SFCCF
Société Française de Carcinologie Cervico-Faciale
57e CONGRÈS SFCCF 2025
13 & 14 NOVEMBRE 2025 - CENTRE DE CONGRÈS DU PHARO - MARSEILLE

Adénopathies sans porte d'entrée : motif fréquent de consultation, mais entité diagnostique rare

Dr A. Villarmé, A Bozec, E dauzier, G Poissonnet, D Culié

Centre Antoine Lacassagne – IUFC Nice

Antoine Lacassagne
CENTRE DE LUTTE CONTRE LE CANCER
unicancer NICE

IUFC
Institut Universitaire de la Face et du Cou

Introduction

- Masse cervicale *d'allure tumorale* : motif fréquent de cs
  (ORL, médecin traitant, oncologue…)

- ADP SPE : diagnostic d'élimination au terme d'un bilan exhaustif

➢ Synthèse du diagnostic final

➢ Analyse des performances des examens complémentaires dans la détection du primitif

Matériel et méthodes

Critères inclusion :

- Patients adressés pour une masse cervicale *d'allure tumorale* sans primitif
- Pas d'antécédent de cancer des VADS

Centre Antoine Lacassagne, de 2000 à 2018

Méthodologie :

- Consultation initiale
- Imagerie : TDM, IRM et TEP TDM
- Histologie de la masse cervicale
- Endoscopie des VADS

Résultats

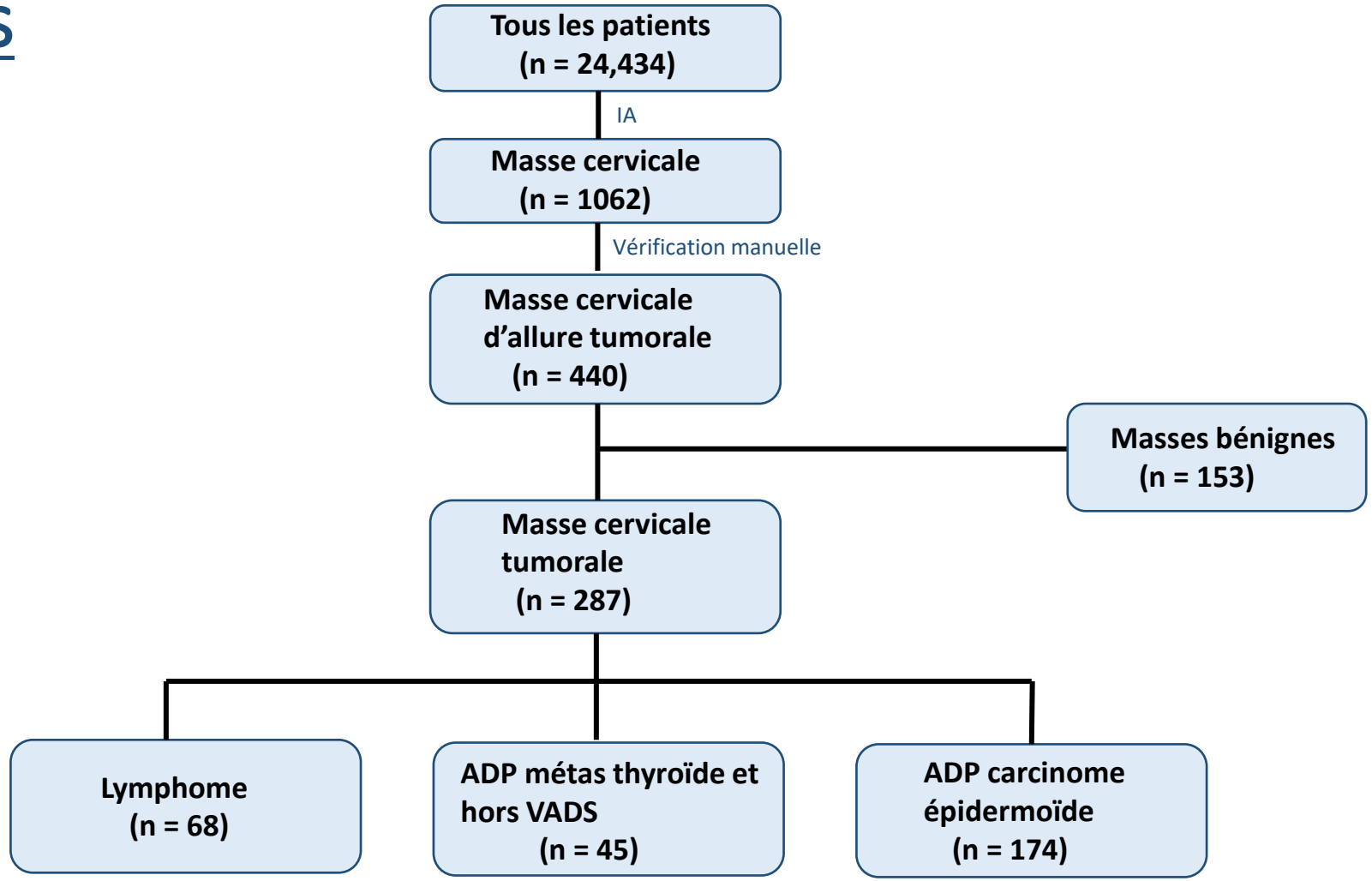
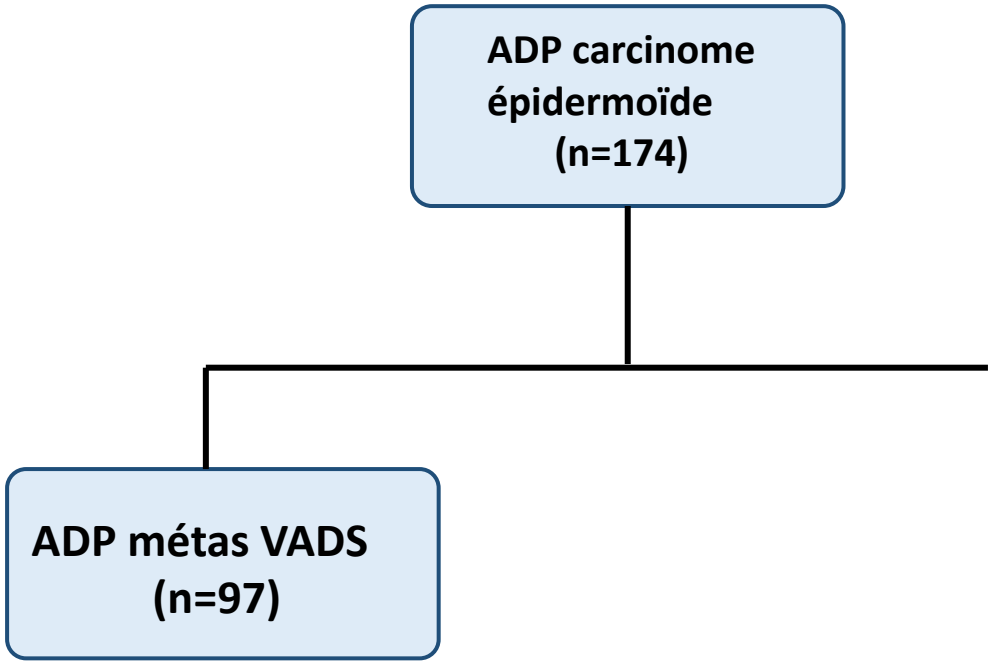


