



UFR D'ODONTO-STOMATOLOGIE

ANNEE 2008- 2009

N°201/09

THÈSE UNIQUE
Pour l'obtention du

DOCTORAT DE L'UNIVERSITE DE COCODY
FILIERE : SCIENCES ODONTOLOGIQUES

OPTION : ODONTOLOGIE CHIRURGICALE

APPROCHES ÉPIDEMIOLOGIQUE ANATOMO-CLINIQUE ET
THÉRAPEUTIQUE DES CANCERS BUCCAUX EN CÔTE D'IVOIRE:
ENQUETES RETROSPECTIVE ET TRANSVERSALE DANS LES
CENTRES HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES ET CABINETS
DENTAIRES À ABIDJAN

Présentée et soutenue publiquement le 30 Janvier 2009

Par

Docteur AKA JEANNETTE APOLINE épouse ADOUKO

Jury

Président de jury	: Professeur Ehouman Armand	Université de Cocody
Directeur de thèse	: Professeur Angoh Yapo Jean Jacques	Université de Cocody
Assesseurs	: Professeur Echimane Kouassi Antoine	Université de Cocody
	Professeur Assa Allou	Université de Cocody
	Professeur Assi Koffi Delman	Université de Cocody
Rapporteur interne	: Professeur Adou Akai	Université de Cocody
Rapporteur externe	: Professeur Agrégé kadjo kouamé	Université de Bouaké

LISTE DES ENSEIGNANTS

U.F.R. D'ODONTO-STOMATOLOGIE

DIRECTEUR HONORAIRE

Feu Monsieur le Professeur VILASCO Jacob †

DOYENS HONORAIRES

Monsieur le Professeur EGNANKOU Kouamé Joannès Monsieur le
Professeur Feu TOURE Seydou Hamed †

Monsieur le Professeur TOURE Siaka

ADMINISTRATION

Doyen	Professeur ASSI Koffi Delman
Vice-Doyen	Maître de Conférences Agrégé N'CHO Kamon J. C
Vice-Doyen	Maître de Conférences Agrégé N'DINDIN J. Claude
Secrétaire Principal	Monsieur KOUAME Yobouet
Responsable de la scolarité	Madame DJEDJE Yolande
Secrétaire de direction	M ^{lle} LOUKOU A. Odile

PERSONNEL ENSEIGNANT

Année 2006-2007

ENSEIGNANTS PERMANENTS

1. DEPARTEMENT DE BIOLOGIE ET MATIERES FONDAMENTALES

EGNANKOU K. JOANNES	Professeur
GBANE Moustapha	Maître de Conférences Agrégé
ASSOUMOU Abroh Antoine	Maître de Conférences Agrégé
AKON Akalé Bernadette	Maître-Assistante

2. DEPARTEMENT D'ODONTO-STOMATOLOGIE PEDIATRIQUE

BAKAYOKO-LY Ramata	Professeur
KATTIE Aka Louka	Professeur
OKA Affiba Emilienne	Maître de Conférences Agrégé
KONE Kolomdou	Maître-Assistante

KOFFI N'Guessan Arthur	Maître-Assistant
SAVI De Tové Comlan	Assistant Chef de Clinique

s

3. DEPARTEMENT D'ODONTOLOGIE CONSERVATRICE

ABOUATTIER-MANSILLA Edmée	Professeur
KOFFI-GNAGNE Agnéro Nome Y.	Maître de Conférences Agrégé
ADOU-ASSOUMOU N'Won Marie	Maître de Conférences Agrégé
ADOU Akpé Jonas	Maître de Conférences Agrégé
AVOAKA-BONI Marie-Chantal	Maître-Assistante
SINAN Akissi Aline	Maître-Assistante

4. DEPARTEMENT D'ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE

DJAHA Konan	Professeur
AGNERO-EBOI Georgette	Maître de Conférences Agrégé
AKA Aduéni	Maître de Conférences Agrégé
N'DINDIN-GUINAN Brigitte Andrée	Maître-Assistante
SONAN N'guessan Kakou	Maître de Recherche
BEUGRE Jean-Bertin	Maître-Assistant
KOUASSI-BEUGRE Ahia Lydie	Maître-Assistante
Karim DIAKITE	Maître-Assistant
KOUADIO Kouakou Marcel	Assistant Chef de Clinique

5. DEPARTEMENT DE PARODONTOLOGIE

BROU Emmanuel	Professeur
KONE Dramane	Maître-Assistant
KAMAGATE Anzoumanan	Maître-Assistant
COULIBALY Nadin Thérèse	Maître-Assistante
AHNOUX-KOUADIO Ahnoada	Maître-Assistante

6. DEPARTEMENT DE PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE RADIOLOGIE – ANESTHESIE -- REANIMATION

ANGOH Yapo	Professeur
ADOU Akai	Professeur
KOUAME AttoGbain Patrice	Maître-Assistant
SOUAGA Kouakou	Maître-Assistant
AMANTCHI Daniel	Assistant Chef de Clinique

7. DEPARTEMENT DE PROTHESE

7.1. SECTION DE PROTHESE MAXILLO-FACIALE

N'CHO Kamon Jean-Claude	Maître de Conférences Agrégé
AMICHIA-ALLOH Yomin	Maître-Assistante
BAMBA Aboudramane	Maître de Conférences Agrégé
KOUAKOU N'Guessan Célestin	Maître-Assistant
KOFFI Kouassi Gérard Sain-Clair	Assistant chef de clinique

7.2 SECTION DE PROTHESE CONJOINTE

TOURE Siaka	Professeur
THIAM Assane	Maître de Conférences Agrégé
DJEREDOU Kouadio Benjamin	Maître de Conférences Agrégé
KAMAGATE Sinan Fatigui	Maître-Assistant
BAKOU Ouloua Dorcas	Maître-Assistante
PESSON Delon Muller	Maître-Assistant
KONATE Nambé Yacouba	Assistant chef de clinique
DIDIA Ekow Léon Eric	Assistant chef de clinique

7.3 SECTION DE PROTHESE ADJOINTE

ASSI Koffi Delman	Professeur
N'GUESSAN Koffi Sylvain	Maître de Conférences Agrégé
N'DINDIN Assiéhué Claude	Maître de Conférences Agrégé
BITTY Marie-Joseph	Maître-Assistante
KOFFI N'Goran Justin	Maître de Conférences Agrégé
AMANY Sélibouet Robert	Maître-Assistant

8. DEPARTEMENT DE SANTE PUBLIQUE D'EXPERTISE MEDICALE ET D'ODONTOLOGIE LEGALE

8.1 SECTION PREVENTION EPIDEMIOLOGIE

BAKAYOKO-LY Ramata	Professeur
GUINAN Jean-Claude	Maître de Conférences Agrégé
SAVI DE TOVE Massan	Assistante Chef de Clinique

8.2 SECTION ECONOMIE DE SANTE

SAMBA Mamadou	Maître de Conférences Agrégé
---------------	------------------------------

8.3 SECTION EXPERTISE MEDICALE ET ODONTOLOGIE LEGALE

DA Viviane Tiéyima épouse DANHO	Assistante Chef de Clinique
---------------------------------	-----------------------------

9. AUTRE

DICK Georgette	Professeur certifié d'anglais
----------------	-------------------------------

UNIVERSITE DE COCODY
U.F.R. D'ODONTO-STOMATOLOGIE

ENSEIGNANTS APPORTANT LEUR CONCOURS A L'UFR
D'ODONTO-STOMATOLOGIE

1. U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

1.1 PROFESSEURS TITULAIRES

DJEDJE André Théodore	Radiologie – Biophysique
DOSSO BRETIN Mireille	Bactériologie – Virologie
EHOUMAN Armand	Histologie – Embryologie et Cytologie
SARRACINO T. Jeanne	Médecine sociale – Hygiène
DIOMANDE M. Isidore	Anatomie pathologique
LOKROU Lohourignon	Endocrinologie
SESS Essiagne Daniel	Biochimie
TURQUIN-TRAORE Henri	Chirurgie - Proctologie
BOGUI Pascal	Physiologie

1.2 MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

ASSOUMOU Aka	Parasitologie
DIE-KACOU Henri Maxime	Pharmacologie clinique
EDOH Vincent	Bactériologie – Virologie
FAYE Kété Achi Y. H.	Bactériologie – Virologie
OUHON Jean	Parasitologie
KAKOU N'DOUBA Adèle	Bactériologie – Virologie
ACHY Ossey Bertin	Radiologie – Biophysique

1.3 MAITRE-ASSISTANTS

BALAYSSAC Eric	Pharmacologie
BOKA Michel	Anatomie Pathologie
MONDE Aké	Biochimie

DEDICACES

A L'Eternel Dieu Tout Puissant

Comment Seigneur vous manifester ma reconnaissance, sinon à travers ces psaumes
 « L'Eternel est mon berger : je ne manquerais de rien. Il me
 fait reposer dans de verts pâturages,
 Il me dirige près des eaux paisibles. Il
 restaure mon âme,
 Il me conduit dans les sentiers de la justice,... » Psaume 23 :1

« Mon âme, bénis l'Eternel !
 Que tout ce qui est en moi bénisse son saint nom !
 Mon âme bénit l'Eternel,
 Et n'oublie aucun de ses bienfaits ! » Psaume 103 :1

Merci Père pour tout

A mon père feu Aka Siméon A ma mère feue Kodjo Essi Mariette

Reposez dans la paix du Seigneur.

A mon époux, Jean Joseph

Pour ta patience et ton soutien tout au long de ces dures années de travail. Je remercie
 l'Eternel mon Dieu de t'avoir donné une personnalité aussi exceptionnelle.

A mes enfants adorés, Franck Venance, Eunice Melissa, Marie Rachel Jean Paul Landry

Vous êtes ma raison de vivre, le plus beau trésor du Ciel.
 Sachez que votre aide m'a été précieuse dans la réalisation de ce travail. Qu'il représente pour
 vous un modèle de rigueur et de persévérance dans toutes vos entreprises.

A ma grande sœur « maman » Jeanne Aka et à son époux « tonton » N'guessan Samuel

Trouvez ici ma profonde gratitude pour l'éducation que vous m'avez apportée pendant
 l'adolescence. Que le Seigneur vous bénisse.

A mes frères, Aka Frédéric, Aka Prosper, Aka Ahoulou germain Magloire

Avec toute mon affection.

A mes neveux, nièces et à leurs enfants A Patricia N'guessan

J'ai toujours su compter sur toi Pat et tu es pour moi, plus une petite sœur qu'une nièce. Je te remercie pour ta disponibilité, ta simplicité et ta gentillesse. Que le Seigneur Dieu Tout Puissant exauce tes vœux les plus chers.

A tous mes parents en particulier

A M^{mes} Allo Marie madeleine, Kissi Céline, Aboyé Elisabeth

Pour la marque d'affection que vous me portez.

A mes beaux parents en particulier

A mon parrain et son épouse M. et M^{me} N'tchobo Robert

Merci d'avoir accepté de parrainer cette thèse. Je profite aussi de l'occasion pour saluer cette amitié profonde qui nous lie depuis toujours.

A feu Tantie Béatrice Konan Nebout

Pour tes sages conseils et la grandeur de ton cœur. Repose en paix.

A nos témoins de mariage

Madame le Ministre Christine Nebout Adjobi et son époux Adjobi Emmanuel

Pour votre soutien et la stabilité dans le mariage que vous nous avez enseignée.

A ma sœur et amie d'enfance Assouan Melseau Marguerite

Tes conseils et ta sincérité me sont très précieux. Je bénis le jour où nos chemins se sont encore croisés après de longues années de séparation. Continuons de vivre cette amitié sincère qui nous lie depuis notre enfance par la grâce de Dieu.

Au Dr Souaga Kouakou

Tu es pour moi plus un frère qu'un collaborateur car nous avons gardé de bons rapports depuis Nantes. Merci de m'avoir aidée à m'intégrer dans le service et d'avoir contribué à l'élaboration de ce travail.

J'en profite pour exprimer à Germaine, ta tendre épouse, ma sincère amitié.

A mes condisciples en particulier

A Madame le Professeur Abouatier Mansila Edmée

A Madame le Professeur Agrégé koffi Gnagne Agnero Yolande

A Madame le Professeur Agrégé Assoumou N'Won Marie

A Monsieur le Professeur Agrégé Guinan Jean Claude

A Monsieur le Professeur Agrégé Bamba Aboudramane

Vous êtes pour moi des modèles de réussite et la fierté de toute la promotion. Vos conseils ainsi que votre soutien sont pour moi d'une grande valeur. Recevez ce travail en témoignage de ma considération.

A tous mes collègues et collaborateurs du cabinet dentaire du CHU de Treichville

A tous ceux qui n'ont pas été cités.

REMERCIEMENTS

**Au Département de Pathologie Thérapeutique Radiologie-Anesthésiologie– Réanimation
En particulier aux Docteurs Kouamé Attogbain Patrice et Amantchi Daniel**

Pour votre précieuse collaboration et nos relations fraternelles.

**A tous les enseignants de l’UFR d’Odontostomatologie
Particulièrement**

A Monsieur le Professeur Touré Siaka Doyen Honoraire

**A Madame la Vice-Présidente de l’Université de Cocody, Professeur Bakayoko-Ly
Ramata**

Pour vos encouragements et votre aide dans ce travail.

A Monsieur le Professeur agrégé Assoumou Abroh Antoine

Merci petit frère pour tes conseils et ton aide à Paris.

Aux Docteurs

Melesse et N’zoré qui m’ont aidée à réaliser une bonne partie de ce travail.

A tous les étudiants qui ont participé au bon déroulement des enquêtes.

A ma cousine chérie Elisabeth Aboyé, merci pour ta précieuse collaboration dans la réalisation de ce travail.

A mon fils spirituel Ettien Anné Lambert pour ton aide indispensable. Que Dieu te bénisse.

Merci à tous ceux qui m’ont soutenue par leurs prières dans ce travail.

Les enquêtes ont été menées dans lieux suivants :

Services de Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale des CHU de Treichville et de Cocody

Services de Cancérologie du CHU de Treichville

Laboratoires d'Anatomie Pathologie des CHU de Treichville et de Cocody

Cabinets dentaires à Abidjan

Tous nos sincères remerciements et notre profonde gratitude à nos honorables Maîtres :

Professeurs

Gadegbeku Anani Samuel,

Diomandé Mohénou Isidore Jean Marie

Hondé Michel

Respectivement chefs des services de Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale, d'Anatomie pathologie des CHU de Cocody et de Treichville

Pour nous avoir autorisée l'accès aux dossiers. Que le Tout Puissant vous bénisse.

A tous les collègues qui ont accepté d'être interrogés pendant l'étude.

Merci A tout le personnel des services de :

Cancérologie du CHU de Treichville

Stomatologie et Chirurgie Maxillo faciale des CHU de Cocody et de Treichville

Anatomie pathologie des CHU de Cocody et de Treichville

Particulièrement aux Docteurs Doukouré et N'da pour nous avoir encadrée. Que Dieu vous bénisse.

Tous nos sincères remerciements au personnel de la DIPE, CCT, UFRG, BNED, ENSEA, INS.

A notre Maître et Président du jury

Monsieur le Professeur EHOUMAN Armand

Professeur d'histologie-embryologie-cytogénétique à l'UFR des sciences
médicales d'Abidjan
Ex-directeur de l'institut Pasteur de Côte d'Ivoire
Ex-directeur de l'Institut National de Formation des Agents de Santé
Chevalier de l'Ordre National Ivoirien
Officier de l'Ordre des Palmes Académiques
Officier de l'Ordre du Mérite de l'Education Nationale
Officier de l'Ordre du Mérite Sportif
Commandeur de l'Ordre du Val de Côte d'Ivoire
Prix scientifique de thèse d'Abidjan

Scientifique émérite, humble, vous êtes l'un des monuments du savoir ivoirien que nous saluons.

Sachez que nous avons été profondément émue par la simplicité avec laquelle vous avez accepté de présider notre jury.

Puissiez vous trouver ici notre profonde gratitude et nos remerciements les plus sincères. Que le Tout Puissant vous bénisse.

A notre Maître et Directeur de thèse

Monsieur le Professeur ANGOH Yapo Jean jacques

Docteur en médecine
Professeur titulaire de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale
Chef du département de Pathologie Chirurgie Thérapeutique Anesthésiologie
Réanimation à l'UFR d'odontostomatologie
Président du COSI-CMF
Membre de l'International Association of Maxillo-Facial surgeons (IAMFS)
Expert près des tribunaux d'Abidjan
Membre de la Société Française de Stomatologie et de Chirurgie Maxillo-Faciale
Membre du COSA-CMF
Officier dans l'Ordre de la Santé Publique

Vous êtes un remarquable homme de sciences, intègre, avec de grandes valeurs humaines. Nous sommes très honorée d'être dans votre équipe, et de bénéficier de votre savoir. La rigueur scientifique exceptionnelle dont vous avez toujours fait preuve nous a été précieuse tout au long de ce travail.

Que le Seigneur notre Dieu vous bénisse vous rende au centuple tout ce que vous faites pour notre département.

A notre Maître et Juge**Monsieur le Professeur ASSI Koffi Delman**

Docteur en chirurgie dentaire
 Docteur en sciences odontologiques
 Agrégé de Prothèse Adjointe
 Certifié d'études supérieures de Biomatériaux Dentaires
 Certifié d'études supérieures de Prothèse Adjointe Totale
 Certifié d'études supérieures de Prothèse Adjointe Partielle
 Professeur des universités
 Professeur Titulaire de Prothèse Adjointe
 Chef du Département de Prothèse à l'UFR d'Odonto-Stomatologie d'Abidjan
 Chef du Service de Prothèse Clinique et d'Occlusodontie au Centre de consultations et de Traitements Odonto-Stomatologiques de Cocody depuis Septembre 2003
 Chef du Service de Prothèse Clinique et des Urgences au Centre de consultations et de Traitements Odonto-Stomatologiques (CCTOS) de Cocody (1995-2001)
 Vice-Doyen chargé de la Recherche (1997-2000)
 Membre de la Commission de Professionnalisation des Filières de l'Université de Cocody
 Membre de la Commission Nationale d'évaluation des chercheurs
 Doyen de l'UFR d'Odonto-Stomatologie d'Abidjan depuis 2007

Vous nous faites le grand honneur de siéger à notre jury malgré vos lourdes tâches. Sachez que nous avons toujours été marquée par vos mérites scientifiques, votre gentillesse, votre disponibilité, votre humilité.

Puissiez trouver ici notre profonde reconnaissance et notre considération.
 Que le Tout Puissant vous bénisse.

A notre Maître et Juge**Monsieur le Professeur ECHIMANE Koffi Antoine**

Docteur en médecine
 Professeur titulaire de cancérologie
 Chef de service de Cancérologie du CHU de Treichville
 Chef de Département de Cancérologie à l'UFR des sciences médicales
 Membre de la Société Française de Cancérologie
 Membre de la Société Française de Sénologie et de pathologie mammaire
 Membre fondateur du registre du cancer d'Abidjan
 Directeur du registre du cancer d'Abidjan
 Vice Président de la Ligue Ivoirienne Contre le Cancer
 Officier dans l'Ordre de la Santé et de l'Education Nationale

Qui nous a fait l'honneur de participer à ce jury malgré ses nombreuses occupations. L'honorable homme scientifique que vous êtes, n'empêche pas la sympathie que vous avez pour votre prochain et qui nous a valu un accueil chaleureux dans votre service. Soyez en sincèrement remercié. Que Dieu vous bénisse.

A notre Maître et Juge**Monsieur le Professeur ASSA Allou**

Professeur titulaire de Stomatologie et de Chirurgie Maxillo-Faciale, Chirurgie plastique et reconstructive de la Face
 Chef de service de Stomatologie et de Chirurgie MaxilloFaciale Chirurgie plastique et reconstructive de la Face du C.H.U. de Treichville
 Expert près les tribunaux d'Abidjan;
 Expert près le centre de réforme des forces armées ;
 Directeur de publication de la Revue du Collège d'OdontoStomatologie Africain et de Chirurgie Maxillo-Faciale (COSACMF) ;
 Membre de la Société Française de Stomatologie, de Chirurgie Maxillo-Faciale et de Chirurgie Plastique de la Face;
 Vice-Président du conseil d'Administration des éditions universitaires de l'Université de Cocody ;
 Vice-Président de la Commission Médicale Consultative du C.H.U. de Treichville ;
 Vice-Doyen Honoraire de l'U F R des Sciences Médicales d'Abidjan chargé de la recherche et des stages.
 Conseiller Général à Bongouanou chargé de la Santé, de l'Environnement et des Affaires Sociales
 Diplômé en Gestion de Projets

Sans difficulté, vous avez accepté de juger ce travail.

Sachez que votre savoir, votre soutien, votre disponibilité nous ont profondément marquée pendant toutes ces années.

Trouvez en ce travail, le témoignage de notre infinie gratitude. Que le Tout Puissant vous bénisse.

A notre Maître et Juge**Monsieur le Professeur agrégé Kadjo Kouamé Alphonse**

Professeur agrégé de médecine interne
 Chef de service des urgences médicales du CHU de Bouaké
 Directeur du centre d'Entomologie Médicale et Vétérinaire de Bouaké
 Vice président de la Société Ivoirienne de Gastro-Entérologie
 Président de la Société Locale de Médecine Interne de Bouaké
 Secrétaire Général de la Société Ivoirienne de Médecine Interne
 Membre du Collège Ouest Africain des Médecins (West African College of Physisian (WACP))
 Membre Fondateur de la Société Ivoirienne de Gériatrie et de Gérontologie
 Membre de la Conférence Internationale des Responsables des Universités et Institutions Scientifiques d'Expression Française
 Officier de l'ordre du mérite de l'éducation nationale

Vous nous faites le grand honneur d'être le rapporteur externe de ce travail malgré vos lourdes responsabilités. Vos observations pertinentes et votre ouverture scientifique nous ont beaucoup enrichie.

Recevez ici l'expression de notre profonde gratitude. Que le Tout Puissant vous bénisse.

A notre Maître et Juge

Monsieur le Professeur agrégé ADOU Akai

Docteur en Médecine, Faculté de Médecine d'Abidjan

Assistant Associé en stomatologie et Chirurgie maxillo-faciale de l'Hôpital Communal de Villeneuve-saint Georges (Henri Mondor)

Certifié d'Etudes spéciales en Stomatologie à Paris VI, Université Pierre et Marie Curie

Assistant Etranger en Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale de l'U.E.R – Faculté de Médecine PITIE-SALPETRIERE

Diplômé du Dommage Corporel Médical et Odontologique à Paris VII, Faculté Lariboisière Saint Louis

Docteur en Sciences Odontologiques

Maître de Conférences Agrégé de Chirurgie Buccale

Professeur Titulaire de Chirurgie Buccale, Professeur des Universités

Expert Diplômé agréé près les Tribunaux de Côte d'Ivoire Médecin-conseil d'Assurances

Membre de l'Association des Odontologues et Stomatologues de Côte d'Ivoire (AOSCI)

Membre du Cercle Ivoirien de Formation Continue en Odonto-Stomatologie (CIFCOS)

Membre du Collège d'Odonto-Stomatologie Africain et de Chirurgie Maxillo-Faciale

Membre de la Commission Scientifique de l'UFR d'Odonto-Stomatologie

Membre de la Société francophone de médecine buccale et de chirurgie buccale

Vice Doyen honoraire de l'UFR d'Odonto-Stomatologie chargé de la recherche et de la coopération

Vos valeurs scientifiques et votre conscience professionnelle nous ont poussé à vous prendre comme rapporteur interne de ce travail. Nous vous sommes infiniment reconnaissante pour la spontanéité et la perspicacité avec les quelles vous jugez ce travail.

Puisiez vous trouver ici le témoignage de notre profond respect et de notre admiration.

Que le Tout Puissant vous bénisse.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	1
PREMIERE PARTIE : REVUE DE LA LITTERATURE	4
1-Etude bibliographique	5
2-Notions fondamentales	8
2.1-Anatomie de la cavité buccale	8
2.1.1-Anatomie descriptive	8
a- Définition	9
b- Situation	9
c- Forme	9
d- Limites	9
2.1.2-Anatomie topographique	9
a- Régions	9
b- Contenu	13
2.1.3- Anatomie structurelle	15
a.- Maxillaire	15
b- Mandibule	17
2.1.4-Lymphatiques de la cavité buccale	18
a- Lympho centre horizontal	18
b- lympho centre vertical	18
c- Classification des lympho-nœuds	21
d- Drainage des lymphatiques de la cavité buccale	21
2.1.5-Anatomie fonctionnelle de la cavité buccale	22
a- Insalivation des aliments	22
b- Gustation	23
c- Mastication	23
d- Déglutition	23
e- Phonation	23
2.2-Histologie des muqueuses buccales et glandulaires	25
2.2.1-Histologie des muqueuses buccales	25
a- Description de l'épithélium	25
b- Description de la membrane basale	26
c- Description du tissu conjonctif	28
d- Muqueuses spécialisées : face dorsale de la langue	28
2.2.2-Histologie de la muqueuse glandulaire	32
a- Unités fonctionnelles des glandes salivaires	32
b- Autres constituants de la muqueuse glandulaire	35
2.2.3-Histopathologie	38
a- Processus de kératinisation	38
b- Lésions précancéreuses fréquentes de la cavité buccale	38
2.3- Pathogénie des cancers buccaux	40
2.3.1-Rappels des caractéristiques d'une cellule normale	40
a- Aspects structuraux	40
b- Propriétés physiques	40
2.3.2-Théorie de la cancérisation	43
2.3.3-Rôles des principaux gènes de la carcinogénèse	46
a- Activation des oncogènes	46
b- Inactivation des anti-oncogènes	46

c- Principaux gènes impliqués dans la carcinogenèse buccale	47
2.3.4-Autres mécanismes impliqués dans la cancérogenèse	47
2.3.5-Caractéristiques d'une cellule cancéreuse	48
a- Modifications architecturales	48
b- Modifications biochimiques	48
c- Modifications des propriétés de croissance	49
d- Dérèglement des voies de signalisation et possibilité de dissémination	49
2.3.6-Le stroma	51
2.4-Cancers buccaux	52
2.4.1-carcinomes buccaux	52
a- carcinomes épidermoïdes	53
a.1-Etioépidémiologie	53
a.2- Etude clinique et anatomopathologique	62
a.2.1- histoire naturel de la maladie	62
a.2.2- démarche diagnostique	62
a.2.3- Formes anatomopathologiques	75
a.2.4- Formes topographiques	81
a.2.5- Tumeurs simultanées successives	86
a.2.6 -Diagnostic différentiel	87
a.3 Traitements des carcinomes épidermoïdes	88
a.3.1- Buts	88
a.3.2 -Moyens indications et résultats	88
α- Prévention des Carcinomes épidermoïdes	88
β- Traitements curatifs des carcinomes épidermoïdes	91
β .1-Moyens	91
β.1.1 - Moyens chirurgicaux	91
β.1.2.- Moyens médicaux	99
β.1.3 - Moyens physiques	106
β.1.4 - Prise en charge psychologique	110
β.2 - Indications en fonction des TNM	110
β.3- Résultats	111
β.4 - Facteurs de pronostic et évolution	112
γ- Traitements palliatifs	114
b- Carcinomes des glandes salivaires	115
b.1- Epidémiologie	115
b.2 -Diagnostic positif	116
b.2- Signes pathognomoniques	116
b.2.2 - Examen clinique	116
b.2.3 -Classification TNM-UICC	117
b.2.4 - Examen complémentaire	118
b.2.5 – Classification anatomopathologique des Carcinomes glandulaires	118
b.3- Aspects anatomopathologique et clinique des Carcinomes glandulaires	119
b.3.1- Carcinomes glandulaires de bas malignité	119
b.3.2- Carcinomes glandulaires de haut grade de malignité	121
b.3.3- Carcinomes glandulaires de grades variés	123
b.4- forme topographiques des Carcinomes glandulaires et leur traitement	123
b.4.1- Carcinomes des glandes sub-mandibulaires	124
b.4.2- Carcinomes des glandes salivaires accessoires	123

2.4.2-Autres cancers de la cavité buccale	126
a-Généralités	126
b- Sarcomes	126
b.1-Sarcomes des maxillaires	127
b.2- Sarcomes des tissus mous	128
c- Les tumeurs malignes du système melanogène	129
d- Le lymphome de Burkitt à localisations maxillaires	130
2.4.3- Rôle de l'odontologiste dans la prise en charge des cancers buccaux	132
a-Rôle dans la prévention	132
b-Rôle dans la prise en charge thérapeutique	132
b.1-Face au malade subissant la chirurgie carcinologique	132
b.2-Face au malade irradié	133
b.3-Face au malade subissant une chimiothérapie	137
3-Problématique	140
DEUXIEME PARTIE : NOTRE ETUDE	143
1-Matériel et méthode	144
1.1-Matériel	144
1.1.1-Dossiers des malades	144
1.1.2-Fiches d'enquêtes	144
1.2-Méthodes	148
1.2.1-Type et période d'étude	148
1.2.2-Critères de choix	149
1.2.3-Population cible	150
1.2.4-Cadre et lieu d'étude	151
1.2.5-Protocole de travail	155
a- Le recueil des données	155
a.1-Enquête rétrospective	155
a.1.1-Pré enquête	156
a.1.2-Déroulement de l'enquête	157
a.2-Enquête transversale	158
a.2.1-Pré enquête	158
a.2.2-Déroulement enquête	159
b-Analyse des données	159
b.1-Enquête rétrospective	159
b.2-Enquête transversale	160
1.3-Devis estimatifs des traitements des cancers buccaux dans les différents services	160
2-Résultats	161
2.1-Résultats de l'enquête rétrospective	161
2.1.1-Données générales concernant les cancers buccaux	163
a-Au titre de l'épidémiologie	163
b- Au titre de la clinique et de l'anatomopathologie	170
c-Au titre de la thérapeutique	182
2.1.2-Données concernant les carcinomesbuccaux	187
a-Données concernant les carcinomes épidémiologiques	188
a.1-Données épidémiologiques	189
a.2-Données cliniques et anatomopathologiques	192
a.3-Donnée thérapeutiques	194
a.4-Données analytiques	197
b-Résultats concernant les carcinomes glandulaires	202

b.1-Au titre de l'épidémiologiques	202
b.2-Au titre de la clinique et anatomopathologique	206
b.3-Au titre de la thérapeutique	209
2.2-Résultats de l'enquête transversale	211
2.2.1-Résultats concernant les renseignements d'ordre général	211
2.2.2-Connaissances des critères de malignité	213
2.2.3-Attitudes pratiques des odontologistes face aux cancers buccaux	220
2.3- Iconographies	231
3-Discussion	239
3.1-Difficultés concernant l'enquête rétrospective	239
3.1.1-Difficultés d'ordre général	239
3.1.2-Difficultés spécifiques aux services	240
3.2-Difficultés concernant l'enquête transversale	240
3.3-Commentaires	241
3.3.1-Concernant de la méthode de travail	241
3.3.2-Concernant de l'enquête rétrospective	241
a-Cancers buccaux en général	242
a.1-Au titre de l'épidémiologie	242
a.2-Au titre de la clinique et de l'anatomopathologie	246
a.3-Au titre de la thérapeutique	248
b-Carcinomes buccaux	251
b.1-Carcinomes épidermoïdes	252
b.1.1-Au plan épidémiologique	252
b.1.2-Au plan clinique	253
b.1.3-Au plan anatomopathologique	254
b.1.4-Au plan thérapeutique	254
b.2-Carcinomes glandulaires	255
b.2.1-Au plan épidémiologique	255
b.2.2-Au plan clinique et anatomopathologique	256
b.2.3-Au plan thérapeutique	256
3.3.3-A propos de l'enquête transversale	256
a-Au titre des renseignements d'ordre général	257
b- Au titre des connaissances sur les critères de malignité	257
c- Au titre des attitudes pratiques des odontologistes face aux cancers buccaux	259
CONCLUSION	263
SUGGESTIONS	269
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	275
ANNEXES	301

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : répartition des cancers buccaux par an de 1996 à 2006	163
Tableau II : répartition des malades en fonction du sexe	164
Tableau III : répartition des cancers buccaux par an selon sexe sur la période le 1996 à 2006	164
Tableau IV : Répartition des malades en fonction de la tranché d'âge	165
Tableau V : répartition de la tranche d'âge en fonction du sexe	166
Tableau VI : Répartition des malades en fonction de la nationalité	167
Tableau VII : répartition des cancers buccaux en fonction de la région d'origine des malades	167
Tableau VIII : répartition des malades étrangers en fonction de leur origine	168
Tableau IX : répartition des malades en fonction de la classe sociale	168
Tableau X : répartition des malades en fonction du lieu d'habitation	169
Tableau XI : répartition des patients en fonction des facteurs étiologiques	169
Tableau XII-A : répartition des malades en fonction des antécédents médicaux	170
Tableau XII-B : répartition des malades en fonction des antécédents chirurgicaux	170
Tableau XII-C : répartition des malades en fonction des antécédents familiaux	171
Tableau XIII-A : répartition des malades par tranches de délais observées	172
Tableau XIII-B : répartition des attitudes des patients face aux premiers signes des cancers buccaux	173
Tableau XIV : répartition des actes thérapeutiques buccodentaires posés par les odontologues de échantillon	174
Tableau XV-A : répartition des conséquences des actes chirurgicaux bucco dentaires	174
Tableau XV-B : répartition des malades selon l'état général	175
Tableau XV-C : répartition des malades selon l'état de conscience	175
Tableau XVI-A : répartition topographique des cancers buccaux dans l'échantillon des précisés	176
Tableau XVI-B : répartition des autres localisations des cancers buccaux	176
Tableau XVII : répartition des formes cliniques dans l'échantillon	177
Tableau XVIII : répartition de la taille des tumeurs	177
Tableau XIX : répartition des manifestations bucco dentaires des tumeurs dans l'échantillon	178
Tableau XX : répartition des autres manifestations bucco dentaires des tumeurs dans l'échantillon	179
Tableau XXI-A : répartition des manifestations des adénopathies dans l'échantillon	180
Tableau XXI-B : répartition selon la taille des adénopathies	180
Tableau XXII : répartition des types de prélèvements dans l'échantillon	181
Tableau XXIII : répartition des types histologiques dans l'échantillon	181
Tableau XXIV : répartition des traitements reçus dans l'échantillon	182
Tableau XXV : répartition des traitements des cancers buccaux dans les différents centres	183
Tableau XXVI : répartition des malades selon le type de chirurgie	184
Tableau XXVII : répartition des malades selon le nombre de cures	184
Tableau XXVIII : répartition des malades en fonction des services de référence	185
Tableau XXIX : répartition des malades par rapport à l'évolution des cancers de la cavité buccale après traitement	185
Tableau XXX : répartition des malades en fonction des récurrences locales	186
Tableau XXXI : répartition des malades en fonction de la surveillance	186

