

## HEAD AND NECK MALIGNANT TUMOURS IN GOMBE, NORTHEAST NIGERIA

## TÊTE ET COU MALIGNANT TUMEURS A GOMBE NORD L'EST NIGERIA

<sup>1</sup>Akinmoladun VI\*, <sup>2</sup>Pindiga UH, <sup>3</sup>Akintububo OB, <sup>4</sup>Kokong DD, <sup>5</sup>Akinyamoju CA

### Abstract

**Background:** Head and neck cancer is the 10<sup>th</sup> most common cancer in the world constituting 5–8% of total cancer burden in Europe and America. However, it is difficult to appreciate the burden in Nigeria because of inadequate data. This retrospective study analysed the clinicopathological variables of head and neck malignancies seen over a 10-year period at a northeastern Nigerian referral centre.

**Material and Methods:** The demographics and clinical findings of the patients were obtained from the case files while histology reports were retrieved from the histopathology department of the hospital. Malignancies involving the eye, brain and thyroid were excluded.

**Results:** One hundred and ninety five cases of head and neck malignancies were recorded over the ten year study period. The mean age of the patients was 38.3years ( $\pm 20$  SD) while a male: female ratio of 1.3:1 was recorded for all cases. The neck was the most frequent site of tumours, accounting for 57(29%) cases. While epithelial malignancies were 56.9% of all cases, lymphomas constituted 21.5%, sarcomas constituted 10.3% and others malignancies accounted for 11.3%. There was no sex predilection for carcinomas (1:1), but there were slightly more lymphomas 26(23%) in males than 16(19%) in females. Carcinomas were more prevalent in those above 51years of age; sarcomas were most common within the 21-30year age group while 42.8% of cases of lymphoma were in the 2<sup>nd</sup> and 3<sup>rd</sup> decades of life.

**Conclusion:** While malignant head and neck tumours showed no sex predilection, carcinomas remained the most frequent head and neck malignancies in this study.

**Keywords:** Head Neck Malignancies, Clinicopathology, Gombe, Nigeria.

### Abstract

**Origin:** Le cancer de Tête et cou est le dixième (10ème) cancer plus commun connait dans le monde constitue 5-8% de cancer total soulage en Europe et Amérique, cependant c'est difficile d'appréciât le soulage dans cet étude rétrospective analysé le clinicopathological variables de Tête et cou malignancies vu plus de dix ans (10ans) période au nord l'est Nigeria centre référa.

**Matériel et Méthodes:** Le démographique et le trou i.e. clinical de la patients sont obtenue de cas dossier pendant reports (rapport histopathologie de l'hôpital. Malignancies concerné l'œil, cerveaux et typhoïde sont exclue.

**Résultats:** Cent quatre-vingt-quinze les cas de tête et cou malignancies sont enregistré pendant dix ans d'étude. L'âge plus moins des patients étaient 38.3 ans.

(+20SD) pendant que un male- homme : Femelle-femme ratio de 1 :3 :1 étai enregistré pour tout les cas. Le cou est le plus fréquent site de tumeurs fait compte 57(29%) cas pendant que l'épithélial malignancies sont 56.9% de tout le cas, lymphomes constitue 21.5% sarcomas constitue 10 :3% et les autres malignancies compte pour 11 :3% il n ya pas prédilection sexe pour carcinomas (1.1) mais. Il y a lymphomes légèrement plus 26(23%) en mâle que 16 (19%) en femelles carcinomes sont plus prévalent dans ceux de 5 de l'âge. Sar comas sont plus courant entre l'âge 21-30 ans groupe pendant que 42.8% de cas de lymphome sont en 2ème et 3ème décennie de vie.

**Conclusion:** pendant que tête malignant et (au tumeurs la tête plus fréquent et cou malignancies en cet étude.

**Mot Clé:** Tête, cou malignancies, Clinicopathologie, Gombe Nigeria.

## Introduction

Head and neck cancers include malignant tumours arising from a variety of sites in the upper aerodigestive tract with unique sets of epidemiologic, pathologic and treatment considerations<sup>1</sup>. They constitute the 10<sup>th</sup> most common cancers in the world<sup>2</sup> and are important causes of morbidity and mortality. Prevalence in Nigeria however, cannot be fully ascertained as available reports are usually hospital-based and regional. Several histological types of tumours are found in the head and neck region; between 70%-90% are epithelial in origin<sup>1,3</sup>, mainly in the oral cavity, oropharynx, hypopharynx and the larynx. Lymphomas comprise the second most common primary malignancy in this region<sup>4</sup> while 15-20% of all sarcoma are diagnosed in the head and neck region. Tobacco and alcohol are the leading aetiological factors; other causes are genetic, nutrition and viruses<sup>1</sup>. Literature from Nigeria however shows less clear association between tobacco and alcohol<sup>3</sup>; the most well-established risk factors globally.

Despite improved treatment modalities, the diseases remain poor in outcome with a 50% five- year survival rate that has not improved in the last 2 decades<sup>5</sup>. This poor outlook is however dependent on histologic type and degree of differentiation, clinical staging, tumour site, age of the patient, co-morbidities and vascular invasion<sup>6</sup>. This study aimed to profile head and neck malignancies as seen in a tertiary institution in the Northeastern part of Nigeria.

---

<sup>1</sup>Akinmoladun VI\*, <sup>2</sup>Pindiga UH, <sup>3</sup>Akintububo OB, <sup>4</sup>Kokong DD, <sup>5</sup>Akinyamoju CA

<sup>1</sup>Department of Oral and Maxillofacial Surgery, College of Medicine, University of Ibadan, Nigeria. E-mail:viakinmoladun@yahoo.com

<sup>2</sup>Department of Pathology, University of Maiduguri, Maiduguri, Nigeria.

