

P. Dulguerov, A. P. Ricchetti,  
A. S. Allal, A. Reverdin et  
W. Lehmann

## CANCERS DU MASSIF FACIAL. EXPÉRIENCE GENEVOISE 1975-1994

Soixante-quatre patients présentant un cancer des fosses nasales et des sinus paranasaux, ont été traités en première intention entre 1975 et 1994. Le suivi minimum est de 2 ans et le suivi moyen 5 ans. La survie à 5 ans du collectif est de 65% et le contrôle local de 59%. Dans seulement 3 cas (4,5%), une métastase ganglionnaire cervicale est apparue sans évidence de récurrence de la tumeur primitive. Dans 3 autres cas (2 carcinomes adénoïdes kystiques et 1 lymphome) des métastases à distance sont apparues sans récurrence de la tumeur primitive. Le contrôle local de la tumeur primitive est donc l'élément essentiel du traitement.

Différents symptômes (diplopie, troubles visuels, tuméfaction faciale), un site primitif au niveau du sinus ethmoïdal, certaines extensions tumorales (paroi latérale du sinus maxillaire, érosion de la lame criblée, envahissement de la dure-mère et de l'encéphale) sont associés à un pronostic défavorable ( $p < 0,05$ ).

**Mots-clés :** fosses nasales • sinus paranasaux • base du crâne • cancer • chirurgie • fosse infratemporale • radiothérapie

NASAL AND PARANASAL SINUSES CANCER - THE UNIVERSITY OF GENEVA EXPERIENCE 1975-1994

Sixty four patients with nasal or paranasal sinus cancers were treated between 1975 and 1994. The minimal follow-up is 2 years. Five year actuarial survival is 65% and the local control rate is 59%. Only in 3 (4,5%) cases did nodal metastasis appear without local recurrence at the primary site. In 3 other cases (2 adenoid cystic carcinoma and 1 lymphoma) distant metastasis appeared without local or regional recurrence. Aggressive treatment of the nasal/paranasal primary is thus warranted in order to achieve a cure.

Several symptoms (diplopia, ocular complaints, facial mass), a primary site in the ethmoids, invasion of certain structures (lateral wall of maxillary sinus, cribriform plate erosion, dural and brain invasion) are associated with lower cure rates ( $p < 0,05$ ).

Méd et Hyg 1996 ; 54 : 1958-66

### Introduction

Les tumeurs du massif facial représentent 3% de l'ensemble des cancers ORL et environ 0,5% de l'ensemble des cancers. L'incidence annuelle est de 0,5-1 par 100 000 habitants (17). Cette faible incidence, ainsi que la grande variété de types histologiques (8) expliquent que peu de centres disposent d'une grande expérience dans la chirurgie d'exérèse et le traitement de ces tumeurs (6, 12, 15). De plus, la complexité de l'anatomie de cette région et la proximité de l'œil, de l'encéphale et des nerfs crâniens rendent la chirurgie radicale et la radiothérapie particulièrement délicates.

Les premières résections chirurgicales de tumeurs du maxillaire datent des années 1820 (16, 25). Le succès de la chirurgie dans le traitement des cancers du massif facial avoisinait 30% dans la première moitié de ce siècle (20). Une chirurgie plus radicale de la base du crâne (23), l'utilisation de traitements combinant une chirurgie et une radiothérapie pré- ou postopératoire, ont permis d'obtenir un taux de succès voisin de 50% dans les années 1970, dans certaines séries (10). Néanmoins, durant cette époque, plusieurs centres publient des survies à 5 ans ne dépassant guère les 30%, qu'il s'agisse de traitements chirurgicaux (13, 14, 29, 30) ou de radiothérapie exclusive (2, 3, 11).

La comparaison entre publications est compliquée par l'absence de classification TNM universellement admise pour la majorité des structures du massif facial, hormis le sinus maxillaire (27, 28). Des controverses existent aussi sur le pronostic en fonction de l'histologie et du site d'origine, du rôle des diverses modalités thérapeutiques et de la nécessité d'une énucléation du globe oculaire. Cependant, la majorité des auteurs s'accordent à souligner la faible incidence de métastases ganglionnaires cervicales ou à distance lors du diagnostic et l'apparition d'une récurrence locale avant l'évolution métastatique de la tumeur (1-3, 11-15, 18, 22, 24, 29, 30).

Nous avons revu l'expérience de l'Université de Genève dans le traitement des tumeurs du massif facial durant les 20 dernières années.

### Patients et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective de patients présentant une tumeur maligne des fosses nasales ou des sinus paranasaux, traités en première intention à l'Hôpital cantonal uni-

versitaire de Genève de 1975 à 1994, et dont le suivi minimum est de 2 ans. Les tumeurs bénignes, notamment le papillome inversé, n'ont été retenues que lorsqu'une dégénérescence maligne était présente. Les tumeurs malignes à point de départ du palais dur ont été exclues.

Les données relevées concernent l'épidémiologie, la symptomatologie, l'extension tumorale (localisation d'origine, envahissement local, classification TNM), l'histologie, le traitement, les récurrences tumorales et leur traitement, ainsi que la survie.

La localisation d'origine a été déterminée en fonction de l'épicentre de la tumeur, soit lors du diagnostic, soit rétrospectivement en analysant les descriptions cliniques, radiologiques et opératoires. Les localisations retenues sont celles du projet de staging de l'UICC de 1993 (28) : sinus maxillaire, fosses nasales, sinus ethmoïdal, sphénoïdal et frontal. Pour chaque site l'envahissement des différentes parois et structures adjacentes a été analysé séparément.

Les patients qui, lors du diagnostic, n'avaient pas été classés selon le système TNM de l'UICC (tableau 1) pour le sinus maxillaire (27) ont été classés rétrospectivement en analysant les descriptions cliniques, radiologiques et opératoires. Les tumeurs des fosses nasales et des autres sinus ont été classées rétrospectivement selon le projet de classification de l'UICC de 1993 (28) (tableau 2).

Les tumeurs ont été réparties selon 4 groupes histologiques : cancers épidermoïdes (carcinomes épidermoïdes, transitionnels et verruqueux), tumeurs non épidermoïdes (adénocarcinomes, carcinomes adénoïdes kystiques, autres carcinomes salivaires, esthésioneuroblas-

T1	Tumeur limitée à la muqueuse du sinus sans érosion osseuse
T2	Tumeur avec lyse osseuse limitée à l'infrastructure c'est-à-dire la paroi inférieure (palais) et médiane (cloison inter sinus-nasale)
T3	Tumeur avec extension à l'ethmoïde antérieur ou présentant une lyse osseuse des parois supérieure (plancher de l'orbite), postérieure ou antérieure (y compris extension à la peau de la joue)
T4	Tumeur touchant l'une des structures suivantes : lame criblée, ethmoïde postérieur, sinus sphénoïdal, nasopharynx, voile du palais, fosse ptérygo-maxillaire, fosse infratemporale, base du crâne

Tableau 1. Classification TNM des tumeurs primaires du sinus maxillaire (27).