Tableau XXXII: répartition des carcinomes buccaux par rapport aux cancers de la bouche	187
Tableau XXXIII: répartition des différents types des carcinomes buccaux	187
Tableau XXXIV: répartition des carcinomes épidermoïdes buccaux par rapport aux carcinomes des voies aéro digestives supérieures (selon les données recueillies de 1996 à 2006 dans les services d'anatomopathologie des deux CHU)	188
Tableau XXXV: répartition des carcinomes épidermoïdes en fonction du sexe	189
Tableau XXXVI: répartition des carcinomes épidermoïdes selon la classe sociale	189
Tableau XXXVII: répartition des carcinomes épidermoïdes selon la tranche d'âge	190
Tableau XXXVIII: répartition des carcinomes épidermoïdes selon la région d'origine	190
Tableau XXXIX: répartition des facteurs étiologiques dans l'échantillon	190
Tableau XL: répartition de la taille des tumeurs dans l'échantillon	192
Tableau XLI: répartition des adénopathies dans l'échantillon	192
Tableau XLII: répartition de la taille des adénopathies dans l'échantillon	193
Tableau XLIII: répartition topographique des carcinomes épidermoïdes	193
Tableau XLIV: répartition des différents types histologiques des carcinomes Epidermoïdes	194
Tableau XLV: répartition des traitements des carcinomes épidermoïdes	194
Tableau XLVI: répartition du nombre de cures de chimiothérapie dans l'échantillon	195
Tableau XLVII: répartition des malades selon l'évolution après traitement	195
Tableau XLVIII: répartition des malades selon les récides	196
Tableau XLIX; répartition topographique des carcinomes épidermoïdes par rapport au sexe	197
Tableau L: répartition topographique des carcinomes épidermoïdes par rapport aux Tranches d'âge	198
Tableau LI: répartition des tranches d'âge touchées par les carcinomes épidermoïdes en fonction des régions d'origine	199
Tableau LII : répartition des carcinomes épidermoïdes en fonction du sexe et de la région d'origine des patients	200
Tableau LIII : moyenne d'âge en fonction des différents types histologiques des carcinomes épidermoïdes	201
Tableau LIV: répartition des carcinomes glandulaires en fonction de l'âge	202
Tableau LV: répartition des carcinomes glandulaires en fonction du sexe	203
Tableau LVI: répartition des carcinomes glandulaires en fonction de la classe socio-économique	203
Tableau LVII: répartition des carcinomes glandulaires selon la région d'origine des patients	204
Tableau LVIII: répartition des facteurs étiologiques des carcinomes glandulaires au sein de l'échantillon	205
Tableau LIX: Répartition topographique des carcinomes glandulaires	206
Tableau LX: répartition des carcinomes glandulaires en fonction de la taille tumorale	207
Tableau LXI : répartition des carcinomes glandulaires en fonction de la taille des adénopathies	207
Tableau LXII : répartition des types histologiques des carcinomes glandulaires	208
Tableau LXIII : répartition des traitements des carcinomes glandulaires	209
Tableau LXIV: répartition des carcinomes glandulaires en fonction de l'évolution après traitement	210
Tableau LXV: répartition des carcinomes glandulaires en fonction des récides	210
Tableau LXVI : répartition des chirurgiens dentistes selon le sexe	211
Tableau LXVII : répartition des chirurgiens dentistes selon les secteurs d'activité	212

Tableau LXXVIII : répartition des chirurgiens dentistes selon le lieu d'exercice	212
Tableau LXXIX : nombre des chirurgiens dentistes de l'échantillon pouvant reconnaître facilement une lésion cancéreuse	213
Tableau LXXX : répartition de la localisation des cancers buccaux d'après l'échantillon	213
Tableau LXXXI : répartition des facteurs étiologiques des cancers buccaux d'après l'échantillon	214
Tableau LXXXII : répartition des formes cliniques des cancers buccaux d'après l'échantillon	215
Tableau LXXXIII : répartition des signes locaux des cancers buccaux selon l'échantillon	216
Tableau LXXXIV : répartition des signes régionaux des cancers buccaux selon l'échantillon	217
Tableau LXXXV : répartition des manifestations dentaires des cancers buccaux selon l'échantillon	218
Tableau LXXXVI récapitulatif des tableaux LXXXII ; LXXXIII ; LXXXIV, LXXXV : répartition des caractères de malignité connus selon la littérature dans l'échantillon	219
Tableau LXXXVII : nombre de chirurgiens dentistes ayant rencontré ou non des cancers buccaux au cours de leur exercice	220
Tableau LXXXVIII : Répartition du nombre de cas de cancers buccaux rencontrés au cours de l'exercice selon l'échantillon	221
Tableau LXXXIX : répartition par classe de cas de cancers buccaux rencontrés au cours de leur carrière selon l'échantillon	222
Tableau LXXX : répartition des traitements initiaux entrepris face aux cancers buccaux selon l'échantillon	222
Tableau LXXXI : répartition des différents lieux de référence selon l'échantillon	223
Tableau LXXXII : répartition des traitements initiaux face aux dents situées dans les territoires atteints par cancers buccaux selon l'échantillon	223
Tableau LXXXIII : répartition des examens complémentaires entrepris ou non face aux cancers buccaux par l'échantillon	224
Tableau LXXXIV : répartition du type d'examen complémentaire demandé par l'échantillon	224
Tableau LXXXV : Répartition des moyens thérapeutiques des cancers connus dans l'échantillon	225
Tableau LXXXVI : répartition des chirurgiens dentistes ayant été sollicités pour une mise en état de la cavité buccale au cours des traitements cancérologiques	226
Tableau LXXXVII : répartition des chirurgiens dentistes selon la période d'intervention au cours des traitements cancérologiques	227
Tableau LXXXVIII : répartition des traitements entrepris pendant la mise en état de la cavité buccale au cours des traitements cancérologiques selon l'échantillon	228
Tableau LXXXIX : répartition des chirurgiens dentistes souhaitant ou non faire une formation continue post universitaire	229
Tableau LC : répartition des suggestions faites par les chirurgiens dentistes pour renforcer leurs connaissances en cancérologie buccale	230

Figure 1a : anatomie de la cavité buccale bouche ouverte	8
Figure 1b : anatomie de la cavité buccale bouche fermée	8
Figure 2 : coupe coronale de la tête en passant par les dents de sagesse inférieures	11
Figure 3 : glandes salivaires majeures	12
Figure 4 : glandes salivaires mineures	12
Figure 5 : vue macroscopique de l'organe dentaire (incisive supérieure) en coupe coronale	14
Figure 6 : nœuds lymphatiques superficiels du cou et de la tête	19
Figure 7 : nœuds lymphatiques profonds du cou	20
Figure 8 : vue macroscopique de la muqueuse labiale	27
Figure 9 : vue macroscopique de la muqueuse jugale	27
Figures 10-A : aspect macroscopique de la muqueuse de la face dorsale de la langue	30
Figure 10-B : aspect macroscopique des papilles filiformes, caliciformes	30
Figure 10-C : aspect macroscopique d'un bourgeon du goût	31
Figures 10-D : aspect macroscopique des papilles filiformes, fungiformes caliciformes	31
Figures 11-A : aspect microscopique d'une glande salivaire sereuse	33
Figures 11-B : aspect microscopique d'une glande salivaire muqueuse	34
Figures 11-C : aspect microscopique d'une glande salivaire mixte	34
Figures 11-D : aspect macroscopique d'une unité glandulaire	36
Figures 11-E : aspect microscopique d'une unité glandulaire	37
Figure 12 : schéma du cycle cellulaire	42
Figure 13 : schéma des étapes de la cancérogénèse	45
Figure 14 : radiographie panoramique d'un carcinome du rebord alvéolaire mandibulaire gauche avec fracture pathologique	68
Figure 15 : TDM d'un carcinome jugal droit avec extension de la masse tumorale droite et foyer de nécrose central	68
Figure 16 : IRM en séquence pondérée T1 avec contraste en saturation de graisse d'un carcinome épidermoïde du trigone reto-molaire droit	69
Figure 17 : même image sans contraste	69
Figure 18 : cancer du plancher : IRM en séquence pondérée T2 FATSAT dans le plan axial	69
Figure 19 : carcinomes in situ	79
Figure 20 : carcinomes micro-invasifs	79
Figure 21 : carcinomes épidermoïdes différenciés	79
Figure 22 : carcinome épidermoïde moyennement différencié	79
Figure 23 : carcinomes épidermoïdes verruqueux	79
Figure 24 : carcinomes malpigiens peu différencié	79
Figure 25 : carcinomes basaloïdes	79
Figure 26 : carcinomes papillaires	80
Figure 27 : carcinomes à cellules fusiformes	80
Figure 28 : carcinomes épidermoïdes avec acantholyse	80
Figure 29-A : carcinomes épidermoïdes adenosquameux : en surface des carcinomes épidermoïdes	80
Figure 29-B : carcinomes épidermoïdes adenosquameux : en profondeur carcinomes épidermoïdes	80
Figure 30 : carcinoma cuniculatum	80
Figure 31 : carcinomes lympho-épithéliaux	80
Figures 32 : répartitions des cancrs buccaux selon la région d'origine des malades	231

Figures 33: répartitions des carcinomes épidermoïdes selon la région d'origine des malades	232
Figures 34: répartition des carcinomes glandulaires selon la région d'origine des malades	234
Figure 35: carcinome très évolué de la mandibule chez homme de 18 ans	234
Figure 36: sarcome très évolué de la mandibule chez homme de 35 ans	234
Figure 37: adénocarcinome de la glande sublinguale très évolué chez femme de 65 ans	235
Figure 38: carcinome adénoïde kystique évolué chez femme de 57 ans	235
Figure 39: carcinome épidermoïde évolué du plancher buccal antérieur chez homme de 65 ans aggravé après avulsion dentaire	236
Figure 40: carcinome épidermoïde très évolué greffé sur un ameloblastome de la symphyse mandibulaire chez femme de 70 ans	236
Figure 41 : carcinome épidermoïde évolué du palais chez femme de 61 ans aggravé après avulsion dentaire	237
Figure 42: carcinome épidermoïde bien différencié mature et infiltrant du palais	238
Figure 43: lymphome malin de la gencive	238

LISTE DES ANNEXES



Annexe 1 : fiches d'enquête

Annexe 2 : documents administratifs

Annexe 3 : publication 1

Annexe 4 : publication 2

SIGLES ET ABBREVIATIONS



BNETD : Bureau National des Etudes Techniques et du Développement

BPTM : Bucco Pharyngectomie Trans Mandibulaire

CeDRoS : centre de diagnostic et recherche sur le SIDA et les maladies opportunistes

CES : Certificat d'Etudes Supérieures

CCT : Centre de Communication Territoriale

CCTOS : Centre de Consultation et de Traitement Odonto-Stomatologique

CHUT : Centre Hospitalier Universitaire de Treichville

CHUC : Centre Hospitalier Universitaire de Cocody

CHUY : Centre Hospitalier Universitaire de Yopougon

DIPE : Direction d'Informatique des Programmatons et des Etudes

ENSEA : Ecole Nationale des Statistiques et d'Economie Appliquées

IGR : Institut Gustave Roussy

IGUC : Institut de Géographie de l'Université de Cocody

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ORL : Oto-Rhino-Laryngologie

S/D – DRH : Sous Direction des Ressources Humaines

S/D – BF: Sous Direction Budget et Finances

S/D – MGP: Sous Direction Maintenance Gestion Patrimoine

S/D SIO : Sous Direction des Soins Infirmiers et Obstetricaux

SMIG :

USAC : Unité des Soins Ambulatoires et de Conseils

APPROCHES ÉPIDEMIOLOGIQUE ANATOMO-CLINIQUE ET
THÉRAPEUTIQUE DES CANCERS BUCCAUX EN CÔTE
D'IVOIRE: ENQUETES RETROSPECTIVE ET TRANSVERSALE
DANS LES CENTRES HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES ET
CABINETS DENTAIRE À ABIDJAN



INTRODUCTION

Le mot cancer vient du latin «*cancra* » (crabe), par analogie à la douleur causée par leurs pinces. C'est une pathologie complexe que plusieurs auteurs tentent de définir. Selon VERCHERE et coll. [206], le cancer est une prolifération anarchique d'un clone de cellules anormales ayant la capacité d'envahir les tissus sains.

Pour GARNIER et coll. [94], le cancer est l'ensemble des tumeurs malignes ayant tendance à se développer rapidement et à se généraliser. Il résulte d'un déséquilibre entre les mécanismes de défense de l'organisme et les forces de l'anarchie cellulaire qui restent encore mal connues : terrain héréditaire prédisposant aux cancers, facteurs environnementaux (chimiques, radiques, viraux, etc.) qui peuvent libérer le pouvoir cancérogène que certaines cellules gardent à l'état latent. »

D'après ces définitions, le cancer peut atteindre n'importe quel organe et donner des métastases à distance.

Pour BERTOIN [25], les cancers rencontrés au sein de la cavité buccale, regroupent l'ensemble des tumeurs développées au niveau des structures qui la composent et celles des organes annexes dont les manifestations cliniques sont intra buccales.

Cependant, il est important de rappeler que les cancers de la base de la langue, du voile du palais, des amygdales y compris leurs piliers, font partie des cancers de l'oropharynx et sont pris en charge par les oto-rhino-laryngologistes [25].

Les cancers buccaux, faisant partie des cancers des voies aéro-digestives supérieures (VADS), sont représentées en majorité par les carcinomes buccaux (95 %) et les autres cancers (sarcomes, lymphomes et mélanomes malins: 5%) [25, 60, 148].

Ils touchent les sujets à tout âge. Leur fréquence est liée aux facteurs étiopathogéniques qui varient selon la nature des tumeurs.

Au plan clinique et thérapeutique, ces cancers se présentent sous des aspects variés associés à des manifestations dentaires (des déplacements, une mobilité, des odontalgies) et à des adénopathies cervico-faciales. La taille des tumeurs est rarement importante dans les pays développés où d'importants moyens sont mis en place pour la recherche et le traitement afin d'améliorer la survie des malades.

Ce n'est pas le cas dans la majorité des pays africains subsahariens particulièrement en

Côte d'Ivoire où cette pathologie fait encore partie des mythes si bien que l'évolution y est sombre selon les données de l'OMS ^[153].

Cette situation liée à la pauvreté s'explique aussi par le manque de sensibilisation et d'information qui sont à l'origine des diagnostics tardifs ^[8,75,76].

Toutes ces données de la littérature concernant les cancers buccaux montrent à quel point cette pathologie est grave et nous interpellent d'autant plus que l'odontologiste est l'un des premiers praticiens à être consulté ^[4].

En effet, notre rôle, dans l'arbre décisionnel thérapeutique des cancers buccaux qui reste pluridisciplinaire, est une prise en charge buccodentaire avant, pendant, après le traitement et le dépistage de ces cancers.

Ce rôle n'est toujours pas bien perçu par les odontologistes ^[24, 42, 95].

En présence de ces observations qui sont à l'origine de nos motivations, il nous paraît essentiel de mener cette étude dont les objectifs sont:

Objectif général

Sensibiliser les odontologistes de côte d'Ivoire à la pathologie cancéreuse.

Objectifs spécifiques

- Contribuer au dépistage des cancers de la cavité buccale
- Enumérer les gestes dangereux à éviter
- Contribuer à la prise en charge des cancers de la cavité buccale en Côte d'Ivoire.

Pour atteindre ces objectifs, notre étude comprendra deux parties :

- la première partie est une revue de la littérature dans laquelle nous allons mettre l'accent sur l'étude bibliographique, le rappel de l'anatomie de la cavité buccale et l'histologie de la muqueuse buccale. Ensuite, nous nous intéresserons à la pathogénie cancéreuse, aux différents types de cancers buccaux, à leur traitement et au rôle de l'odontologiste dans la prise en charge de cette pathologie ;

- dans la deuxième partie nous présenterons notre étude proprement dite où nous exposerons le matériel de travail, les méthodes d'abord puis nos résultats qui feront l'objet de nos commentaires. Enfin nous conclurons notre étude avant de faire des suggestions.

PREMIERE PARTIE

REVUE DE LA LITTERATURE

1. ETUDE BIBLIOGRAPHIQUE

La bibliographie en matière de cancérologie buccale est très riche.

- **Au plan épidémiologique**

Avant 1970

L'épidémiologie en cancérologie a été étudiée pour la première fois en Angleterre en 1699 avec la tenue du registre d'état civil indiquant les causes de décès appelé « BILLS OF MORTALITY ».

Les concepts épidémiologiques ont été établis par ROWE en 1968 et ROUQUETTE en 1970.

De 1970 à 1990

RICHARDO en 1982 étudie les facteurs étio-épidémiologiques des cancers de la cavité buccale.

Après 1990

Les méthodes épidémiologiques sont utilisées dans différentes études. Ainsi la méthode de l'épidémiologie descriptive est utilisée par : l'INSERM en 2002, MENEGOZ et coll. en 2002 et l'Organisation Mondiale de la Santé par le centre international de recherche sur le cancer en 2005. Ces organismes donnent l'incidence, le taux de mortalité des cancers buccaux au sein d'une population. Des données plus récentes de l'OMS en 2005 confirment que la France et l'Inde détiennent les premiers records mondiaux en matière de carcinologie buccale liée au tabac.

Les études d'épidémiologie analytique poussées sont faites par l'Institut Gustave Roussy : certains chercheurs comme TEMAN et JANOT en 2004, ont établi les facteurs de pronostic des carcinomes épidermoïdes des voies aéro-digestives supérieures (VADS).

- **Au plan clinique et thérapeutique**

De 1970 à 1990.

Les aspects cliniques et anatomopathologiques des cancers buccaux ont été décrits par BERTOIN en 1984, CHOMETTE et coll. en 1986.

Les traitements des cancers buccaux ont beaucoup évolué de même que les moyens de diagnostic et de prévention. De ce fait, ABBATUCCI en 1979 définit les principes de base de la prévention en carcinologie buccale; BERTOIN en 1984 donne les indications des traitements carcinologiques en fonction du siège et de la taille des tumeurs; CALHOUN et coll. en 1989 décrivent le rôle protecteur des vitamines A contre les carcinomes oraux.

Les traitements des cancers buccaux restent pluridisciplinaires. Le rôle des odontostomatologistes dans cette prise en charge est défini dans les études BOROWSKI en 1986. Concernant les examens complémentaires, des techniques anciennes restent des techniques de choix. En effet, le dépistage des carcinomes au bleu de toluidine confirmé par BARELIER en 1982 et CAROLUS en 1987; CHOMETTE 1984, PELISSIER et coll. en 1988, indiquent l'usage de la cytologie dans le diagnostic des carcinomes ; MONDIE en 1981 utilise la technique du ganglion sentinelle pour le curage ganglionnaire dans les petites tumeurs sans adénopathies palpables.

Après 1990

Le profil des carcinomes épidermoïdes de la cavité buccale au Sénégal est étudié par DIOP et all en 2004.

Les traitements ont beaucoup évolué. Les auteurs comme BOURHIS et coll. de 1992 à 1997 ont mis en place les nouvelles techniques de fractionnements de radiothérapie et les nouveaux protocoles des associations radio chimiothérapie ;

L'OMS en 2005 donne des recommandations sur les prises en charge palliatives du malade cancéreux.

Concernant les examens complémentaires, de nouvelles techniques font leur apparition, parmi elles : le TEPSCAN appliqué en cancérologie cervico-faciale par BAILLET et coll. en 1992, mais ces nouveaux examens ont leurs limites et sont utilisés dans la surveillance post opératoire d'après l'étude de CONESSA et coll. en 2004.

En matière de recherche, grâce à la biologie moléculaire et à la génétique, nous savons aujourd'hui que le cancer est une maladie génétique. Les quelques travaux et publications que nous avons consultés, nous ont indiqué les gènes impliqués dans la carcinogenèse buccale. Parmi ces travaux, notons ceux de BESSEDE en 1993.

• **Concernant les travaux sur les cancers buccaux en Côte D'Ivoire**

Ces travaux restent insuffisants à l'exception de ceux sur les localisations maxillo-faciales de la maladie de Burkitt chez l'enfant africain ; nous avons pu relever quelques publications parmi lesquelles celles :

- d'ANGOHO et coll. 1993 : « étude statistique et thérapeutique de 113 cas de tumeurs bucco-maxillo-faciales à l'exclusion des tumeurs de BURKITT »,

- d'ASSA et coll. 1995 : « importance de la chirurgie réparatrice après exérèse carcinologique des lèvres »,

- de KOUAKOU et al. en 2006 : « manifestations bucco-maxillo-faciales des métastases d'un cancer du sein »,

- d'AKA et al. en 2007 : « réhabilitation faciale par prothèse maxillo-faciale » qui est une alternative à la chirurgie plastique dans 3 cas de lésions complexes de la face.

Abordant les généralités sur les cancers dans leur ensemble, les auteurs, comme DIOMANDE et coll en 1986 étudient l'évolution des cancers en Côte d'Ivoire ; AHNOUX et coll. en 1988 publient les bases et principes de la chimiothérapie anticancéreuse selon la littérature et les protocoles de chimiothérapie en Côte-d'Ivoire ; ECHIMANE et al. indiquent dans leur étude « Cancer in Ivory Cost », l'incidence des cancers de la cavité buccale en fonction de l'âge et du sexe en 2000, selon le registre du cancer d'Abidjan.

Toutes ces études, renseignent sur les données épidémiologiques et thérapeutiques des cancers de la cavité buccale en Côte d'Ivoire. Cependant, elles ne renseignent pas suffisamment sur les aspects épidémiologiques anatomocliniques des cancers buccaux et leur prise en charge. Il nous a donc paru intéressant d'aborder à nouveau, le chapitre des cancers de la cavité buccale à travers des enquêtes, rétrospective et transversale, en insistant sur leur prévalence et l'attitude pratique des spécialistes surtout des odontologistes face à cette pathologie.

2. NOTIONS FONDAMENTALES

2.1. ANATOMIE DE LA CAVITE ORALE ^[35 ; 112 ; 121 ; 124 ; 169 ; 175]

2.1.1. ANATOMIE DESCRIPTIVE (fig. 1 a, b)

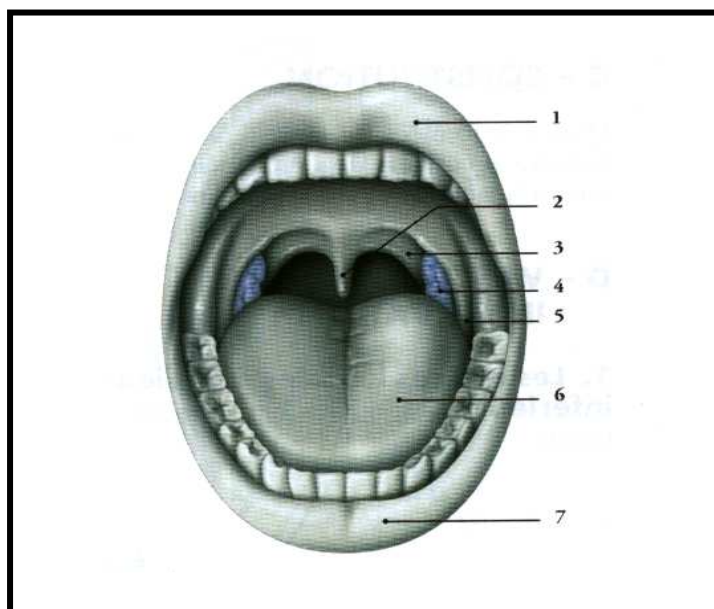


Figure ^[121]: anatomie de la buccale ; bouche ouverte

1. lèvre supérieure
2. uvule palatine
3. arc palatopharyngien
4. tonsille palatine
5. arc paltoglosse
6. langue

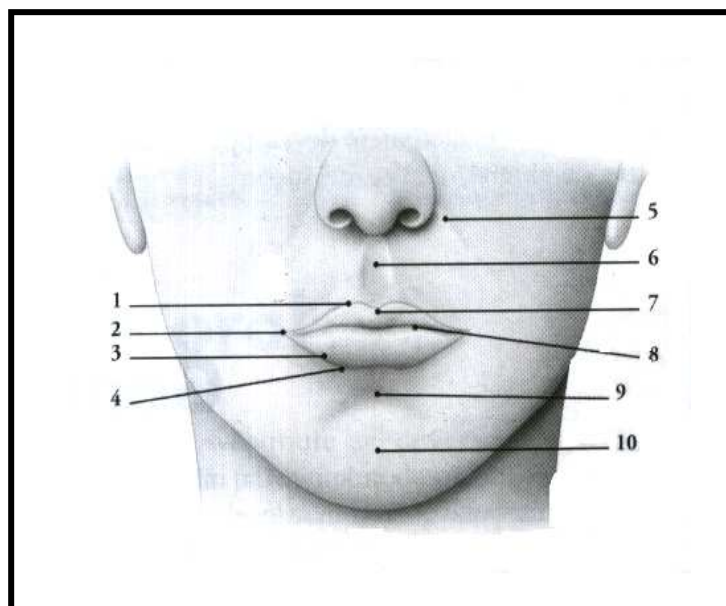


Figure 1b ^[121]: bouche fermée

1. lèvre supérieure
2. commissure labiale
3. limbus
4. lèvre inférieure
5. sillon naso-labial
6. philtrum
7. tubercule
8. fente orale
9. sillon mentolabial
10. menton

a) Définition

La cavité orale, portion initiale du tube digestif, fait partie des voies aérodigestives supérieures (VADS). C'est une cavité irrégulière qui participe aux fonctions manducatrices et à la phonation. Elle est délimitée par deux pièces osseuses importantes qui sont : le maxillaire et la mandibule.

b) Situation

La cavité buccale occupe le tiers inférieur de la face et participe à ce titre à l'expression du visage.

c) Forme

De forme ovoïde à petite extrémité postérieure et à grand diamètre antéro-postérieur, la cavité orale a un volume variable en fonction de l'ouverture buccale.

d) Limites

La cavité buccale est limitée en haut, par les fosses nasales; en bas par la région sus-hyoïdienne.

Elle communique en avant par « l'orifice buccal » ; en arrière par l'isthme du gosier.

2.1.2. ANATOMIE TOPOGRAPHIQUE

Elle permet d'étudier les différentes régions et le contenu.

a) Régions

a-1) Région labiale

Elle est formée par les lèvres : inférieure et supérieure qui se composent d'une partie cutanée et d'une partie muqueuse (zone de Klein ou vermillon), séparées par le limbe. La partie muqueuse comprend de nombreuses glandes salivaires. La partie cutanée est recouverte de pilosité plus marquée chez l'homme. Les lèvres sont formées principalement par le muscle orbiculaire et par des muscles extrinsèques. Elles sont innervées par le nerf facial et le tri jumeau. La vascularisation des lèvres est assurée par les artères labiales supérieures et inférieures, branches de l'artère faciale.

Les veines sont des veines satellites des artères et se jettent dans la veine faciale. Les lymphatiques se drainent dans les nœuds lymphatiques (ou ganglions lymphatiques) submentaux et submandibulaires.

a-2) Région génienne (figures 2, 3a-b)

Elle est composée :

- d'une couche musculaire constituée par le buccinateur et son aponévrose,
- d'une couche adipeuse ou masse adipeuse qui met en communication la joue avec la fosse infra temporale,
- du conduit parotidien (canal de Stenon),
- de la peau en dehors, siège de pilosité plus ou moins marquée chez l'homme,
- de la muqueuse orale en dedans.

La joue est innervée par les rameaux moteurs du nerf facial et par les rameaux sensitifs du trijumeau.

La vascularisation est assurée par les branches des artères ophtalmiques, maxillaires internes, et temporales. Les veines se jettent dans les veines faciales, temporales, et dans le plexus ptérygoïdien.

Le drainage lymphatique se fait vers les lympho-nœuds submandibulaires.

a-3) Plancher buccal

Il est compris entre la langue et la mandibule. Sa partie centrale est occupée par la langue.

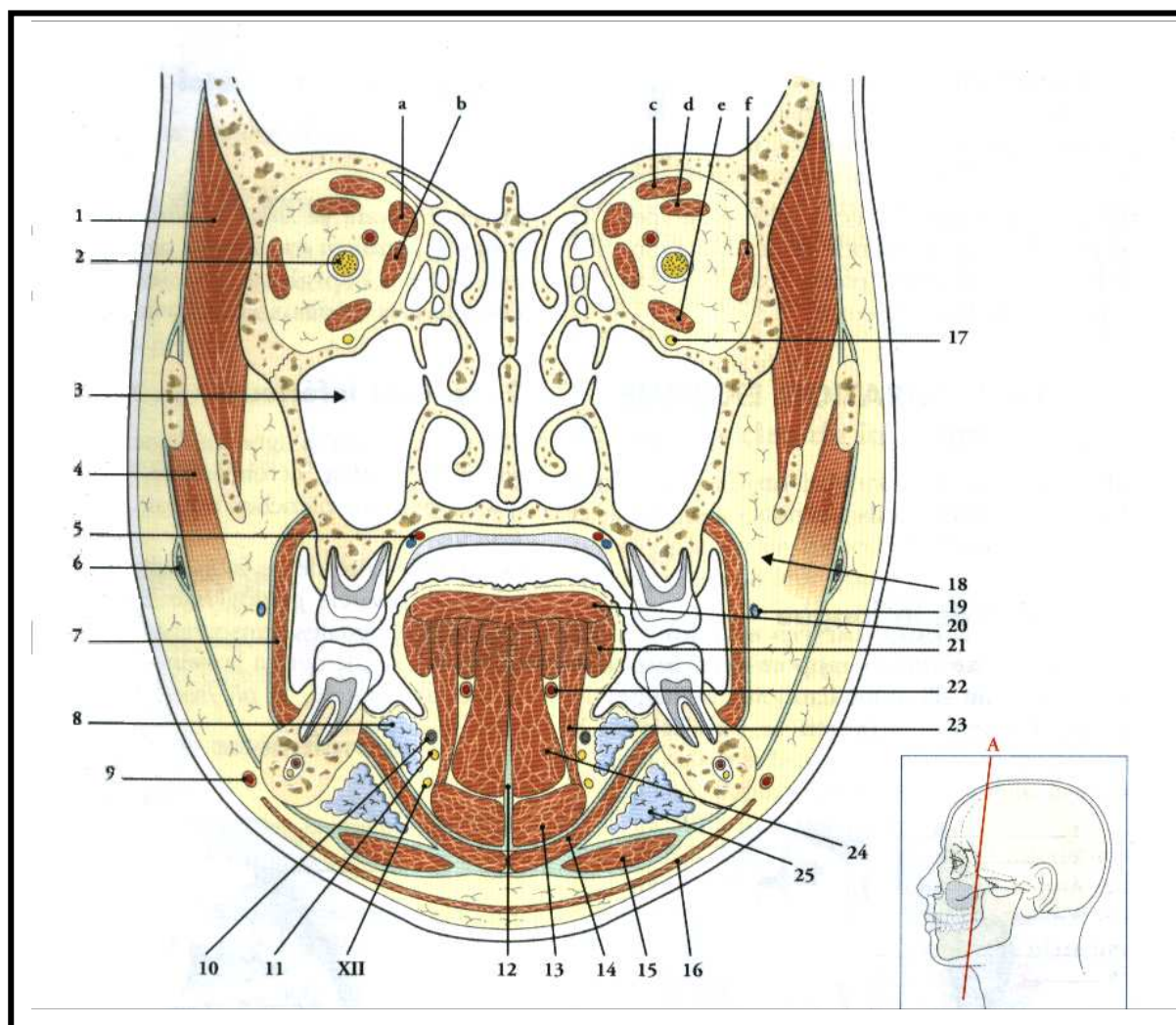
Le plancher buccal est formé de trois muscles masticateurs :

- le ventre antérieur du digastrique,
- le muscle mylo-hyoïdien,
- le muscle genio-hyoïdien.

Le plancher comprend deux loges :

- la loge sublinguale : contient la glande sublinguale, le croisement du nerf lingual et du conduit mandibulaire,
- la loge submandibulaire : abrite la glande submandibulaire et son conduit.

Fig 2: coupe coronale de la tête passant par les dents de sagesse inférieures [121]



a. m. oblique supérieur
 b. m. droit médial
 c. m. élévateur de la
 paupière supérieure
 d. muscle (m). droit supérieure
 e. m. droit inférieur
 f. m. droit latéral
 1. m. temporal
 2. nerf optique
 3. sinus maxillaire
 4. m. masséter
 5. artère (a) et n. palatin
 6. conduit parotidien
 7. m. buccinateur
 8. glande sublinguale
 9. a. faciale

10. conduit sublingual
 11. n. lingual
 12. septum lingual
 13. m. genio-hyoïdien
 14. m. mylo-hyïdien
 15. m. digastrique
 16. platysma
 17. n. infra-orbitaire
 18. corps adipeux buccal
 19. veine (v) faciale
 20. m. longitudinal supérieur
 21. m. styloglosse
 22. a. linguale
 23. m. hyoglosse
 24. m. genioglosse
 25. glande submandibulaire

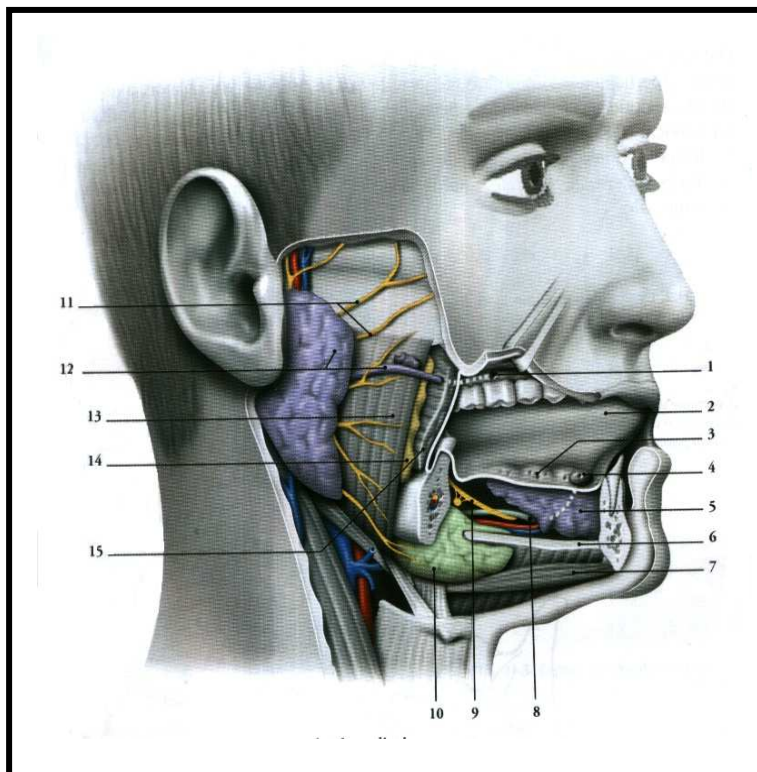


Figure 3 : glandes salivaires majeures

1. glande linguale anterieure
2. langue
3. caroncule sublinguale et ostiums des conduits sublinguaux
4. ostiums du conduit submandibulaire
5. papille parotidienne
6. m. mylo-hyoïdien
7. m. digastrique
8. conduit submandibulaire
- 9.n. lingual et ganglion submandibulaire
10. glande submandibulaire
11. rameaux du nerf facial
12. glande parotide et conduit parotidien
13. m. masseter
14. m. buccinateur
15. corps adipeux de la joue

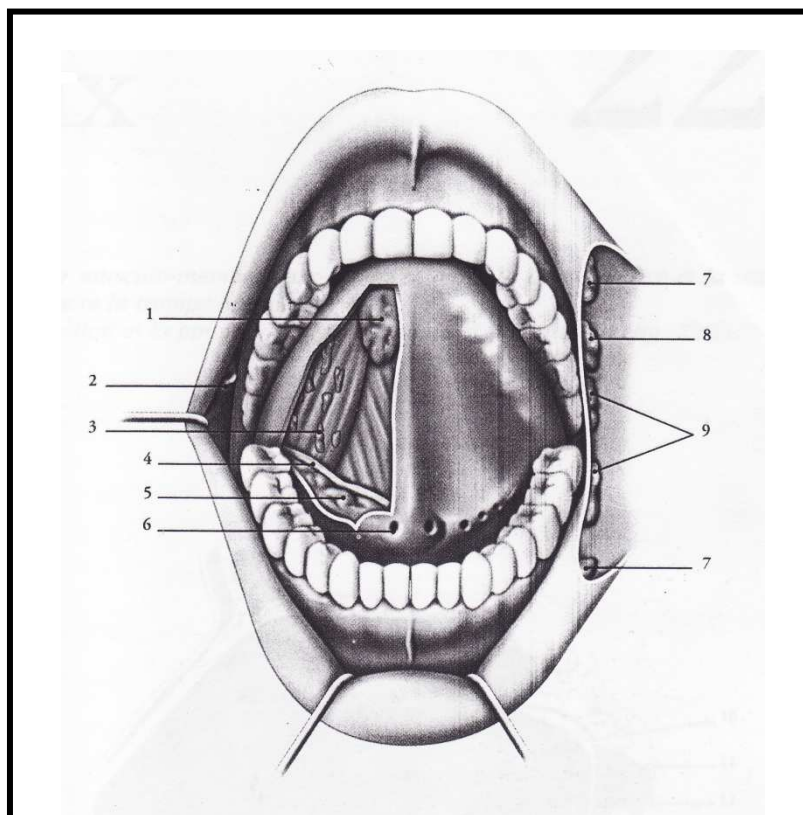


Figure 4: glandes salivaires mineures

1. glandes linguales mineures
2. papille parotidienne
3. conduit submandibulaire
5. glande sublinguale
6. caroncule sublinguale
7. glandes labiales
8. glandes buccales
9. glandes molaires

a-4) Région palatine

Elle sépare la cavité orale de la cavité nasale. Elle comprend deux parties :

- une partie antérieure, osseuse, qui supporte les arcades dentaires : palais osseux. La muqueuse du palais osseux contient une couche de glandes orales accessoires. Le palais est vascularisé essentiellement par l'artère grande palatine et accessoirement par les artères, petite palatine et sphenopalatine; les veines sont satellites des artères;

le drainage lymphatique se fait vers les lymphonœuds submandibulaires ;

l'innervation sensitive est assurée par les nerfs nasopalatin, grand et petit palatin ;

- une partie postérieure, musculaire, mobile : le voile du palais qui fait partie de l'oropharynx.