<sup>3</sup>Department of Dental and Maxillofacial surgery, Federal Medical Centre, Gombe, Nigeria.

<sup>4</sup>Department of Ear, Nose and Throat, Federal Medical Centre, Gombe, Nigeria.

<sup>5</sup>Department of General Dental Practice, University College Hospital, Ibadan, Nigeria.

\*Correspondence

Grant support: None  
Subvention: Aucun

Conflict of interest: None  
Conflit d'intérêts: Aucun

## Introduction

Tête et cou cancers constitue malignant tumeurs debout d'une variété de site en le haut aérodigestive tract avec fixe unique épidémiologique, pathologie et condition de traitement. Ils constituent le 10ème plus courant cancer dans le monde et sont causes important de morbidité et mortalité, prévalence au Nigeria Cependant, ne peut entièrement acertaine comme les reports disponibles d'habitude hôpital sont basé et régional. Plusieurs histologique type de tumeurs sont découvre en tête et région de cou : entre 70%-90% sont épithélial en origine<sup>1,3</sup> principalement dans cavité oral, oropharynx, hypo pharynx et le larynx. Lymphomes constitue le dixième plus courant malignancies dans ce région 4 pendant que 15-20% de tout sar coma sont diagnoses dans ta tête et cou région. Tobacco et alcool sont les facteurs leadeurs d'aetiological ; les autres facteurs causes sont génétique, nutrition et virus. Littérature de Nigeria cependant montre moins clair association entre Tobacco et alcools, le plus risque facteur bien établir globalement.

Malgré traitement améliorer modalités, la maladie reste pauvre dans résultant avec un 50% cinq ans tarif survivant qui il n'a pas amélioré dans 2 décennie 5 dernier. Ce pauvre preuve est cependant dépendent sur type histologique et degré de différenciation clinical Staging, site tumeurs, âge de patient comorbidités et invasion vasculaire 6. Cette étude vise profilé tête et cou malignancies comme vu dans une institution territoire dans la partie Nord l'est du Nigeria.

**Matériel Et Méthode:** C'était une étude retrospective de présentations, démographique et le diagnose histologique de cas qui ce présenté plus de dix ans période. Information clinical était obtenue de les cas dossier pendant histologique diagnose et report sont presente par le histopathologies ou l'hôpital malignancies contenue l'œil cerveaux et typhoïde sont exclue.

## Materials & Method

This was a retrospective study of clinical presentations, demographics and the histologic diagnosis of cases that presented over a ten year period. Clinical information was obtained from the case files while histology diagnosis and reports were provided by the histopathologist in the hospital. Malignancies involving the eye, brain and thyroid were excluded. Cases without adequate clinical and histopathology records were also excluded. Data was entered into the SPSS Inc version 19 for analysis. Quantitative data were summarized using means and standard deviation and qualitative data as percentages.

## Results

One hundred and ninety five cases of malignancies were analysed, giving a mean of 19 cases per year. There were 111 (56.9%) males and 84 (43.1%) females (M:F ratio of 1.3:1) and the ages ranged from 2 weeks to 85 years, with a mean of 38.3 (+20 SD) years. The peak age incidence was in the 21-30 age group, accounting for 36(18.5%) of cases as shown in Table 1. Swelling was the most frequent primary reason for presentation as was the case in 40.5% of the time with pain coming second as was the case in 15(7.7%) patients. Others were ulcers in 11(5.6%), intraoral bleeding in 4(2%) and nose bleed in 10(8%) respectively. Non-specific general feeling of being unwell accounted for 9(4.6%), though most had multiple symptoms at presentation. Lesions in the neck were the most frequent accounting for 57(29.2%) of cases which was followed by oral cavity in 38(19.5%) cases. The least frequently involved site was the ear in 2(1.0%) cases as shown in Table 2. Epithelial-type malignancies accounted for 111(57%) cases. There were 42 (21.5%) cases of lymphomas and 20(10.3%) sarcomas. Others malignancies recorded in this study were 22 accounting for 11.3% of cases as indicated in Table 3. While there was no gender predilection for carcinomas (1:1), there were slightly more lymphomas in males (23.4%) than (19%) in females. Carcinomas were more prevalent in individuals above 51 years; sarcomas were most common within the 21-30 year age group while 42.8% of cases of lymphoma were in the 2<sup>nd</sup> and 3<sup>rd</sup> decades of life as shown in Table 4. The oral cavity; palate, floor, cheek and tongue accounted for 35(31.5%) cases of all carcinoma while lymphoma was almost exclusively a disease of lymph nodes (Table 2). Less than 40% (n=61) of patients in this series received definitive treatment while a significant number were referred or discharged themselves (Table 5).

Les cas sans adéquate clinique et histopathologie enregistré sont aussi exclu. Donnée rentrée dans le SPSS Inc. version 19 pour analyse.

Quantitative donnée sont résumer utilisant moyens et déviation standard et donnée qualitative comme pourcentages.

**Résultats:** Cent quatre-vingt-quinze cas de malignancies sont analysés, donné un moyen de 19 cas par ans. Il ya 111 (56.9%) males et 84 (43.1%) femelles (M :F ratio de 1.3 :1) et l'âge gamme de 2 semaines a 85 ans, avec un moyen de 38.3 (+ 20 SD) ans. Le pic âge d'incidence était dans l'âge de 21-30 groupes. Responsable pour 36 (18.5%) des cas montrent dans table 1. Enflure était le plus fréquente primaire raison pour présentation comme il était dans le cas de 40.5% de le temps avec douleur viennent deuxième comme était dans le cas en 15 (7.7%) patients. Les autres sont dans 11 (5.6%), saigner blessure intra oral dans 4 (2%) et saigner de nez dans 10(8%) respectivement, sans-spécifique saintement générale de soit sans-bien responsable pour 9(4.6%), Bien que plus ont symptômes multiplié a présentation.

