

**CARCINOMES EPIDERMOÏDES DE LA CAVITE BUCCALE :
ETUDE DE 179 OBSERVATIONS AU SERVICE DE STOMATOLOGIE DE
L'HOPITAL ARISTIDE LE DANTEC DE DAKAR**

**EPIDERMOID CARCINOMAS OF ORAL CAVITY:
STUDY OF 179 CASES AT THE STOMATOLOGY DEPARTMENT OF THE ARISTIDE
LE DANTEC HOSPITAL IN DAKAR**

NDIAYE Mouhamadou Makhtar, TOURE Silly, DIOP Rudolph.

Service de Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale de CHU Aristide Le Dantec, 30,
Avenue Pasteur. BP : 3001, Dakar (Sénégal)

Service de Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale, Hôpital Aristide Le Dantec, Dakar
(Sénégal).

**Auteur correspondant : Dr NDIAYE Mouhamadou Makhtar ; Assistant chef de clinique
stomatologie et chirurgie maxillo-faciale de L'UCAD**

Adresse courriel : yorofall80@hotmail.fr

Résumé

Objectifs : Etudier le profil épidémiologique, anatomo-clinique et étiopathogénique des carcinomes épidermoïdes de la cavité buccale dans nos pays, montrer l'importance de leur diagnostic précoce et enfin dégager des perspectives dans un contexte de sous médicalisation.

Matériel et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective sur une période de 4 ans, menée dans le service de Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale du CHU Aristide Le Dantec. L'échantillon était constitué de patients de carcinomes épidermoïdes de la cavité buccale, tous confirmés sur le plan histologique.

Résultats : Durant la période d'étude 179 patients de carcinomes épidermoïdes de la cavité buccale ont été répertoriés. L'incidence était de 45 cas par an. L'âge moyen était de 51 ans avec une prédominance du sexe féminin donnant un sex ratio de 0,55. Le rebord alvéolaire et la langue étaient les localisations les plus fréquentes. Sur le plan anatomopathologique, on notait une prédominance du type ulcéro-bourgeonnant

et du grade bien différencié avec des taux respectifs de 38% et de 63%. Nous avons relevé aussi un envahissement ganglionnaire électif des aires ganglionnaires I, II, III. Deux cas de métastases pulmonaires ont été observés. La majorité des patients ont consulté aux stades III et IV et 13% des patients ont bénéficié d'une prise en charge chirurgicale.

Conclusion : Plusieurs facteurs expliquaient le défaut de prise en charge adéquate des patients. L'amélioration de la prise en charge thérapeutique passe par la formation de spécialistes en carcinologie cervico-faciale, l'amélioration du plateau technique.

Mots-clés : carcinome épidermoïde, cavité buccale, facteurs pronostiques.

Abstract

Objectives: study the epidemiological, anatomo-clinical and etiopathogenic profile of squamous cell carcinomas of the oral cavity in our countries, show the importance of their early diagnosis and finally to identify perspectives in a context of under-medicalization.

Material and methods: This is a retrospective study over a period of 4 years, carried out in the Department of Stomatology and Maxillofacial Surgery of the Aristide Le Dantec University Hospital. The sample consisted of patients with squamous cell carcinoma of the oral cavity, all of whom were confirmed histologically.

Results: During the study period 179 patients of squamous cell carcinomas of the oral cavity were listed. The incidence was

45 cases per year. The average age was 51 years with a predominance of the female sex giving a sex ratio of 0.55. The alveolar rim and tongue were the most frequent locations. There was a predominance of the ulcerative-bud type and of the well-differentiated grade with respective rates of 38% and 63%. We also noted elective lymph node invasion of lymph node areas I, II, III. Two cases of pulmonary metastases were observed. The majority of patients consulted in stages III and IV and 13% received surgical management.

Conclusion: Several factors explained the lack of patient care. Improving therapeutic management involves training specialists in cervico-facial carcinology, improving the technical platform.

Keywords: squamous cell carcinoma, oral cavity, prognostic factors.

INTRODUCTION

Les cancers de la cavité buccale représentent plus de 40% des cancers des voies aéro-digestives supérieures et sont dominés par les carcinomes épidermoïdes [1]. En effet, les carcinomes épidermoïdes constituent 90 % des cancers de la cavité orale [2]. Au Sénégal, en l'absence de registre de cancers, il est difficile d'apprécier leur prévalence.