C) Contenu (figure 4)

b-1) Région gingivo-dentaire

Elle a la forme d'un fer à cheval. Elle correspond à la portion dentée du maxillaire et de la mandibule. Elle comprend : un plan osseux, les gencives, les dents.

b-1-1) Plan osseux

Ce sont les arcades alvéolaires qui comprennent les arcades, supérieure ou maxillaire, et inférieure ou mandibule. L'os alvéolaire est labile : il naît, vit et meurt avec la dent.

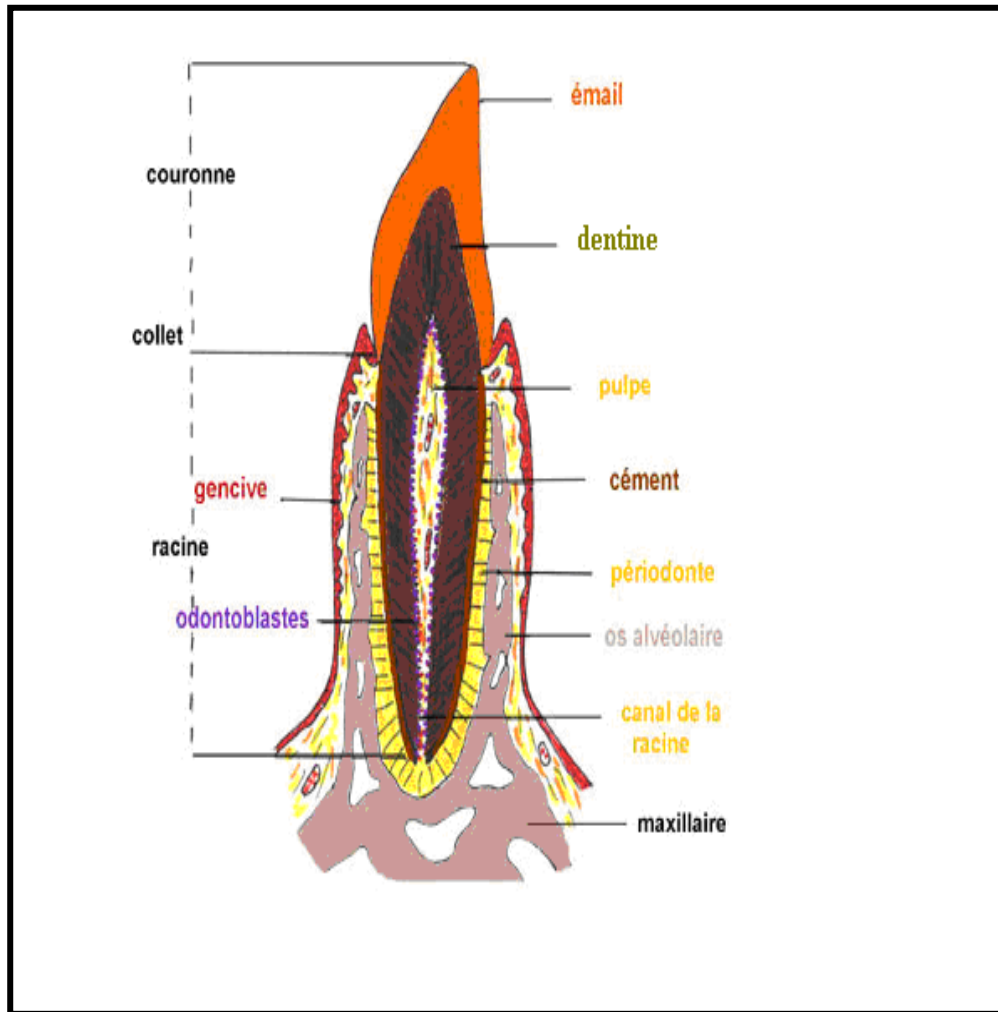
b-1-2) Gencives

Elles recouvrent le plan osseux et adhèrent fortement au périoste, au niveau duquel la muqueuse est épaisse. Chaque gencive est séparée de la muqueuse jugale et labiale par le sillon labio-jugo-gingival.

b-1-3) Dents (figure 5)

Elles sont implantées dans les alvéoles dentaires. Certaines dents maxillaires sont en rapport étroit avec le plancher du sinus maxillaire. Ce sont des dents dites « antrales ». L'innervation et la vascularisation des dents proviennent de plusieurs origines : au niveau des dents supérieures, l'innervation sensitive est assurée par les rameaux alvéolaires supérieures. La vascularisation se fait par les artères alvéolaires supéro-antérieures et postérieures. Pour les dents mandibulaires l'innervation provient du nerf alvéolaire inférieur. La vascularisation est assurée par l'artère alvéolaire inférieure.

Figure 5 : vue macroscopique de l'organe dentaire (incisive supérieure) en coupe coronale [7]



b-2) Langue

La langue est un organe musculo-membrano-muqueux. Elle comprend deux parties en continuité :

- le corps mobile, situé dans la cavité orale,
- la racine située en arrière du corps dans l'oropharynx.

La langue est amarrée en arrière sur l'os hyoïde. Les muscles, au nombre de dix sept s'attachent sur l'os hyoïde, la mandibule et la base du crâne. Le genioglosse, muscle le plus important de la langue, a ses fibres réparties dans toute l'épaisseur de la langue. Par conséquent, lors d'un carcinome épidermoïde de la langue mobile, avec infiltration de ce muscle, on peut avoir une extension de la tumeur à la racine de la langue qui est située dans l'oropharynx.

La langue est recouverte d'une muqueuse dont nous décrivons la structure histologique ultérieurement. Elle est vascularisée par l'artère linguale.

L'innervation motrice est assurée par le nerf grand hypoglosse et le glossopharyngien.

L'innervation sensitive se fait :

- au niveau de la muqueuse de la langue mobile par le nerf lingual,
- au niveau de la racine de la langue par le glosso-pharyngien.

L'innervation sensorielle se fait :

- par le nerf glosso-pharyngien destiné aux papilles caliciformes et la portion de la langue située en arrière du « V » lingual,
- par le nerf lingual, destiné aux papilles linguales en avant du V lingual qui emprunte la corde du tympan. (VII bis).

Le drainage lymphatique de la langue est développé au chapitre 2.1.4 (e).

2.1.3. ANATOMIE STRUCTURELLE

La cavité orale comprend les arcades dentaires portées par les os (maxillaire et mandibulaire).

a) Maxillaire

C'est un os pair, médian, de forme pyramidale triangulaire, à sommet tronqué, il constitue à lui seul, la pièce maîtresse du massif facial.

On peut le diviser schématiquement en trois étages : supérieur, moyen, inférieur.

a-1) Etage supérieur ou supra structure

Il correspond à la portion orbitaire. Il comprend le processus montant du maxillaire et la face supérieure du maxillaire ou orbitaire qui forme la plus grande partie du planum de l'orbite. L'envahissement de la supra structure maxillaire par le processus malin va se caractériser par une exophtalmie.

a-2) Etage moyen ou mésostructure

Il répond à la portion pneumatisée de l'os. Il comprend les fosses nasales et le sinus maxillaire.

Le volume du sinus maxillaire est variable. Lorsqu'un cancer dans son évolution atteint le sinus maxillaire, on assiste à une mobilité des dents antrale mais également à des signes rhinologiques (obstruction nasale).

a-3) Etage inférieur ou infrastructure

Il comprend :

- le processus palatin du maxillaire qui contribue à la constitution de la voûte palatine,

- la portion alvéolo-dentaire du maxillaire formant l'arcade dentaire supérieure.

L'atteinte de cette structure se caractérise par des signes endobuccaux (ulcération muqueuse, mobilité dentaire).

a-4) Vascularisation du maxillaire

a-4-1) Artères

La vascularisation est dense et variée. Elle est assurée par :

- le système artériel externe comprenant le réseau périosté constitué par l'artère infra-orbitaire, l'artère jugale, l'artère sphéno-palatine et l'artère palatine, postérieure,

- le système vasculaire intra-osseux comprenant les artères infra-orbitaires Jugales, antro-alvéolaire de Jacques et sphéno-palatine.

a-4-2) Veines

Elles sont satellites des artères et se drainent pour l'essentiel vers les plexus veineux ptérygo-maxillaires.

a-4-3) les lymphatiques

Les lymphatiques se drainent vers les plexus lymphatiques péri tubulaires.

b) Mandibule

b-1) Description

La mandibule est un os impair, symétrique, médian et mobile qui réalise à elle seule le squelette de l'étage inférieur de la face. Elle comprend :

- un corps ou arc mandibulaire denté,
- deux parties latérales : les branches montantes ou ramus situées à chacune des extrémités du corps, sont coudées à presque angle droit. Sur la mandibule, s'insèrent les différents muscles masticateurs (masséter, temporal, ptérygoïdiens latéral et médial), des muscles peauciers (le buccinateur et le muscle platysma).

La mandibule entre dans la formation de l'articulation temporale mandibulaire par le condyle.

b-2) Vascularisation

b-2-1) Artères

La mandibule a une vascularisation terminale. Ce qui explique la fréquence élevée des ostéoradionécroses.

La vascularisation est variée et est sous la dépendance de deux apports sanguins :

- l'apport sanguin externe assuré par l'artère faciale (pour la région de l'angle mandibulaire par l'intermédiaire d'un réseau périoste externe chez le sujet jeune), l'artère mentale, (pour la table interne.) le bord basilaire est pratiquement avasculaire, les artères ptérygoïdiennes et masseterines (pour la branche montante), les artères temporales profondes postérieures et l'artère ptérygoïdienne externe (pour le condyle et le col du condyle);
- l'apport vasculaire interne est assuré par : l'artère alvéolaire inférieure, les artères intra osseuses ascendantes, (pour les condyles) et le rameau mentonnier de l'artère sublinguale (menton osseux).

La région parasymphatique incisivo-canine présente un point de faible vascularisation.

b-2-2) Les veines

Elles sont satellites des artères et se jettent dans le tronc thyro-linguo-pharyngo-faciale de Farabœuf.

Les os, mandibulaire et maxillaire sont deux structures anatomiques importantes car ils représentent les pièces maîtresses de la face. Par conséquent, l'exérèse partielle ou totale de ces os lors des cancers entraîne des séquelles esthétiques et fonctionnelles importantes.

2.1.4. LYMPHATIQUES DE LA CAVITE BUCCALE ^[5; 112; 115; 121; 129; 171] (fig.6, 7)

La cavité buccale est riche en lymphatiques qui vont drainer les différents lymphonœuds des régions buccales et péri-buccales. Les lymphonœuds appartenant au lymphocentre cervico-facial comprennent : le lympho centre horizontal ou cercle ganglionnaire péri cervical et le lympho centre vertical ou triangle de Rouvière.

a) Lympho centre horizontal

Comprend les lympho nœuds sous mentaux, les lympho nœuds sous maxillaires, les lympho nœuds géniens, les lympho nœuds premasseterins, les lympho nœuds malaïres sous orbitaires, buccinateurs et les lympho nœuds mastoïdiens.

b) Lympho centre vertical

1) les lympho nœuds latéraux profonds

Constitués par les 3 chaînes du triangle de ROUVIERE :

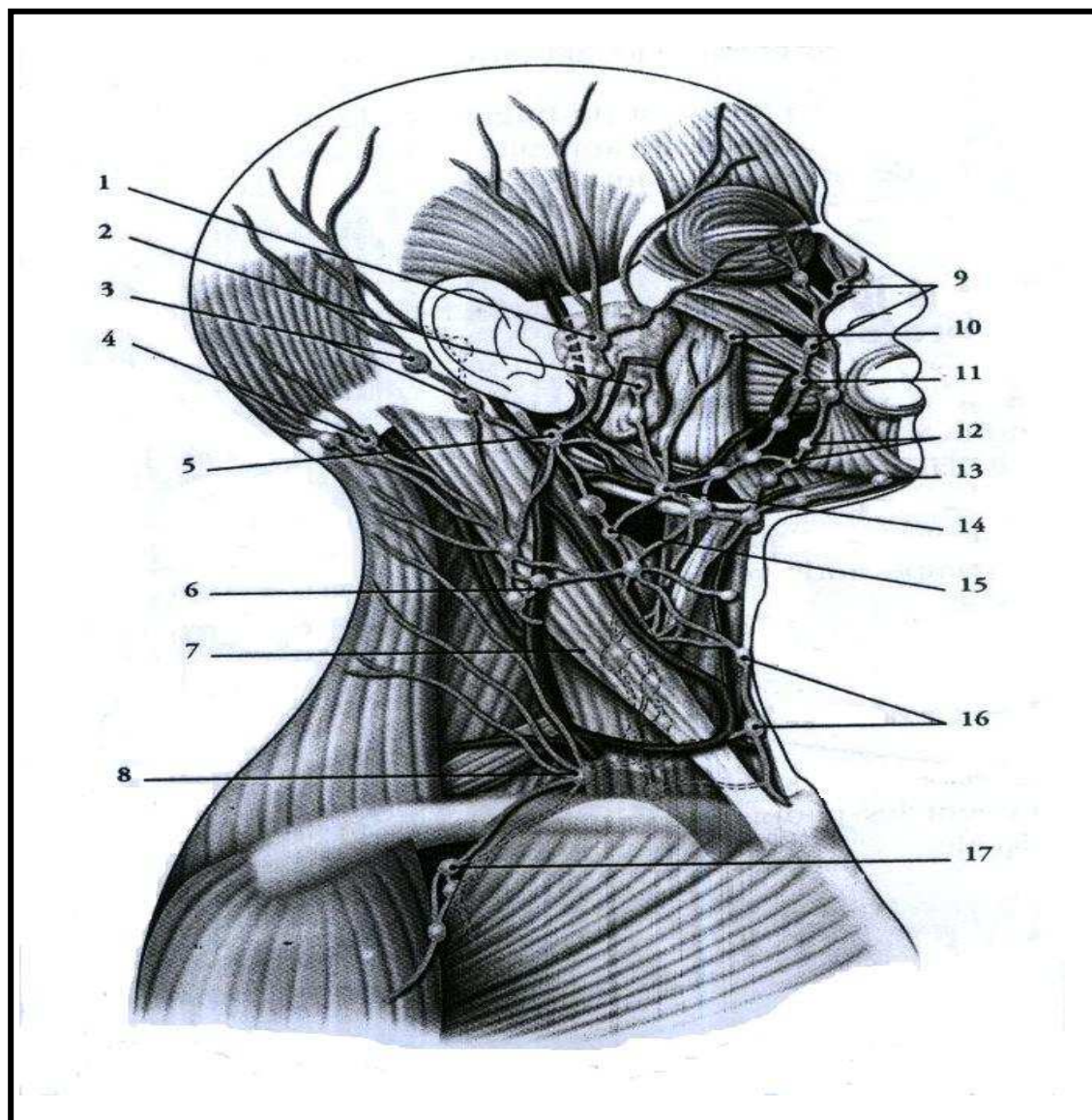
b-1-1) la chaîne jugulaire interne

Comprend :

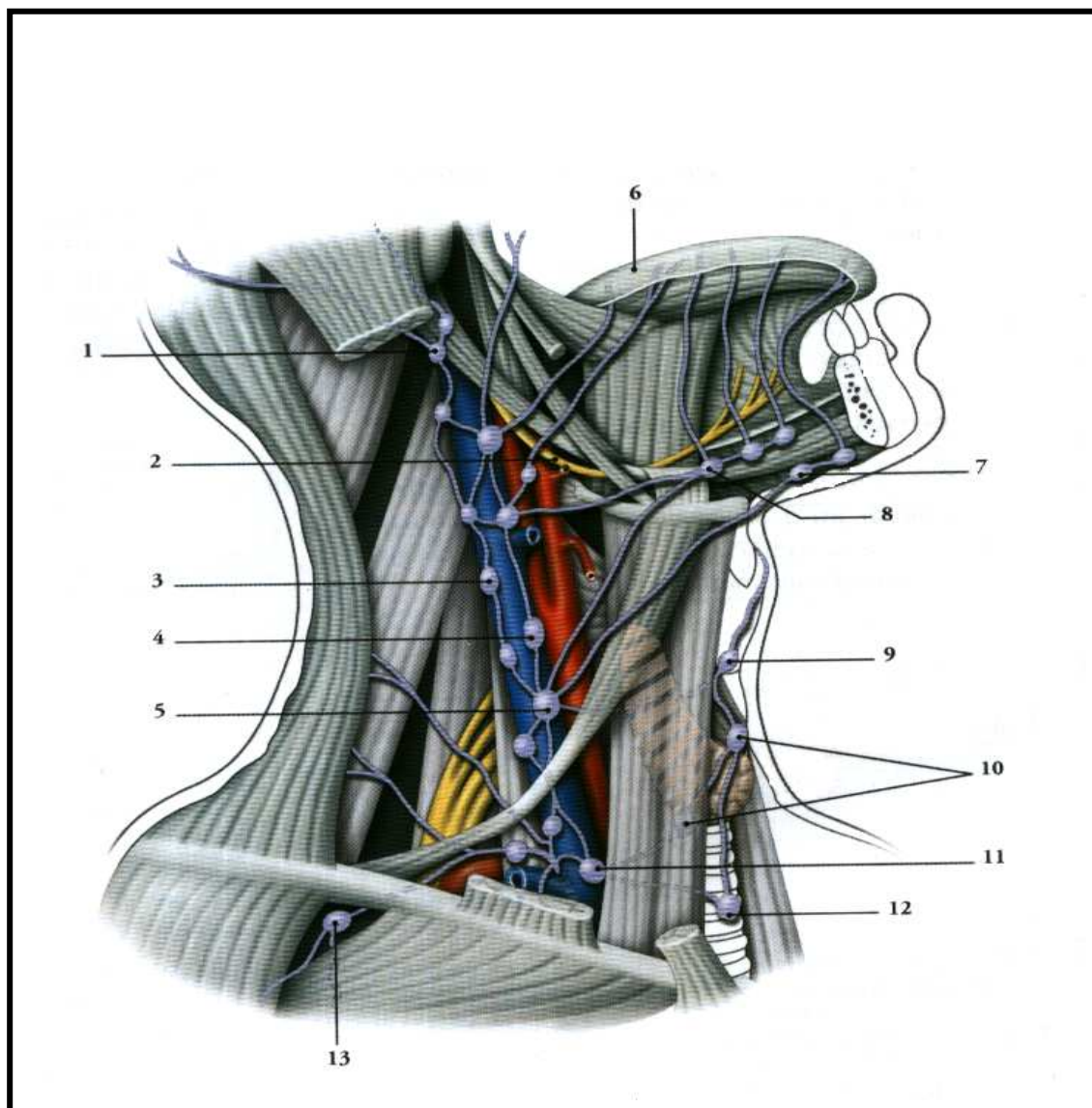
- le groupe antérieur composé par : les lympho nœuds supérieurs (de 1 à 5) notamment les lympho nœuds sous digastriques de KUTTNER, les lympho nœuds moyens dont le lympho nœuds sous homo hyoïdien de Poirier, les lympho nœuds inférieurs inconstants.

- le groupe externe composé par : les lympho nœuds situés à la face externe de la veine jugulaire allant du muscle digastrique au muscle homo hyoïdien.

Figure 6 : nœuds lymphatiques superficiels du cou et de la tête^[121]



- | | |
|---|---|
| 1. nœuds parotidiens superficiels | 10. nœuds zygomatiques |
| 2. nœuds infra-auriculaires | 11. nœuds buccinateurs |
| 3. nœuds retro auriculaires | 12. nœuds mandibulaires |
| 4. nœud occipital | 13. nœuds submentaux |
| 5. nœud cervical superficiel supérieur | 14. nœuds submandibulaires |
| 6. nœuds cervicaux superficiels moyens,
v. jugulaire externe | 15. nœuds jugulo- digastriques |
| 7. m. sterno-cléido-mastoïdien | 16. nœuds jugulo- digastriques superficiels
v jugulaire antérieure |
| 8. nœuds supra-claviculaires | 17. nœuds axillaires apicaux |
| 9. nœuds naso-labiaux | |

Figure 7 : nœuds lymphatiques profonds du cou^[121]

1. nœuds jugulo-digastriques
2. n.hypoglosse
3. nœud jugulaire latéral
4. nœud jugulaire antérieur
5. nœuds jugulo-omo-hyoidiens
6. langue
7. nœuds submentaux
8. nœuds submandibulaires
9. nœuds préaryngés
10. nœuds thyroïdiens
11. nœuds supra-claviculaires
12. nœuds prétrachéaux
13. nœuds axillaires apicaux

b-1-2) la chaîne spinale

Comprend les lympho nœuds situés au bord du muscle trapèze ou au niveau de la branche externe du nerf spinal entre le sterno cleido mastoïdien en avant et le muscle trapèze en arrière.

b-1-3) la chaîne cervicale transverse

Elle se compose de lympho nœuds situés le long de l'artère transverse. Elle unit les deux chaînes précédentes.

b-2) les lympho nœuds antérieurs

Comprennent : la chaîne jugulaire antérieure, la chaîne recurrentielle, les lymphonœuds juxta viscéraux, préaryngés, prétrachiaux, le lympho nœud retro-pharyngé. Les lympho nœuds cervicaux faciaux ont fait l'objet d'une classification précise dont le principe consiste à décrire les territoires ganglionnaires intéressés par les évidements et les organes sacrifiés au cours de la chirurgie des carcinomes buccaux. [112 ; 129]

c) Classification

Groupe I : les lympho nœuds sous mentaux et sous maxillaires

Groupe II : les lympho nœuds jugulo-carotidiens supérieurs comportent le groupe sous digastrique et spinal supérieur.

Groupe II (bis) : le groupe retro-spinal.

Groupe III : le groupe jugulo-carotidien inférieur.

Groupe IV : le groupe jugulo-carotidien inférieur.

Groupe V : comporte les lympho nœuds spinaux moyens et inférieurs et cervicaux transverses postérieurs.

Groupe VI : le groupe antérieur situé sur l'axe viscéral médian allant de l'os hyoïde au sternum.

d) Drainage lymphatique de la cavité buccale

Dans ce chapitre, nous n'allons pas citer toutes les structures de la cavité buccale dont le drainage lymphatique a été abordé.

Le drainage lymphatique buccal et péri-buccal est assuré par :

- Les lympho nœuds sous mentonniers qui drainent les lymphatiques du menton, de la

gencive symphysaire, de la partie antérieure du plancher buccal vers les lympho nœuds sus omo hyoïdiens,

- Les lympho nœuds sous maxillaires (pré et retroglandulaire, pré et retrovasculaire) qui reçoivent les afférences de la majeure partie de la face. Ils se drainent vers le lympho nœud sous gastrique de la chaîne jugulaire interne et vers le lympho nœud sous omo hyoïdien, soit directement soit après relais dans les lympho nœuds sous mentonniers. Les lymphonœuds géniens inconstants qui drainent la région génienne sont des relais lymphatiques sur les voies lymphatiques en direction des lymphonœuds sous maxillaires :

- les lympho nœuds premasseeteriens qui sont situés dans l'angle anteroinférieur du muscle masséter,

- les lympho nœuds parotidiens: sous aponévrotiques sus aponévrotiques, intra glandulaires qui reçoivent les réseaux lymphatiques de la parotide. Ils se drainent vers les lympho nœuds de la chaîne jugulaire interne ;

- le drainage lymphatique de la langue est double : les lymphatiques du corps de la langue se drainent dans les nœuds lymphatiques sublinguaux et submandibulaires qui vont rejoindre les nœuds jugulo-digastriques. Les lymphatiques de la racine de la langue se drainent directement dans les nœuds jugulo-digastriques.

Le rappel des différentes structures anatomiques et du drainage lymphatique de la cavité buccale vont nous aider à comprendre l'évolution du processus tumoral au sein des tissus environnants ainsi que les métastases ganglionnaires et les perturbations des fonctions de ces structures ; fonctions qui seront rappelées brièvement dans le chapitre suivant.

2.1.5. ANATOMIE FONCTIONNELLE DE LA CAVITE BUCCALE^[14 ; 210]

La cavité buccale s'inscrit dans l'ensemble des structures de l'appareil manducateur. Elle participe de ce fait aux fonctions suivantes : l'insalivation des aliments, la gustation, la mastication, la déglutition, la phonation : la cavité buccale appartient aux voies aéro-digestives supérieures. Elle fait partie du conduit vocal.

a) Insalivation des aliments

L'insalivation des aliments est assurée par les glandes salivaires principales accessoires qui secrètent les substances comme les mucines (lubrifiants) et les enzymes telles que les lipases et l'amylase facilitant ainsi la digestion.

b) Gustation

La perception du goût est une modalité sensorielle clinique qui permet d'apprécier la saveur d'une substance ingérée grâce aux récepteurs situés dans la cavité orale appelés bourgeons du goût situés au niveau lingual des papilles, à l'exception des papilles filiformes, vélaires et palatines.

c) Mastication

Elle peut être définie comme un processus par lequel la consistance des substances alimentaires, placées en bouche, est mécaniquement modifiée afin de faciliter leur déglutition. Ces substances coupées sont écrasées puis broyées faisant intervenir les dents, les lèvres, les joues et la langue tout en étant insalivées. Elle fait intervenir les récepteurs somesthésiques (consistance granulométrique, température) et gustatif (goût). La mastication est assurée par des mouvements rythmiques d'apposition et de séparation des arcades dentaires appelés cycles masticatoires. Elle fait intervenir la mandibule et les muscles masticateurs.

c) Déglutition

L'acte par lequel le contenu oral est transporté de la bouche à l'estomac, constitue un mécanisme réflexe protecteur pour le tractus digestif et respiratoire supérieur. La déglutition normale s'accompagne de la fermeture du naso pharynx par le voile du palais et du larynx par l'épiglotte.

La déglutition fait intervenir la langue qui par des contractions rythmées de ses muscles permet au bol alimentaire d'être acheminé vers l'œsophage.

Le nombre moyen de déglutitions par 24 heures s'élève à environ 2400. Cette fréquence augmente pendant le repas jusqu'à 300 par heure et en dehors du repas elle tombe à 10 par heure. On divise la déglutition en 3 temps : la phase buccale est à la fois volontaire et réflexe, la phase pharyngée se déroule de manière automatique, la phase œsophagienne automatique.

d) Phonation

La production de la parole met en jeu la langue, la cavité orale et l'appareil respiratoire.

Le processus de phonation comporte trois étapes essentielles :

- la génération d'une énergie phonatoire qui va être utilisée pour mettre en mouvement les cordes vocales,

- la vibration des cordes vocales qui donne naissance à tous les sons voisés,

- la réalisation d'une gestuelle articuloire au niveau des cavités supra glottiques, constituées par le conduit vocal qui comprend deux cavités essentielles : la cavité nasale (les fausses nasales) et le conduit oral se composant du pharynx et de la cavité orale.

La cavité orale est connectée au conduit nasal et au larynx par l'intermédiaire du voile du palais.

Dans l'émission de la voix, la cavité orale joue aussi le rôle résonateur. Elle intervient dans la production des sons élémentaires en faisant appel aux différentes structures qui la composent, telles que pointe de la langue, dents, lèvres et voile du palais.

Il faut noter le rôle de la salive dans la phonation : elle permet d'assurer l'étanchéité de la fermeture de l'appareil vocal lors de l'émission de ce mode de production, par ses propriétés de viscosité et de tension superficielle.

Le langage parlé est un enchaînement des sons dont les limites sont floues. Il en résulte un mouvement continu de l'appareil vocal et l'intelligibilité de cette parole est située au niveau du centre nerveux verbal. L'articulé de la voix fait intervenir différentes cavités de résonance dont la cavité buccale. Cette implication explique les anomalies de l'émission des sons observées lors des complications des cancers buccaux et de leurs traitements chirurgicaux.

Avant d'aborder l'étude de cette pathologie, rappelons les mécanismes physiologiques et pathologiques que subit la muqueuse buccale présentant elle même des aspects histologiques variés. Connaître les composants et les particularités de cette muqueuse aide à comprendre les modifications qu'elle subit lors des carcinomes buccaux.

2.2. HISTOLOGIE DES MUQUEUSES BUCCALES ET GLANDULAIRES

2.2.1 HISTOLOGIE DES MUQUEUSES BUCCALES ^[31 ; 35 ; 57 ; 59 ; 97 ; 202] (figure. 8,9)

La muqueuse buccale est constituée d'un épithélium de type pavimenteux, stratifié kératinisé par endroit et d'un tissu conjonctif sous jacent richement vascularisé. Une membrane basale sépare le tissu conjonctif de l'épithélium.

a) Description de l'épithélium

Le tissu épithélial est formé d'un ensemble de cellules épithéliales impliquées dans une ou plusieurs fonctions physiologiques communes. On distingue deux grands types de tissus épithéliaux :

- les épithélia de revêtement dont l'épithélium buccal,
- les épithélia glandulaires (formant la paroi d'une glande).

a-1) Particularités de l'épithélium buccal

L'épithélium buccal est la partie la plus superficielle de la muqueuse. Il se trouve au contact du milieu buccal. Cette situation explique sa résistance aux agressions externes, qu'elles soient chimiques, mécaniques, physiques, ou microbiennes.

L'épithélium buccal est constitué de plusieurs assises cellulaires composées de keratinocytes et d'autres cellules telles que les mélanocytes, les cellules de Langerhans, les cellules de Merkel. En plus des éléments permanents, on note, au cours de phénomènes inflammatoires, des cellules (lymphocytes, polynucléaires, mastocytes...).

C'est un épithélium malpighien qui se divise en deux groupes selon leur degré de kératinisation ou non :

- les épithélia kératinisés : en dehors des couches communes (basale, épineuse, granuleuse), présentent en leur surface plusieurs assises de cellules mortes constituant la couche cornée,

- les épithélia non kératinisés au niveau desquels cette couche cornée n'existe pas.

Chez l'homme, le palais dur et la gencive vestibulaire sont kératinisés.

a-2) Le renouvellement cellulaire

Le mécanisme de contrôle de la prolifération et de la génération cellulaire est mal connu, ainsi que la durée du turn-over. Il semble que le temps de renouvellement est plus court pour un épithélium non kératinisé que kératinisé chez l'homme. Il est de 5 à 9 jours pour épithélium jugal et de 80 à 100 jours pour la gencive kératinisée.

b) Description de la membrane basale

b-1) Définition et composition

C'est une structure localisée à l'interface épithélio-conjonctive. Elle est divisée en deux couches :

- la lamina lucida, adjacente à l'épithélium,
- la lamina densa, adjacente au conjonctif.

Cette membrane est formée en majorité par du collagène de type IV qui est synthétisé par les cellules de la couche basale de l'épithélium.