Lesions dans le cou sont le plus frequent responsable pour 57% (29.2%) cas. Il ya 42 (21.5%) cas de lymphomas et 20 (10.3%) sarcomas. Autre malignancies enregistrer dans cet étude sont 22 responsable pour 11.3% de cas indiquer comme dans table 3.

Pendant il n ya pas prédilection genre pour carcinomas (1:1) il ya peu beaucoup lymphomas dans males (23.4%) plus (19%) dans femelles.

Carcinomas sont plus prévalant dans les individuel plus de 50 ans ; le plupart de sarcomas sont connue entre l'âge de 21-30 ans groupe pendant 42.8% de cas de lymphoma sont dans le 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> décennie de vie comme vois dans Table 4. L'oral cavité ; palate, terre, joue, et langue responsable pour 35 (31.5%) cas de tout carcinoma pendant lymphoma était presque exclusivement un maladie de lymph nodes (Table 2). Moins que 40% (n=61) de patients dans cette série recevoir traitement définitive pendant qu'un nombre signifiant sont reffer ou décharger eux-mêmes, (Table 5).

Table 1. Frequency distribution by age and gender

Age group (years)	Frequency (N=195)	Percentage
≤ 10	18	9.2
11-20	25	12.8
21-30	36	18.5
31-40	30	15.4
41-50	32	16.4
51-60	29	14.9
> 60	25	12.8
Mean age= 38.3±20 years	Minimum= 2 weeks	Maximum = 85years
Gender		
Male	111	56.9
Female	84	43.1

Table 1. Frequency distribution pas age et genre

Age groupe (ans)	Frequency (N=195)	Pourcentage
≤ 10	18	9.2
11-20	25	12.8
21-30	36	18.5
31-40	30	15.4
41-50	32	16.4
51-60	29	14.9
> 60	25	12.8
Moins âge = 38.3±20 ans	Minimum =2 semaines	Maximum = 85 ans
Gender		
Male	111	56.9
Femelle	84	43.1

Table 2. Anatomical distribution of histological types of head and neck cancers

Anatomical site / ICD		Histologic type				Total
		Carcinoma	Sarcoma	Lymphoma	Others	
Maxilla C14.0	ICD-	13 (11.7)	2 (10.0)	2 (4.8%)	0 (0.0%)	17 (8.7%)
Mandible C14.1	ICD-	3 (2.7%)	6 (30.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	9 (4.6%)
Oral cavity	***	35 (31.5%)	2 (10.0%)	1 (2.4%)	0 (0.0%)	38 (19.4%)
Lip C00.8	ICD-	3 (2.7%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	3 (1.5%)
Neck C76.0	ICD-	15 (13.5%)	5 (25.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	20 (10.3%)
Lymph node C77.0	ICD-	0 (0 %)	0 (0.0%)	37(88.1%)	0 (0.0%)	37(19.0%)
Nasopharynx C11.9	ICD-	4 (3.6 %)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	4 (4.6%)
Scalp C44.4	ICD-	7 (6.3%)	1 (5.0%)	1 (2.4%)	0 (0.0%)	9 (4.6%)
Nose C30.0	ICD-	8 (7.2 %)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	8 (4.1%)
Face C44.3	ICD-	8 (7.2%)	1 (5.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	9 (4.6%)
Ear C44.2	ICD-	2 (1.8 %)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2 (1.0%)
Salivary gland C08.9	ICD-	13 (11.7%)	0 (0.0%)	1 (2.4%)	0 (0.0%)	14 (7.2%)
Others		0 (0.0%)	3 (15.0%)	0 (0.0%)	22 (100%)	25 (12.8%)
Total		111 (100%)	20 (100%)	42 (100%)	22 (100%)	195(100%)
-						

Oral cavity (Palate, Cheek, Tongue, Oral-others), ICD-International Centre for Disease \*\*\*-C05.9, C06.9, C06.0, C02.9

Table 2. Distribution Anatomical d'histological types de tête et cou cancers

Anatomical site/ICD		Histological Type				Total
		Carcinoma	Sarcoma	Lymphoma	Autre	
Maxilla	ICD-C14.0	13(11.7)	2(10.0)	2(4.8%)	0(0.0%)	17(8.7%)
Mandible	ICD-C14.1	3(2.7%)	6(30.0%)	0(0.0%)	0(0.0%)	9(4.6%)
Oral Cavite	* * *	35(31.5%)	2(10.0%)	1(2.4%)	0(0.0%)	38(19.4%)
Levre	ICD-C00.8	3(2.7%)	0(0.0%)	0(0.0%)	0(0.0%)	3(1.5%)
Cou	ICD-C76.0	15(13.5%)	5(25.0%)	0(0.0%)	0(0.0%)	20(10.3%)
Lymph node	ICD-C77.0	0(0%)	0(0.0%)	37(88.1%)	0(0.0%)	37(19.0%)
Nasopharynx	ICD-C11.9	4(3.6%)	0(0.0%)	0(0.0%)	0(0.0%)	4(4.6%)
Scalp	ICD-C44.4	7(6.3%)	1(5.0%)	1(2.4%)	0(0.0%)	9(4.6%)
Nez	ICD-C30.0	8(7.2%)	0(0.0%)	0(0.0%)	0(0.0%)	8(4.1%)
Face	ICD-C44.3	8(7.2%)	1(5.0%)	0(0.0%)	0(0.0%)	9(4.6%)
Oreille	ICD-C44.2	2(1.8%)	0(0.0%)	0(0.0%)	0(0.0%)	2(1.0%)
Salivary gland	ICD-C08.9	13(11.7%)	0(0.0%)	1(2.4%)	0(0.0%)	14(7.2%)
L'autre		0(0.0%)	3(15.0%)	0(0.0%)	22(100%)	25(12.8%)
Total		111(100%)	20(100%)	42(100%)	22(100%)	195(100%)