Ces cancers se singularisent par leur évolution essentiellement locorégionale. Ils sont graves vu leur caractère lymphophile, leurs double localisation et traitement multidisciplinaire lourd.

Le choix de la stratégie thérapeutique et le taux de guérison des carcinomes épidermoïdes de la cavité buccale varient essentiellement en fonction du stade au diagnostic et du siège.

Dans notre contexte le diagnostic est fait très souvent à un stade avancé, ce qui a motivé notre étude.

Les buts de ce travail étaient :

- Étudier le profil épidémiologique, anatomo-clinique et étiopathogénique des carcinomes épidermoïdes de la cavité buccale dans nos pays,
- Montrer l'importance de leur diagnostic précoce pour une prise en charge efficiente,
- Dégager des perspectives dans un contexte de sous médicalisation.

MATERIEL ET METHODES

Il s'agit d'une étude rétrospective couvrant la période du 1^{er} Janvier 2012 au 31 Décembre 2015, menée dans le service de Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale du CHU Aristide Le Dantec. L'échantillon était constitué de patients de carcinomes épidermoïdes de la cavité buccale, tous confirmés sur le plan histologique. Un bilan d'extension métastatique comprenant une

radiographie pulmonaire et une échographie abdominale a été réalisé chez tous les patients et une tomodensitométrie thoraco-abdominale a été demandée dans certains cas.

La 8e version de la classification TNM des cancers de la sphère ORL (2017) a été adaptée dans cet article [3].

RESULTATS

Fréquence

Durant la période d'étude (4 ans), 179 patients de carcinomes épidermoïdes de la cavité buccale ont été répertoriés. L'incidence était de 45 cas par année. Ces cancers représentaient 6% des motifs de consultation dans notre service.

L'âge

L'âge moyen était de 51 ans avec des extrêmes de 10 et 96 ans. On notait un pic de fréquence entre 40 et 60 ans (figure 1).

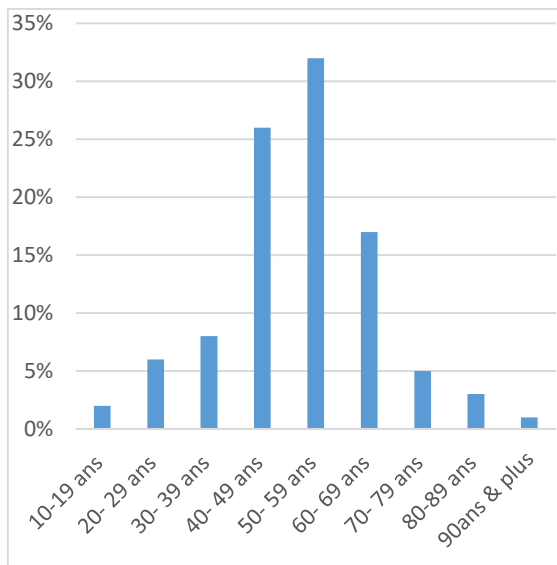


Figure 1 : Répartition selon les tranches d'âge.

Le sexe

On notait 115 patients de sexe féminin et 64 patients de sexe masculin soit respectivement 64% et 36%. Le sexe ratio était de 0,55.

Facteurs étiologiques

L'intoxication alcoolo-tabagique était retrouvée dans 10% des patients. Les irritations muqueuses chroniques par des dents délabrées acérées étaient en cause dans 16% des cas. Dans 73% des patients, aucun facteur évident n'a été retrouvé, cependant 62% des patients présentaient une anémie clinique et biologique (Tableau I).

Tableau I : Facteurs étiologiques.

Facteur étiologique	Nombre de cas	Pourcentage
Intoxication alcoolo-tabagique	18	10%
Irritation chronique (dents+++)	29	16%
Pas de causes retrouvées	132	73%
Anémie	112	62%

Les sites anatomiques envahis

Le rebord alvéolaire et la langue étaient les zones les plus envahies (Figures 2 et 3, tableau II)



Figure 2 : Carcinome épidermoïde de la gencive mandibulaire droite : Rebord alvéolaire inférieur avec extension au niveau du trigone rétro-molaire ; mauvaise hygiène bucco-dentaire.