Figure 8 : vue macroscopique de la muqueuse labiale ^[59]

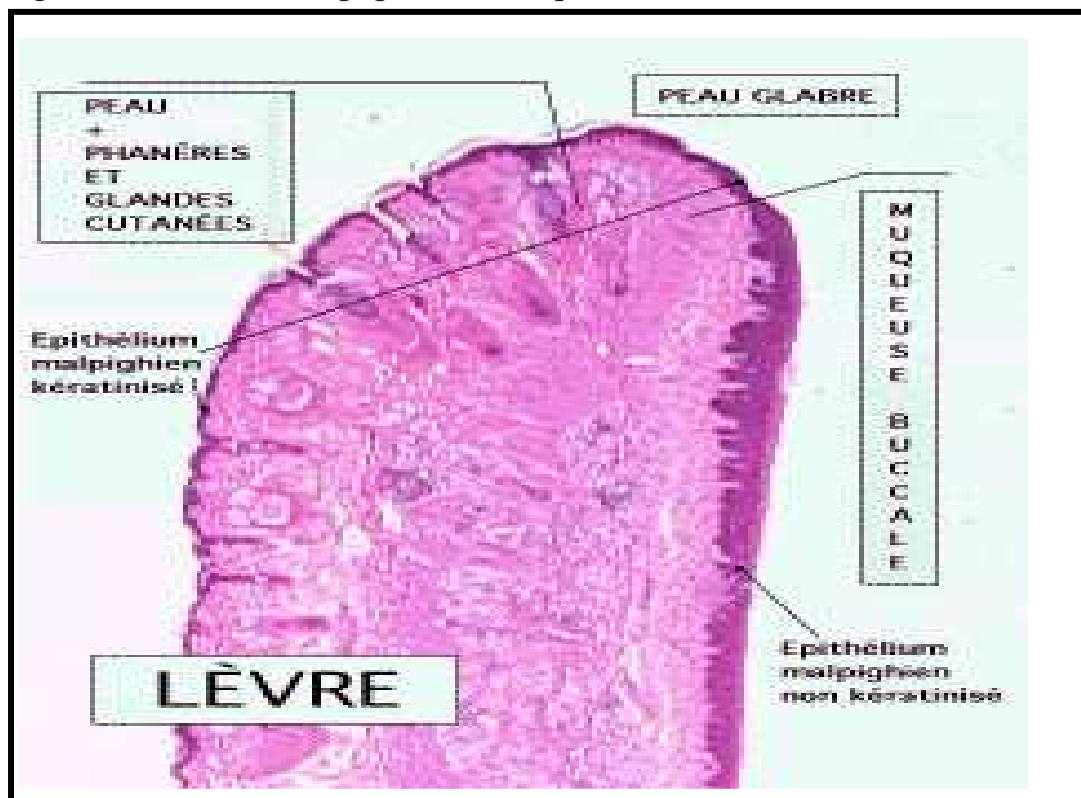
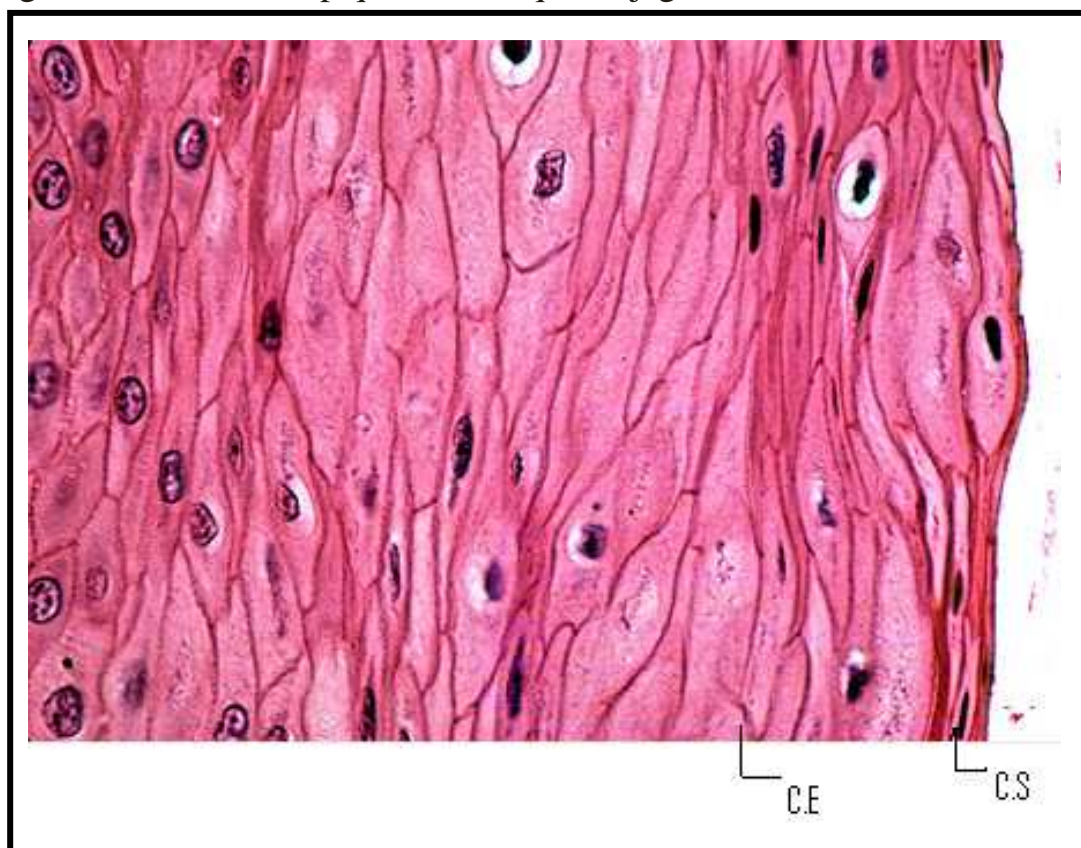


Figure 9 : vue microscopique de la muqueuse jugale ^[97]



CS. Cellules Superficielles

CE. Cellules Epitheliales

b-2) Rôle de la membrane basale

Ce sont :

- le rôle mécanique : elle assure l'attache de l'épithélium au tissu conjonctif par des hémidesmosomes ; elle maintient l'architecture et la compartimentation des tissus ;
- le rôle nutritionnel : les nutriments passent par la membrane basale par filtration ;
- le rôle dans la différenciation et la polarisation cellulaire : elle sert de guide à la migration cellulaire.

c) Description du tissu conjonctif

Le tissu conjonctif ou chorion se compose de cellules baignant dans une matrice extracellulaire au sein de laquelle se trouvent de grosses fibres lui donnant ainsi les propriétés mécaniques de soutien. Cette substance fondamentale contient, de l'eau et des macromolécules par exemple les glycosaminoglycanes. Elle constitue un milieu d'échanges métaboliques et de migration cellulaire. Les cellules conjonctives, selon leur nature, ont pour fonction, la synthèse de métabolites, la défense de l'organisme face au traumatisme et à l'agression bactérienne. On trouve des cellules de défenses telles que macrophages, mastocytes, leucocytes polymorphonucléaires (PMN) : neutrophiles, basophiles, éosinophiles. Le tissu conjonctif est très richement vascularisé. On distingue trois sources de vascularisation de la muqueuse : les artérioles suprapériostées, les vaisseaux du desmodonte, les artérioles du septum interdentaire.

Il existe de très nombreuses anastomoses.

Les terminaisons nerveuses de la muqueuse se trouvent dans le chorion.

d) Muqueuses spécialisées : face dorsale de la langue

C'est une muqueuse masticatoire dont l'épithélium comporte par endroit des papilles gustatives qui confèrent à la muqueuse linguale sa fonction sensorielle.

Il existe des groupes distincts de papilles linguales. Chaque papille présente ses propres caractéristiques structurales.

d-1) Papilles filiforme (figure 10-B)^[97]

Elles recouvrent la quasi-totalité du corps de la langue et sont responsables de l'aspect velouté de cette surface.

Il existe des papilles secondaires dont l'épithélium contient des bourgeons du goût.

d-2) Papilles foliées

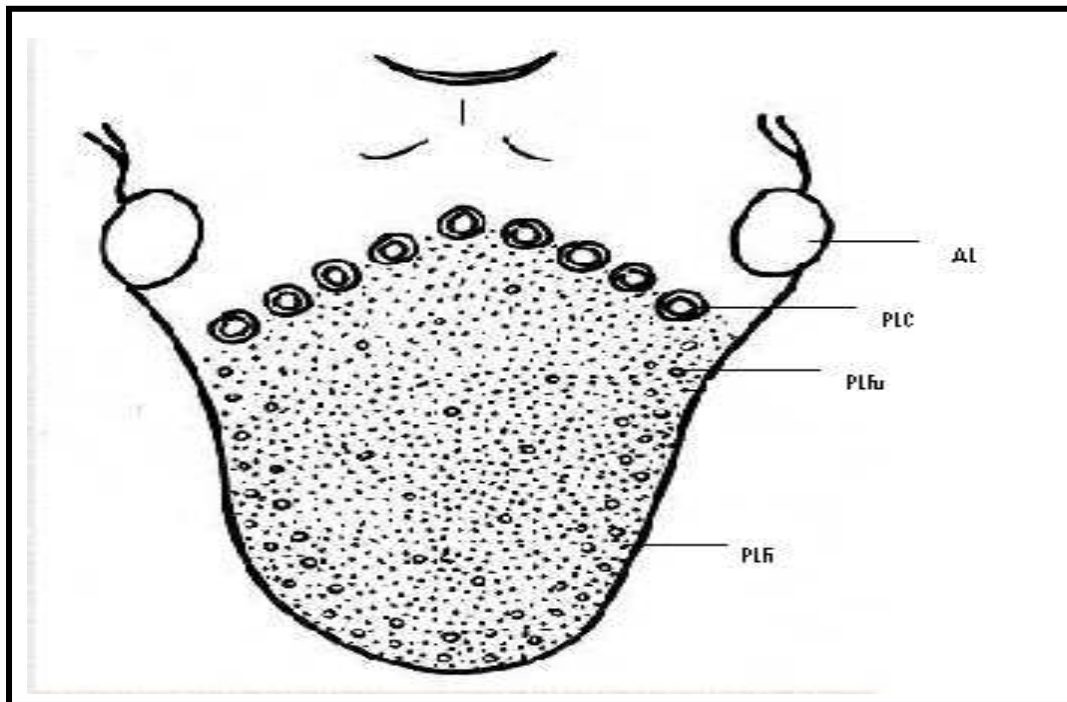
Plutôt que de vraies papilles, ce sont des replis au nombre de 3 à 10 parallèles entre eux situés sur les bords latéraux postérieurs du corps de la langue. Chez l'homme adulte, elles sont soit absentes soit rudimentaires. Les pores sécrétoires des glandes de VON EBNER s'ouvrent à la base des sillons qui limitent les papilles foliées. L'épithélium ne contient pas de papilles gustatives.

d-3) Papilles fungiformes (figure 10-C, D) [97]

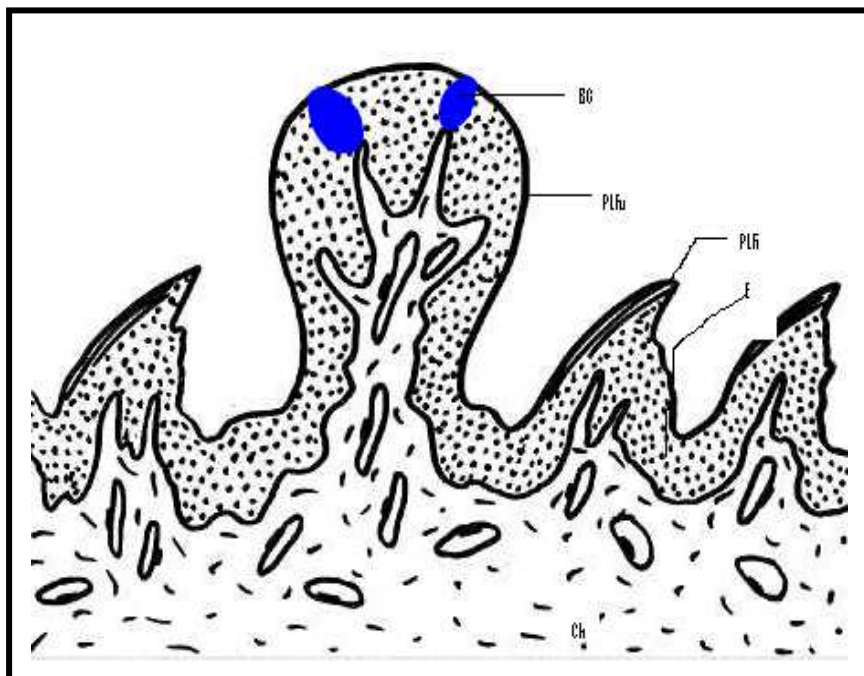
Beaucoup moins nombreux, localisées exclusivement à la partie antérieure de la langue, elles sont noyées entre les papilles filiformes. L'épithélium contient parfois des papilles gustatives (une à deux par papilles).

d-4) Papilles caliciformes ou circumvallées (figure 10-E, F) [97]

Sont plus volumineuses et moins nombreuses, de 3 mm de diamètre et 1 mm de hauteur, en forme de champignon, et au nombre de 7 à 14 chez l'homme. Elles forment le « V » lingual. En arrière du « V » se trouve le foramen cœcum qui, parfois, peut présenter une morphologie aberrante et peut poser un problème de diagnostic différentiel avec une tumeur.

Figure 10-A : aspect macroscopique de la face dorsale de langue^[194]

AL. Amygdale Linguale
 PLC. Papilles linguales Caliciformes
 PL Fu. Papilles linguales Fungiformes
 PL Fi. Papilles linguales Filiformes

Figure 10-B : aspect macroscopique des papilles filiformes, caliciformes^[97]

B. Bourgeons du goût
 E. Epithelium
 Ch. Chorion
 PLC. Papilles linguales caliciformes
 PL Fi. Papilles linguales Filiformes

Figure 10-C* : aspect microscopique bourgeons du goût^[97]

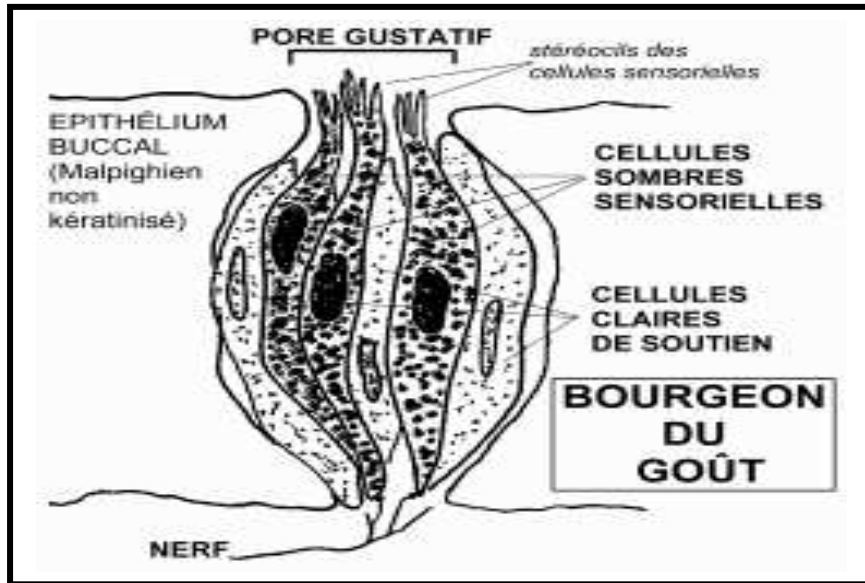
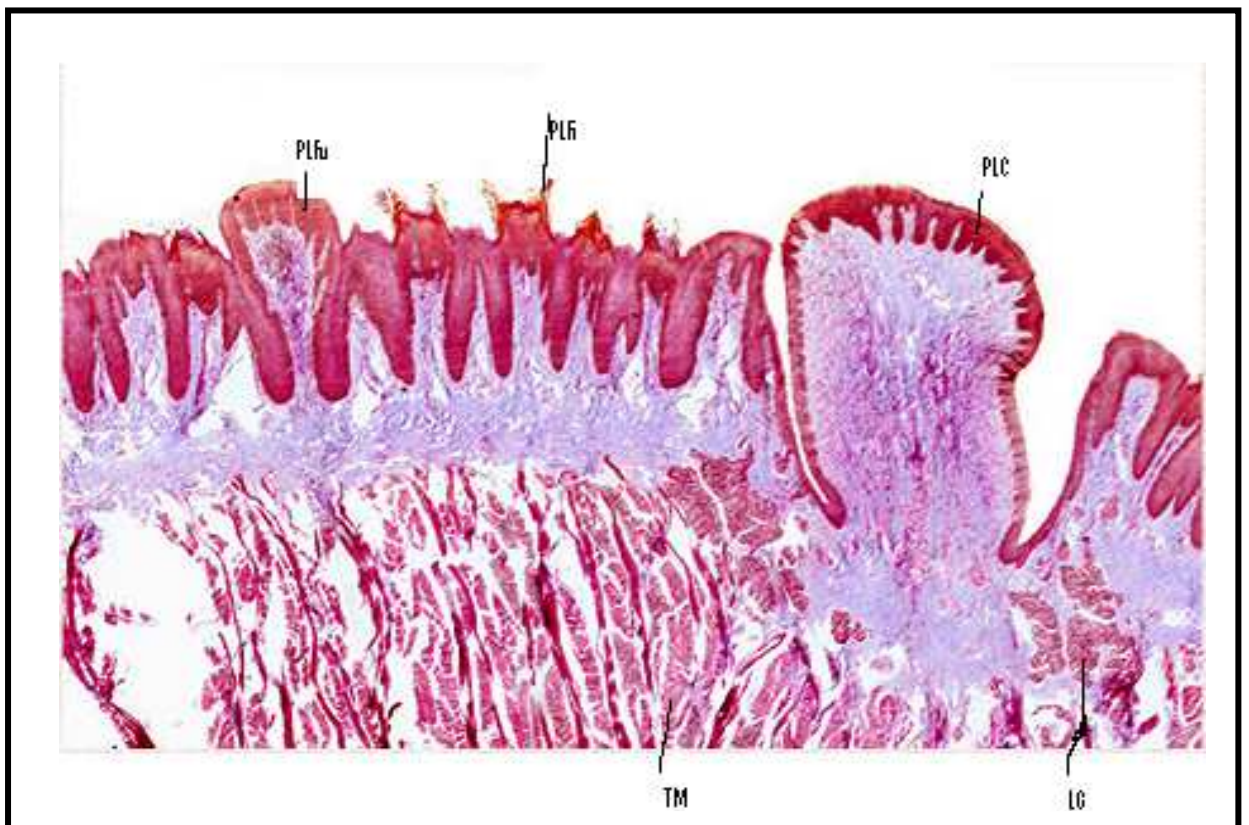


Figure 10-D : aspect macroscopique des papilles filiformes, fungiformes et caliciformes^[97]



LG. Lobules Glandulaires PLFu : Papilles linguales fungiformes TM. Tissu Musculaire
 PLC. Papilles linguales caliciformes PL Fi. Papilles linguales Filiformes

2.2.2. HISTOLOGIE DE LA MUQUEUSE GLANDULAIRE

Les glandes salivaires situées dans la muqueuse de la cavité buccale sont les glandes salivaires accessoires. [121]

Les glandes salivaires majeures font partie des organes annexes de la cavité buccale. [7] Cependant les glandes sublinguales et submandibulaires sont en rapport étroit avec celle-ci du fait de leur situation anatomique ; par conséquent les manifestations cliniques des carcinomes de ces glandes s'observent au niveau buccal. Ainsi les rappels histologiques ne viseront que ces glandes.

Parmi les glandes salivaires mineures on distingue : les glandes linguales ou glandes de VON EBNER, glandes de NÜHN, glandes de WEBER, les glandes labiales palatines et jugales. À l'exception des glandes de VON EBNER de type séreux, les glandes salivaires mineures, sont toutes des glandes muqueuses. Dans l'espèce animale, les submandibulaires et sublinguales sont des glandes mixtes. [97]

Quel que soit le type, les glandes salivaires sont toutes enveloppées par des capsules conjonctives qui les individualisent par rapport au tissu voisin. Cette capsule peut contenir soit l'intégralité de la glande mineure, soit un ou plusieurs lobes contenus dans les glandes salivaires majeures. Les lobes et lobules ont une structure en grappe de raisins.

Des cloisons conjonctives séparant les différents lobes constituent les travées de refend. Chaque lobule est constitué par une succession de couches épithéliales intra lobulaires formant une unité sécrétrice. Ces unités convergent vers la cavité buccale par différents canaux excréteurs ou collecteurs.

a) Unités fonctionnelles des glandes salivaires

Chaque unité fonctionnelle est formée d'acini, de canaux intercalaires et de canaux striés qui débouchent dans les canaux collecteurs.

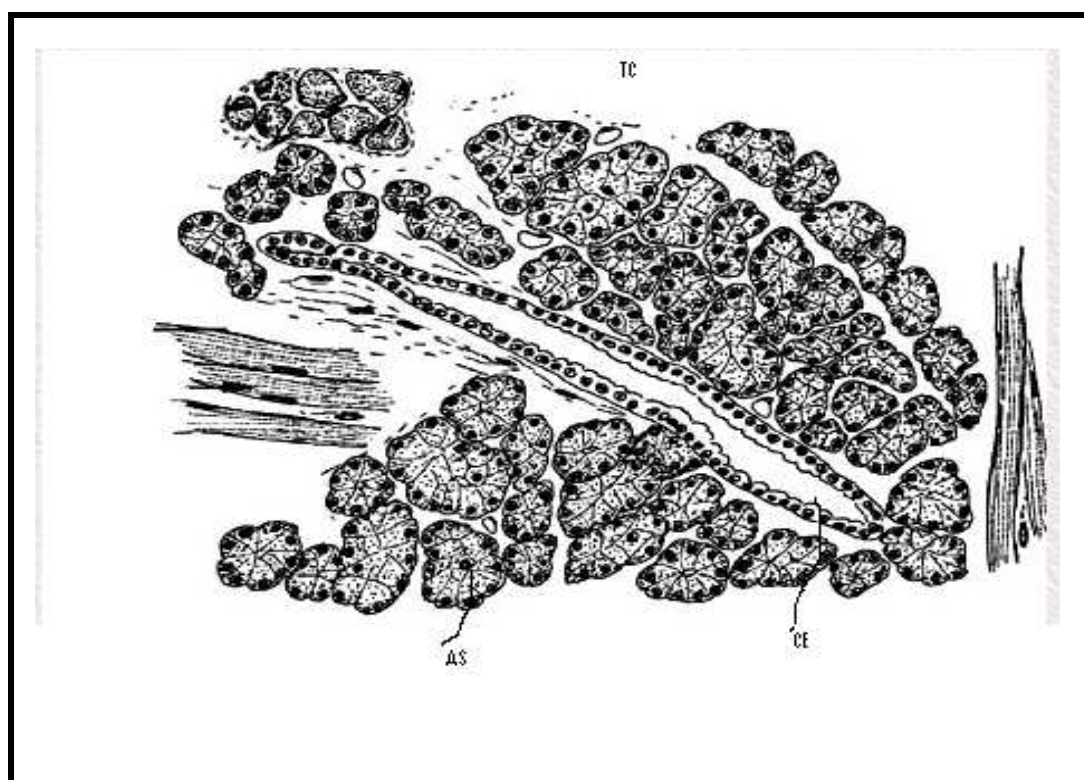
a-1) Acini (figure 11-G, H, I, J)

Ce sont des amas cellulaires sphéroïdaux constitués de cellules polygonales, reposant sur une membrane basale et entourant dans leur région apicale, un espace formant le point de départ du système canalaire. Les cellules acineuses sont classées en deux types : les cellules séreuses et les cellules muqueuses. Dans les glandes submandibulaires où

prédominent les cellules séreuses, celles-ci entourent les acini muqueux et constituent les couches en croissant ou demi-lune.

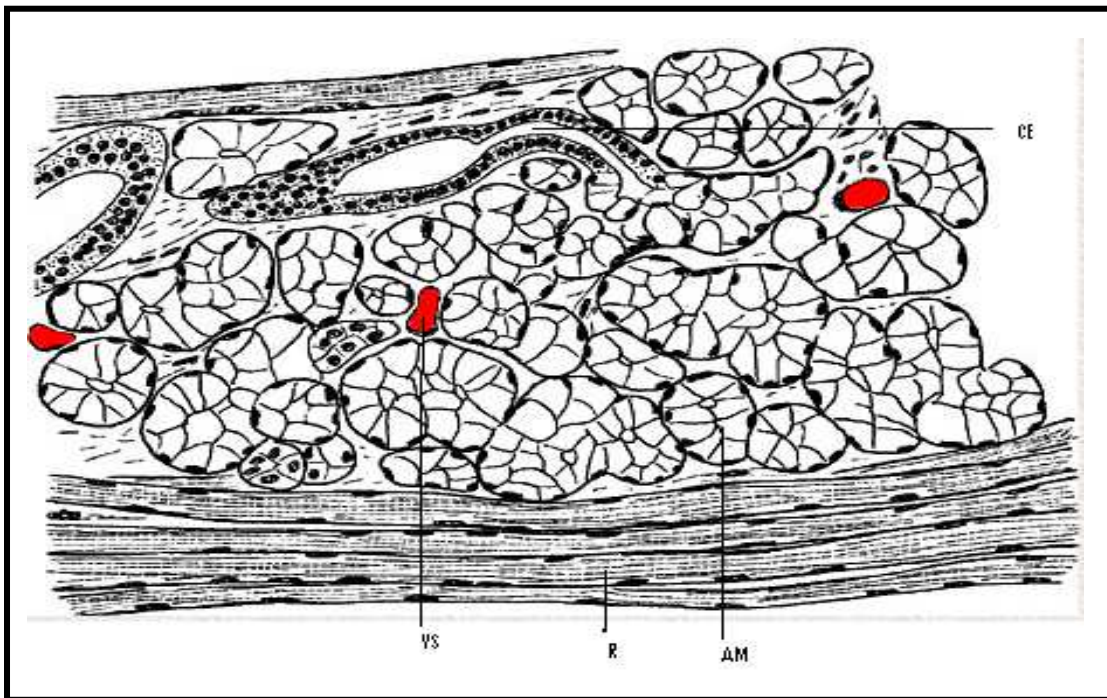
Les glandes sublinguales, glandes mixtes, présentent ces deux types de cellules (muqueuse et serreuses).

Figure 11-A : aspect microscopique d'une glande salivaire séreuse ^[97]



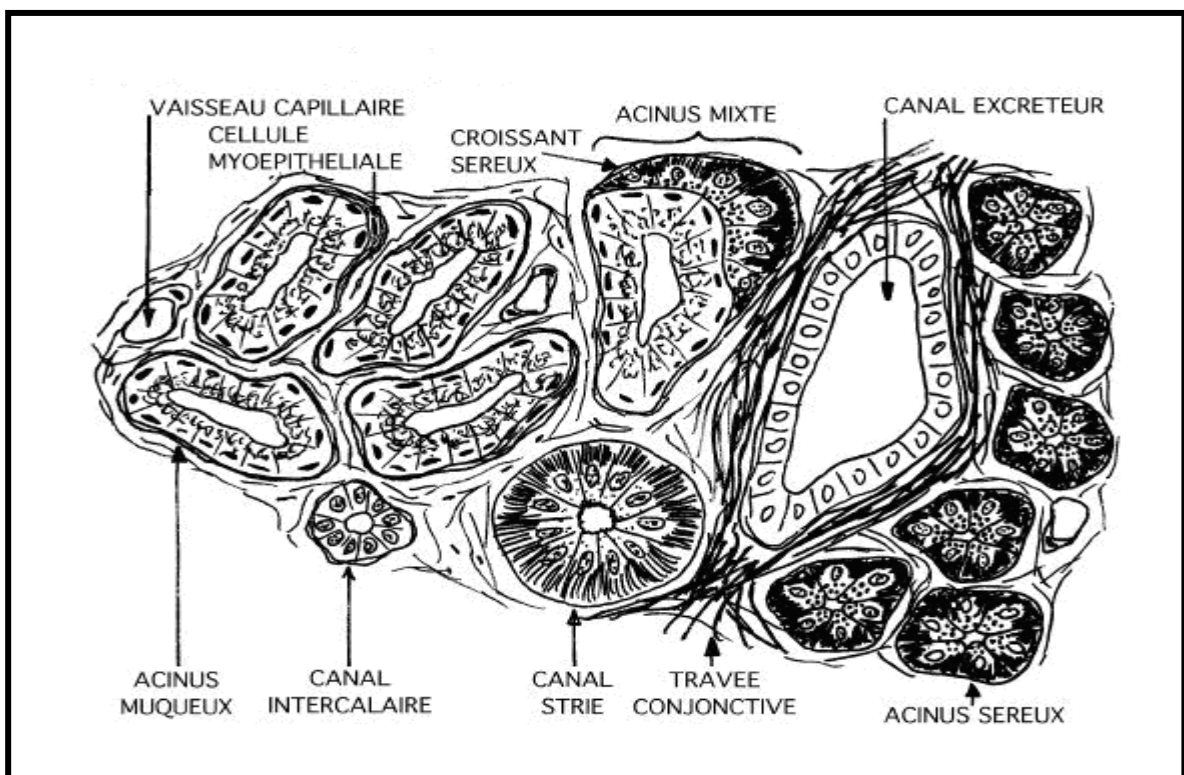
AS. Acinus Séreux CE. Canal Excréteur TC. Tissus Conjonctif

Figure 11-B. : aspect microscopique d'une glande salivaire muqueuse [97]



VS. Vaisseaux Sanguins R. Rbdomyocyte AM. Acinus Muqueux CE. Canal Muqueux

Figure 11-C: aspect microscopie optique d'une glande salivaire mixte vue en [97]



a-2) Canaux intercalaires

Ils sont peu nombreux dans les glandes submandibulaires. L'épithélium est constitué de couches de cellules pariétales qui ont de petites microvillosités tournées vers la lumière canalaire. Elles contiennent des granules de zymogène.

a-3) Canaux striés

Sont plus larges que les précédents. Ils sont nombreux dans les glandes submandibulaires. Les couches cellulaires présentent au niveau de leur membrane basale, de nombreuses interdigitations en doigt de gant remplies de mitochondries orientées verticalement.

a-4) Canaux excréteurs

Leurs parois sont formées d'un épithélium bistratifié et sont entourées de tissus conjonctifs abondants. Ces canaux excréteurs tels que ceux de Wharton sont tapissés d'un épithélium pseudo stratifié qui se transforme progressivement en épithélium stratifié semblable à celui de la cavité buccale.

b) Autres constituants de la muqueuse glandulaire***b-1) Cellules myoépithéliales***

Elles entourent les acini et la partie proximale des canaux intercalés qu'elles enserrent à la manière d'une pieuvre. Elles ont un pouvoir contractile et constituent le support des cellules sécrétrices permettant ainsi la diversion des produits de sécrétion dans la lumière de l'unité. Les cellules myoépithéliales reçoivent une innervation mixte provenant à la fois du système para sympathique et sympathique.

b-2) Cellules des espaces conjonctifs

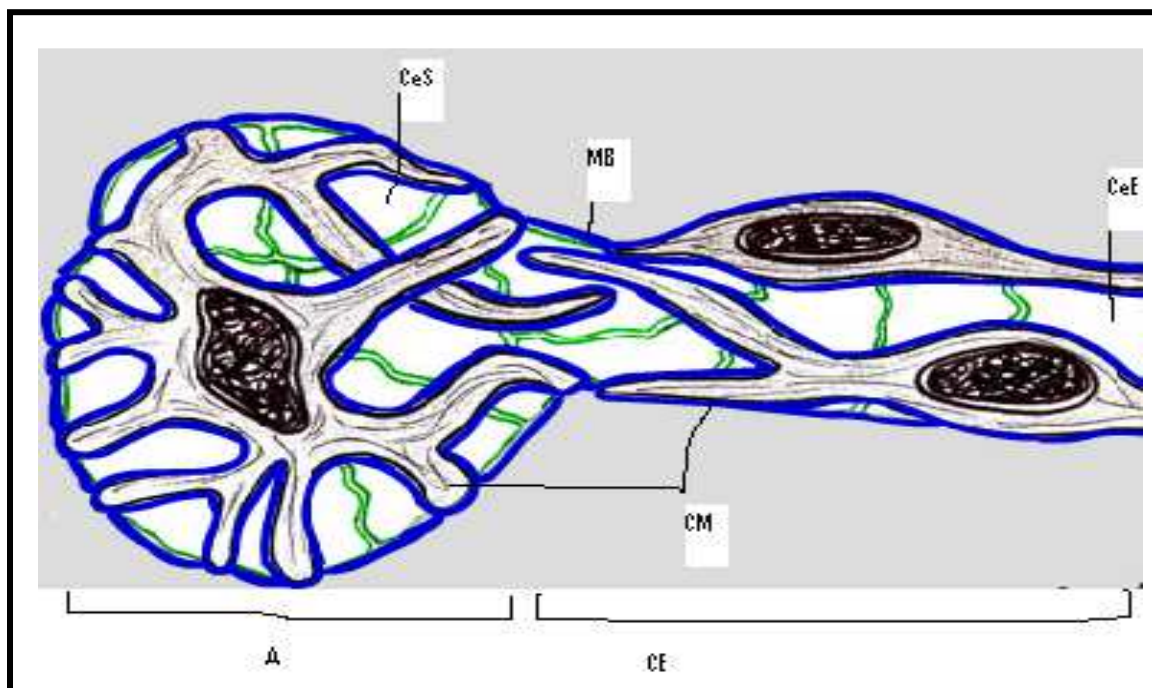
Les espaces conjonctifs sont situés entre les acini et les canaux. Ils contiennent en plus des éléments vasculaires et nerveux, deux groupes de cellules :

- les fibroblastes impliqués dans la synthèse du collagène interstitiel,
- les cellules impliquées dans les réactions des défenses immunitaires sont les histiocytes macrophages, les mastocytes, les plasmocytes et les polynucléaires notamment éosinophiles.

La présence et l'activité de ces groupes de cellules traduisent le rôle des glandes

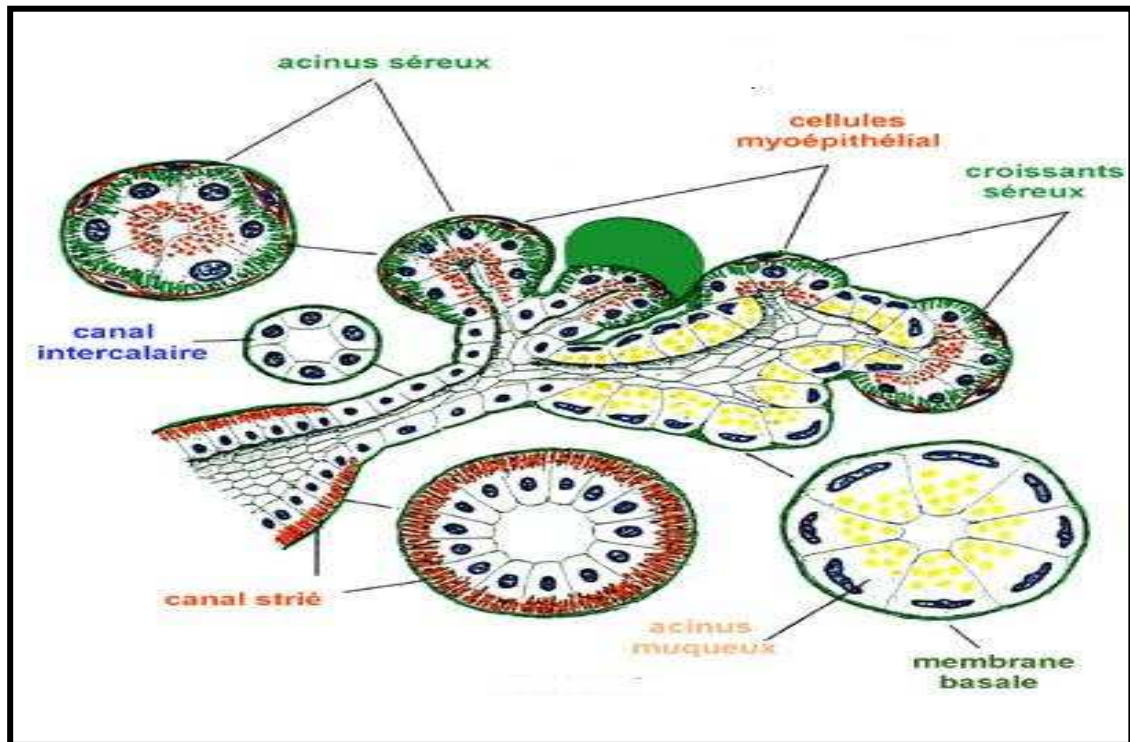
salivaires dans le processus de défense immunitaire face aux agressions.

Figure 11-D : aspect macroscopique d'une unité glandulaire ^[97]



- A. Acinus
- CE. Canal Excréteur
- Ce S. Cellule Sécrétrice
- CM. Cellules Myoépithéliales
- CeE. Cellule Excrétrice

Figure 11-E : aspect microscopique d'une unité glandulaire [97]



Le rappel histologique sur les muqueuses buccales et glandulaires nous permet d'identifier les différentes structures tissulaires anormales. Nous pourrions à partir de cette étude reconnaître les anomalies tissulaires survenant dans les processus pathologiques ou non et à différencier une muqueuse normale d'une muqueuse pathologique.

2.2.3. HISTOPATHOLOGIE [127 ; 168 ; 194]

La muqueuse buccale, exposée aux agents physicochimiques, subit très souvent des modifications physiologiques et pathologiques au niveau des structures qui la composent. L'épithélium de cette muqueuse est le premier touché.

a) Processus de kératinisation

Au sein de la muqueuse buccale, différents degrés de kératinisation s'effectuent selon un mode simple dit parakératose donnant un aspect blanchâtre à la muqueuse physiologique. La couche de parakératose varie en fonction des différents types d'épithélia : elle est faible au niveau des muqueuses fines (joue, face inférieure de la langue) et épaisses au niveau des muqueuses palatines, gingivales et linguales.