Oral cavité (palate, marchons cheek, lague, l'autre oral), ICD- Centre International pour la maladie \*\*\*-C05.9, C06.9, C06.0, C02.9

Table 3. Frequency distribution of histological types of head and neck cancers

Histology	Frequency	Percentage
Carcinoma	111	56.9
Squamous cell carcinoma	68	
Salivary gland carcinoma	35	
Basal cell carcinoma	8	
Sarcoma	20	10.3
Rhabdomyosarcoma	6	
Ostogenic sarcoma	3	
Kaposi sarcoma	3	
Liposarcoma	2	
*Others	6	
Lymphoma	42	21.5
Hodgkin's	22	
Non-Hodgkin's	15	
Burkitt's	4	
**Others	1	
Melanoma	2	1.0
Olfactory neuroblastoma	1	0.5
***Others	19	9.7
Total	195	100.0

\*diagnosed as Sarcoma    \*\*diagnosed as Lymphoma    \*\*\* other malignancies



Table 3. Distribution Fréquence d'histologique type de tête et cou cancers.

Histology	Frequency	Pourcentage
Carcinoma	111	56.9
Squamous cell carcinoma	68	
Salivary gland carcinoma	35	
Basal cell carcinoma	8	
Sarcoma	20	10.3
Rhabdomyosarcoma	6	
Ostogenic sarcoma	3	
Kaposi sarcoma	3	
Liposarcoma	2	
*L'autre	6	
Lymphoma	42	21.5
Hodgkin's	22	
Non-Hodgkin's	15	
Burkitt's	4	
**L'autre	1	
Melanoma	2	1.0
Olfactory neuroblastoma	1	0.5
***L'autre	19	9.7
Total	195	100.0

\*diagnose comme Sarcome

\*\* diagnose comme Lymphome

\*\*\*Autre malignancies



Table 4 Age and gender distribution of histological types of head and neck cancers

Age group(in years)	Carcinoma	Sarcoma	Lymphoma	Others	Total
≤ 10	2 (1.8)	2 (10.0)	6 (14.3)	8 (36.4)	18 (9.2)
11 □20	9 (8.1)	3 (15.0)	9 (21.4)	4 (18.2)	25 (12.8)
21 □30	17 (15.3)	8 (40.0)	9 (21.4)	2 (9.1)	36 (18.5)
31 □40	19 (17.1)	4 (20.0)	6 (14.3)	1 (4.5)	30 (15.4)
41 □50	19 (17.1)	2 (10.0)	7 (16.7)	4 (18.2)	32 (16.4)
51 - 60	25 (22.5)	0 (0.0)	3 (7.1)	1 (4.5)	29 (14.9)
> 60	20 (18.0)	1 (1.0)	2 (4.8)	2 (9.1)	25 (12.8)
<b>Gender</b>					
Male	56 (50.5)	11 (55.0)	26 (61.9)	18 (81.8)	111 (56.9)
Female	55 (49.5)	9 (45.0)	16 (38.1)	4 (18.2)	84 (43.1)

Table 4. Age et genre distribution d'histological types de tête et cou cancers

Age group (dans année)	Carcinoma	Sarcoma	Lymphoma	Others	Total
≤ 10	2(1.8)	2(10.0)	6(14.3)	8(36.4)	18(9.2)
11-20	9(8.1)	3(15.0)	9(21.4)	4(18.2)	25(12.8)
21-30	17(15.3)	8(40.0)	9(21.4)	2(9.1)	36(18.5)
31-40	19(17.1)	4(20.0)	6(14.3)	1(4.5)	30(15.4)
41-50	19(17.1)	2(10.0)	7(16.7)	4(18.2)	32(16.4)
51-60	25(22.5)	0(0.0)	3(7.1)	1(4.5)	29(14.9)
> 60	20(18.0)	1(1.0)	2(4.8)	2(9.1)	25(12.8)
<b>Gende</b>					
Male	56(50.5)	11(55.0)	26(61.9)	18(81.8)	111(56.9)
Femelle	55(49.5)	9(45.0)	16(38.1)	4(18.2)	84(43.1)

Table 5. Distribution of histological types by treatment types

Histological types	Treatment types					
	Surgery	Surgery+ or chemotherapy	Not indicated	DAMA/LAMA	Referred	Total
Carcinoma	19(17.1%)	0 (0.0%)	5(4.5%)	67(60.4%)	20(18.0%)	111(56.9%)
Sarcoma	1(5.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	15(75.0%)	4(20.0%)	20(10.3%)
Lymphoma	2(4.8%)	4(9.6%)	7(16.7%)	(0%)	29(69.0%)	42(21.5%)
Others	5(22.7%)	7(31.8%)	4(18.2%)	4(18.2%)	2(9.1%)	22(11.3%)

+DAMA-discharged against medical advice LAMA-left against medical advice

Table 5. Distribution d'histological types pas traitement types.

Histological types	Traitement types					
	Surgir	Surgir+ ou Chimiothérapie	Pas indicateur	DAMA/LAMA	Referez	Total
Carcinoma	19(17.1%)	0(0.0%)	5(4.5%)	67(60.4%)	20(18.0%)	111(56.9%)
Sarcoma	1(5.0%)	0(0.0%)	0(0.0%)	15(75.0%)	4(20.0%)	20(10.3%)
Lymphoma	2(4.8%)	4(9.6%)	7(16.7%)	(0%)	29(69.0%)	42(21.5%)
Autre	5(22.7%)	7(31.8%)	4(18.2%)	4(18.2%)	2(9.1%)	22(11.3%)

+DAMA-descharge contre conseil médical LAMA-gauche contre conseil médical .