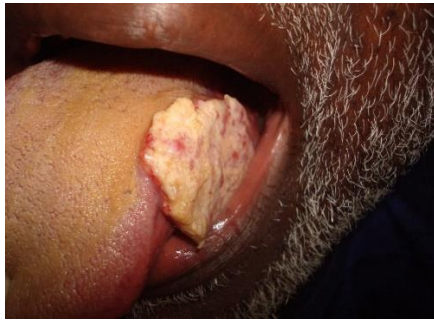


Figure 3 : Carcinome épidermoïde du bord marginal gauche de la langue : Aspect ulcéro-bourgeonnant.

Tableau II : répartition selon les sites anatomiques envahis.

Point de départ	Nombre de cas	Pourcentage
Rebord alvéolaire supérieur et inférieur	64	35.7%
langue	40	22.3%
Face inter de la joue	33	18.4%
Palais dur	21	11.7%
Lèvre	11	6.1%
Plancher buccal	07	3.9%
Trigone rétro-molaire	03	1.6%
Total	179	100%

Aspects macroscopiques et histopathologies

Nous avons retrouvé les formes macroscopiques suivantes :

- 68 formes ulcéro-bourgeonnantes soit 38% ;
- 57 formes ulcérées soit 32% ;
- 33 formes bourgeonnantes soit 18% ;
- 21 formes infiltrantes soit 12%.

L'examen anatomo-pathologique microscopique systématique a confirmé la nature épidermoïde de ces carcinomes.

- 7 types de grade non précisé (Gx) soit 4%,
- 113 lésions de grade bien différencié (G1) soit 63%,
- 57 lésions de grade moyennement différencié (G2) soit 32%,
- 2 lésions de grade indifférencié (G3) soit 1%.

L'envahissement loco-régional

Les principaux relais ganglionnaires atteints étaient électivement les niveaux I (groupe sous-mento-maxillaire) et II (groupe jugulo-carotidien supérieur) avec les pourcentages respectifs de 94,17% et 3,88%.

L'envahissement ganglionnaire clinique était unique chez 23 patients soit 13% et multiple chez 151 patients soit 84%. Chez 3% des patients nous n'avons retrouvé aucune adénopathie cliniquement décelable.

Sept patients (7) soit 4% avaient une ou plusieurs adénopathies de diamètre inférieur à 3 cm et 139 patients soit 78% présentaient une ou plusieurs adénopathies dont le diamètre était compris entre 3 cm et 6 cm. Enfin 11 patients soit 6% étaient porteurs d'une adénopathie supérieure à 6 cm.

L'envahissement métastatique à distance

Deux patients soit 1,1% présentait un cliché pulmonaire avec image en lâché de ballon.

Le stade clinique

On notait la prédominance des stades II et III (tableau III et Figures 4 et 5).

Tableau III : Répartition selon le stade.

Stade TNM	T	N	M	TOTAL
Stade 0	Tis	N0	M0	00
Stade I	T1, T2	N0, N1	M0	06 (3,4%)
Stade II	T1, T2, T3	N2, N0, N1, N2	M0	34 (19%)
Stade III	T1, T2, T3, T4,	N3, Tout N	M0	137 (76,5%)
Stade IV	tout T	Tout N	M1	02 (1,1%)



Figure 5 : Carcinome épidermoïde du palais envahissant la lèvre supérieure. T4a N3 M1



Figure 4 : Carcinome épidermoïde de la face interne de joue droite avec extension à la région jugale droite : perméation cutanée et orostome : T4b N2 M0

La prise en charge thérapeutique

Sur 179 patients, 152 patients soit 85% avaient bénéficié d'un traitement.

Vingt-cinq patients (25) avaient un traitement palliatif par radiothérapie exclusive avec des doses variant de 30 à 72 Gys et des étalements de 10 à 18 séances. Cent quatre patients (104) ont été traités par radio-chimiothérapie, 23 patients soit 13%, ont subi une chirurgie associant l'exérèse de la lésion et un curage ganglionnaire cervical de type radical suivie d'une radiothérapie délivrée sur le site tumoral et les aires ganglionnaires.

Le suivi moyen des patients était de 5 ans. Au terme duquel 34 patients (19%) sont toujours vivants sans récurrences ni métastases, 47% de décès, 6% cas de récurrences et 28% des patients étaient perdus de vue.

DISCUSSION

Les carcinomes épidermoïdes représentent 90 % des cancers de la cavité orale et 500 000 nouveaux cas sont diagnostiqués chaque année, dont les 3/4 dans les pays en développement [4, 5].