En dehors de cette réaction physiologique, les différentes altérations épithéliales pouvant s'observer, sont soit, des lésions simples dites réactionnelles appelées Kératoses (hyperkératose, ortho kératose, hyper para kératose, dyskératoses) [83 ; 159 ; 215], soit des lésions graves parmi lesquelles on note les lésions néoplasiques.

Certaines kératoses constituent des entités nosologiques à part entière (les kératoses congénitales) et les autres sont les conséquences de l'aggravation de lésions préexistantes (leucoplasies).

Au niveau de la couche épithéliale, on assiste à une multiplication cellulaire qui se traduit par une hyperplasie (hyperacanthose qui s'accompagne d'hyperpapillomatose). Tout ceci aboutit à une dysplasie atypique.

Certaines dysplasies ont un potentiel pré néoplasique marqué. Ce sont : l'ortho kératose et l'hyperkératose (leucoplasie). D'autres comme les papillomatoses constituent un intermédiaire morphologique avec l'épithélioma intra épithélial. Elles sont classées parmi les lésions précancéreuses.

b) Lésions précancéreuses [14; 31 ; 35 ; 59 ; 83 ; 124 ; 146 ; 199; 202]

D'après la définition de l'OMS, la lésion précancéreuse est « un tissu altéré dans lequel un cancer se développera plus volontiers que dans un tissu sain ».

Le passage à la malignité se traduit par les signes suivants : l'induration, le caractère inhomogène, la douleur, l'ulcération, le saignement spontané, la présence d'adénopathie, l'augmentation de taille de la lésion et les limites imprécises.

Au niveau de la cavité buccale, les lésions précancéreuses les plus rencontrées sont: les leucoplasies, les érythroplasies, la papillomatose orale floride, la maladie de Bowen ou érythroblastes de Queyrat.

* Les leucoplasies

Ce sont des lésions d'aspect blanchâtre localisées au niveau de la muqueuse buccale. Elles se présentent sous deux aspects :

- aspect homogène: caractérisé par une tâche blanche uniforme peu ou pas saillante avec une surface hyperkératosique souvent en forme de mosaïque parfois légèrement fissurée, craquelée.

- aspect inhomogène: se présentant soit sous forme d'un nodule blanchâtre, soit sous forme d'une plaque verruqueuse toujours blanche ou nacréée avec parfois des fissures.

La forme particulière de la leucoplasie, la leucoplasie candidosique ou candidose chronique hypertrophique, comme lésion précancéreuse est discutée: l'implication du candida albicans dans le développement du carcinome reste encore controversé. [124]

* Les érythroplasies

Ce sont des plaques rouges presque toujours dysplasiques. Elles s'observent surtout après 60 ans. Du point de vue histologique c'est un carcinome in situ.

* La papillomatose orale floride

C'est une lésion précancéreuse dont la transformation maligne s'installe très lentement. C'est un stade de cancer atténué. Elle est due à human papilloma virus.

* La maladie de Bowen ou érythroplasie de Queyrat

Elle se présente sous un aspect papillomateux, nodulaire ou ulcéré. Elle présente les caractéristiques histologiques d'une dysplasie ou d'un carcinome in situ.

Enfin, les perturbations peuvent atteindre la couche profonde se traduisant par des lésions au niveau du chorion. A ce stade ces lésions sont dites invasives. Les circonstances d'apparition des cancers buccaux sont variables et parfois difficiles à expliquer. Il est donc important de rappeler les mécanismes impliqués dans l'induction de cette pathologie complexe

2.3. PATHOGENIE DES CANCERS BUCCAUX [2 ; 9 ; 30 ; 34 ; 62 ; 72 ; 77 ; 144 ; 153 ; 165 ; 183]

Les principes de base de la cancérogenèse buccale sont identiques aux mécanismes fondamentaux d'évolution du processus néoplasique en général. La cancérogenèse est un processus complexe que la biologie moléculaire et la génétique tentent de démontrer. Le passage d'une cellule normale à une cellule cancéreuse jusqu'à la formation du tissu néoplasique s'explique par différentes théories de la cancérisation. Pour mieux comprendre ces théories, rappelons les aspects histophysiologiques de la cellule normale.

2.3.1 RAPPELS DES CARACTERISTIQUES D'UNE CELLULE NORMALE

a) Aspects structuraux

La cellule constitue une entité à part entière. Quelle que soit sa nature, la cellule présente trois compartiments indépendants qui sont le noyau : le cytoplasme et la membrane plasmique.

Le noyau contient le matériel génétique stocké sous forme d'ADN au niveau des chromosomes.

Le cytoplasme est le lieu de nombreuses réactions biochimiques.

La membrane plasmique possède les propriétés telles que la perméabilité et la plasticité (l'endocytose et l'exocytose).

b) Propriétés physiques

b-1) Déplacement cellulaire

Elle se fait grâce aux signaux transmis aux récepteurs membranaires. Les signaux sont sous forme d'hormones, de médiateurs locaux dont les facteurs de croissance, les molécules de la matrice extracellulaire.

b-2) Cycle cellulaire

On appelle cycle cellulaire l'ensemble des modifications subit par une cellule entre la fin de deux mitoses successives, c'est-à-dire entre sa formation par division de la cellule mère et le moment où cette cellule a fini de se diviser par mitose en deux cellules filles.

Ce cycle cellulaire est sous le contrôle d'enzymes particulières qui sont:

Les cyclin dépendant kinase (CDK) stimulées elles mêmes par les cyclines et inactivées par les cyclines inhibiteurs tels que les cyclin kinase inhibitors (CKI).

• **Différentes étapes de la division cellulaire :**

- la prophase correspond à la transformation de la membrane nucléaire et la libération de chromosomes,
- la métaphase conduit à la réorganisation chromosomique,
- l'anaphase: stade de séparation des chromosomes et leur ascension aux pôles opposés du fuseau,
- la télophase se caractérise par la reconstitution des noyaux fils et la division de la cellule mère en cellules filles.

La durée de la division cellulaire varie de 30 minutes à plusieurs heures.

• **Différentes étapes du cycle cellulaire**

Pendant le cycle, la cellule passe par les phases G1, S, G2 et M. La lettre G correspond à l'initial du mot (Gap), la lettre S à l'initial du mot (synthèse) et la lettre M pour la mitose.

Une des particularités du cycle cellulaire est la possibilité pour certaines cellules de devenir quiescentes, cette période de repos est dite G0. Les cellules de cette phase peuvent revenir dans le cycle cellulaire à tout moment.

* *La phase G1*

Elle succède immédiatement à une mitose. C'est la phase de la présynthèse de l'ADN. Soit la cellule entre en phase de division en passant à la phase S, soit elle abandonne son pool prolifératif pour se différencier voire se spécialiser. Cette phase est variable : elle est de 1 à 6 mois pour l'embryon et réduite pour la cellule cancéreuse.

* *La phase S*

De durée constante (8), elle se caractérise par la réplication de la totalité de l'ADN, les protéines non histones.

* *La phase G2*

C'est une phase de transition entre la phase S et la mitose, elle dure 4 à 5 heures. La synthèse de l'ARN persiste et la cellule accumule les éléments nécessaires à la mitose.

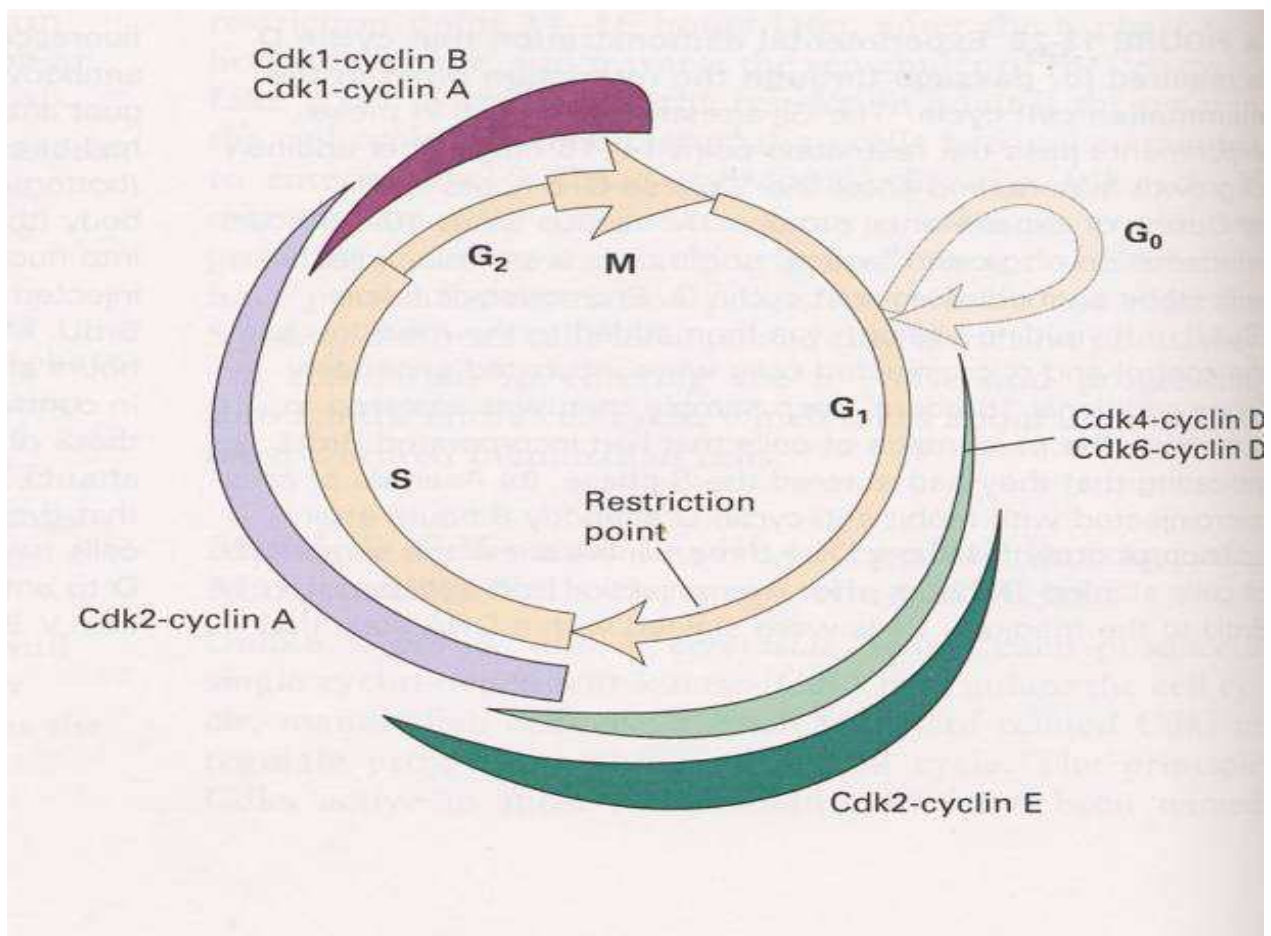
* *La phase M*

C'est la phase de division cellulaire. Elle est déclenchée par un facteur promoteur, le MPF

(facteur promoteur de la mitose). Sa durée est de 1 heure 30 minutes à 2 heures.

Le cycle cellulaire peut être influencé par divers paramètres qui sont l'âge, l'organe considéré et les conditions physiologiques, surtout hormonales.

Figure 12 : cycle cellulaire ^[165]



b-3) Le gène et son expression

On estime à environ dix milles gènes exprimés dans toutes les cellules de l'organisme.

Cette expression spécifique aux êtres vivants, se traduit de la manière suivante :

L'ADN constitue l'information génétique de la cellule et les gènes situés en son sein représentent l'unité d'information génétique.

L'information génétique est ensuite transformée en information pratique transportée par l'ARN messenger puis la protéine et l'ensemble des protéines ainsi formées.

L'absence, le déficit ou l'anomalie de synthèse d'une protéine peut entraîner les conséquences graves sur l'organisme.

b-4) Différenciation cellulaire

Elle aboutit à la morphogène dans le développement de l'être vivant. La différenciation des cellules se fait selon un programme bien défini conférant aux cellules des propriétés et des fonctions qui leur sont propres. Toutes les cellules possèdent des gènes qu'elles expriment de façon spécifique en fonction du tissu auquel elles appartiennent.

Il faut noter cependant que des segments entiers du génome sont muets au cours de la différenciation.

b-5) Devenir de la cellule : apoptose

La mort cellulaire dans les organismes multi cellulaires est programmée ou accidentelle. Quand elle est programmée, c'est un processus normal, habituel permettant d'éliminer les cellules en excès. Quand elle set accidentelle, c'est la nécrose.

Dans une cellule normale, l'équilibre entre les deux voies de signalisation, c'est- à-dire la prolifération et l'apoptose permet de maintenir l'homéostasie d'un organe. Une fois l'équilibre rompu, on assiste à des anomalies de fonctionnement cellulaire.

2.3.2. THEORIES DE LA CANCERISATION

Il est difficile d'expliquer le processus de la cancérisation. Cependant tous les auteurs sont unanimes à reconnaître que le cancer est une maladie d'origine génétique.

Tout part d'une cellule dont le génome est modifié soit pendant la période embryonnaire soit lors d'une irritation chronique.

La théorie de base de la carcinogenèse se définit en deux étapes :

- la première étape est la phase d'initiation qui consiste en une modification du génome de la cellule transmise à des descendants, susceptibles d'aboutir soit à un cancer, soit à une tumeur bénigne ou à un état précancéreux;

- la seconde étape est la phase de promotion au cours de laquelle va se déclencher le phénomène cancer en permettant ainsi aux cellules de proliférer pour former la tumeur.

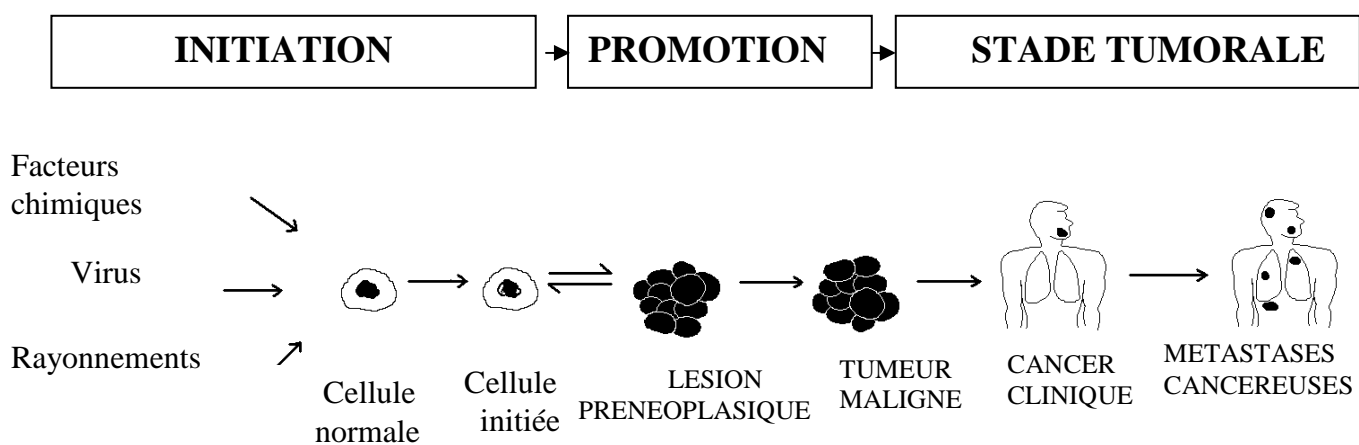
De cette théorie simpliste découle plusieurs théories depuis l'évolution des sciences génétiques et la biologie moléculaire.

Pour certains auteurs comme KNUDSON et COMING en 1973^[dans 2], il faut au moins deux mutations au sein de la cellule germinale pour que se déclenche le phénomène cancer, et que ces mutations correspondraient à l'inactivation des deux allèles d'un gène dont la fonction devrait être de contrôler les gènes de la prolifération. Ce gène devrait avoir un comportement récessif à l'échelle de la cellule. Cette théorie explique la prédisposition de certains individus au cancer. Ces auteurs sont les premiers à employer en 1983 les termes d'oncogènes et d'en formuler le concept.

Pour d'autres auteurs, c'est l'expression simultanée et l'activation de plusieurs oncogènes qui joueraient un rôle déterminant dans l'oncogenèse, ou la cancérisation d'une cellule demande l'intervention d'au moins deux oncogènes : le premier l'immortalise et le second la cancérise.

Partant de ces théories, des recherches ont défini le rôle des différents acteurs de l'oncogenèse.

Figure 13 : schéma des étapes de la cancérogenèse [153]



2.3.3. ROLE DES PRINCIPAUX GENES DE LA CARCINOGENESE

Les acteurs de l'oncogénèse ont été définis depuis KNUDSON. Ce sont les oncogènes et les anti-oncogènes. L'activation des oncogènes et l'inactivation des anti-oncogènes constituent les phénomènes de base de la cancérogenèse.

a) Activation des oncogènes

Elle serait à l'origine de la carcinogénèse. Les oncogènes sont des gènes issus de l'altération des proto oncogènes qui sont des gènes cellulaires normaux. Les oncogènes contrôlent la prolifération et la différenciation moléculaire. Ils ont un mode d'action dominant et peuvent s'exprimer de plusieurs façons dans le processus néoplasique en codant un facteur de croissance, la synthèse d'un récepteur à un facteur de croissance, des protéines impliquées dans la transduction du message de la membrane au niveau du noyau et des protéines intra nucléaires qui se lient à l'ADN contrôlant ainsi l'expression des gènes impliquées dans la division cellulaire.

b) Inactivation des antioncogènes

Les antioncogènes sont des gènes cellulaires suppresseurs capables par différents mécanismes de supprimer ou d'entraver l'effet de transformation néoplasique dans une cellule normale. Ils ont un mode d'action récessif. C'est l'inactivation des antioncogènes qui induit le processus cancéreux.

A l'heure actuelle, il existe une dizaine d'antioncogènes dont certains ont un mécanisme d'action bien précis, c'est le cas des gènes RB et P53 :

- le gène RB code pour une phosphoprotéine P105-RB qui freine le passage vers la diffusion,

- les antioncogènes P53 code une protéine qui contrôle d'une part, l'arrêt de la prolifération des cellules en général et, d'autre part, l'introduction de l'apoptose, lorsque la cellule se trouve dans un état de stress lié à des anomalies non réparées de l'ADN.

L'activation des oncogènes va conduire à des mutations des gènes cellulaires soit de façon acquise (action chimique, réactive, virale) soit de façon constitutionnelle (prédisposition familiale).

L'inactivation des antioncogènes se fait par ces mutations. Les oncogènes et les antioncogènes agissent par le biais des oncoprotéines.

c) Principaux gènes impliqués dans la carcinogenèse buccale ^[153]

Dans la carcinogenèse buccale, les altérations génétiques observées sont :

- l'activation des proto oncogènes comme la cycline D1, MYC, RAS, EGFR,
 - l'inactivation des gènes suppresseurs de tumeur comme ceux codant pour P16 et P53 que d'autres locus potentiels suppresseurs. SCHWARTZ ^[184]
 - les modifications précoces incluant la perte des gènes suppresseurs de tumeurs sur les chromosomes 13P et 9P puis 17P,
 - les mutations et une surexpression de P53 sont observées au cours de la progression dans les cancers pré-invasifs et invasifs,
 - Divers polymorphismes génétiques touchent des gènes tels que GSTM1 ou CYP450A1.
- Des travaux ont prouvé une augmentation de l'expression de certains oncogènes (myc, Hras, int2, ST3) et une augmentation de l'expression de certaines oncoprotéines avec un très mauvais pronostic. ^[30]

2.3.4. AUTRES MECANISMES IMPLIQUES DANS LA CANCEROGENESE

Ce sont :

- l'implication de l'horloge du cycle cellulaire dans la cancérogenèse se traduit par la stimulation permanente de la division aboutissant à l'immortalisation des cellules cancéreuses,
- le dysfonctionnement des voies de différenciation cellulaire,
- le dérèglement des gènes du suicide cellulaire par perturbation de la balance BAX/BCL2 en faveur d'un excès de BCL2 qui paralyse le gène P53 ne pouvant conduire les cellules à l'apoptose.

La connaissance des molécules clés entrant dans l'oncogenèse est un domaine complexe. Cependant tous les chercheurs reconnaissent unanimement que la transformation tumorale apparaît comme un processus multifactoriel faisant intervenir les facteurs physiques, chimiques, biologiques et environnementaux pouvant contribuer à la perturbation fonctionnelle de ces molécules clés oncogènes et antioncogènes.

Une fois que le processus néoplasique est engagé en passant par les deux étapes (initiation et promotion), on assiste à une progression tumorale, étape fondamentale au cours de laquelle le cancer devient apparent. Cette progression correspond à l'acquisition de l'indépendance de croissance, de l'expression phénotypique de la malignité et d'une instabilité génétique de plus en plus marquée. On assiste ainsi à un accroissement du taux de division cellulaire. Cette phase de progression se prolonge dans le temps par l'acquisition progressive de caractères de plus en plus malins, notamment l'invasion tumorale, la capacité métastatique et la résistance aux antimitotiques.

Le tissu tumoral ainsi formé se présente comme une masse tissulaire sans capsule ni plan de clivage. Il comprend : des cellules cancéreuses et le stroma tissulaire (du tissu conjonctif modifié servant de nutriment aux cellules cancéreuses).

2.3.5. CARACTERISTIQUES D'UNE CELLULE CANCEREUSE

La cellule cancéreuse se caractérise in vivo par un aspect différent des cellules normales du tissu d'origine ; elle garde ainsi un certain degré de différenciation lié à son tissu d'origine.

In vivo, la cellule cancéreuse présente des caractéristiques.

a) Modifications architecturales

Les noyaux sont plus grands que la normale. Ils sont irréguliers parfois multiples, la présence de nucléoles est bien visible, la chromatine plus marquée, associée à un contenu en ADN des noyaux souvent augmentés dans les cellules tumorales (hyperploïdie ou aneuploïdie).

Le rapport nucléo cytoplasmique est plus important. Les mitoses sont nombreuses (de 10 à 50 mitoses pour 1000 cellules) et souvent anormales (divisions multipolaires).

Il existe des anomalies de taille des cellules au sein d'un même tissu dont l'architecture est modifiée. Après un certain temps d'évolution, on observe un franchissement de la membrane basale donc une invasion dans le tissu normal adjacent à la tumeur.

b) Modifications biochimiques

Ce sont :

- les modifications de l'activité de synthèse des protéines de types embryonnaires,
- les modifications de la composition de la membrane cellulaire en particulier celle des glycoprotéines. Les conséquences sont la modification de la perméabilité membranaire, la perte d'interaction avec les cellules environnementales et la matrice extracellulaire.

c) Modifications des propriétés de croissance

Elles s'observent in vitro (en culture) et constituent la base d'investigations en oncologie moléculaire. Ce sont :

- la perte de l'inhibition de contact entraînant un tassement de cellules les unes sur les autres formant ainsi des foyers tumoraux,
- la modification de l'adhésivité des cellules sur le support plastique de la boîte à culture avec possibilité de croître dans des milieux semi solides (comme l'agar mou). Ces propriétés entraînent la possibilité de former des foyers en agar pour les cellules tumorales,
- un taux de multiplication anormalement élevé et indéfini. On parle d'immortalité des cellules cancéreuses. Il existe une perte de la régulation du cycle cellulaire: pas d'arrêt en phase G1 ou G0. L'expression, accrue des proto oncogènes, et la diminution des gènes suppresseurs de tumeurs entraînent ainsi une résistance à l'apoptose,
- une indépendance vis-à-vis des facteurs de croissance ; en effet les cellules cancéreuses sont capables de se développer dans un milieu pauvre en facteurs de croissance ;
- la possibilité de greffer ces cellules chez l'animal (souris nude) et obtenir une tumeur.

Toutes ces propriétés ne sont pas quasi présentes pour une cellule dérivant d'une tumeur.

Cependant deux propriétés permettent de qualifier une cellule cancéreuse. Ce sont :

- l'immortalisation c'est-à-dire la capacité à se diviser de façon indéfinie dans le temps,
- le pouvoir transformant c'est-à-dire la capacité à former des foyers en agar ou de former des tumeurs sur souris nude.

d) Dérèglement des voies de signalisation et possibilité de dissémination

Pour diffuser hors de leurs sites de multiplication, les cellules sont dotées de nouvelles propriétés : elles sont capables de transmettre aux cellules filles un certain nombre de

mécanismes dont la section des fragments d'ADN tumoraux et l'inactivation de certains gènes suppresseurs de métastases.

Le mécanisme de prolifération cellulaire aboutit à l'envahissement du tissu normal par les cellules malignes. Cela est lié aux interactions de la cellule cancéreuse avec son environnement sous l'influence de trois facteurs clés pour la croissance tumorale. Ce sont : la protéolyse, l'angiogenèse, l'échappement au système immunitaire.

• **Protéolyse**

La dégradation de la matrice extracellulaire et de leurs protéines par des enzymes spécifiques telles que la collagenase permet aux cellules cancéreuses de franchir la membrane basale.

La migration de la cellule cancéreuse est un événement dynamique majeur de l'invasion tumorale.

• **Angiogenèse**

C'est un phénomène suscité de la part de l'hôte par la cellule tumorale pour apporter des nutriments dont elle a besoin. L'angiogenèse est la formation de néo vaisseaux à partir des cellules endothéliales sous l'influence des facteurs comme le VPF (facteur de perméabilité vasculaire).

• **Echappement au système immunitaire**

Le système immunitaire a pour rôle de contrôler les cellules du corps et d'éliminer toutes substances étrangères ayant un comportement aberrant.

L'échappement de la cellule cancéreuse au système immunitaire aboutit à une agression des défenses de l'organisme par production de substances immunodépressives. La vitesse de prolifération de ces cellules est telle qu'il y a débordement du système immunitaire.

Toutes ces réactions sont protégées par des zones types, appelées sanctuaires tissulaires.

Les cellules cancéreuses^[140, 153] ont aussi la capacité de se développer de façon discrète sans provoquer une réaction du système immunitaire.

En résumé, le cancer serait le résultat de la conjugaison d'une adaptation, d'une discrétion et d'une agression à tout instant de l'organisme aboutissant à la transformation des cellules normales en cellules cancéreuses qui sont entretenues par un stroma.

2.3.6. LE STROMA

Il est dit « stroma réaction », tissu conjonctif néo formé fourni par l'hôte non tumoral pour assurer le soutien et la nutrition des cellules tumorales. Il est en perpétuel remaniement et est constitué de cellules conjonctives normales (fibroblastes...), de néo-vaisseaux, de fibres de collagènes, élastiques et de nerfs. Il peut être le siège d'une réaction inflammatoire qui peut conditionner le pronostic. Il représente 50 % de la masse tumorale.

Au total, le processus néoplasique est complexe ; cependant reste le même pour tous les cancers. Il conduit à la formation de tissus cancéreux avec des caractéristiques anatomopathologiques différents, expliquant ainsi la grande variété tumorale.

Avant d'aborder notre étude proprement dite, il importe de rappeler les généralités sur cette pathologie.

2.4. CANCERS BUCCAUX

Bien que 90 % des cancers de la cavité buccale soient des carcinomes épidermoïdes se développant à partir de l'épithélium de recouvrement de la muqueuse, toutes les structures composant cette sphère peuvent donner des tumeurs malignes. C'est ainsi que l'on pourrait avoir des:

Tumeurs primitives

- Epithélium --> **Epithélioma ou Carcinomes**
- Mélanocytes --> **Mélanomes malins**
- Glandes salivaires accessoires --> **Adénocarcinomes**
- Chorion --> **Sarcomes**
- Os --> **Tumeur squelettogène ou Médullaire**
- **Tissu lymphoïde --> Lymphomes**
 - lymphomes hodgkiniens
 - lymphomes non hodgkiniens

Tumeurs secondaires

- Métastases des cancers primitifs d'autres organes (seins, foie, colon etc....)
- cancers lié à l'infection VIH : lymphomes, sarcomes de KAPOSÍ.

2.4.1 CARCINOMES BUCCAUX

Les carcinomes buccaux sont fréquents et représentent 10 % de l'ensemble des cancers soit une incidence de 20 pour 100000 habitants. Il y a lieu d'indiquer que les carcinomes épidermoïdes figurent parmi les dix cancers les plus fréquents dans le monde. Quant aux adénocarcinomes, ils sont considérés comme faisant partie de plus rares.

a) Carcinomes épidermoïdes

a-1) Etiopidemiologie

a-1-1) Epidémiologie à l'échelle mondiale [19 ; 117 ; 18 ; 137 ; 140 ; 145 ; 153 ; 154 ; 155, 167 ; 169 ; 179 ; 186]

Les carcinomes épidermoïdes représentent le 11^{ième} cancer le plus fréquent dans le monde.

D'après les données épidémiologiques de l'OMS, l'incidence des carcinomes épidermoïdes de la cavité buccale est estimée à 390000 nouveaux cas survenus en 2000 dont les 2/3 dans les pays développés. Une forte incidence est observée en Inde, en Australie, en France, en Amérique du sud (Brésil) et en Afrique du Sud.

Dans les pays en voie de développement, ces cancers viennent en troisième position après les cancers de l'estomac et du col de l'utérus. En Asie, dans les pays comme le Sri Lanka, l'Inde, le Pakistan et le Bengladesh, cette pathologie est courante. Elle représente, dans certaines régions de l'Inde 5 % de l'ensemble des cancers. En Afrique et dans certains pays industrialisés, elles occupent encore la huitième place. Dans la communauté européenne on estime à 32000 le nombre de nouveaux cas diagnostiqués chaque année. Ce constat pourrait s'expliquer par la prédominance de certains facteurs de risque oncogène comme le tabac et l'alcool.

La fréquence la plus élevée est observée en France. Ce pays occupe la deuxième place mondiale après l'Inde. En effet, on dénombre en France 6000 nouveaux cas par an.

Le taux de décès pour les carcinomes épidermoïdes de la bouche a considérablement augmenté dans certains pays. La fréquence de mortalité est de 200000 personnes par an. En Allemagne, en Tchécoslovaquie et en Hongrie, le taux de mortalité a été presque multiplié par dix en une génération chez les hommes de 35 à 44 ans. Le taux de mortalité en général varie à travers les pays d'Europe: pour les hommes, il est de 1 % au Pays Bas à 9 % en France pour le sexe masculin. Pour les femmes, il est de 1 % partout en Europe. Dans la plupart des pays, l'incidence et les taux de mortalité pour les carcinomes de la bouche sont stables ou ont augmenté au cours des 4 dernières décennies.

a-1-2) Etiopathogénie

α) Facteurs prédisposants [118 ; 171 ; 216]

α1) Hérité

Grâce aux progrès de la biologie moléculaire et de la génétique, nous savons aujourd'hui que le cancer est une maladie génétique due à l'altération du génome de l'ADN situé au niveau du noyau de la cellule ; même si, l'implication de l'hérité dans cette pathologie reste encore un domaine de l'inconnu, malgré des cas dits familiaux. Cependant, les hypothèses de ALFRED KNUDSON en 1970 et de COMINGS en 1973, ont permis de différencier les gènes responsables de syndromes de prédispositions de certains cas de cancers comme le rétinoblastome familial.

Nous espérons qu'à l'avenir, la science de la génétique nous éclaire sur les problèmes de prédispositions des carcinomes buccaux.

α2) Age

En France, les taux d'incidences des carcinomes épidermoïdes sont liés à l'âge.

Selon l'INSERM :

- les sujets de plus de 65 ans représentent 26 % des cas,
- les sujets jeunes entre 20 et 30 ans semblent les moins touchés : 4 %
- les sujets entre 50 et 65 ans : plus de 50 % des cas.

α3) Sexe

Les cancers de la bouche sont beaucoup plus fréquents chez l'homme que chez la femme avec un sex-ratio de 8,1 en France.

α4) Siège

Les carcinomes épidermoïdes buccaux font partie des cancers des VADS.

D'après une étude ^[163] sur 5748 cas, ces cancers occupent la première place parmi les cancers des VADS dans 29 % des cas dont : langue mobile : 11,7 %, plancher buccal : 4,9 %, lèvres : 6,3 % ; autres localisations : 6,1 %.

α5) Race

Le cancer de la lèvre est rare pour la race noire ; néanmoins, il faut préciser qu'aucune étude ne démontre qu'il n'existe un rapport entre la race et l'apparition des cancers de la bouche.

β) facteurs de risques oncogènes [6 ; 20; 80 ; 88; 104 ; 106 ; 134 ; 138 ; 142 ; 146 ; 151 ; 152, 153 ; 154 ; 162 ; 171 ; 187 ; 188 ; 189 ; 217]

Parmi les facteurs environnementaux, l'alcool et le tabac représentent les principaux facteurs de risque des cancers tête et cou. En dehors de l'alcoolisme et du tabagisme chronique, il semble exister d'autres facteurs comme les rayons solaires, l'irradiation et les carences alimentaires associés à une mauvaise hygiène bucco-dentaire. Ces deux derniers facteurs prédominent en Afrique.

Concernant le rôle des aliments dans la carcinogenèse, l'effet protecteur d'une alimentation équilibrée contre les cancers de la bouche est de 20 à 60 %. Par contre le risque est augmenté en cas de malnutrition, d'après les études de STEIBMETZKA et al. en 1991 [195].

β1) Tabac

On considère que le tabagisme serait responsable d'environ 41 % des cancers de la bouche, de la langue et du pharynx chez l'homme et 15 % de ces cancers chez la femme.

** Risques oncogènes liés à la quantité du tabac fumé*

L'intoxication au tabac a été évaluée en paquets- année dans [189] :

10 paquets/année correspond à un paquet de cigarettes fumées par jour pendant 10 ans.

20 paquets /année : deux paquets de cigarettes fumées par jour pendant 10 ans ou un paquet/jour pendant 20 ans.

40 paquets/année : un paquet par jour pendant 40 ans ou 2 paquets pendant 20 ans ou 4 paquets/jour pendant 10 ans.

Ce risque oncogène est très important. HAMMOND [104] le signifie dans ses études épidémiologiques portant sur plus d'un million d'hommes et de femmes qui montrent l'estimation du nombre d'années de vie perdue en fonction de la quantité de cigarettes fumées par jour.

4,6 années perdues pour un individu fumant de 1 à 9 cigarettes par jour à partir de 25 ans.

8,3 années perdues pour un individu fumant plus de 40 cigarettes par jour à partir de 25 ans.

La persistance de l'intoxication tabagique chez un sujet qui a déjà présenté un carcinome

augmente le risque de développer un deuxième cancer au niveau des voies aéro-digestives supérieures.

* *Risques oncogènes liés à la qualité du tabac*

Ils sont liés au type de tabac. On distingue : le tabac à priser, le tabac à chiquer, le tabac fumé.

- Tabac à priser

L'usage du tabac à priser est répandu au Sud-est des Etats-Unis où le taux de fréquence est plus élevé dans le cancer de la bouche.

- Tabac à chiquer

Reconnu dans la population indienne sous forme de chique de noix de bétel qui consiste en un mélange de tabac, de noix d'arec, (palmier qui fournit le choux palmiste et le bétel), de feuille de bétel et de chaux. Elle est placée entre la gencive vestibulaire et la muqueuse jugale. Ce mode d'utilisation du tabac explique les différences significatives de taux de fréquence élevé des carcinomes observés dans certaines régions de l'Inde.

La chique de tabac, seule ou combinée au bétel constitue un facteur de risque plus élevé que la chique de bétel seul.