## Discussion

The pattern of presentation of cancers at various sites in the body differs from one place to another even in the same country. Squamous cell carcinoma has been the most prevalent histologic type of malignancies in the head and neck in most of the reports from Nigeria<sup>3, 7-12</sup>. This is in agreement with the literature worldwide<sup>13-16</sup>. However, two studies from Nigeria have reported lymphomas as the most common cancers followed by squamous cell carcinoma<sup>17,18</sup>. The frequency of histologically diagnosed head and neck malignancies in the present study is approximately 19 cases per year which is low relative to that reported by Otoh<sup>19</sup> in the same region in the country and those from other parts of the country<sup>7, 17, 18, 20</sup>. These reports however may be due referral patterns, size of the population serviced, available expertise and resources at the different centres. Though head and neck cancer is essentially a disease of the elderly, the ages in this study ranged between 2 weeks and 85 years with a mean of 38 years ( $\pm 20$  SD). Previous reports from Jos and Maiduguri in Northern Nigeria<sup>17, 21</sup> showed a peak incidence in the 3<sup>rd</sup> and 4<sup>th</sup> decades. In most studies from Nigeria, head and neck cancers affect more males than females, except the study from Ilorin in North central Nigeria<sup>11</sup> where females were affected more than males. The male to female ratio ranged from 1:1 to 2.3:1<sup>7, 8,10, 11, 17, 20</sup>. A male to female ratio of 1.3:1 was however recorded in this study.

The most common reason for presentation at the hospital was swelling in 40% of cases, this was followed by pain in 8% of the patients. However, others complained of both pain and swelling while multiple symptoms were not uncommon at presentation. The mean duration of symptoms before presentation was 13.5 months. This however was dependent on age and site; children presented averagely at approximately 6 months from the onset of symptoms. This further highlights the fact that late diagnosis remains a major challenge in the management of cancers in our environment as earlier reported<sup>17,19</sup>. Ignorance, poverty and lack of trained personnel capable of early detection and prompt and effective management are the

**Discussion:** Le manière de présentation de cancer, à plusieurs site dans le corps différent d'une place à l'autre même dans la même pays. Squameuse cell carcinome étai le plus prévalent histologique type de malignancies dans le tête et cou dans le plupart de signale de Nigeria 3, 7-12. C'est un accord avec le littérature mondiale 13-16. Cependant deux études vient du Nigeria ont signalé lymphomes comme le plus courant cancer suivi par squamous cell carlinoma 17, 18. Le fréquence de diagnose histologiquement de tete et cou malignancies dans l'étude présent est presque 19 cas per ans qui est bas relative a le signale d'Otoh 19 dans le même région de pays et ceux de l'autre part de pays 7, 17, 18, 20. Cependant cette signale peut être en raison de manière référé. La grandeur de population service. Expertise disponible et les ressources aux les centres différents. Bien que tête et cou cancer est essentiel une maladie de les âge, le gamme des âges dans cet étude sont entre 2 semaines et 85 ans avec un moyen de 38 ans (+ 20 SDV). Le signale précédent de Jos et Maiduguri ou Nord Nigeria 17, 21. Montre un pic incidence dans le 3ème et 4ème décennie. Plupart des études du Nigeria, tête et cou cancer affecté plus les mâles plus que femelles, sauf l'étude de Ilorin au Nord Central Nigeria 11 où femelles sont affecté plus que les males. Les males à femelle gamme rangé de 1 :1 à 2 :3 :1 7,8,10,11,17,20. Un male à femelle rangé de 1 :3 :1 cependant était enregistré dans cette étude.

Le raison plus commun pour présentation à l'hôpital était enflée dans 40% de cas suivi par douleur dans 8% de cette manière. Cependant, autre plainte de les deux, douleur et enflé pendant que symptôme multiplie ne sont. Pas présentation (a) sans commun. Le délai duration de symptôme avant présentation était 13 :5 mois. C'est cependant étai dépendent sur l'âge et site les enfants présenté approximativement moyen a six mois de le debout de symptôme. Le plus loin clou le raison que diagnose reste un défis majeur dans le management de cancers dans notre environnement comme étai signalé -17, 19.

major obstacles. Reports on the overall pattern of head and neck cancers from different regions of the country cited nasopharynx as the commonest site<sup>7,8,10,17</sup>. The nose and paranasal sinuses were the second most common reported sites<sup>7, 19, 20,21</sup> while the larynx was the third commonly affected site<sup>7, 12,21</sup>. In contrast, Amusa et al<sup>18</sup> and Otoh et al<sup>19</sup> reported differently that malignancy of the oral cavity was the commonest in Ile-Ife (South-west Nigeria) and Maiduguri (Northeast Nigeria). In this study however, the neck was the most commonly affected site, with the lesions being largely lymphomas. Bhatia et al<sup>17</sup> also recorded a high prevalence of lesions in the neck. Lymphomas accounted for 42(21.5%) cases in this series, partly explaining the large number of neck masses in this study as lymphomas in the head and neck region involve mainly lymph nodes<sup>22,23</sup>. Also the influence of HIV on this pattern could be significant. Sarcomas had an overall male: female ratio of 1.2:1. This finding is similar to the 1.3:1 male: female ratio reported by Adebayo et al<sup>24</sup> in Kaduna State in Northern Nigeria. However, Adisa<sup>20</sup> in Ibadan and Bentz et al<sup>25</sup> in the United States reported a male: female ratio of 1.5 and 1:1 respectively. The 21-30 age group was most commonly affected.