Au Sénégal, les carcinomes épidermoïdes de la cavité buccale touchent essentiellement les sujets jeunes. En effet dans notre série, l'âge moyen était de 51 ans. Ces chiffres s'opposent à ceux de la littérature des pays européens où l'âge moyen observé est plus élevé [6].

Une donnée importante de cet échantillon était l'atteinte élective de malades de sexe féminin dans l'ordre de 64%. Ces chiffres sont opposés à ceux observés par dans les pays occidentaux qui notent une prédominance du sexe masculin. [7, 8].

Ce profil doublement inversé dans nos régions pourrait être lié à des carences nutritionnelles associées à une anémie chronique, à la multiparité ou une ulcération chronique d'une muqueuse traumatisée par des dents délabrées et acérées ou par des prothèses mal adaptées.

En effet les facteurs traumatiques chroniques ou répétés, une mauvaise hygiène buccale, une candidose chronique, des infections à herpès virus et des immunodéficiences associés à une anémie peuvent favoriser la transformation des cellules épithéliales [9]. Mais les données factuelles en ce sens sont encore insuffisantes. Cependant le Tabac et l'alcool sont deux facteurs de risques indiscutables dans la survenue du cancer buccal [10]. L'alcool et le tabac ont un effet synergique, les individus qui fument et boivent à la fois ont par conséquent plus de risque de développer un cancer buccal.

Les carcinomes épidermoïdes de la langue et du plancher buccal représentent les premières localisations des cancers de la cavité buccale [11, 12, 13]. La prédominance de ces localisations serait liée à l'intoxication alcoolo-tabagique. Dans notre étude, la première localisation était le rebord alvéolaire qui représentait 34,95% des carcinomes épidermoïdes de la cavité buccale suivie de la localisation linguale. Si la langue reste la localisation par excellence des carcinomes

épidermoïdes dans les pays développés, la fréquence élevée de la localisation gingivale dans notre série doit nous orienter vers un nouveau profil étiologique dans une population sénégalaise à majorité musulmane avec une intoxication alcoolo-tabagique faible.

Les patients porteurs d'un carcinome épidermoïde gingival consultent en premier lieu auprès de l'odontologiste. On comprend donc aisément le rôle central que peut jouer ce dernier dans le diagnostic précoce.

Sur le plan anatomopathologique, la forme ulcéro-bourgeonnante reste la plus fréquemment retrouvée sur le plan macroscopique. Les formes infiltrantes et squirrheuse étant beaucoup plus rares. Cette caractéristique est importante à noter, car cette forme est considérée comme d'un meilleur pronostic que celui des formes ulcérées et infiltrantes.

Le grade histologique serait un facteur pronostique peu ou pas significatif. Cependant il a été noté dans la littérature une meilleure réponse à la chimiothérapie des formes indifférenciées autrement dit pour le grade 3 [14]. Pour d'autres auteurs, l'envahissement ganglionnaire serait plus important pour le grade histologique 3 [15]. Dans notre série, nous avons noté une prédominance des formes bien différenciées (G1) qui constituent 63% des cas. Pour une étude portant essentiellement sur des carcinomes épidermoïdes diagnostiqués tardivement, le grade histologique ne nous apparaît pas un facteur pronostic significatif.

L'envahissement ganglionnaire reste le facteur pronostic déterminant dans la prise en charge thérapeutique des carcinomes épidermoïdes de la cavité buccale. Il conditionne le choix thérapeutique. Il est constant pour les stades III et IV même si l'examen clinique du patient ne met pas en évidence d'adénopathie cliniquement palpable. En effet Selon des études

publiées, 20% et 50% des patients N0 clinique qui présentent une tumeur de la cavité buccale diagnostiquée à un stade précoce auraient un envahissement ganglionnaire (N+) [16, 17].

Les sites électifs d'envahissement restent le niveau I (aire sous-mento-maxillaire) et les niveaux II, III (aires jugulo-carotidiennes hautes et moyennes) [8].

Nous avons constaté un chiffre élevé d'envahissement ganglionnaire dans notre série avec un pourcentage de 76,18%, ce qui a justifié l'indication d'évidement cervical de type radical associé ou non à un évidement triangulaire fonctionnel controlatéral.

Les poumons sont le lieu électif des métastases des carcinomes épidermoïdes de la cavité buccale. L'incidence des métastases pulmonaires lors du bilan d'extension des carcinomes épidermoïdes de la cavité buccale serait comprise entre 0,8 % et 1,5 % pour Righini et al [18]

Nous avons relevé que 2 patients porteurs de métastases pulmonaires. Des métastases hépatiques ou osseuses n'ont pas été noté dans notre étude.

