup of former and present smokers with a low frequency of genetic instability. *Cancer Res* 1997; 57:4070-4.

23-Sorensen DM, Lewark TM, Haney JL et al. Absence of p53 mutations in squamous carcinomas of the tongue in nonsmoking and nondrinking patients younger than 40 years. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1997; 123:503±6.