Surgery, radiotherapy and chemotherapy either alone or in combination are the standard modalities of treatment of cancers<sup>26,27</sup>. However, treatment is influenced by several factors including the histologic cell type, the stage of the disease, co-morbidities, patient's preferences, expertise and facilities available. Apparently, less than 40% of the patients in this series received treatment locally. Children and individuals with lymphoma were more likely to receive treatment than others. The non-availability of an otorhinolaryngologist within the institution in the earlier part of the study may partly explain this as well as the pattern of presentation of tumours, including the absence of some malignancies e.g laryngeal carcinoma, from this cohort. Discharge against medical advice and leaving against medical advice of hospitalized patients is an adverse clinical

Ignorance, pauvreté et manque de professionnel capable a détecté tôt et rapide et management effective son l'obstacle majeur. Signalé sur tout le manière de tête et cou cancers de région de pays citez nasopharynx comme le site commun. 7,8,10, 17

Le nez et sinues para nasal sont le deuxième signal plus courant site 7,19,20,21 pendant que larynx était le troisième couronnement site affecté. 7,12,21 Dans le contraste, Amusa et al 18 et Otoh et al 19 signalé différent que malignancy de cavité oral était le plus courant dans Ile-Ife (Sud l'ouest Nigeria) et Maiduguri (Nord l'est Nigeria) cependant dans cet étude, le cou était le site plus affecté. Avec le lésions soit grandement lymphomas. Bhatia et al 17 encore enregistrer une haute prévalence de lésions dans le cou. Lymphomas responsable pour 42(21.5%) cas dans cette série. Explique moitié le grand beaucoup nombre de cou dans cet étude comme lymphomas dans la tête et région concerner lympe nodes 22, 23. Sole ment Encore L'influence de HIV/Sida sur cette manière peut-être significat.

Sarcomas à un en tout male : femelle range de 1.2 :1, ce découvert est semblable table à le 1.3 :1 male : femelle range signalé par Adebayo et al 24 dans état de Kaduna au Nord Nigeria cependant, Adisa 20 dans l'Etats unies un male : femelle range de 1 :5 et 1 :1 respectivement. L'âge groupe de 21-30 était plus courant affecté.

Chirurgie, radiothérapie et chimiothérapie n'ont pas seule ou dans combinat ion sont la modalité standard de traitement de cancers 26,27. Cependant traitement est influence par plusieurs raisons/facteurs. Compris/compte l'histologique type cellule. Le niveau de maladie, Co-morbidités, préférences patient, expertise et installations disponible. Apparemment, moins que 40% du patient sont dans cette série recevoir traitement locale. Les enfants et individuel avec lymphoma ont recevez traitement plus que les autres. Le non-ava labilité d'un otorhinolaryngologiste entre l'institution au commencement de cet étude peut-être explique moitié, cet ou bien que le manière de présentation de tumeurs, compris l'absence des malignancies e.g. laryngées carcinoma, de cette cohorte. Décharge contre conseil médical et abandonné contre conseil médical de patient hospitalisé, c'est un adverse

event that often results from a disagreement between the patient or an interested third party and the attending physician and/or the hospital environment, culminating in the patient's withdrawal of their initial voluntary consent for hospitalisation, and abrupt termination of in-patient medical care<sup>28,29</sup>. Finance and beliefs are important factors in reported rate in this study. Though there are few reports on the outcome of head and neck cancer treatment in Nigeria, the burden of managing this group of patients is enormous<sup>30</sup>. Conclusion: Head and neck cancers are not uncommon in Nigeria. However, reports on the epidemiology of the disease make comparison difficult as different authors tend to include different tumours within the group. The presentation of head and neck malignancies in Northeast Nigeria is not different from reports in other parts of the country.

## References

1. Ragin CC, Modugno F, Gollin SM. The epidemiology and risk factors of head and neck cancer: a focus on human papillomavirus. *Jour Den Res* 2007, 86 (2):104-114.
2. Fan CY. Epigenetic alterations in head and neck cancer: prevalence, clinical significance, and implications. *Curr Oncol Rep* 2004, 6:152-161.
3. Adeyemi BF, Adekunle LV, Kolude BM, Akang EEU, Lawoyin JO. Head and neck cancer - a clinicopathological study in a tertiary care centre. *J Natl Med Assoc* 2008, 100:690-697.
4. Dubey SP, Sengupta SK, Kaleh LK, Morewaya JT. Adult head and neck lymphomas in Papua New Guinea: a retrospective study of 70 cases. *Surg* 1999, 69(11):778-781.
5. Forastiere A, Koch W, Trotti A, Sidransky D. Head and neck cancer. *N Engl J Med*. 2001, 27; 345(26):1890-900.
6. Pivota X, Niyikizab C, Poissonneta G, , Dassonville O, Bensadoun RJ, Guardiola E, et al. Clinical prognostic factors for patients with recurrent head and neck cancer: implications for randomized trials. *Oncol* 2001, 61(3):197-204.

évènement clinique que est souvent résultat de un désagrément entre le partie où un intéressant de troisième partie et le physicien (attendant/présent ou l'environnement hôpital, culminé dans le patient enlèvement de leurs initiales consent volante pour hospitalisation, et abrupte de sans-patience soin médical 28,29. Finance et croissance sont le preuve/facteur important dans la gamme. Signalé dans et étude. Bien que il ya un peu de signale sur cissue de traitement de tête et cou cancer au Nigeria. La charge de contrôlé ce groupe de patients est énormes.<sup>30</sup>

Conclusion: Tête et cou cancer ne sont pas sans commune au Nigeria. Cependant, signale sur l'épidémiologie de la maladie permettre comparaison difficile comme auteur différent avoir tendance à l'âge différent parmi group compris tumeur. La présentation de tête et cou malignancies en Nord ;est Nigeria ne pas différent de signale dans les autres partie du pays.