- Tabac fumé

Il est sous forme de cigarettes, cigarillos, cigares, pipe. Le tabac fumé à l'envers qui consiste à placer entre les lèvres l'extrémité incandescente de la cigarette pour ressentir une chaleur intense, constitue un risque majeur pour le cancer de la voûte palatine.

Le risque oncogène du tabac fumé est lié aux facteurs suivants :

- Composition chimique du tabac fumé ^[146]

La fumée du tabac se compose de la nicotine, des hydrocarbures aromatiques polycycliques, de la nitrosodiethanolamine, du nitrosoproline, du polonium (élément radioactif) et des métabolites de tous ces constituants.

- Etude de la toxicité du tabac fumé

- La nicotine

Mise à part la dépendance qu'elle provoque, aucune étude ne met en évidence son action dans l'apparition des carcinomes.

- Le monoxyde de carbone

Il se fixe sur l'hémoglobine pour former le carboxyhémoglobine empêchant le transport de l'oxygène. Le taux de carboxyhémoglobine est un signe d'intoxication.

- Les hydrocarbures

Ceux de la série du Benzopyrène sont retrouvés sous forme de goudron issu de la fumée de cigarette.

- Polium 210, nitrosamine

Ce sont des agents cancérigènes secondaires jouant un rôle d'adjuvant.

➤ Mécanisme d'action du tabac au niveau de la cavité buccale

Quel que soit le tabac fumé, on assiste à une :

- sécrétion salivaire plus réduite chez les fumeurs de longue date,

- élévation du PH salivaire,

- modification de la composition électrolytique de la salive,

- transformation morphologique et des aptitudes fonctionnelles des leucocytes buccaux.

Cependant le tabac semble exercer une certaine activité bactéricide et influence peu la température buccale et provoquer la vasoconstriction des vaisseaux buccaux.

Le tabagisme chronique va entraîner des lésions graves de la muqueuse buccale allant des stomatoses tabagiques jusqu'au cancer. L'effet cancérigène s'observe avec les hydrocarbures qui établissent une liaison forte avec l'ADN du génome cellulaire entraînant une perturbation du métabolisme et de la réplication de la cellule. La cellule fille hériterait d'un nouveau génome favorisant sa croissance.

Si le rôle des oncogènes, des mutagènes et des agents « cancérigènes ultimes » est admis, il reste à démontrer leur action dans le mécanisme proprement dit de la transformation maligne.

Au plan histopathologique, le tabagisme chronique va produire une métaplasie, une inflammation chronique des muqueuses malpighiennes et une hyperkératose. On assiste ensuite à une hyperplasie réactionnelle parfois pseudo épithéliomateuse suivie d'un ou plusieurs foyers microscopiques de cellules atypiques. Si le facteur de risque est interrompu, les cellules anormales disparaissent et la muqueuse redevient généralement normale.

Dans le cas contraire, une dysplasie apparaît entraînant par la suite un carcinome in situ

qui va progresser grâce à un phénomène d'inhibition de contact vers le carcinome invasif.

➤ L'âge du début du tabagisme

Plus tôt on fume, plus importants sont les risques.

➤ Les modalités du tabagisme

L'inhalation profonde de fumée semble augmenter le taux de mortalité.

➤ La marque de la cigarette

Certaines cigarettes dites filtrées semblent diminuer le risque oncogène du tabac car ils délivrent un taux réduit en goudron. Les cigares n'étant pas filtrés constituent un risque oncogène plus élevé. Le tabac est certes un facteur de risque important dans l'apparition des carcinomes épidermoïdes buccaux, mais l'association tabac alcool constitue un facteur de risque majeur.

β2) Alcool

L'implication de l'alcoolisme chronique dans le déclenchement des carcinomes épidermoïdes a été prouvée même si peu de travaux ont mis en évidence le rôle de ce facteur de risque compte tenu de l'intrication fréquente de l'alcoolisme et tabagisme chroniques. Toutes les formes d'alcool (vin, whisky, bière...) constituent des facteurs de risques oncogènes. Le taux de mortalité élevé de ces cancers et certaines de leurs localisations (langues, plancher) semblent être liés à une consommation fréquente et abusive de l'alcool.

Diverses enquêtes en France, en Angleterre et aux Etats-Unis ont mis en exergue, le lien incontestable qui existe entre la consommation d'alcool à un taux élevé et l'apparition des cancers de la cavité buccale, du pharynx, du larynx et de l'œsophage^[153].

** Pathogénie*

Le mécanisme d'action de l'alcoolisme chronique dans les carcinomes buccaux peut être direct ou indirect.

** Action indirecte*

L'alcoolisme chronique provoque au sein de l'organisme, des perturbations au niveau des habitudes alimentaires: amaigrissement, perturbations des facteurs métaboliques et déficiences immunitaires.

L'absorption répétée de l'alcool entraîne au niveau de l'épithélium, une déficience en

vitamine notamment la riboflavine, les vitamines A, B, B6, acide folique et des sels minéraux tels que (le sulfates de fer, de magnésium, de zinc...). Ces déficiences occasionnent un déséquilibre trophique au niveau des tissus prédisposant au cancer. L'alcool a donc un effet immunodépresseur qui pourrait favoriser l'émergence des cancers. Cette thèse est difficile à prouver.

** Action directe*

L'alcool se comporte comme un facteur irritant ayant dans sa composition chimique des éléments irritatifs responsables d'une inflammation chronique. En effet, il existe des facteurs de risque oncogènes comme les agents cancérigènes présents dans les boissons alcoolisées les nitrosamines, les amines aromatiques, les aflatoxines, les colorants, les contaminants tels que les fertilisants et l'amiante à l'état de traces.

Leur rôle dans l'apparition des cancers n'a pas été défini avec certitude. Les nitrosamines qui sont en quantité infime dans l'alcool, ne pourraient être responsables du déclenchement des cancers. Cependant, les nitrosamines synthétisés dans l'organisme après ingestion de nitrites et d'amines secondaires contenus dans l'alcool et l'éthanol, joueraient un rôle de catalyseur en potentialisant l'action cancérigène de ces substances.

Concernant l'éthanol, les études n'ont pas établi son rôle cancérigène sur l'animal par contre l'acétaldéhyde, principal métabolite de l'éthanol l'est, et qu'il existe un polymorphisme de gènes codant pour les enzymes impliqués dans le métabolisme de l'alcool. Des études au Japon ont mis à nu un risque accru de cancer chez les personnes présentant ce polymorphisme génétique.

L'alcool contient aussi des hydrocarbures cancérigènes. Une étude faite par MASUDA et coll. dans^[170] portant sur l'analyse d'échantillons d'alcool américains, écossais, japonais montre la présence de phénanthène, de pyrène et de fluoranthène qui sont des hydrocarbures cancérigènes.

En France, le C.I.R.C (centre international de recherche sur le cancer), après analyse de 50 échantillons de distillation de pommes provenant de la Normandie, a détecté la présence de Benzopyrène à des taux de l'ordre de 5 à 10 microgramme par kilogramme d'alcool.

Des études américaines et françaises prouvent une corrélation entre la présence de fibres d'amiante dans la bière, le vin le cherry etc. ^[170]

La présence de ces hydrocarbures cancérigènes a certes été prouvée, cependant, leur mécanisme d'action n'a pas été l'objet de recherche, mais il est certain que l'abus de l'alcool associé à la malnutrition, à une mauvaise hygiène bucco-dentaire, et au tabagisme chronique, favorise l'apparition de carcinomes épidermoïdes de la cavité buccale.

Action conjuguée de l'alcool et du tabac : l'éthylotabagisme

L'alcool et le tabac, d'après des études, ont des actions cancérigènes synergiques. Le risque de carcinomes épidermoïdes buccaux serait multiplié par 15 chez les gros fumeurs et gros buveurs.

Des études montrent une corrélation entre la quantité d'alcool consommée par an, la quantité de cigarettes fumées par an et le risque de carcinomes buccaux. Dans ^[189] :

- moins d'un verre sans être fumeur multiplie le risque par 1,
- 1 verre plus 20 cigarettes multiplie le risque par 7,5,
- 30 verres plus non fumeur multiplie le risque par 6,
- 30 verres plus 20 cigarettes multiplient le risque par 38.

δ) Facteurs professionnels ^[94 ; 170]

L'exposition à certains composés chimiques peut provoquer l'apparition de carcinomes épidermoïdes buccaux.

δ1) Nickel

En 1950, LOKEN dans ^[172] trouve 3 cas de cancer de langue chez des ouvriers travaillant le Nickel dans une importante usine en Norvège.

En 1973, SUNDERMAN dans ^[172] lors de son étude, découvre 327 cas de cancers de langue chez des ouvriers travaillant le Nickel. Les ouvriers touchés étaient exposés au nickel depuis plus de 10 ans. Il faut aussi noter l'exposition des prothésistes au nickel lors de l'élaboration de prothèses dentaires en nickel chrome. Cependant, il est prématuré de conclure car les recherches dans ce domaine sont encore insuffisantes.

δ2) Arsenic

Le cancer arsenical dans ses manifestations buccales se présente au début comme des kératoses.

Il faut noter parmi les deux types d'arsenic connus, l'arsenic minéral comme l'anhydride arsénieux ou arséniate est le plus dangereux. Ils sont susceptibles de provoquer une poussée évolutive grave d'un foyer cancéreux. L'arsenic organique est moins dangereux.

δ3) Chlorure de polyvinyle

Un cas de carcinome buccal à cellules squameuses a été relevé par CASTERLINE et coll. en 1977 ^[dans 172] chez un sujet jeune âgé de 28 ans en parfaite santé, ne fumant ni ne buvant, mais mâchant depuis l'âge de 8 ans, pendant des heures, du plastique contenant du chlorure de polyvinyle. Il semble que ce composé mâché, soit considéré comme un oncogène. Ce risque est minimisé compte tenu des précautions particulières prises lors de la fabrication des produits dérivés de ces composés.

δ) Facteurs physiques^[172]

Ce sont :

- les brûlures répétées au même endroit,
- l'absorption de mets ou liquides trop chauds provoque des cancers de la langue, du palais et des lèvres.

ε) Facteurs mécaniques^[172]

Ils favorisent par irritation chronique à long terme un carcinome épidermoïde buccal avec des localisations suivantes :

- une obturation débordante, une racine fracturée et une mauvaise hygiène bucco-dentaire : carcinome épidermoïde de la gencive,
- une dent cariée à bord coupant, morsures répétées de la langue.
- un cordonnier tenant des clous entre les lèvres : celui des lèvres,
- un menuisier tenant des clous sous la langue en risque un du plancher,
- un saxophoniste (cancer de lèvres).

ζ) Autres facteurs de risques oncogènes ^[70 ; 71 ; 96 ; 154 ; 172 ; 185]

ζ1) Irradiations ionisantes

Elles sont responsables de l'apparition d'un deuxième cancer au niveau des VADS.

ζ2) Syphilis

Certaines études comme celles de Martin et coll. ^[dans 172] ont montré que le 1/3 des

patients ayant un cancer des 2/3 antérieurs de langue auraient un passé syphilitique.

D'autres études comme celles d'ANATASSO en 1968 ^[dans172] ne trouvent aucune corrélation entre syphilis et cancer de la cavité buccale. Le cancer de la langue chez les malades atteints de syphilis serait lié au traitement d'arsénieux (composés de cancérigène) traitement utilisé à l'époque.

Actuellement, la syphilis étant une maladie rare à cause de l'évolution de l'antibiothérapie, aucune étude n'évoque la corrélation entre le cancer de la cavité buccale et cette pathologie.

ζ3) Infection au papilloma virus

Pour certains auteurs comme GILLISON ^[96], il y a une corrélation entre human papilloma virus (HPV) et l'apparition de cancer de la cavité buccale. La présence de HPV dans les tissus néoplasiques est plus forte que dans la muqueuse normale de la bouche et varie de 14 à 91 % MILLER et coll. ^[dans 134].

Les deux types d'HPV sont cancérigènes: l'HPV 16 et l'HPV 18 agiraient en entraînant une mutation du gène P 53 ^[176].

ζ4) L'utilisation de marijuana

Des études américaines ^[dans 134] montrent une augmentation des cas de cancer des VADS en particulier de la langue mobile chez des adultes de moins de 40 ans utilisant fréquemment cette drogue.

En résumé, il existe plusieurs facteurs pouvant générer un carcinome épidermoïde au niveau de la cavité buccale, mais seuls, l'alcool et le tabac, ont des effets oncogéniques indiscutables. Malgré le rôle de ces facteurs de risque, certains patients qui n'y étaient pas exposés développent quand même des carcinomes. D'où l'intérêt de faire un interrogatoire poussé, au cours de l'examen clinique pour tenter de déceler un quelconque agent oncogène.

a-2) Etude clinique et anatomopathologique ^[54 ; 58 ; 115 ; 129 ; 146 ; 164 ; 168 ; 170 ; 178 ; 216]

a-2-1) Histoire naturelle de la maladie ^[60, 115, 128]

Selon les données de la littérature, les carcinomes épidermoïdes siègent le plus souvent au niveau de la langue et du plancher buccal ; les autres localisations sont moins fréquentes. Ce sont des pathologies faciles à explorer, cependant le diagnostic est

paradoxalement et rarement précoce du fait de l'évolution silencieuse et de la négligence des malades. Le dépistage est souvent fortuit lors d'un examen systématique, des soins dentaires ou lors d'une consultation chez le médecin généraliste au cours d'un examen banal. Plus rarement ce sont des symptômes suivants qui amènent le malade à consulter un spécialiste :

- la découverte d'une adénopathie cervicale,
- la glossodynie avivée par certaines substances alimentaires,
- l'otalgie réflexe unilatérale pour les localisations postérieures,
- l'expectoration teintée de sang,
- la gêne à la déglutition ou à l'élocution,
- la découverte d'une lésion ulcéro-bourgeonnante.

L'étude clinique doit nous permettre de reconnaître les différentes formes de carcinomes épidermoïdes par une démarche diagnostique bien suivie

a-2-2) Démarche diagnostique

a) Interrogatoire

Elle sera basée sur la symptomatologie (recherche de douleurs, saignements, ulcérations), la date de découverte et l'évolutivité de la maladie, la recherche des signes d'une autre localisation (dysphagie, dysphonie, épistaxis), la perte pondérale, l'intoxication alcoolique tabagique ou autre exposition et la recherche de tares associées (cardiaque, pulmonaire, hépatique...).

β) Examen physique

β1) Examen exo buccal

L'inspection et la palpation vont rechercher une tuméfaction, une ulcération ou une fistule, un trismus, une déviation de la trajectoire d'ouverture, des troubles de la sensibilité et une anomalie de pigmentation cutanée.

β2) Examen endobuccal

** Inspection*

Va permettre de voir l'aspect de la lésion: fond, bords, dimensions, les différents aspects macroscopiques de la lésion ses limites, la présence ou non de saignements, sa localisation topographique par rapport aux repères fixes endobuccaux.

** Palpation*

Appréciera l'existence d'une induration. Le palper bidigital appréciera l'extension tumorale et recherchera des adénopathies.

** Bilan dentaire*

Consistera à faire :

- un schéma dentaire en notant surtout les dents mobiles en mal position dans les territoires atteints,
- des avulsions et des soins dentaires nécessaires qui dépendront des traitements carcinologiques,
- des empreintes serviront soit à la réalisation de prothèse immédiate obturatrice, de plaque chirurgicale, de prothèse guide immédiate, soit à la confection de gouttière d'application de gel fluoré,
- des photos qui serviront de documents pré prothétiques.

β3) Bilan local et loco régional

La palpation cervicale et sous mandibulaire à la recherche d'une métastase ganglionnaire doit se faire de façon systématique et bilatérale, groupe après groupe: groupes sous mentaux, sus mandibulaires, sous digastrique, jugulocarotidiens, sus claviculaires, spinaux et trapéziens. La palpation permet d'apprécier la localisation, la taille et le nombre des ganglions. Généralement, ce sont des adénopathies, dures, mobiles, indolores, uniques ou multiples, parfois pseudo collectées ou fixées. Ces adénopathies seront matérialisées sur un schéma.

A la fin des examens cliniques, des photos seront faites.

∂) Classifications des Tumeurs

∂1) Classifications TNM

Ce sont des classifications universelles qui permettent d'évaluer sur le plan clinique la tumeur ; de rechercher des approches thérapeutiques et de comparer l'efficacité des

traitements ; d'apprécier le pronostic.

La classification la plus courante est celle de l'International Union Against Cancer (UICC), dont la mise à jour depuis 2002 est la suivante :

T: extension de la tumeur primitive.

TX: renseignements insuffisants pour classer la tumeur primitive.

T0 : pas de signe de la tumeur primitive.

TIS: carcinome in situ.

T1: tumeur de moins de 2 cm.

T2: tumeur de 2 à 4 cm.

T3: tumeur de plus de 4 cm.

T4 : extension aux structures adjacentes.

T4a: tumeur franchissant la corticale osseuse, les muscles de la langue, le sinus maxillaire ou la peau de la face.

T4b: tumeur franchissant l'espace masticateur, les processus ptérygoïdes, l'artère carotide interne.

N: adénopathies régionales.

Nx: renseignements insuffisants pour classer l'atteinte des ganglions lymphatiques régionaux.

N0: pas d'adénopathies.

N1: adénopathies homolatérales inférieures à 3 cm.

N2a: adénopathies homolatérales de 3 à 6 cm.

N2b: adénopathies bilatérales ou controlatérales de moins de 6 cm.

N3 : adénopathies de plus de 6 cm.

M: métastases à distance :

Mx: renseignements insuffisants.

M0 : pas de signes de métastases à distance.

M1 : présence de métastases

δ2) Classification par stades d'évolution par groupage TNM (UICC) 2002

Cette classification permet de grouper les différents stades d'évolution de la tumeur, des adénopathies, des métastases de la classification TNM.

STADES	TUMEURS	ADENOPATHIES	METASTASES
Stade 0	TIS	N0	M0
Stade I	T1	N0	M0
Stade II	T2	N0	M0
Stade III	T1, T2	N1	M0
	T3	N0, N1	M0
Stade IV a	T1, T2, T3	N2	
	T4 a	N0, N1, N2	M0
Stade IV b	T1 T2 T3 T4	N3	M0
	T4 b	N1 N2 N3 N4	M0
Stade IV c	T1 T2 T3 T4	N1 N2 N3 N4	M1

NB : classification IGR:

R- : pas de rupture capsulaire

R+ : rupture capsulaire

C / M: métastase à distance

M0 : pas de métastase

M1 : métastase certaine à distance

MX : extension métastatique non précise.

Rappelons que la classification « TNM » est purement clinique et que, en ce qui concerne le « N » (adenoathie), il ne précise en rien le caractère métastatique du ganglion.

δ) Examens complémentaires ^[115 ; 181]

Permettront de rechercher une métastase à distance, une autre localisation au niveau des VADS, et de confirmer le diagnostic clinique. Les différents examens sont:

δ1) Imagerie

** Pan endoscopie*

C'est un examen indispensable du fait de la fréquence des localisations multiples des

carcinomes surtout au niveau des VADS.

* *Cliché pulmonaire*

A la recherche d'une métastase pulmonaire.

* *Scintigraphie osseuse et échographie hépatique*

Recommandées pour les grosses tumeurs à la recherche de métastases osseuses et hépatiques.

* *Tomographie par émission de positons* ^[18 ; 66]

Ou (PET SCAN) pour les anglo-saxons. Cette technique d'imagerie repose sur la reconnaissance des caractères biochimiques ou moléculaires des cellules composant la tumeur. Elle permet de caractériser la nature des lésions mises en évidence quelle que soit la région anatomique atteinte.

* *Technique du ganglion « sentinelle »* ^[63 ; 133 ; 141 ; 196]

Elle est recommandée dans les tumeurs T1, T2, N0 de la cavité buccale et évite les évidements ganglionnaires à titre préventif.

Utilisée en 1978 par MARTON ^[dans 134] pour les cancers tête et cou, cette technique est recommandée au niveau de la cavité buccale et a fait ses preuves d'après des études prospectives MOZZILLO et coll. en 2001 ^[dans 134], et TAYLOR et coll. en 2001 ^[196].

L'inconvénient de cette technique est qu'elle peut être bloquée par un ganglion massivement tumoral d'après Civano et al 2003^[63]. Aussi est-elle utilisée chez des sujets ne présentant pas d'adénopathie cervicale palpable.

* *Radiographie panoramique et mordue*

En cas de suspicion d'une atteinte mandibulaire à rechercher le signe pathognomonique d'une lyse osseuse avec l'image de dent intacte « suspendue » dans une lacune.

* *Tomodensitométrie (scanner)* ^[16]

Permet de rechercher, une lyse corticale osseuse, une extension locorégionale surtout aux muscles profonds dans les cas des carcinomes de la langue et des adénopathies cervicales infra cliniques.

* *Imagerie à Résonance Magnétique (IRM)*

Permet d'apprécier l'extension au niveau de la médullaire osseuse en cas de lyse osseuse observée au scanner.

Figure 14 : radiographie panoramique d'un carcinome épidermoïde du rebord alvéolaire mandibulaire gauche avec fracture pathologique. [65]



Figure 15 : TDM d'un carcinome jugal droit avec extension de la masse tumorale droite et foyer de nécrose centrale. [65]

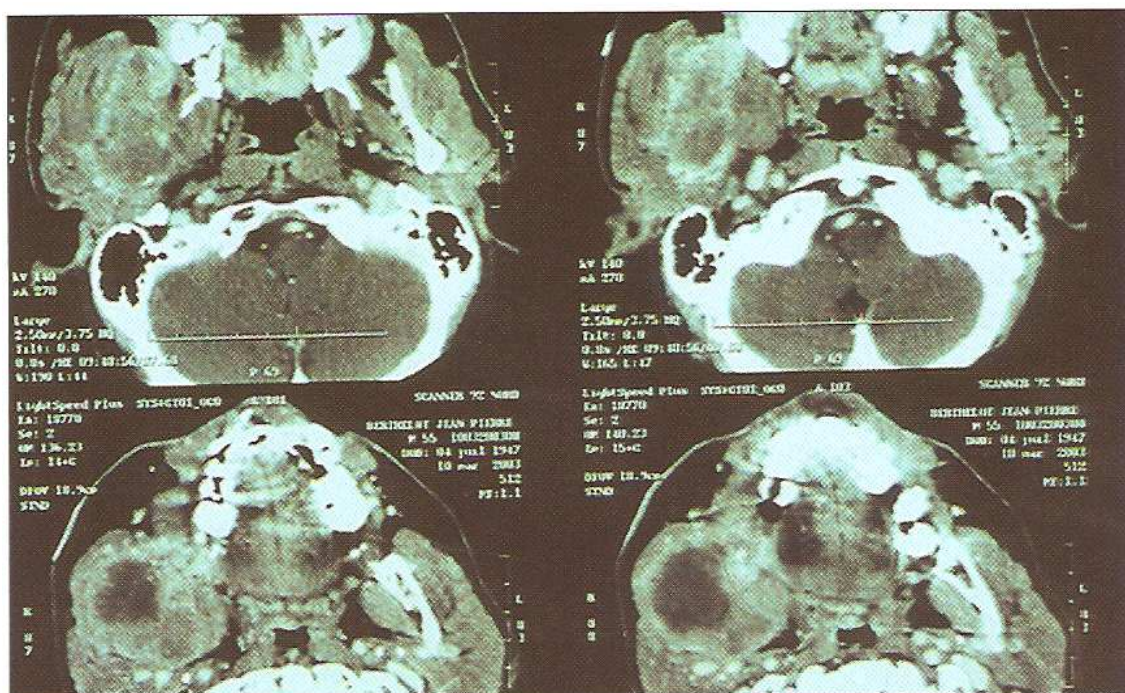


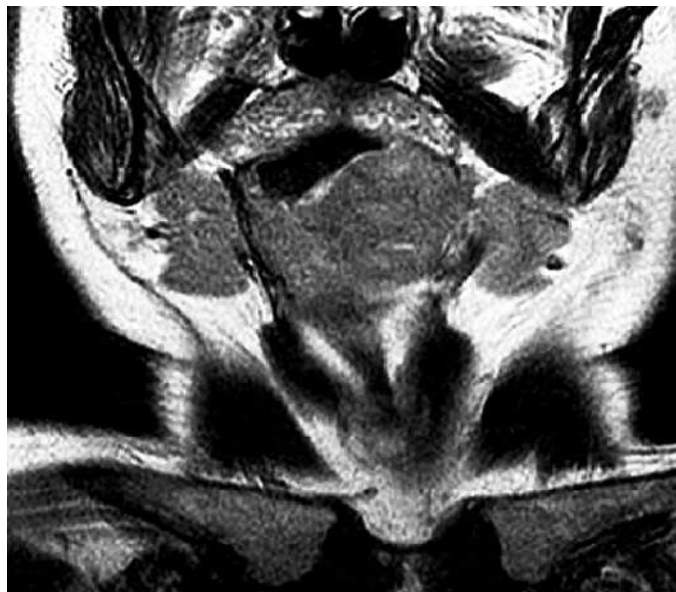
Figure 16 : IRM en séquence pondérée T1 avec contraste en saturation de graisse d'un carcinome épidermoïde du trigone retro molaire droit ^[65]



Figure 17 : même image sans contraste



Figure 18 : Cancer du plancher.
IRM en séquence pondérée T2 FATSAT dans le plan axial ^[134]



δ2) Examens biologiques

Contribuent à apprécier l'état général du patient. Ce sont la NFS (numération formule sanguine), la vitesse de sédimentation, le ionogramme, et le bilan hépatique (transaminases).

δ3) Biopsie

Permet de faire le diagnostic anatomopathologique des carcinomes. Elle sera faite par le chirurgien oncologue qui prendra toutes les dispositions pour éviter une flambée de la tumeur. Si le traitement de la tumeur est chirurgical, associé à la radiothérapie, un tatouage des bords de la lésion à l'encre d'Inde avant la biopsie sera vivement recommandé.

** Biopsie extemporanée*

Elle permet de confirmer rapidement le diagnostic et d'avoir les résultats dans un court délai afin de compléter le traitement chirurgical par un curage ganglionnaire ou non. L'inconvénient de cette biopsie est que la congélation abîme le prélèvement et peut rendre son interprétation difficile, voire impossible. Cependant, grâce à l'amélioration des techniques de coupes, c'est une méthode qui reste pratique fiable et beaucoup utilisée.

δ4) Test au bleu de toluidine : [82,56]

Il donne des indications sur les zones à biopsier. Il permet de délimiter la lésion. Après la radiothérapie, le bleu de toluidine différencie les zones ulcéreuses chroniques des zones de persistance de malignité ou de récurrence.

δ5) Cytologie exfoliative [78 ; 155]

Introduite en 1943 et 1954 par PAPANICOLAOU en gynécologie et en Odonto-Stomatologie par MONTGOMERY et VON HAAM en 1951.

Longtemps controversée, l'utilisation de cette technique est recommandée dans la littérature actuelle surtout chez les sujets pusillanimes.

Les autres techniques de cytologie exfoliatrice sont : le GARGILE TEST de AYRE proposé par AYRE en 1972 et la technique de HELSPER et COLL en 1963 sous le thème de « MOUTH WASH TEST » analogue à la précédente.

Un examen clinique bien conduit et des examens complémentaires exploités convenablement, permettent de poser un diagnostic précis des carcinomes épidermoïdes.

Devant les caractères spécifiques de ces tumeurs et dans le but de faciliter le choix thérapeutique, des classifications ont été proposées par l’OMS et l’UICC.

δ6) Immunohistochimie

Technique permettant la mise en évidence d'antigènes tissulaires ou cellulaires, sur coupe ou sur étalement cellulaire.

La recherche d'antigène s'effectue en utilisant des anticorps spécifiques polyclonaux ou monoclonaux produits en général chez le lapin ou la souris.

Les principes d'une immunoréaction sont :

- identifier ou localiser un constituant tissulaire in situ grâce à une réaction immunologique de type antigène-anticorps (immunoréaction).
- l'anticorps couplé avec une enzyme (peroxydase), doit pouvoir réagir avec un substrat pour donner une réaction colorée liée à la précipitation d'une substance chromogène, facile à visualiser en microscopie optique.

Trois composants principaux interviennent dans l'Immunohistochimie :

1. la préparation (tissu, cellule, organite subcellulaire, virus...) contenant l'antigène à étudier ;
2. l'anticorps dirigé contre l'antigène;
3. le système révélateur (permet de visualiser l'immunoréaction).

Doit-on utiliser la paraffine ou la congélation pour la conservation?

La dégradation des structures antigéniques se fait par la fixation ou par le chauffage lors de l'inclusion (58°). Les antigènes cellulaires membranaires sont souvent altérés par la fixation et un fragment congelé est souvent nécessaire (ex: typage lymphocytaire) pour assurer la conservation des antigènes intracytoplasmiques et nucléaires.

Le démasquage est le choc thermique avec une solution tampon de pH variable selon l'antigène.

Les méthodes employées sont :

- 1- *les techniques directes* où la molécule de chromogène, souvent un fluorochrome, est couplée à l'anticorps. La lecture est faite en lumière UV,

2- *les méthodes indirectes* multicouches, utilisant un anticorps secondaire anti-lapin ou anti-souris, associé à un complexe de révélation portant plusieurs molécules de chromogène, permettant une amplification du signal.

Le résultat de la préparation à étudier à comparer au témoin négatif, au témoin positif et au témoin positif endogène.

Quelles sont les applications cliniques

L'immunohistochimie est toujours réalisée dans un 2ème temps, en complément de l'examen histologique standard.

1- Applications diagnostiques

Classer une tumeur (tumeur indifférenciée)

Sous- typage d'une tumeur

Recherche de l'origine d'une métastase carcinomateuse (primitif inconnu)

Recherche de micrométastases occultes

2- Applications thérapeutiques

Hormonothérapie (Cancers hormonosensibles)

Récepteurs hormonaux (Cancer du sein) : récepteurs oestrogéniques (RO), récepteurs à la progestérone (RP).

ε) Classification histologique (UICC) 2002

Elle est basée sur le grade de différenciation des tumeurs malignes (G) qui est un élément important dans l'attitude thérapeutique.

G : grade histologique.

Gx : grade de différenciation ne pouvant pas être accessible.

G1 : bien différencié

G2 : modérément différencié

G3 : peu différencié

G4 : indifférencié.

ç) *Classification Internationale des Maladies Adaptées à l'odonto-stomatologie : (CIM-AO de L'OMS)*

En 1978 à Genève, l'organisation mondiale de la santé (OMS) a adopté une nouvelle classification des maladies adaptées à l'odontostomatologie selon le code CIM-AO :

* *Tumeurs primitives*

140: tumeurs malignes des lèvres

140.1 : tumeur maligne du bord libre de la lèvre supérieure (zone cosmétique).

140.1 : tumeur maligne de la lèvre inférieure.

140.3 : tumeur maligne de la face postérieure de la lèvre supérieure.

140.4 : tumeur maligne de la face postérieure de la lèvre inférieure.

140.5 : tumeur maligne de la face postérieure, sans précision.

140.6 : tumeur maligne de la commissure des lèvres.

140.8 : autres.

140.9 : tumeur maligne de la lèvre, du bord libre, sans précision.

141 : tumeurs malignes de la langue.

141.1 : tumeur maligne de la face supérieure de la langue.

141.2 : tumeur maligne de la pointe et des bords latéraux.

141.3 : face inférieure de la langue.

141.4 : deux tiers antérieurs de la langue, sans précision.

141.5 : zone de jonction.

141.6 : amygdale linguale.

141.8 : autres.

141.9 : langue, sans précision.

142 : tumeurs malignes des glandes salivaires principales.

142.0 : glande parotide.

142.1 : glande sous maxillaires.

142.2 : glande sublinguale.

142.8 : autres.

142.9 : siège non précisé.

143 : tumeurs malignes de la gencive et de la crête alvéolaire édentée.

- 143. 0 : maxillaire (gencive supérieure).
- 143. 2 : mandibule (gencive inférieure).
- 143. 8 : autres.
- 143. 9 : gencive et crête alvéolaire édentée, sans précision.
- 144 : tumeurs malignes du plancher de la bouche.
- 144. 0 : plancher antérieur.
- 144. 1 : plancher postérieur.
- 144. 8 : autres.
- 144. 9 : plancher de la bouche, sans précision.
- 145 : tumeurs malignes des parties autres ou non précisées de la bouche.
- 145. 0 : muqueuse buccale.
- 145. 1 : vestibule de la bouche.
- 145. 2 : palais dur.
- 145. 3 : palais mou.
- 145. 4 : luette.
- 145. 5 : palais sans précision.
- 145. 6 : région retro molaire.
- 145. 8 : autres.
- 145. 9 : bouche sans précision.
- 146 : tumeurs malignes de l'oropharynx.
- 146. 0 : amygdale.
- 146. 4 : face linguale de l'épiglotte.
- 146. 5 : carrefour pharyngé-laryngé.
- 146. 9 : oropharyngée sans précision.
- 147 : tumeurs malignes de siège autre et mal défini de la lèvre, de la cavité buccale et du pharynx.
- 147. 1 : paroi postérieure.
- 147. 3 : zone rhinopharyngée du palais mou.
- 148 : tumeurs malignes de l'hypo pharynx.
- 149 : tumeurs malignes de siège autre et mal défini de la lèvre, de la cavité buccale et du pharynx.

149. 0 : pharynx sans précision.

149. 8 : autres (lèvres, cavité buccale, pharynx dont le point de départ ne peut être attribué à une lésion classée sous 140-148).

149. 9 : siège mal défini.

* *Tumeurs malignes secondaires*

a-2-3) Formes anatomopathologiques ^[59 ; 60; 65; 61]

Ce sont : les carcinomes in situ ou intra épithéliaux, carcinomes micro invasifs, les carcinomes invasifs.

α) Carcinomes in situ et micro invasifs

α1) Carcinomes in situ

Ils sont morphologiquement proches des dysplasies épithéliales. Ils associent deux territoires voisins et prédisposent à une extension régionale.

* *Aspect macroscopique*

Ils se présentent sous forme d'érythroplasie avec différents aspects tels que l'érythème, l'érosion, l'ulcération et l'érythème ponctué.

* *Différents types histologiques*

Selon le type prédominant de cellules en prolifération, on a des carcinomes à cellules superficielles, des carcinomes à cellules intermédiaires formées, des carcinomes bowenoïde et des carcinomes mixtes.

* *Evolution*

Elle est stationnaire ou se fait vers la régression ou la propagation vers le chorion.

α2) Carcinomes micro invasifs

Ils résultent de l'évolution des carcinomes in situ. C'est un stade intermédiaire entre le cancer in situ et le cancer invasif. Ces tumeurs sont superficielles et accessibles à l'exérèse limitée.

Leur multiplicité est fréquente : simultanée ou successive au sein de la muqueuse buccale et leur association à des territoires voisins entraîne une possibilité d'extension.

β) Carcinomes invasifs

* *Aspects macroscopiques*

Il existe trois principaux aspects :

- tumeurs végétantes sous forme de masse exophytique implantée sur base indurée formées tantôt de végétations papillaires coalescentes, rougeâtres, charnues, tantôt d'élevures verruqueuses, dures, surmontées de croûtes kératosiques grisâtres,

- tumeurs ulcéro-végétantes avec des aspects d'une perte de substance au contours irréguliers à bord épais ; l'ulcération est recouverte de croûtes brunâtres reposant sur une base indurée débordant parfois largement ses contours ;

- tumeurs infiltrantes squirrheuses avec des nodules souvent volumineux mal limités et très durs ou saillie sous muqueuses extériorisées en surface par une ulcération minime masquée par des croûtes brunâtres.