Fig 1 : Flowchart de sélection des patients.

Résultats



Oropharynx : 67%
Nasopharynx : 15%
Pharyngo-larynx : 13%
Cavité buccale : 5%

Fig 2 : Synthèse du diagnostic final.

Résultats

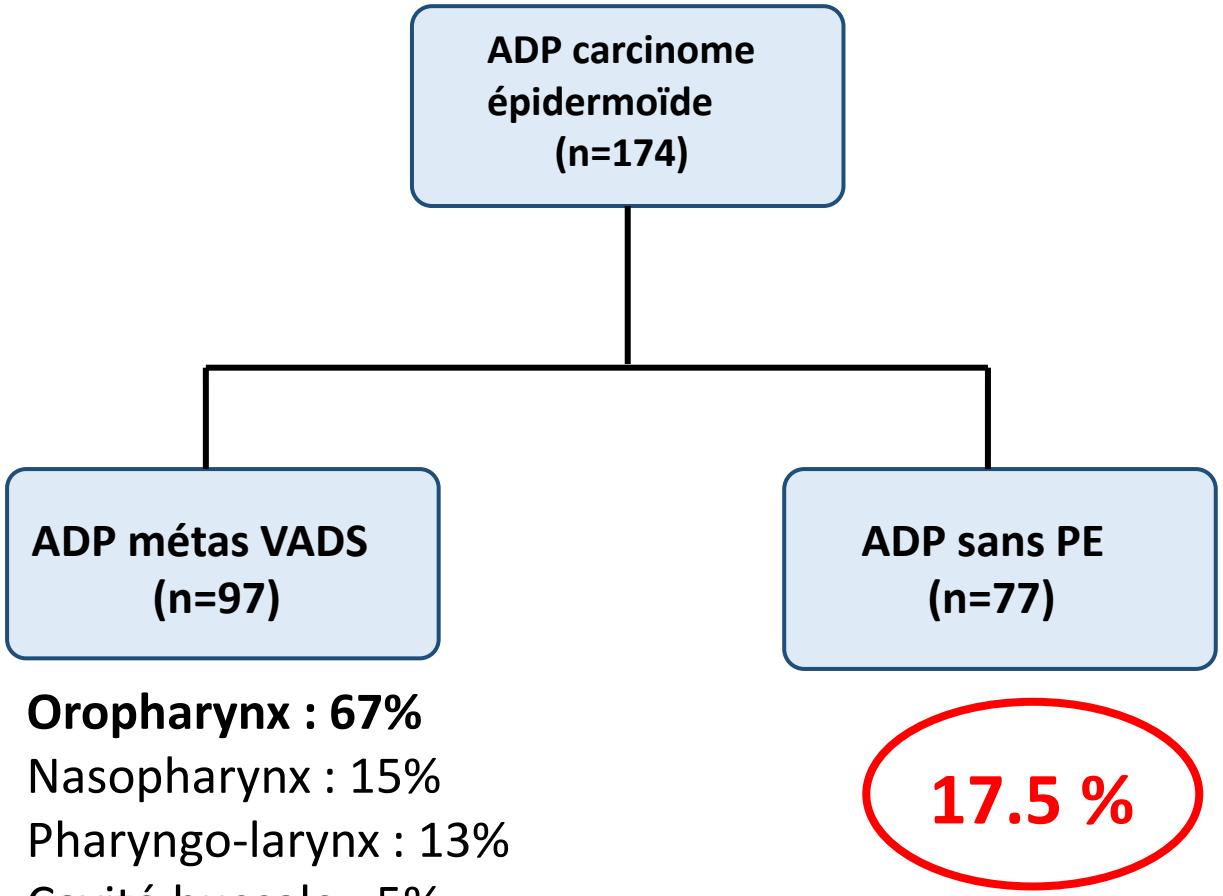


Fig 2 : Synthèse du diagnostic final.