## Références

1. Ragin CC, Modugno F, Gollin SM. Le épidémiologie et risqué facteurs de tête et cou cancer: un focus sur humain papillomavirus. *Tour Den Res* 2007, 86 (2): 104-114.
2. Fan CY Épi génétique altération dans tête et cou cancer, prévalence clinique signifiante et implication. *Curr oncol Rep* 2004, 6:152-161.
3. Adeyemi BF, Adekunle LV, Kolude BM, Akang EEU, Lawoyin J.O. Tête et cou cancer un étude clinicopathological dans un centre de soin territoire *J Nat L Med Assoc* 2008. 100 :690-697.
4. Dubey SP, Sengupta SK, Kaleh LK, Morewaya J.T. Tête Adulte et cou lymphomas dans Papua Guinea Nouveau : Une étude rétrospective de 70 cas. *Surg* 1999, 69, (11) : 778-781.
5. Forastiere A, Koch W, Trotti A, Sidransky D. Tête et cou cancer. *N Engl J Med* 2001. 27,345 (26): 1890-900.
6. Pivota X Niyikizab C, Poissonneta G. Dassonville O, Bensadoun RJ, Guardiola E et al. Pronostique clinique facteur pour patients avec Récurrence tête et cou cancer : implication pour randomisé procès. *Oncol* 2001, 61 (3) : 197-204.



- |   |  |
|---|--|
| <p>7. Nwawolo CC, Ajekigbe AT, Oyeneyin JO, Nwankwo KC, Okeowo PA. Pattern of head and neck cancers among Nigerians in Lagos. <i>West Afr J Med</i> 2001, 20:111-116.</p> <p>8. Nwaorgu O, Kokong D, Onakoya P, Adoga S, Ibekwe T. Prevalence of human immunodeficiency virus seropositivity in head and neck malignancies in sub-Saharan Africa. <i>Acta Otolaryngol</i> 2007, 127:1218-1221.</p> <p>9. Lilly-Tariah da OB, Nwana EJC, Okeowo PA: Cancers of the ear, nose and throat. <i>Nig J Surg Science</i> 2000, 10:52-56.</p> <p>10. Iseh KR, Malami SA. Pattern of head and Neck cancers in Sokoto, Nigeria. <i>Nig J Otolaryngol</i> 2006, 3:77-83.</p> <p>11. Ologe FE, Adeniji KA, Segun-Busari S. Clinicopathological study of head and neck cancers in Ilorin, Nigeria. <i>Trop doc</i> 2005, 35:2-4.</p> <p>12. Okoye BCC, Nwosu SO. Primary head and neck malignant tumours in Port Harcourt, Nigeria. <i>Orient J Med</i> 1995, 7:38-40.</p> <p>13. Onyango JF, Awange DO, Njiru A, Macharia IM. Pattern of occurrence of head and neck cancer presenting at Kenyatta National Hospital Nairobi. <i>East Afr Med J</i> 2006, 83:288-91.</p> <p>14. Silverberg E, Boring C, Squires TS. Cancer statistics. 1990, 40:9-16.</p> <p>15. Onyango JF, Macharia I. Delays in diagnosis, referral and management of head and neck cancer presenting at Kenyatta National Hospital, Nairobi. <i>East Afr Med J</i> 2006, 83:85-91.</p> <p>16. Sasaki CT, Carlson RD. Malignant neoplasms of the larynx. In <i>Otolaryngology head and neck surgery</i> 2nd edition. Edited by: Cummings CW. St. Louis Mosby Year Book; 1993:1925-1954.</p> <p>17. Bhatia PL. Head and neck cancer in Plateau State of Nigeria. <i>West Afr J Med</i> 1990, 9:304-310.</p> <p>18. Amusa YB, Olabanji JK, Ogundipe OV. Pattern of head &amp; neck malignant tumour in a Nigerian teaching hospital: a ten year review. <i>West Afr J Med</i> 2004, 23:280-285.</p> <p>19. Otoh EC, Johnson NW, Danfillo IS. Primary head and neck cancers in North Eastern Nigeria. <i>West Afr J Med</i> 2004, 23:305-313.</p> | <p>7. Nwawolo CC Ajekigbe AT, Oyeneyin J.O, Nwankwo KC, Okeowo PA, Manière de tête et cou cancers parmi les Nigériens dans Lagos. <i>Afrique l'ouest J Med</i> 2001 20:111-116.</p> <p>8. Nwaorgu O, Kokong D. Onakoya P. Adoga S. Ibekwe T. Prevalence d'humain Immunodéficience virus séropositivité dans tête et cou malignancies dans sub saharien d'Afrique. <i>Acta Otolaryngol</i> 2007, 127 :1218-1221.</p> <p>9. Lilly-Tariah da OB, Nwana EJC, Okeowo PA Cancer de L'oreille, Nez et gorge. <i>Nig J Sug Science</i> 2000, 10:52-56.</p> <p>10. Iseh KR, Malami SA. Manière de tête et cou cancer dans Sokoto, Nigeria. <i>Nig J Otolaryngol</i> 2006, 3 :77-83.</p> <p>11. Ologe FE, Adeniji KA, Segun-Busari S. Etude clinicopathological de tête et cou cancers dans Ilorin. Nigeria. <i>Trop doc</i> 2005, 35 :2-4.</p> <p>12. Okoye BCC, Nwosu SO. Premier tête et cou malignant tumeur dans Port Harcourt</p> <p>13. Onyango JF, Awange DO, Njiru A. Macharia IM. Manière di occurrence de tête et cou cancer présenté à Kenyatta Hôpital National Nairobi. <i>L'est Afrique Med J</i> 2006, 83: 288-91.</p> <p>14. Silverberg, Boring C, Squires TS, Statistique Cancer. 1990, 40:9-16.</p> <p>15. Onyango JF, Macharia I. diagnosté dans e referral et la direction de tête et cou cancer presente à Kenyatta Hôpital National, Nairobi. <i>L'est Afrique Med J</i> 2006, 83: 85-91.</p> <p>16. Sasaki CT, Carlson RD, Malignant néoplasme de la Larynx. Dans <i>Otolaryngology tête et cou Chirurgie</i> 2ème édition. Éditer par : Cummings CW. St. Louis Mosby Livre d'année, 1993: 1925-1954.</p> <p>17. Bhatia PL : Tête et cou cancer dans l'état Plateau de Nigeria. <i>Afr L'ouest J Med</i> 1990, 9 :304-310.</p> <p>18. Amusa YB, Olabanji JK, Ogundipe OV. Manière de tête et cou malignant tumeur dans un Hôpital d'enseignement Nigeria : Un Critique de dix ans. <i>Afriq L'ouest J Med</i> 2004, 23 :280-285.</p> <p>19. Otoh EC Johnson NW, Danfillo 15. Premier tête et cou Cancers dans Nord l'est Nigeria, Afriq L'ouest J Med 2004, 23 :305-313.</p> |
|---|--|