Le cliché pulmonaire semble suffisant pour bilan d'extension de débrouillage dans nos conditions d'exercice, malgré la vulgarisation de la pratique de la pratique échographique et de la tomodensitométrie.

La symptomatique des carcinomes épidermoïdes de la cavité buccale est pauvre au début et certains cancers peuvent être asymptomatiques, ce qui contribue davantage au diagnostic tardif.

En effet seuls 30 % des cancers buccaux sont identifiés à un stade précoce de développement, tandis que 50 % sont diagnostiqués au stade de métastase (stade III ou IV) [19, 20].

Nous notons un pourcentage élevé de stades II, III et IV dans notre série. Le nombre

élevé de patients porteurs de lésions avancées, la faiblesse du pouvoir d'achat et la rareté des structures spécialisées, expliquent en partie nos difficultés thérapeutiques et le faible nombre de patients opérés.

Le traitement des carcinomes épidermoïdes de la cavité buccale repose essentiellement sur la chirurgie et/ou la radiothérapie. Les stratégies thérapeutiques des carcinomes épidermoïdes de la cavité buccale varient selon le stade au moment du diagnostic.

Si pour les lésions T1 T2 les résultats en termes de survie sont excellents, les lésions T3, T4 ne justifient pas un traitement agressif, lourd, compromettant les fonctions essentielles (phonation, déglutition) sans bénéfice certain sur la durée de la survie.

En fonction de ce stade, le traitement pourra comprendre une intervention chirurgicale et/ou une radiothérapie, permettant ainsi une forte probabilité de survie à long terme mais aussi une morbidité considérable [21]. La chimiothérapie, y compris la thérapie ciblée, peut être combinée à une radiothérapie dans le traitement initial ou utilisée pour traiter un cancer récidivant. L'immunothérapie est une nouvelle possibilité de traitement du cancer avancé ou récidivant [22].

Les opportunités ratées d'un diagnostic et d'un traitement précoces sont toutefois à l'origine d'une morbidité et d'une mortalité importantes au niveau mondial. Ainsi, le taux de survie à 5 ans aux cancers de la cavité buccale diagnostiqués tardivement est de moins de 63 % dans la littérature [10, 23]. Pour notre part il était de 19%. Les taux de survie au cancer buccal peuvent être améliorés grâce à une détection précoce [24]. Une étude récente portant sur l'efficacité du dépistage du cancer buccal a démontré que, l'examen buccal traditionnel, constitue une opportunité réalisable et satisfaisante pour un dépistage précoce des lésions malignes et potentiellement malignes [10].

D'où le rôle important des chirurgiens-dentistes dans la détection précoce du cancer buccal.

CONCLUSION

Le diagnostic précoce est essentiel pour diminuer la mortalité due au cancer buccal. Le retard diagnostic et de prise en charge dans notre étude s'explique essentiellement par l'absence d'informations et de couverture médicale, l'insuffisance du plateau technique et de spécialistes en carcinologie cervico-faciale mais aussi par les pratiques de médication traditionnelle. L'odontologiste constitue le premier relais

de la consultation et c'est à ce niveau que le diagnostic précoce peut être réalisé. L'intoxication alcoolo-tabagique faible dans notre population d'étude doit nous orienter vers un nouveau profil étiologique des cancers de la cavité buccale.

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

Contribution des auteurs

Tous les auteurs ont contribué à la conduite de ce travail. Tous les auteurs déclarent également avoir lu et approuvé la version finale du manuscrit