Résultats

❖Consultation initiale

- Primitif identifié : n= 30/174

17 oropharynx

6 pharyngo-larynx

5 nasopharynx

2 cavités buccales

Sensibilité : 0,29

Spécificité : 0,98

❖IRM

- Primitif identifié n= 8/18

Sensibilité : 0,53

Spécificité : 0,80

❖TDM

Primitif identifié n= 20/63

Sensibilité : 0,62

Spécificité : 0,93

❖TEP TDM

Primitif identifié : n= 30/74

Sensibilité : 0,70

Spécificité : 0,93

❖ENDOSCOPIE

Primitif identifié n= 69/148

51 oropharynx

12 pharyngo-larynx

3 cavités buccales

3 nasopharynx

Sensibilité : 0,80

Spécificité : 0,98

Résultats

❖Consultation initiale

- Primitif identifié : n= 30/174

17 oropharynx

6 pharyngo-larynx

5 nasopharynx

2 cavités buccales

Sensibilité : 0,29

Spécificité : 0,98

❖IRM

- Primitif identifié n= 8/18

Sensibilité : 0,53

Spécificité : 0,80

❖TDM

Primitif identifié n= 20/63

Sensibilité : 0,62

Spécificité : 0,93

❖TEP TDM

Primitif identifié : n= 30/74

Sensibilité : 0,70

Spécificité : 0,93

❖ENDOSCOPIE

Primitif identifié n= 69/148

51 oropharynx

12 pharyngo-larynx

3 cavités buccales

3 nasopharynx

Sensibilité : 0,80

Spécificité : 0,98

Résultats

❖Consultation initiale

- Primitif identifié : n= 30/174

17 oropharynx

6 pharyngo-larynx

5 nasopharynx

2 cavités buccales

Sensibilité : 0,29

Spécificité : 0,98

❖IRM

- Primitif identifié n= 8/18

Sensibilité : 0,53

Spécificité : 0,80

❖TDM

Primitif identifié n= 20/63

Sensibilité : 0,62

Spécificité : 0,93

❖**TEP TDM**

Primitif identifié : n= 30/74 soit **40%**

Sensibilité : 0,70

Spécificité : 0,93

❖ENDOSCOPIE

Primitif identifié n= 69/148

51 oropharynx

12 pharyngo-larynx

3 cavités buccales

3 nasopharynx

Sensibilité : 0,80

Spécificité : 0,98

Résultats

❖Consultation initiale

- Primitif identifié : n= 30/174

17 oropharynx

6 pharyngo-larynx

5 nasopharynx

2 cavités buccales

Sensibilité : 0,29

Spécificité : 0,98

❖IRM

- Primitif identifié n= 8/18

Sensibilité : 0,53

Spécificité : 0,80

❖TDM

Primitif identifié n= 20/63

Sensibilité : 0,62

Spécificité : 0,93

❖**TEP TDM**

Primitif identifié :
n= 30/74 soit 40%

Sensibilité : 0,70
Spécificité : 0,93

❖**ENDOSCOPIE**

Primitif identifié
n= 69/148 soit **46%**

51 oropharynx
12 pharyngo-larynx
3 cavités buccales
3 nasopharynx

Sensibilité : 0,80
Spécificité : 0,98

Résultats

❖ENDOSCOPIE + TEP/TDM ?

Sensibilité : **0,86**

Faux négatifs :

1 biopsie systématique basi linguale

3 amygdalectomies homolatérales

Discussion

- Masse cervicale *d'allure tumorale* : motif fréquent de cs spécialisée (ORL, médecin traitant, oncologue…)

- ADP SPE : Diagnostic rare (**17,5%**)

  Sur estimé dans notre population ? 60% de biopsies/amygdalectomies

  3-5 % des carcinomes épidermoïdes tête et cou

  Incidence en hausse (cancer HPV induit)

Front Oncol. 2022 Sep 15;12:991838. doi: 10.3389/fonc.2022.991838

Updates in the management of unknown primary of the head and neck

Sandhya Kalavacherla [1], Parag Sanghvi [2], Grace Y Lin [3], Theresa Guo [4,*]

Author information · Article notes · Copyright and License information

PMCID: PMC9521035 PMID: 36185196

Discussion

- Consultation initiale

Examen clinique exhaustif

Fibroscopie **NBI** ?

Meta-Analysis > Laryngoscope. 2025 Jan;135(1):34-44. doi: 10.1002/lary.31750. Epub 2024 Sep 7.

Narrow-Band Imaging in Head and Neck Carcinomas: A Systematic Review and Meta-Analysis

Zi-Yue Fu [1], Da-Peng Li [2], Chuan-Lu Shen [3], Jian-Peng Wang [3], Yan-Xun Han [1], Shan-Wen Chen [1], Zhao Ding [1], Lei Zhang [1], Bing-Yu Liang [1], Si-Yue Yin [4], Yi-Pin Yang [4], Yu-Lin Zhang [3], Yan Li [3], Ye-Hai Liu [1], Hai-Feng Pan [5], Kai-Le Wu [1], Yu-Chen Liu [1]

Discussion

- Consultation initiale

Examen clinique exhaustif

Fibroscopie NBI ?

- Bilan paraclinique

TEP/TDM > TDM > IRM

40% de primitif identifié

Sensibilité ≈ 70%

› Oral Oncol. 2019 May:92:46-51. doi: 10.1016/j.oraloncology.2019.03.014. Epub 2019 Mar 19.

FDG PET/CT for metastatic squamous cell carcinoma of unknown primary of the head and neck

Yiyan Liu [1]

Affiliations + expand

PMID: 31010622 DOI: 10.1016/j.oraloncology.2019.03.014

Discussion

- Endoscopie

NBI

Amygdalectomie/basiglossectomie

Proportion de primitif (amygdales linguales ou palatines) : 78% [57-89%]

Basiglossectomie systématique ?

TORS ?

Amygdalectomie uni ou bilatérale ?

Meta-Analysis > Oral Oncol. 2019 Apr;91:97-106. doi: 10.1016/j.oraloncology.2019.02.018. Epub 2019 Mar 6.

Transoral tongue base mucosectomy for the identification of the primary site in the work-up of cancers of unknown origin: Systematic review and meta-analysis

Saadia Farooq [1], Sunil Khandavilli [1], Janine Dretzke [2], David Moore [2], Paul C Nankivell [3], Neil Sharma [3], John R de Almeida [4], Stuart C Winter [5], Christian Simon [6], Vinidh Paleri [7], Mrganke De [8], Somiah Siddiq [8], Christopher Holsinger [9], Robert L Ferris [10], Hisham Mehanna [11]

Conclusion

- L’ ADP sans porte d’entrée reste rare
- Plus le bilan est exhaustif, plus l’incidence diminue
- Place de l’amygdalectomie/basiglossectomie à mieux définir

Est-ce une ADP sans porte d’entrée parce que le primitif n’a pas été identifié ?
Ou parce qu'il n’existe pas ?