- *Autres aspects macroscopiques*

Ces tumeurs se présentent sous forme :

- des petites ulcérations sanieuses d'allure traumatique à bords irréguliers à peine indurés,

- d'une petite ulcération à bords granuleux

- des petits bourgeons rougeâtres et nécrotiques

- de vastes ulcérations térébrantes à un stade plus avancé amputant largement la langue, la lèvre ou détruisant le plancher.

- *Aspects histologiques*

Ce sont des carcinomes de type épidermoïde (90 %) qui se présentent sous différents types histologiques en fonction de leurs aspects macroscopiques.

On parle de cancers matures ou kératinisants lorsque l'épithélium peut élaborer de la kératine à l'inverse ils sont immatures ou non kératinisants.

La charpente conjonctive est abondante, scléreuse et peuplée de vaisseaux clairsemés.

Les cellules sont capables de se différencier. Le degré de différenciation en fonction des similitudes de cellules cancéreuses en général avec l'épithélium, permet de distinguer trois catégories de carcinomes épidermoïdes très fréquentes.

β1) Carcinomes épidermoïdes peu différenciés

Ils ont des caractères cytologiques différents de ceux de l'épithélium malpighien. Leur tissu épithélial est composé de cellules de forme variable. Elles sont atypiques avec de

très rares maturations kératosiques.

β2) Carcinomes épidermoïdes moyennement différenciés

Ils se caractérisent par la présence d'anomalies nucléo-cytoplasmiques variables d'un endroit à un autre au sein d'une même tumeur avec mitoses normales et anormales.

β3) Carcinomes épidermoïdes bien différenciés

Ils représentent la même caricature que la muqueuse malpighienne, les anomalies cytologiques sont peu importantes. On observe donc des cellules disposées en trois assises bien caractérisées. Les cellules des carcinomes différenciés sont identiques à celles de l'épithélium normal.

En dehors de ces morphologies typiques, d'autres formes de carcinomes peuvent être décrites.

β) Carcinomes malpighiens verruqueux ou kératose villeuse maligne

La tumeur est épaisse, blanchâtre, exophytique, peu infiltrante, kératinisant, hyper différenciée, peu évolutive, métastase tardive, peu lymphophile, chimio sensible.

β4) carcinomes basaloïdes

Ces formes sont rares et de très mauvais pronostic. Ils se présentent sous forme érythémateuse avec de petites cavités kystiques et comprennent deux composantes : l'une constituée de cellules basales formant des lobules palissadiques et l'autre pouvant évoluer vers la keratinisation.

β5) carcinomes papillaire

Ils sont constitués de papilles conjonctivo-vasculaires recouvrant des cellules basaloïdes ou immatures, associées à un infiltrat de cellules lymphoplasmocytaires. leur pronostic est bon.

B6) carcinomes à cellules fusiformes

Ils sont très souvent d'aspect sarcomatoïde, myxoïde, ulcéré avec une double composante : l'une caractéristique d'un carcinome épidermoïde in situ ou infiltrant et l'autre composée de cellules fusiformes à disposition anarchique.

β7) carcinomes épidermoïdes avec acantholyse

Les foyers d'acantholyse qu'ils contiennent peuvent faire évoquer une différenciation glandulaire sans pour autant produire du mucus.

β8) carcinomes épidermoïdes adenosquameux

Ils associent à la fois un carcinome épidermoïde et un adénocarcinome.

β9) carcinomes intraosseux primitifs,

Le point de départ de ces tumeurs sont endo-osseux, probablement issu de débris épithéliaux de Malassez, d'un kyste odontogène ou d'un ameloblastome.

β10) carcinoma cuniculatum

Ils représentent une forme particulière de carcinome verruqueux de faible malignité à évolution lente en creusant dans les plans profonds des galeries comme dans un « terrier de la pin ». Cesont en réalité, des travées cellulaires dont le centre contient des lamelles de kératine.

B10) carcinomes lympho-epitheliaux.

Ils sont identiques à ceux du nasopharynx. On retrouve le virus d'Epstein-Barr dans les carcinomes développés chez les chinois. L'épithélium normal contient des travées syncytiales et des lobules de cellules tumorales avec des infiltrats lymphoplasmocytaires dans le stroma et les îlots tumoraux.

B11) Epithélioma basocellulaires

Ils siègent sur le versant cutané des lèvres supérieure et inférieure. Ils se présentent sous forme de petits nodules saillants, brunâtres de petites tailles ou sous forme d'ulcérations croûteuses indurées à la mandibule. Il existe parfois de petits foyers de kératoses concentriques, ébauches de différentes microcavités conférant à la tumeur l'aspect de pseudo glande (épithélioma adénoïde).

Leur pronostic est bon: il n'existe ni récidives ni de métastases.

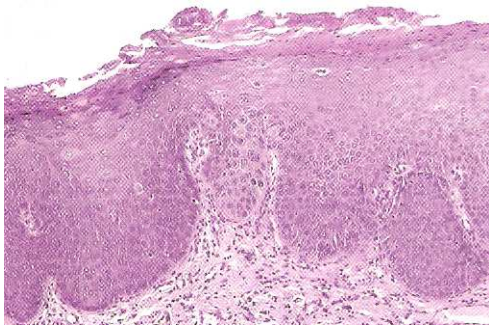


Figure 19 : Carcinomes in situ ^[65]

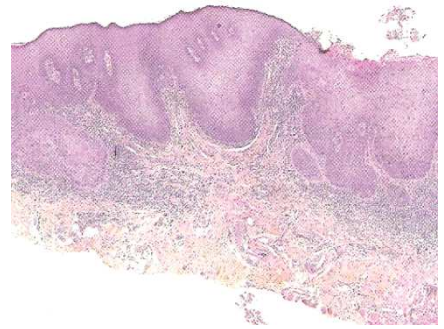


Figure 20 : Carcinomes micro invasifs ^[65]

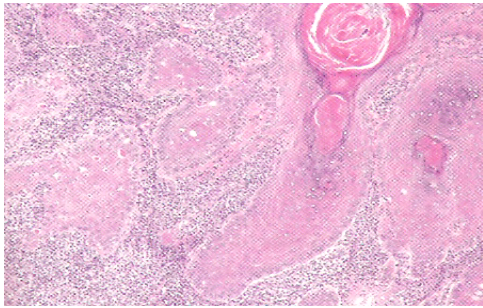


Figure 21: CE bien différenciés ^[65]

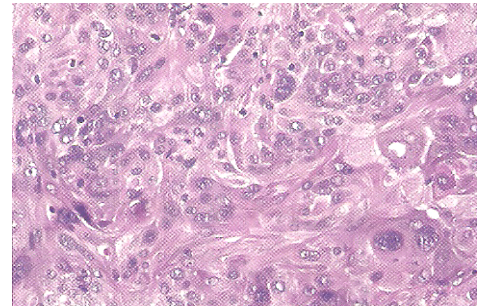


Figure 22: C E moyennement différenciés ^[65]

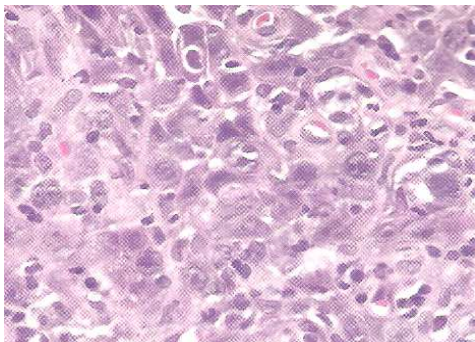


Figure 23: CE verruqueux ^[65]



Figure 24: C M peu différenciés ^[65]

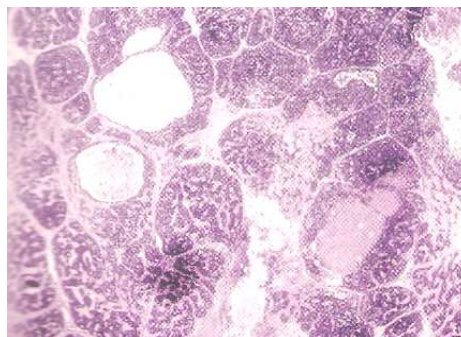


Figure 25: carcinomes basaloïdes ^[65]

CE : carcinomes epidermoïdes

CM : carcinomes malpigiens

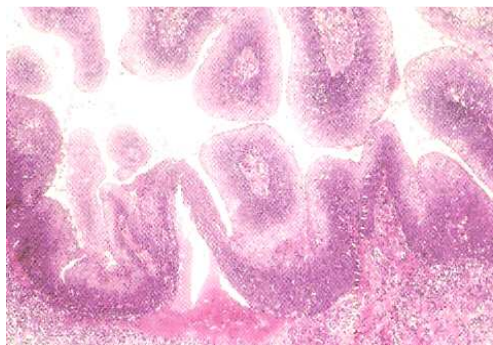


Figure 26: carcinomes papillaires [65]

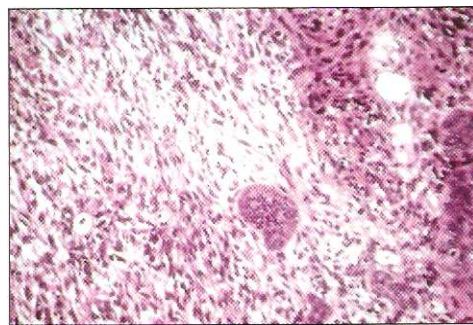


Figure 27: carcinomes à cellules Fusiformes [65]

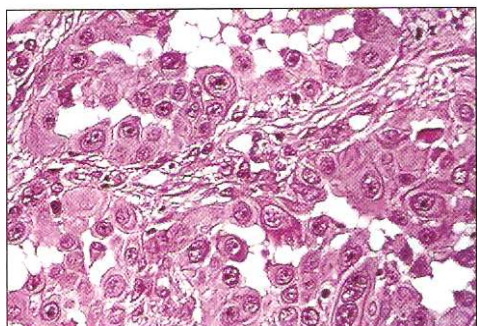


Figure 28: CE avec acantholyse [65]

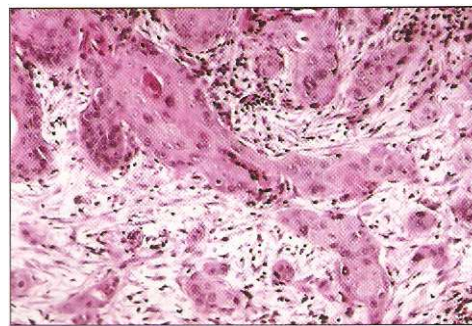


Figure 29-A: CE adenosquameux :
en surface carcinomes épidermoïdes [65]

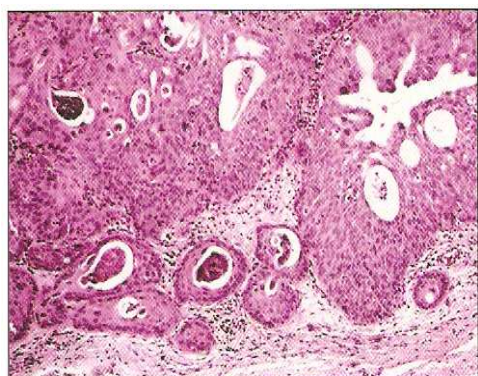


Figure 29-B: C E adenosquameux :
en profondeur adenocarcinome [65]

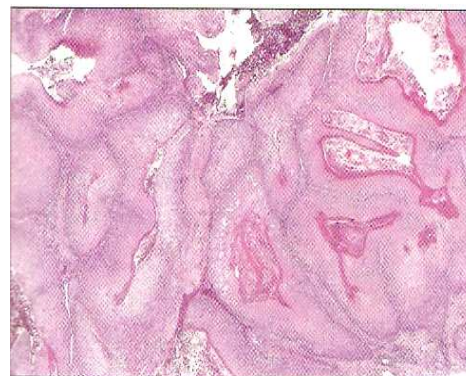


Figure 30: carcinoma cuniculatum [65]

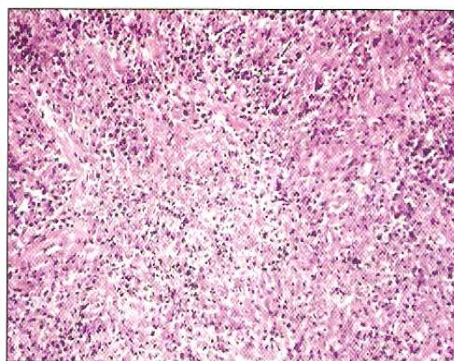


Figure 31: carcinomes lympho-épithélieux [65]

a-2-4) Formes topographiques ^[115 ; 25 ; 54 ; 115 ; 128 ; 129 ; 146 ; 159 ; 215]

a) Les carcinomes de la langue ^[50 ; 128 ; 139 ; 218]

Ils représentent 20 à 25 % des cancers de la cavité buccale.

** Sièges*

Les carcinomes de la portion mobile de la langue représentent 60 à 75 % des cancers de la langue.

Les carcinomes de la base de langue représentent 25 à 40 % des cancers de la langue.

Ces carcinomes se présentent souvent sur des lésions préexistantes :

- plaque de leucoplasie due au tabagisme chronique ou à la syphilis (rare),
- microtraumatisme répété au regard d'une racine dentaire irritative ou d'une prothèse défectueuse.

** Signes Physiques*

Sont dominés par les douleurs qui s'accompagnent de gêne à la déglutition, à la phonation, à la mastication et d'une otalgie réflexe.

** Aspect macroscopique*

Ces lésions sont sous forme ulcérée, très fréquemment bourgeonnantes ou végétantes plus ou moins infiltrantes exophytiques, mixtes et parfois verruqueux.

**Aspect microscopique*

Ce sont des carcinomes in situ, plus ou moins matures ou des carcinomes peu ou très différenciés, matures.

** Extension tumorale*

L'extension du carcinome de la langue mobile se fait le long du muscle genioglosse et vers le processus génie en avant vers la base de la langue puis l'os hyoïde en arrière, vers le sillon pelvi-linguale puis le plancher buccal en dehors, vers la sangle mylo-hyoïdienne en bas.

** Extension lymphatique*

Les carcinomes de la langue sont très lymphophiles. Le drainage se fait vers les lymphonoeuds sous mentaux et sous maxillaires ensuite vers les lymphonoeuds sous

digastriques. Il existe une voie directe allant vers les lympho-noeuds sus homohyoïdiens.

Pour les bords de langue, le drainage reste unilatéral. Il devient bilatéral pour les lésions du 1/3 antérieur les 2/3 internes de la langue.

β) Carcinomes du plancher buccal

Ce sont des tumeurs qui représentent 26 % des localisations buccales. Elles s'étendent vers la langue et vers la mandibule. Elles sont très lymphophiles. La forme ulcéreuse prédomine du point de vue de l'aspect macroscopique.

** Extension tumorale*

On distingue les carcinomes du plancher antérieur et ceux du plancher postérieur.

β-1) Carcinomes du plancher antérieur

L'extension tumorale se fait vers la ligne médiane, puis évolue en profondeur, envahit les muscles génioglosse, géniopharyngien, et mylohyoïdien. L'extension peut se faire vers le sillon pelvi lingual, et en avant vers la muqueuse de la table interne. L'atteinte de la fibromuqueuse gingivale expose l'os alvéolaire entraînant des signes osseux et dentaires tels que mobilité, parodontolyse.

β-2) Carcinomes du plancher postérieur

Ce sont des tumeurs difficiles à dépister à cause de l'étroitesse du plancher postérieur caché par les bords de la langue en regard des molaires. L'extension tumorale se fait vers la mandibule, le repli palatoglosse, la commissure inter maxillaire, le sillon glosso amygdalien, les bords de la langue mobile, la zone de jonction mylohyoïdien, la région sous maxillaire et le nerf hypoglosse.

** Extension lymphatique*

Le drainage lymphatique est bilatéral sauf pour les localisations du tiers postérieur des petites tumeurs T1 qui sont sans extension vers la base de la langue.

δ) Carcinomes épidermique des lèvres ^[115 ; 129]

Représentent environ 20 % des cancers de la cavité buccale. Ils présentent les caractéristiques suivantes :

- anatomiquement, 90 % des formes sont des carcinomes épidermoïdes,

- dans 90 % des cas, le malade atteint d'un cancer de la lèvre est un homme,
- Sur le plan thérapeutique, 90 % des patients peuvent bénéficier d'une curiethérapie.
- Pour les tumeurs T1, T2, le taux de survie à 5 ans est de 90 %.

Les lésions peuvent siéger au niveau cutané ou sur une muqueuse sèche ou humide de la lèvre ou sur le vermillon. Les localisations sont au niveau de la lèvre inférieure, supérieure 5 % commissure labiale 4 %. C'est un cancer peu agressif d'évolution lente, souvent latéral que médiane.

** Aspects macroscopiques*

Ils sont : ulcérés et épaissis recouverts d'une croûte.

Extension lymphatique

L'envahissement lymphatique est minime sauf pour les lésions étendues. Le drainage est bilatéral dans ce cas. Il se fait vers les lymphonœuds sous mentaux, sous maxillaires et vers les lymphonœuds sous digastriques.

ε) Carcinomes de la face interne des joues

Ils sont peu fréquents. Ce sont des lésions accessibles et de diagnostic précoce. Elles peuvent survenir sur une lésion précancéreuse telle que les lichens plans érosives, la maladie de Bowen ou une érythroplasie. La lésion est végétante mais rarement ulcérée et infiltrante. Elle peut revêtir trois formes qui sont les formes :

- ulcérateur unique, atypique ou multiple, léchant l'épithélium sans infiltrer le chorion,
- pseudo lupique formant un semi de granulations peu saillantes, grisâtres, ou plusieurs plaques discoïdes, lisses, gris nacrées, limitées en relief sur la muqueuse et qui accompagnent une ulcération à bords décollés,
- papillomateuse hyperkeratosique ou carcinomes verruqueux.

Les lésions peuvent siéger au niveau de la région rétromolaire et au niveau des sillons gingivo-jugaux ^[129].

Aspects histologiques

Sont représentés par les Carcinomes épidermoïdes bien différenciés assez mature ^[dans 128].

ζ) Carcinomes des maxillaires ^[101 ; 135]

Le terme épithélioma des maxillaires est impropre d'après RUPPE ^[101]. Mais ces pathologies existent et peuvent être soit, primitives se développant à partir des reliquats

épithéliaux de la gaine dentaire, théorie non confirmée par des études, soit secondaires à partir de tumeurs malignes épithéliales provenant d'une muqueuse de revêtement : muqueuse gingivale mandibulaire, muqueuse palatine, sinusienne ou nasale ou d'une tumeur bénigne endosseuse telle que l'améloblastome. C'est l'examen anatomopathologique de la pièce osseuse qui confirmera la présence de carcinomes.

ζ1) Carcinomes mandibulaires

* Carcinomes mandibulaires primitifs

Ils sont les plus fréquents, représentant 12% des carcinomes de la cavité buccale et 40% des tumeurs mandibulaires [101]. Il s'agit presque exclusivement de carcinomes épidermoïdes différenciés. Les aspects cliniques classiques sont : ulcéro-végétant, bourgeonnant, térébrant avec un aspect d'os « mité » ou « tigré ».

Sur le plan radiographique on a une image ostéolytique avec destruction de l'os alvéolaire et du tissu de soutien de la dent avec mobilité ou expulsion de celle-ci. On assiste à une destruction tardive de l'os basilaire avec fracture spontanée.

* Carcinome secondaire de la mandibule

Les conditions de découverte sont variables. Il peut s'agir : d'une anesthésie labiomentonnière, d'odontalgie, d'otalgie, de voussoufflure des corticales osseuses au niveau de l'angle ou de la rétro molaire, d'une radiographie occasionnelle.

Le point de départ des carcinomes mandibulaires est buccal. Il s'agit d'un carcinome gingival sous forme d'ulcération parfois végétante détruisant la gencive et l'os alvéolaire. Les localisations sont variées.

ζ2) Carcinomes maxillaires

Ils représentent la majorité des tumeurs malignes des maxillaires. Ce sont les carcinomes épidermoïdes différenciés à localisation palatine.

L'atteinte des trois parties du maxillaire est possible avec des signes cliniques variés. Cependant les signes d'alarmes doivent attirer l'attention du praticien ce sont :

- les signes bucco-dentaires tels que, ulcération, bourgeons gingivaux ou palatins hémorragiques, mobilité dentaire et odontalgie,
- signes rhinologiques : épistaxis, obstruction nasale rhinorrhée,

- signes faciaux : asymétrie faciale, algie faciale, hypoesthésie dans le territoire orbitaire,
- signes fonctionnels sont exceptionnels et témoignent d'une tumeur avancée.

Les différentes formes

** Carcinomes de l'infra structure maxillaire*

Le point départ est mucogingival au niveau de la gencive marginale, de la tubérosité et du palais. Les différentes localisations et extensions sont : le vestibule, la lèvre supérieure, le plancher des fosses nasales, le bas fond sinusien, la commissure inter maxillaire, le voile du palais, la région ptérygo maxillaire.

** Carcinomes de la méso structure maxillaire*

Les lésions sont à point départ endosinusien. Elles représentent un tiers des lésions du maxillaire.

Les signes cliniques sont buccaux, faciaux avec des déformations faciales et rhinologiques.

Carcinomes de la supra structure maxillaire

Les signes oculaires prédominent sur le plan clinique. Il s'agit de : une diplopie avec larmoiement, une exophtalmie, une paralysie du nerf moteur oculaire commun avec ophthalmoplegie et une hypo ou anesthésie infra-orbitaire.

Les signes généraux: asthénie, fièvre, altération de l'état général qui témoignent d'une forme avancée.

Extensions ganglionnaires des carcinomes des maxillaires.

Les adénopathies sont homolatérales, sous maxillaires, jugulaires hautes rarement parotidiennes. Elles peuvent être bilatérales dans les lésions médiales et fréquentes dans 50 % des lésions étendues à la joue, la lèvre, au voile du palais.

a-2-5) Tumeurs simultanées et successives ^[115;166]

La particularité des carcinomes des VADS est leur caractère multiple. Ils apparaissent en même temps que les premiers cancers ou après. On les appelle tumeurs simultanées ou successives.

Un cancer multiple, selon WAREN et GATES ^[dans 115], est la coexistence ou la succession de deux ou plusieurs tumeurs multiples malignes qui répondent aux critères suivants :

- l'histologie de chaque tumeur doit être positive,
- la tumeur ne doit pas être la métastase d'un autre cancer,
- les deux cancers doivent être séparés par un minimum d'1,5 cm de muqueuse saine.

Les envahissements ganglionnaires métastatiques et les métastases à distance sont exclus de cette définition. Le délai de découverte de ces cancers permet de distinguer trois catégories de tumeurs multiples :

1. tumeurs simultanées découvertes en même temps ou dans un délai d'un mois au maximum que le cancer primitif,
2. tumeurs synchrones : découvertes dans un délai d'un ou six mois après le premier cancer,
3. tumeurs métachrones : apparaissent dans un délai de plus de six mois après le premier cancer. Ces cancers simultanés et successifs sont dus au fait que les facteurs étiologiques (tabac alcool) viennent imprégner l'ensemble de la muqueuse des VADS.

Généralement les auteurs parlent de tumeurs synchrones et métachrones.

Ces tumeurs, ayant diverses localisations au niveau des VADS et même au-delà (bronches œsophages, vessie), se présentent suivant les différents stades d'évolution selon la classification TMN. Leur traitement pose des difficultés variables selon qu'ils surviennent en territoire déjà traités ou non. La surveillance post-thérapeutique doit être longue.

Une étude rétrospective faite par MARANDAS et Coll. de 1975-1983 montre une incidence de 9,4 % de ces cancers par rapport à l'ensemble des carcinomes. Parmi ces tumeurs multiples il y a, 42,1 % de tumeurs synchrones et 57,9 % de tumeurs

métachrones: la cavité buccale vient en deuxième position parmi les localisations à risques des cancers multiples.

a-2-6) Diagnostic différentiel^[212]

Les carcinomes épidermoïdes seront différenciés des :

- dysplasies : leucoplasies verruqueuses, lichens, kératoses, érythroplasies, mélanose de Dubreuil, papillomatose buccale floride.

- tumeurs bénignes: angiome, hémolympangiome, fibrome, tumeur d'Abrikosoff, grenouillette, kyste dermoïde, épulis, glossite localisée, exfoliative losangique médiane, tumeurs bénignes des maxillaires.

- maladies infectieuses : syphilis, tuberculose, actinomyose, histoplasmosse, les aphtoses géantes.

- ulcérations traumatiques.

La conduite à tenir devant une ulcération traumatique est de supprimer l'agent causal s'il existe et de s'assurer de la parfaite cicatrisation, par un traitement symptomatique, puis de faire un examen de contrôle, au bout de deux semaines. Si l'ulcération n'a pas disparu, le patient sera orienté vers un spécialiste pour une prise en charge.

a-3) Traitements des carcinomes épidermoïdes

Ils mettent en jeu différents protocoles thérapeutiques. Dans tous les cas, les buts à atteindre et les moyens sont les mêmes.

a-3-1) Buts

Les principaux buts des traitements des carcinomes sont de prévenir, de guérir et soulager lorsque la tumeur.

a-3-2) Moyens, indications, résultats

α) Prévention des carcinomes épidermoïdes [1 ; 108 ; 152-E, F, G ; 153 ; 203]

α) Moyens

Pour ABATUCCI ^[1], la prévention des carcinomes épidermoïdes doit se situer à deux niveaux : les préventions primaire et secondaire.

Prévention primaire consiste à reconnaître, dans l'environnement, des éléments qui ont un pouvoir cancérigène et à procéder à leur élimination. Ces éléments sont l'alcool, le tabac et les autres produits de pollutions digestifs et respiratoires. Elle consiste aussi à rechercher les facteurs génétiques et constitutionnels, à prévenir les facteurs alimentaires et les autres éléments du mode de vie. Les mesures prises pour lutter contre le tabagisme et l'alcoolisme par certains pays comme la France sont la sensibilisation de la population sur les méfaits du tabac et l'alcool par les médias, l'éducation nationale, les ligues et l'augmentation des taxes de vente de ces produits.

La prévention primaire doit impliquer les odontologues, les médecins et les paramédicaux en mettant l'accent sur la formation et la sensibilisation.

La prévention secondaire consiste à reconnaître et à traiter les lésions tissulaires pouvant conduire avec une certaine probabilité à un cancer invasif. Elle met aussi l'accent sur la chimio-prévention chez les sujets à risque.

Action de l'OMS dans la lutte contre les cancers buccaux

Selon l'OMS, les approches de lutte contre le cancer liées au tabac peuvent se diviser entre : celles qui visent la protection de la santé, celles qui favorisent la promotion de la santé et la création de la convention cadre de la lutte anti tabac.

* *Protection de la santé*

Ces approches sont :

- réduction des subventions pour la culture du tabac,
- restriction sur les ventes de produits de tabac concernant les jeunes avant 18 ans; ces restrictions peuvent comprendre des interdictions complètes de vente des cigarettes dans les distributeurs (en Europe),
- promotion des environnements sans tabac exemples : Hôpitaux, écoles, lieux de travail, différents lieux publics,
- développer des publicités contre la vente de tabac.

* *Promotion de la santé*

Les approches de lutte antitabac vont consister :

- à décourager les fumeurs en ciblant la jeunesse et les femmes par des programmes de sensibilisation sur le choix de ne pas fumer comme un choix de mode de vie sain et sur les conséquences du tabac sur la santé,
- à encourager l'arrêt du tabac, de façon à réduire le taux de mortalité liée au tabagisme. Cet arrêt est difficile à cause des problèmes de sevrage. C'est pourquoi, la nicotine contenue dans le tabac fumé est peu à peu remplacée par des substituts nicotiniques sous formes de timbres, gomme à mâcher.

* *Convention cadre de l'OMS pour la lutte anti-tabac*

C'est un ensemble de règles issues d'une négociation relative à la lutte contre le tabac à l'échelle mondiale établit par 191 pays, ratifier en 2003. Elle a été signée par 152 pays dont la Côte d'Ivoire, le 24 Juillet 2003 qui ne l'a pas ratifiée.

Les États unis l'ont signé en Mai 2004 et ne l'ont pas ratifiée. Par contre la France qui l'a signée en Juin 2003 ne l'a ratifiée qu'en Octobre 2004.

La convention est un instrument juridique qui va traiter les problèmes tels que : la publicité, la promotion du tabac, la diversification des cultures, la réglementation relative aux produits du tabac, la contrebande, le niveau des taxes, le traitement de la dépendance au tabac, le tabagisme passif et les zones non fumeurs.

La création du CIRC : Centre International de Recherche sur le Cancer qui a pour mission de coordonner, de mener des études sur l'étiologie du cancer humain et les

mécanismes de la cancérogenèse ainsi que développer des stratégies scientifiques de la lutte contre le cancer. Il participe à des études épidémiologiques, celles de laboratoires et diffuse les informations scientifiques par le biais de publications, de réunions, de la formation et des bourses.

Le travail du centre vise 4 objectifs : la surveillance de l'incidence mondiale du cancer, l'identification des causes du cancer, l'élucidation des mécanismes de la cancérogenèse et le développement des stratégies scientifiques de la lutte contre le cancer.

Son but est de prévenir ou d'inverser le processus de la cancérogenèse, ou de favoriser le retour des cellules ou des tissus anormaux à la normale sans ou avec très peu d'effets secondaires. Les mécanismes impliqués dans la chimio prévention n'ont pas été déterminés.

α 2) Indications

Les mesures préventives vont concerner :

- toutes les populations mais surtout
- tous les sujets alcool tabagiques avec un état buccodentaire médiocre fréquentant peu les cabinets dentaires et ayant un niveau économique et social bas,
- tous les sujets porteurs de lésions suspectes en bouche,
- toutes les populations.

α3) Résultats

Aujourd'hui, dans tous les pays où le risque élevé de carcinomes épidermoïdes est connu, l'accent est mis sur la prévention primaire. D'énormes progrès en matière de recherches étiopidémiologiques, en matière d'éducation et d'information sont bien réels. Le taux de carcinomes épidermoïdes a légèrement baissé pendant ces vingt dernières années.

La prévention secondaire reste encore au second plan d'autant qu'elle nécessite des investissements extrêmement importants.

La prévention doit être avant tout une question d'information individuelle et d'éducation de la population, aidée par des lois réglementaires appropriées et par des ligues anti cancers ; la lutte contre le cancer est avant tout une affaire de conscience publique.

β) Traitements curatifs des carcinomes épidermoïdes ^[28 ; 55 ; 64 ; 154 ; 156 157]

β1) Moyens

La prise en charge des carcinomes épidermoïdes nécessite l'intervention d'une équipe pluridisciplinaire avec des oncologues, des chirurgiens, des radiothérapeutes et des odontologistes ayant des connaissances en carcinologie buccale. Les décisions thérapeutiques seront prises au cours du comité scientifique auquel chaque acteur prendra part.

Le choix du traitement va dépendre des données cliniques, tomodensitométriques et histologiques de la tumeur, du bilan d'extension loco régional et en général du patient et de la capacité à préserver certaines fonctions physiologiques à savoir (la déglutition, l'élocution, la mastication).

Les moyens seront chirurgicaux, médicamenteux ou physiques.

β1-1) Moyens chirurgicaux ^[29 ; 110]

β1-1.1) Méthodes chirurgicales

Au niveau de la tumeur

• *Exérèse locale radicale*

Elle consiste à enlever la lésion tumorale palpable en passant à distance de celle-ci, avec une marge de sécurité de tissus sains en périphérie et en profondeur. Elle peut être suivie par une réparation immédiate soit par plastie ou greffe.

L'extension de l'exérèse peut imposer le sacrifice des structures osseuses telles que le maxillaire ou la mandibule avec des séquelles esthétiques fonctionnelles.

On peut distinguer différents types d'exérèses tumorales :

- Carcinomes de la langue et du plancher
 - une glossectomie partielle par voie buccale ou par voie trans mandibulaire,
 - une pelviglossectomie,
 - une pelvimandibulectomie non interruptrice,
 - une pelvimandibulectomie interruptrice,
 - une buccopharyngectomie trans mandibulaire.

➤ Carcinomes des lèvres

- exérèse simple,
- Vermillonectomie dans les formes simples non infiltrées,
- Exérèse et plastie sont les plus utilisées dans les lésions importantes.

➤ Carcinomes des joues

- Exérèse simple : lésions simples
- Exérèse + plastie pour les lésions infiltrantes.

➤ Carcinomes des gencives, du palais et du trigone retromolaire et carcinomes des maxillaires

L'exérèse chirurgicale va englober la structure osseuse adjacente soit mandibulectomie interruptrice ou non ou maxillectomie partielle ou totale. Tout dépendra de l'importance de la tumeur ; l'exérèse peut nécessiter une reconstruction osseuse ou prothèse obturatrice.

• *Biopsie exérèse*

Elle consiste à enlever la tumeur sans souci de marge de sécurité dans le but d'un examen extemporané. Elle sera complétée par une reprise chirurgicale ou une irradiation. Ses inconvénients sont les modifications de l'aspect de la lésion et l'illusion de guérison.

• *Electrochirurgie*

Elle utilise les effets diathermiques du courant à haute fréquence pour détruire une tumeur. La destruction thermique de la tumeur s'obtient par coagulation. Cette méthode très peu utilisée actuellement car supplantée par les nouvelles technologies comme le laser.

• *Utilisation du laser en chirurgie* ^[92]

C'est un dispositif émetteur d'ondes électromagnétiques qui permet de sectionner de façon très précise le tissu sous haute énergie tout en provoquant la cicatrisation. Il limite ainsi les saignements et favorise l'asepsie des champs opératoires.

En chirurgie carcinologique, on utilise le faisceau laser CO2 qui émet une onde lumineuse monochromatique permettant une incision précise et limitant la destruction tissulaire.

- *Techniques chirurgicales annexes non spécifiques aux traitements des carcinomes épidermoïdes buccaux*

Ce sont :

- la trachéotomie : soit provisoire dans les suites d'une intervention chirurgicale, soit définitive pour les récurrences très évoluées des carcinomes de la cavité buccale obstruant les VADS,
- l'œsophagotomie : préférée par certaines équipes à la gastrotomie provisoire,
- Chirurgie de la douleur : c'est une neurochirurgie indiquée dans les algies cervico-faciales des cancers récidivés ou évolués et les radionécroses. Elle concerne la neurotomie des racines sensibles des nerfs tels que le trijumeau, le glosso-pharyngien et le pneumogastrique pour les algies cervico-faciales et l'artériectomie par sympathectomie de l'artère carotide externe et ses branches pour les algies liées à la radionécrose.

- *Chirurgie ganglionnaire*

Elle sera fonction du degré d'évolution de la tumeur, du degré de différenciation des tumeurs et de la rupture capsulaire des ganglions envahis. Ce sont :

- *Evidement triangulaire exploratrice ou évidement cervical sélectif*

Il consiste à enlever les lymphonœuds suivants:

les lymphonœuds sous digastriques, sus homo hyoïdien, sous mandibulaire avec examen histologique extemporané et à compléter en fonction du résultat de l'examen extemporané soit par un évidement unilatéral ou bilatéral en fonction de la localisation de la tumeur.

- *Evidement complet conservateur ou évidement radical*

Il comporte l'exérèse de tous les groupes ganglionnaires et sacrifie le muscle sterno-cleido-mastoïdien, le muscle digastrique ou son ventre postérieur, la jugulaire interne, le nerf et la glande sous maxillaire.

Il respecte par contre l'axe carotidien, le pneumogastrique, le sympathique cervical, le nerf phrénique, le grand hypoglosse, le rameau mentonnier du nerf facial.