REFERENCES

1. **Poonam Joshi, Sourav Dutta, Pankaj Chaturvedi, and Sudhir Nair.** Head and Neck Cancers in Developing Countries. *Rambam Maimonides Med J* 2014;5(2):e0009. Manuscript 393.
2. **Olson CM, Burda BU, Beil T.** Screening for Oral Cancer: A Targeted Evidence Update for the U.S. Preventive Services Task Force. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US), <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK132472/> (2013, accessed 23 March 2018).
3. **Lambiel S, Dulguerov P.** Changements dans la nouvelle classification TNM en oncologie cervico-faciale. *Rev Med Suisse* 2017 ; 13 : 1684-9
4. **Radhakrishnan R, Shrestha B, Bajracharya D.** Oral Cancer - An Overview in "Oral Cancer, Kalu U. E. Ogbureke", IntechOpen, 2012, pp 47-64.
5. **Chowdhury RM, Singh G, Joshi A.** Autophagy and oral cancers: A short review. *J Stomatol Oral Maxillofac Surg* 2018; 119: 37-39.
6. **Barthelemy, Sannajust J., P., Mondie J. M.** Cancers de la cavité buccale: Préambule, épidémiologie, étude clinique. EMC-Stomatologie-2005 ; 1(4) 277-294.
7. **César Rivera.** Essentials of oral cancer. *Int J Clin Exp Pathol* 2015;8(9):11884-11894.
8. **Zwetyenga N majoufre-lefebvre C, Siberchicot F, Demeaux H, Pinsolle J.** Les carcinomes épidermoïdes de la langue. Résultats du traitement et pronostic. *Rev stomatol chir Mxillo-fac*, 2003 ; 104 (1) : 10-17.
9. **Meurman JH.** Infectious and dietary risk factors of oral cancer. *Oral Oncol* 2010; 46: 411-413.
10. **Mariño R, Haresaku S, McGrath R, .** Oral cancer screening practices of oral health professionals in Australia. *BMC Oral Health* 2017; 17. DOI: 10.1186/s12903-017-0439-5.

11. **Augustin T., Mathiew M., Tarcissus K., Hierrhum Aboubacar B., Dieudonne O., Si Simon T.** Les cancers de la cavité buccale : affection à prédominance féminine à Ouagadougou. *Med Buccale Chir Buccale* 2015 ;21 :61-66.
12. **M.M. Dieng, A. Dem, P.M Gaye, D. Diouf, S. Toure, R. Diop, M. Ndiaye, B. Loum.** Cancers de la cavité buccale: à propos de 145 cas à l'institut joliot-curie de Dakar Cancer/ Radiothérapie 2012 ; 16 (5-6) :547. DOI: [10.1016/j.canrad.2012.07.090](https://doi.org/10.1016/j.canrad.2012.07.090)
13. **Chidzonga MM.** Oral malignant neoplasia : a survey of 428 cases in two Zimbabwean hospitals. *Oral Oncol.* 2006; 42 (2): 177-83.
14. **Nakashima T, Maehara Y, Kohnoe S, Hayashi I, Katsuta Y.** Histologic differentiation and chemo-sensitivity of human head and neck squamous cell carcinomas. *Head & Neck* 1990; 12: 406-410.
15. **Udema M, Yokoo S, Take Y Omori A., Nakanishi K, Shimada K,** lymph node metastasis in squamous cell carcinoma of the oral cavity: correlation between histologic feature and the prevalence of metastasis. *Head& neck* 1992; 14:263-272.
16. **Prades J. M., Shmitt T., Timoshenko A.** Cancers de la langue. EMC, ORL 1, 2004. P. 35-55
17. **Aksu G.** Treatment results and prognostic factors in oral tongue cancer : analysis of 80. Patients. *Int. J. Oral maxillofac. Surg* 2006 ; 35 : 506-513.
18. **Rghini C, Mouret P, Wu D, Reyt E.** L'échographie hépatique a-t-elle une place dans le bilan d'extension initial des patients atteints d'un carcinome malpighien des voies aérodigestives supérieures (VADS). *Ann Otolaryngol Chir Cervico-fac* 2001 ; 118 (6) : 359-364.
19. **Ben Yahya, Fani Anagnostou.** Le cancer buccal : prévention et prise en charge des patients. FDI World Dental Federation 2018; info@fdiworlddental.org • www.fdiworlddental.org
20. **Allen K, Ford PJ, Farah CS.** Oral mucosal screening and referral attitudes of Australian oral health therapists and dental hygienists in Queensland. *Int J Dent Hyg* 2015; 13: 206–212.
21. **Mupparapu M, Shanti RM.** Evaluation and Staging of Oral Cancer. *Dent Clin North Am* 2018; 62: 47–58.
22. **Street W.** Cancer Facts & Figures 2018. 1930; 76.
23. **Marcazzan S, Varoni EM, Blanco E.** Nanomedicine, an emerging therapeutic strategy for oral cancer therapy. *Oral Oncol* 2018; 76: 1–7.
24. **Luc Chikhani, Jean-Pierre Lacoste, Didier Ernenwein.** Dépistage précoce des lésions cancéreuses de la cavité buccale. *Actualités Odonto-Stomatologiques* 2012; 258 :193-197.