20. Adisa AO, Adeyemi BF, Oluwasola AO, Kolude B, Akang EEU, Lawoyin JO. Clinico-pathological profile of head and neck malignancies at the University College Hospital, Ibadan, Nigeria. *Head & Face Medicine* 2011 7:9.
21. Ahmad BM, Pindiga UH. Malignant neoplasms of the ear, nose and throat in north eastern Nigeria. *Highland Med Research J* 2004, 2:45-48.
22. Bailey BJ, Johnson JT, Newlands SD. Paediatric malignancies. In *Head and Neck Surgery—Otolaryngology*. Lippincott Williams & Wilkins (4<sup>th</sup> eds) 2006, 1358-1360.
23. Hoffman HT, Karnell LH, Funk GF, Robinson RA, Menck HR. The National Cancer Data Base report on cancer of the head and neck. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1998, 124(9):951-962.
24. Adebayo ET, Ajike SO, Adebola A. Maxillofacial sarcomas in Nigeria. *Ann Afr Med* 2005, 4(1):23-30.
25. Bentz BG, Singh B, Woodruff J, Brennan M, Shah JP, Kraus D. Head and neck soft tissue sarcomas: a multivariate analysis of outcomes. *Ann Surg Oncol* 2004, 11(6):619-628.
26. Chrong N, Vokes E. Expanding role of the medical oncologist in the management of head and neck cancer. *CA Cancer J C/M* 2008, 58:32-53.
27. Haddad R, Annino D, Tishler RB. Multidisciplinary approach to cancer treatment; focus on head and neck cancer. *Dent Clin North Am* 2008, 52:1-17.
28. Franks P, Meldrum S, Fiscella K. Discharges against medical advice: Are race/ethnicity predictors? *J Gen Intern Med*. 2006;21:955-960.
29. Alebiosu CO, Raimi TH. A study of hospital patients' discharge against medical advice in the Ogun State University Teaching Hospital, Sagamu, Nigeria. *Nig Med Pract*. 2001;40:33-35.
30. Lilly-Tariah OB, Somefun AO, Adeyemo WL. Current evidence on the burden of head and neck cancers in Nigeria. *Head Neck Oncol* 2009, 1(14):1-14.
20. Adisa AO, Adeyemi BF, Oluwasola AO, Kolude B, Akang EEU, Lawoyin JO. Profile clinicopathological de tête et cou malignancies à CHU Ibadan Nigeria. *Tête et Médecine Face* 2011 7:9.
21. Ahmad BM, Pindiga UH. Malignant neoplasms de l'oreille, Nez et gorge dans nord l'est Nigeria. *Highland Med Research J* 2004, 2 :45-48.
22. Bailey BJ, Johnson JT, Newland SD paediatric Malignancies. Dans tête et cou chirurg. *Otolaryngologie Lippin Cott Williams & Wilkins ( 4ème eds) 2006, 1358-1360.*
23. Hoffman HT Karnell LH, Funk GF Robinson RA, Menck HR, le dossier de cancer National basé sur le report cancer de tête et cou. *Arch Otolaryngol Tête cou surg* 1998, 124 (9) :951-962.
24. Adebayo ET, Ajike SO, Adebola A. Maxillofacial Sarcomas au Nigeria *Ann Afriq Med* 2005, 4 (1):23-30.
25. Bentz BG, Singh B, Woodruff J, Brennan M, Shah JP, Kraus D. Tête et cou doux Sarcomas Kleenex: Un multiparti bilan de résultat.
26. Chrong N. Vokes E. Développe la rôle d'oncologue médical dans le management de tête et cou cancer. *Centre CA JC/M* 2008, 58 :32-53.
27. Haddad R, Annino D, Tishler RB. Approche multidisciplinaire traitement a cancer; point sur tête et cou cancer. *Dent clin nord AM* 2008, 52:1-17.
28. Franks P. Meldrum S, Fiscella K. Décharger contre conseil médical: sont race/ethnicité prédicateurs? *J. Gen Intern Med* 2006 :21 :955-960.
29. Alebiosu CO, Raimi TH. Une étude de patients d'hôpital déchargé contre conseil médical dans université d'enseignement Hôpital, Sagamu l'état d'Ogun Nigeria. *Nig Med Pract*, 2001 :40:35-35.
30. Lilly-Tariah OB, Somefun AO, Adeyemo WL : Evidence actuel sur le charge de tête et cou cancers dans Nigeria. *Tête cou oncol* 2009, 1(14) :1-14.