- *Evidement radical complet élargi*

C'est un évidement radical complété par le sacrifice d'un ou plusieurs éléments habituellement conservés dans l'évidement radical.

β1-1.2) Méthodes de reconstruction

- *Différents types de reconstruction osseuse*

- Atelle métallique,
- Greffon osseux,
- Transplant libre iliaque, péroné, radius.

- *Différents types de reconstruction des tissus mous*

se font par :

- le lambeau de voisinage : lambeau naso-génien,
- le lambeau musculo-cutané : grand pectoral ou dorsal,
- le lambeau libre : lambeau chinois.

Les indications des reconstructions

- Carcinomes du plancher buccal

La reconstruction secondaire se fait par greffe de peau totale.

- Carcinomes des lèvres

Les lambeaux utilisés sont :

- les lambeaux locaux de rotation d'Abbé Estlander, lambeau en éventail de Gillies.
- le lambeau de glissement de Camille Bernard, Diffenbach avec lambeau à distance de Dufourmontel et le plus souvent lambeau delto-pectoral.

Les autres lambeaux sont utilisés dans les chirurgies larges. Ce sont :

- la méthode de Beckmann, d'Obwegeser, de Fries ;
- la reconstruction par les lambeaux locaux nasogeniens ou para mentonniers.

- Carcinomes des joues

La reconstruction se fait par :

- le lambeau myocutané ou grand pectoral pour les larges exérèses,
- le lambeau naso génien pour les petites pertes de substances.

- *Prothèses obturatrices*^[10 ; 22]

Utilisées lorsque les moyens de reconstruction sont contre indiqués. Le but est de combler une perte de substance maxillaire ou mandibulaire. Ce sont les prothèses immédiates ou définitives.

Les différents types de prothèses sont : la prothèse maxillaire, la prothèse mandibulaire, la prothèse vélaire.

β1-1.3) Les séquelles de la chirurgie exérèse ^[22; 122]

Séquelles d'une maxillectomie

Elles peuvent intéresser chaque unité anatomique de l'étage moyen de la face. Elles sont prévisibles, et s'accroissent à long terme si des corrections par chirurgie esthétique ou réhabilitation prothétique ne sont pas réalisées dans le temps.

Déformations du bloc occulo-palpébral

Elles se traduisent par :

- une dystopie canthale interne due au non remarquable de son ligament aux os propres du nez et à la migration du globe oculaire lors du retrait de la paroi orbitaire interne du maxillaire,
- l'électropion et la cupulisation du bord libre de la paupière inférieure liées à l'interruption du rebord orbitaire inférieur, à l'extension de la voie d'abord (de WEBER FERGUSSON), à la fibrose des tissus palpébraux lors d'une radiothérapie complétant la chirurgie.

Déformations jugales

Ce sont :

- la rétraction des tissus jugaux due à l'absence du soutien osseux sous jacent, notamment du pilier ptérygo-maxillaire ;
- la disparition de la pommette liée à l'interruption du pilier zygomatoco-orbitaire et à l'exérèse du corps malaire.

Déformations de la pyramide nasale

Elles sont dues au défaut d'insertion du pied du malaire et de l'aile du nez qui migre habituellement vers le haut et en arrière. Ce défaut d'insertion est due à la voie d'abord qui désinsère le pied du malaire, à la disparition de la console osseuse sous jacente formée par le pilier fronto-maxillaire, à la rétraction des structures adjacentes comme la lèvre et la joue qui entraînent l'aile du nez avec elles.

Déformations labiales supérieures

Ce sont :

- la rétraction labiale supérieure et par conséquent la déformation de la joue. Le bloc jugo-labial se déplace simultanément vers le haut et en arrière,
- la ptose labiale supérieure liée à la section des branches du nerf facial qui lui sont destinées, à l'exérèse ou à l'interruption des muscles peauciers moteurs de la lèvre supérieure, à l'interruption du pilier ptérygo-maxillaire.

Dans les carcinomes des lèvres, certains cas de reconstruction osseuse sont impossibles. Dans ces cas, les prothèses obturatrices rendent d'énormes services au patient.

• *Les séquelles d'une mandibulectomie*

L'exérèse carcinologique partielle ou totale de la mandibule est l'une des causes de perte de substance mandibulaire, qui, abandonnée à elle-même, aboutit toujours à des déformations importantes ayant des retentissements esthétiques et fonctionnels graves. Il est donc primordial de les corriger par des greffes osseuses, des attelles métalliques ou si cela est impossible par une réhabilitation prothétique immédiate et spécifique BENOIST^[22].

Les différentes déformations sont :

- les rétractions cicatricielles et les déplacements secondaires des moignons mandibulaires restants. Les déformations seront différentes en fonction de la localisation de la perte de substance ;
- les perturbations de l'occlusion dentaire.

Rétractions cicatricielles

Elles sont les conséquences des contractions musculaires et de l'organisation du tissu fibreux dans la zone de la perte de substance entraînant un rapprochement, une jonction des fragments osseux et la formation des brides inter fragmentaires qui ont pour conséquences :

- un déplacement progressif des fragments osseux qui tendent à se rapprocher les uns des autres ;
- une altération de l'articulé dentaire se traduisant par une :
 - endoclusie de l'hémi arcade mandibulaire saine secondaire avec la voûte palatine par laterodeviation,
 - béance asymétrique par mouvement de rotation et bascule qui abaisse la région incisive de telle sorte que la ligne occlusale est oblique en bas, vers la ligne médiale,

◦ déformation de l'ensemble de l'arcade mandibulaire modifiant les contours de la face.

Déplacements

Dans la perte de substance antérieure

Il se produit une conjonction sagittale et l'axe mandibulaire prend la forme d'un V à sommet antérieur s'accompagnant d'une perte de contact dentaire avec les dents antagonistes rendant impossible la mastication. Vue de l'extérieur, la mandibule à la forme « d'une mâchoire de serpent ».

Dans la perte de substance latérale

Il y a laterodéviation de l'hémiarcade vers la perte de substance modifiant l'articulé dentaire :

- si l'engrènement des dents restantes est bon et si la perte de substance latérale est située en arrière de la canine inférieure alors cette dernière va assurer un rôle de guidage ; l'occlusion est alors possible normalement ;
- si la perte latérale s'étend jusqu'à la région incisive, l'occlusion normale est impossible. Le fragment a tendance à s'élever et à se fixer dans cette position ;
- si le fragment postérieur est porteur de molaires, celles-ci jouent un rôle de heurtoir et bloquent ce fragment en occlusion.

Dans la perte de substance de la branche montante.

Les déformations sont moins importantes. En bouche ouverte, la laterodéviation est de 1 à 2 cm. En occlusion, l'action symétrique des muscles masticateurs et l'intercupisation des dents qui tendent à placer les arcades, est peu marquée.

En dehors des brides inter fragmentaires, les pertes de substances mandibulaires non corrigées peuvent aussi entraîner la formation des brides fibreuses capables de réunir les parties molles (lèvres, joues, langue) au maxillaire où elles peuvent entraîner une constriction permanente.

Ces rétractions cicatricielles sont d'installation précoce et si elles sont prises en charge tôt elles sont réductibles par les moyens orthopédiques.

• *Séquelles fonctionnelles*

Elles se résument en des perturbations du niveau de la phonation et de l'alimentation.

• *Troubles de la phonation*

La résection partielle ou subtotale de la langue, du maxillaire supérieur des lèvres va provoquer des perturbations au niveau de l'articulé de la voix.

Résections linguales

La résection de la langue mobile va entraîner :

- une impossibilité à prononcer les consonnes occlusives dentales telles que : T, D, N, S, Z, ainsi que les consonnes occlusives palatales : K, CH, J, L, par absence de positionnement de la langue par rapport au palais et aux dents,
- une incapacité à former certains formants responsables de l'émission des voyelles telles que i, y, u.

Résections maxillaires

Elles sont à l'origine d'une communication bucco nasales entraînant fuite d'air expiré qui ne peut plus être utilisée pour la phonation.

Les voyelles prennent une résonance nasale, les consonnes explosives ou constrictives ou fricatives (f, v, s, ch,) ne peuvent plus être prononcées. Il en résulte une gêne considérable qui rend l'élocution à peu près impossible.

Résections labiales

Elle va entraîner une impossibilité à prononcer les consonnes labiales telles que : p, b, f, v, m.

Troubles de l'alimentation

- ce sont essentiellement dans les maxillectomies, les reflux des aliments surtout liquides dans les fosses nasales.
- les pertes de substances linguales vont entraîner des troubles de la déglutition à savoir : les fausses routes alimentaires vers les voies aériennes basses.

β1-1.4) Contre- indications à la chirurgie^[115]

Un certain nombre de circonstances peuvent amener à renoncer à une chirurgie carcinologique.

Contre indications d'ordre général

Ce sont les tares organiques (cardiaques, respiratoires), le mauvais état général du patient avec perte pondérale importante, le refus du patient à toute chirurgie.

Contre indications d'ordre local

- *Au niveau de la tumeur*

- les tumeurs inopérables T4, infectées avec poussée inflammatoire,
- les tumeurs à évolution rapide,
- les tumeurs étendues aux organes profonds mettant en jeu le pronostic vital du patient.

- *Au niveau des adénopathies*

- les adénopathies à caractère inflammatoire adhérentes au plan musculaire profond,
- les adénopathies à croissance rapide, inopérables.

β1-2) Moyens médicaux et indications

β1-2.1) Chimiothérapie^[53 ; 84 ; 93 ; 158 ; 163]

La chimiothérapie anticancéreuse utilise des molécules qui vont agir sur la cellule cancéreuse en déstabilisant son matériel génétique et son environnement.

La place de la chimiothérapie dans le traitement des carcinomes des VADS, en particulier de la cavité buccale est beaucoup discutée car les protocoles de monothérapie s'avèrent décevants. Cependant, les nouvelles associations des agents anticancéreux, poly chimiothérapie, ont fait leurs preuves minimisant le risque d'une toxicité accrue.

La voie d'introduction est régionale intra artérielle ou intraveineuse.

Avant de décrire ces protocoles, rappelons le mode d'action de la chimiothérapie et quelques molécules employées en carcinologie buccale.

** Mode d'action*

Au sein de la cellule cancéreuse, la cible de la majorité des agents anticancéreux est l'ADN et / ou son environnement. On assiste à :

- des cassures de la molécule d'ADN (action de la bléomycine), soit au niveau des liaisons irréversibles (platine ou Alkylants telle que le cyclophosphamide) soit au niveau des intercalations (anthracycline) l'inhibition de ses enzymes de synthèse ou de réparation par les autres métabolites (methotrexate, 5 FU), les inhibiteurs des topo-isomereses (camptotecines),
- plus rarement inhibition des tubules par des inhibiteurs du fuseau mitotique (alcaloïde de la pervenche tels que Vincristine, Vinorelbine) ou la depolymerisation (taxanes).

** Principales molécules utilisées en chimiothérapie*

Les familles d'agents anticancéreux utilisées en carcinologie des VADS sont:

- les sels de platine : Cis platine, Carboplatine, Oxaloplatine
- anti-métaboliques : Methotrexate, 5-fluoro-uracile,
- taxanes : Docétaxel, Paclitaxel,
- antibiotique : Bléomycine Adriamycine,
- alkylants : Ifosphamide.

** Effets cytotoxiques de la chimiothérapie*

Toxicité non spécifique

Les effets secondaires sont liés à la sélectivité des agents. Ce sont :

- sur la moelle osseuse : une leuco neutropénie avec un risque infectieux et une anémie,
- les phanères : une alopecie et plus ou moins une toxicité unguéale,
- les muqueuses digestives : des mucites et plus ou moins des diarrhées,
- les cellules gonadiques : une baisse de la fertilité.

La toxicité digestive, sous forme de nausées, vomissements, est commune à tous les agents anticancéreux à des degrés variables.

Toxicité spécifique

Elle va dépendre des molécules qui provoquent:

- pour le Cis platine: une insuffisance rénale par lésion tissulaire, une neurotoxicité

périphérique avec ototoxicité par atteinte du VIII (nerf auditif),

- le Méthotrexate : une toxicité muqueuse,
- le 5-fluoro-uracide : une toxicité muqueuse, rarement, une toxicité cardiaque aiguë,
- le Docétaxel : une toxicité muqueuse, des réactions allergiques et une toxicité unguéale,
- la Bléomycine : une insuffisance respiratoire par fibrose pulmonaire et des réactions allergiques,
- les Antithracyclines : une insuffisance cardiaque cumulative,
- l'Ifosfamide : une cystite hémorragique, rarement une toxicité neurologique centrale.

Séquelles des traitements antérieurs

Il existe une toxicité cumulative due à une chimiothérapie antérieure qui peut être d'ordre rénal, auditif, neurologique, cardiaque, pulmonaire et hématologique à titre d'aplasie modérée.

Les patients ayant suivi des protocoles très aplasians de chimiothérapie présentent toujours des constantes sanguines inférieures à la normale.

Les allo greffes de la moelle réalisées au cours d'une chimiothérapie à forte dose, dans le but de raccourcir l'aplasie médullaire, peuvent être à l'origine d'une réaction du greffon contre l'hôte au niveau de la cavité buccale qui peut se traduire par des lichens buccaux.

** Complications buccales de la chimiothérapie*

Ce sont : les mucites, les infections, le syndrome hémorragique, la toxicité digestive.

➤ **Mucites**

Elles s'accompagnent de :

- douleurs parfois très violentes bloquant la voie oropharyngée et favorisant la surinfection en ouvrant des brèches dans le tissu épithélial,
- dysphagies parfois sévères qui disparaissent avec les mucites.

Les mucites se présentent comme des stomatites érythémateuses ou blanchâtres, des ulcérations et des érosions isolées ou largement confluentes.

L'OMS a classé les lésions en fonction des signes chimiques.

Echelle OMS des mucites :

	:	absence de stomatite,
Grade 0	:	
Grade 1	:	érythème modérément douloureux ulcérations indolores, érythème douloureux, œdèmes ou ulcérations présentes,
Grade 2	:	alimentation buccale possible,
Grade 3	:	érythème, œdèmes ou ulcérations douloureuses, alimentation impossible mais alimentation liquide possible,
Grade 4	:	déglutition impossible.

➤ Infections

La chimiothérapie crée une immuno dépression rendant le patient très vulnérable aux infections. La septicémie constitue la première cause de mortalité chez les patients sous chimiothérapie aplasante.

Les infections sont dues à l'émergence de certains germes qui sont les bactéries Gram positif (Staphylocoques aureus et epidermilis, Streptocoques fecalis et pyogènes), les bactéries Gram négatif (Pseudomomas aeruginosas, Klebsielia, pneumonia), les levures (Candida albicans et Aspergillus) et les virus (Herpès simplex et Cytomégalovirus).

Cette sensibilité liée à l'infection de la muqueuse est favorisée par la modification de la sécrétion salivaire associée à l'affaiblissement des défenses de l'hôte.

➤ Syndrome hémorragique

Il est dû à l'altération des plaquettes par les drogues et surtout dans les protocoles de poly chimiothérapie. Le risque hémorragique peut devenir sérieux lorsque le nombre de plaquettes chute au dessous de 20000 par mm³.

Ces complications sont majorées par l'âge. Certaines drogues, à toxicité hépatique, favorisent l'infection, le syndrome de coagulation intra vasculaire disséminé. Ce sont les médicaments tels que l'aspirine.

Les hémorragies sont favorisées par un mauvais état parodontal et dentaire. Les manifestations buccales de ce syndrome sont : les hémorragies, les hématomes et les pétéchies.

➤ Toxicité digestive

Certains protocoles ayant des potentiels cytotoxiques, provoquent des nausées et des vomissements.

Les nausées, vomissements, les diarrhées, les anorexies et les dysfonctionnements hépatiques associés aux mucites douloureuses entraînent la dénutrition, l'asthénie, la mauvaise hygiène buccale et une augmentation de l'acidité buccale mettant en péril la voie digestive et pouvant majorer les mucites, la douleur et l'infection.

* Différents protocoles de la chimiothérapie

Le but de la polychimiothérapie est de produire l'effet cytotoxique le plus efficace sur les cellules cancéreuses en prolifération et d'en recruter le maximum en phase G0. DE VITA [73] rappelle les principes de base de la polychimiothérapie :

- la polychimiothérapie utilise des agents ayant démontré une efficacité en monothérapie surtout s'ils entraînent des rémissions complètes ou une interaction synergique ;
- les combinaisons d'agents cytotoxiques ne doivent pas entraîner de toxicité croisée ;
- les intervalles entre les cures doivent être courts, tout en permettant la récupération des tissus normaux telle que la moelle osseuse et les muqueuses. Ajouter à ces principes, d'autres impératifs doivent être respectés à savoir :
- les niveaux d'action de ces drogues doivent être différents;
- les toxicités cumulatives ou croisées sont évitées ;
- les mécanismes de résistance doivent être différents.

*Indications de la chimiothérapie

La chimiothérapie palliative

Son but est de réduire temporairement le volume tumoral afin d'améliorer la qualité de vie et si possible, la survie. On l'utilise chez les patients incurables comme traitement palliatif ou chez ceux ayant des pathologies récidivantes et métastatiques.

Les drogues utilisées :

- methotrexate : utilisé dans le temps comme traitement palliatif,
- association 5 FU et Cis platine : utilisée à des intervalles courts,
- les Taxanes : Docetaxel, Paclitaxel en association au Cis platine et 5 FU.

La chimiothérapie exclusive

Elle est utilisée par certaines équipes lorsque la réponse initiale à la chimiothérapie est majeure. Elle est indiquée dans les tumeurs multiples synchrones des VADS.

La chimiothérapie adjuvante

Elle vient en complément d'un traitement locorégional (radiothérapie ou chirurgie) pour des patients présentant une tumeur localisée mais avec un risque de récurrence élevée ; exemple : envahissement ganglionnaire cervical avec rupture capsulaire et marge chirurgicale positive.

Les drogues sont le Cis platine associé au 5 FU. Elle n'est pas recommandée en pratique de routine car les résultats sont peu significatifs.

La chimiothérapie néo adjuvante ou chimiothérapie d'induction

Ce protocole utilise la chimiothérapie pour des tumeurs localisées avant le traitement locorégional, dans le but d'améliorer le contrôle locorégional à distance, et la survie.

Les avantages de cette approche :

- Il n'a aucun problème de tolérance dû au traitement local préalable (chirurgie, radiothérapie) ni de problème d'interférence avec des agents délivrés à la zone tumorale ;
- la sensibilité des tumeurs aux agents est estimée immédiatement par l'oncologue car la réponse est observée directement. Il lui est donc possible d'interrompre le traitement en cas de non réponse pour procéder au traitement locorégional ;
- la maladie micro métastatique est traitée sans délai.

Les inconvénients

Ce sont le délai de traitement local (indéterminé) et l'émergence de clones chimio résistantes et radio résistantes.

Les indications sont nombreuses au niveau des VADS. Dans les carcinomes buccaux, elle est indiquée dans les tumeurs à croissance ou de cinétique initiale rapide.

Les drogues

Les protocoles utilisent l'association de Cis platine et 5 FU et l'association de Taxanes, de Cis platine, de 5 FU.

Association radio chimiothérapie

C'est un protocole utilisé pour le traitement des tumeurs locorégionales en situation adjuvante ou exclusive si une chirurgie n'est pas envisageable, les modalités d'administration peuvent se faire selon le mode concomitant, alterné ou séquentiel.

Nouvelles approches systémiques

Ces approches sont en cours d'évaluation pour les carcinomes de VADS.

Ce sont des agents biologiques qui ont pour principe de moduler la voie de signalisation cellulaire caractérisant les tissus sains. Les voies de signalisation sont activées de façon permanente, participant à la prolifération tumorale.

Exemple : le récepteur à l'EGF (épithélial growth factor) qui présente la voie de signalisation dans plus de 80 % des carcinomes épidermoïdes des VADS. Les agents biologiques sont disponibles pour bloquer le récepteur à l'EGF dans sa portion extracellulaire (l'anticorps monoclonal anti EGF : C 225 est le Cetuximal B) ou intra cellulaire (les molécules inhibitrices de l'activité tyrosine kinase indispensable aux effets des récepteurs : ZD 1839 : Iressa).

β1-2.2) Corticothérapie ^[193]

La corticothérapie réduit l'inflammation, désinfiltre, résorbe les oedèmes. Elle a une action antalgique et atténue les effets de la chirurgie et de l'irradiation.

Elle retarde le recours aux opiacés, à la gastrostomie et à la trachéotomie. Elle semble stimuler les réactions de l'organisme, remonter l'état général, retarder la cachexie. Administrée par voie intramusculaire, elle peut être associée aux autres médicaments tels que les antibiotiques.

Les complications digestives sont rares. La corticothérapie administrée au long court, nécessite un régime sans sel strict.

β1-12.3) Antibiothérapie

Utilisée en cure préventive. Leur spectre d'action doit être suffisant. Leur choix se fera en fonction de leur efficacité, leur tolérance, leur moindre toxicité, des possibilités d'association avec d'autres thérapeutiques et leur coût.

β1-2.4) Traitement de la douleur

Leur recours est systématique. Les dérivés d'aspirine restent toujours efficaces. Cependant les opiacés constituent des antalgiques de premières intentions en matière de traitement de la douleur ; on les associe aux antibiotiques et aux psychotropes.

β1-2.5) Correction des désordres nutritionnels

Se fait avant l'intervention pour assurer des suites favorables et éviter les déperditions graves liées aux orostomes, aux troubles nutritionnels qui peuvent être majorés par la radiothérapie ou la chimiothérapie.

β1-3) Moyens physiques : La radiothérapie [11 ; 64 ; 95 ; 99 ; 131 ; 157]

C'est un traitement local ou locorégional du cancer basé sur l'utilisation de rayonnement ionisant, capable de détruire les cellules tumorales par cassure de l'ADN et apoptose.

Elle est rarement utilisée seule, mais est le plus souvent associée à la chirurgie et /ou à la chimiothérapie. Elle peut dans certains cas, contribuer à éviter une mutilation chirurgicale et à conserver la fonction et / ou l'esthétique.

L'objectif principal de la radiothérapie est de délivrer une dose suffisante, la plus homogène possible à la tumeur tout en protégeant les tissus sains et les organes critiques.

La radiothérapie fait appel à différents types de rayonnements qui sont choisis en fonction de la région à irradier, la localisation et de l'étendue, la profondeur de la tumeur, du volume cible, de l'existence de structures sensibles et de leur situation par rapport à celles-ci.

β1-3.1) Nature des rayonnements

Il y a deux méthodes d'irradiation :

- la radiothérapie externe ou transcutanée utilise des photons de haute énergie que sont le rayonnement gamma du cobalt et le rayon X de plusieurs méga électrons-volts produits par des accélérateurs linéaires,

- la curiethérapie : elle utilise l'iridium 192 ou le césium.

β1-3.2) Dosimétrie

La dosimétrie est la dose moyenne pour irradier les tumeurs malignes. Elle est fonction du volume cible, des données anatomiques, de la balistique de l'irradiation, et du calcul

de la distribution des doses dans les différents plans du volume irradié (plan sagittal, médian, plan transversal). Elle est en général de 30 à 70 Gy, délivrée en plusieurs séances. Les protocoles varient selon les centres. Elle est dite fractionnée ou hyper fractionnée étalée sur trois à sept semaines pour la radiothérapie externe.

Pour la curiethérapie : les aiguilles radioactives sont laissées en place entre sept et dix jours.

β1-3.3) Associations thérapeutiques incluant la radiothérapie

Les associations de radio chirurgie sont : la radiothérapie pré opératoire, la radiothérapie post opératoire, associations radio chimiothérapie.

Radiothérapie pré opératoire

On ne l'emploie plus pour des tumeurs radiosensibles, évoluant rapidement et en cas de contre indication de la chimiothérapie. Effectué dans un volume bien vascularisé, elle permet de réduire le nombre de cellules viables et la masse tumorale. Elle facilite l'acte opératoire réduisant ainsi le risque de récurrence locale ou régionale après chirurgie. Elle permet, à des doses curatives, d'éviter les chirurgies mutilantes.

Son inconvénient est le retard de cicatrisation qui peut gêner l'appréciation de la qualité des excrèses, de l'extension ganglionnaire donc favoriser la récurrence loco-régionale.

Radiothérapie post opératoire

Elle débute rapidement après intervention chirurgicale dès que la cicatrisation cutanée a été obtenue. Les doses varient de 50 à 65 Gy selon les protocoles :

- sur le lit tumoral :
 - résection suffisante : pas de radiothérapie post opératoire
 - résection insuffisante : radiothérapie post opératoire
- sur les aires ganglionnaires : radiothérapie post opératoire si N+ confirmé ou N+ avec rupture capsulaire par la biopsie excrèse ou technique du ganglionnaire sentinelle en étude anatomopathologique extemporanée.

Associations radio chimiothérapie

Elles peuvent se faire soit simultanément ou en association concomitante, soit de façon alternée ou en association séquentielle, soit par chimiothérapie suivant l'irradiation ou

chimiothérapie adjuvante, soit par chimiothérapie précédant l'irradiation ou chimiothérapie néo adjuvante. Toutes ces associations n'ont apporté aucune amélioration du contrôle local et de la survie, mais une majoration des effets cytotoxiques.

Les nouvelles perspectives en matière de recherches radiothérapeutiques sont :

- les modifications du fractionnement radiothérapie hyper fractionnée ou accélérée permettent d'augmenter les doses et de réduire les effets cytotoxiques tardifs ; par conséquent augmenter l'efficacité anti tumorale ;
- la ré oxygénation de la tumeur consécutive à chaque séance tout en diminuant le nombre de cellules hypoxiques radio résistantes ;
- l'association radiothérapie ;
- chimiothérapie et les modifications du fractionnement permettent d'augmenter l'efficacité anti tumorale au prix d'une augmentation acceptable de la toxicité aiguë tardive ;
- l'utilisation de radio sensibilisant des cellules hypoxiques tels que les molécules dérivant du métromidazol, et du misonidazole, qui se comportent comme des accélérateurs d'électrons augmente la radio sensibilité des cellules hypoxiques ; cependant, les molécules présentent une neurotoxicité ;
- les nouvelles technologies telles que l'irradiation par les rayonnements particuliers (cyclotrons, synchrocyclo-trons), la neutrothérapie, les protons et les particules lourdes chargées, favorisent une irradiation sélective et une distribution de doses de façon uniforme à des surfaces étroites mais épaisses. Ils sont utilisés dans les tumeurs proches des organes sensibles et dans les tumeurs inopérables. La neutronthérapie a aussi l'avantage de réoxygéner les tumeurs en hyper fractionnement. Son indication est en faveur des tumeurs très différenciées à temps de dédoublement élevé. D'autres voies d'études combinant les agents biomodulateurs (anti- récepteur, EGF, etc.) avec l'irradiation permettent d'augmenter l'efficacité des irradiations ^[213]. Enfin, les nouvelles techniques de radiothérapies conformationnelles avec modulateur d'intensité ouvrent des perspectives très prometteuses pour limiter la toxicité de la radiothérapie en particulier la toxicité salivaire.

β1-3.4) Principaux effets secondaires de la radiothérapie

Les réactions tissulaires observées après irradiation sont des effets toxiques qui sont soit directement liés à la mort cellulaire soit indirectement en rapport avec la sécrétion de cytokines et des facteurs de croissance. Les effets toxiques sont immédiats ou tardifs et dépendent du degré de renouvellement cellulaire des tissus sains environnants après irradiations. On regroupe ces effets en toxicité aiguë et toxicité tardive.

Toxicité aiguë

Elles sont représentées par : la radioépithélite, la radiomucite.

La radioépithélite : la lésion siège au niveau de la peau et apparaît après deux à trois semaines d'irradiation : on assiste à un érythème qui dessine le champ d'irradiation : la peau est rouge, chaude, discrètement atrophique et parfois oedemateuse.

A un stade évolué, on assiste à une phase exsudative des lésions qui deviennent des bulles intra épidermiques se rompant pour se recouvrir d'enduit fibrineux. La cicatrisation se fait par réépithélialisation.

La radiomucite : elle siège au niveau de la muqueuse. Elle évolue sur le plan clinique en mucite enanthémateuse ou en mucite avec fausses membranes confluentes.

En dehors de ces deux principales toxicités on peut assister à une agueusie, un dysfonctionnement salivaire avec une sécrétion de salive épaisse et collante.

Toxicité tardive

- Au niveau des glandes salivaires : à partir de 30 Gy, on assiste à une hyposialie pouvant aller jusqu'à l'asialie complexe à des doses avoisinant 70 Gy. Cette diminution de salive va provoquer une baisse du pH salivaire et favoriser l'apparition de caries post radiques appelées odontoradionécrose. Nous verrons plus tard le rôle de l'odontologiste pour prévenir l'apparition de ces caries. L'hyposialie va aussi induire l'apparition de candidose buccale ; pour limiter la xérostomie, des voies de recherches ont été développées et sont très encourageantes :

- une molécule sous le nom de l'amifostine pour réduire la xérostomie a fait l'objet d'essais randomisés dans l'étude de BRIZEL DM et coll ^[45] ; cependant, elle présente des effets toxiques (quelques cas rares de syndromes de Lyell) ; elle est difficile

d'utilisation (voie intra veineuses à chaque séance) et est très coûteuse ;

- la radiothérapie conformationnelle avec modulateur d'intensité (IMRT) permet une meilleure distribution de la dose à la forme exacte du volume cible tout en respectant les organes critiques ; des études ont confirmé que l'IMRT permet la conservation d'une fonction salivaire proche de la normale pour les tumeurs de petit volume et bien latéralisées et même dans l'irradiation bilatérale des aires ganglionnaires ^[154] ;

- au niveau des muscles : il s'agit de myosite ou d'une sclérose musculaire surtout du muscle sterno cleido mastoïdien et des muscles masticateurs ; on peut assister aussi à un trismus suite à la sclérose des muscles masticateurs ;

- au niveau de la peau et des muqueuses : il y a nécrose et épilation cutanée de la zone irradiée.

- au niveau de l'os : il y a ostéoradionécrose des maxillaires, véritable atteinte septique de l'os qui constitue une hantise de l'odontologiste surtout en cas d'extraction dentaire ; les précautions à prendre seront développées ultérieurement ;

- amplifications neurologiques : se rencontrent lorsque l'irradiation est importante ; on peut assister à : une radiomyélite, une sclérose du système nerveux périphérique ; Exemple les nerfs crâniens XII, IX ;

- cas particuliers des enfants : les atrophies surtout au niveau du massif facial entravent le développement des os tels que le maxillaire et la mandibule provoquant un retard de croissance ;

- cancers radio induits : ils sont rares et surviennent dix à trente ans après l'irradiation.

β1-4) Prise en charge psychologique

L'approche psychologique permet au patient de mieux comprendre sa maladie, les traitements et les séquelles qu'il aura à subir et lui permettra une insertion sociale beaucoup plus rapide après son traitement carcinologique. Actuellement, dans les centres anti cancers, la présence des psychologues est indispensable.

β2) Indications en fonction des TNM ^[26; 115]

Les critères de choix des traitements carcinologiques sont, la situation par rapport à la mandibule ou au maxillaire, l'existence d'une atteinte osseuse et / ou cutanée l'existence

d'adénopathie cervicale et de la taille de la tumeur. Les protocoles diffèrent en règle générale. Les indications sont :

- pour la tumeur de moins de 3 cm, la chirurgie seule ou la radiothérapie permet habituellement d'obtenir un contrôle local satisfaisant ;
- pour les tumeurs de plus de 3 cm, le protocole thérapeutique repose habituellement sur l'association d'une chirurgie première avec reconstruction suivie d'une radio thérapie post opératoire ;
- pour les tumeurs inopérables, les tumeurs multiples synchrones, récidivantes, métastatiques qui ont déjà été traitées en première intention par chirurgie ou radiothérapie, sont indiqués les traitements suivants : soit la chimiothérapie palliative ou néo adjuvante chez les patients chimio sensibles et ayant un bon état général, suivie d'une chirurgie avec reconstruction par lambeaux, soit la radiothérapie exclusive selon l'étalement classique ou accélérée, soit radio chimiothérapie.

Le traitement des aires ganglionnaires dépend de l'état général du patient et du traitement initial : dans la petite tumeur T1NO : l'abstention avec simple surveillance sera indiquée chez des patients dont le suivi post opératoire est aisé. La technique du ganglion sentinelle est souhaitable dans ces cas afin d'éviter tout curage ganglionnaire intempestif.

β3) Résultats

Les résultats sont médiocres dans l'ensemble. Le taux de survie à 5 ans ne dépasse pas 35 %. Cependant le contrôle locorégional dépend de la taille, de la localisation de la tumeur, des adénopathies, des métastases et des récives.

Pour certains auteurs ^[26], les résultats sont de plus en plus mauvais lorsqu'on s'éloigne de l'orifice labial. Exemple : la gravité des lésions de la commissure intermaxillaire. Pour d'autres auteurs, un meilleur contrôle local et un taux de survie acceptable sont obtenus pour des petites tumeurs ^[17; 84; 93].

Les résultats vont dépendre du type du traitement. D'après les études de CHIRAT et coll ^[58], pour les carcinomes de la lèvre traités par curiethérapie, tous stades confondus, la survie globale est de 66 % et le contrôle local à 5 ans est de 94.5 % avec 13 récives.

Pour certaines localisations tumorales, lèvres, plancher buccal, traitées par curiethérapie exclusive ou associée à une radiothérapie externe, on a un bon contrôle local, une faible

mortalité et de rares échecs.

La chimiothérapie en général donne des résultats médiocres : l'association de Cis platine et 5 FU donnée en trois cycles montre une survie à cinq ans de 5 % dans une méta analyse de PIGNON et all ^[158].

Par contre le taux de réponses objectives de la chimiothérapie d'induction est encourageant : d'après une étude faite par GALAIS ^[93], ce taux est supérieur à 45 % concernant l'association de 5-Fu et du Cis platine. Les régressions tumorales sont plus élevées pour les tumeurs T1, T2 latéralisées différenciées avec ou sans adénopathies.

D'autres études montrent des taux de réponses objectives dans le traitement de ces tumeurs allant de 30 à 80 % voire 100 % pour les mêmes associations d'après LACAV ^[dans 93]. L'association de Taxanes, de Cis platine, de 5-FU donne un taux de réponse objective supérieure à 90 %, et surtout complète clinique et histologique (plus de 60 % de biopsie négative) après chimiothérapie d'induction d'après les études de POSNER et all ^[163].

Malgré ces études encourageantes, la chimiothérapie d'induction soulève des polémiques quant à son utilisation. Dans l'ensemble, les auteurs reconnaissent qu'elle est bénéfique à une chirurgie de rattrapage.

β4) Facteurs de pronostics et évolution

** Facteurs de pronostics ^[69 ; 115 ; 134 ; 216]*

Le pronostic des carcinomes dépend des facteurs suivants: la différenciation histologique de la tumeur, l'âge, l'état du malade, le siège de la tumeur et le temps d'évolution tumorale.

β4-1) Différenciation histologique de la tumeur

L'indifférenciation représente à elle seule un élément de pronostic des plus péjoratifs.

β4-2) Age

Plus le sujet est jeune sans facteur alcool-tabagique, plus le pronostic est péjoratif.

β4-3) Etat du malade

Chez les sujets immunodéprimés présentant un carcinome épidermoïde avec évolution locorégionale et métastatique, le pronostic est très péjoratif.

β4-4) Siège de la tumeur

Conditionne l'extension régionale et les propagations métastatiques, notamment au niveau des ganglions. Les métastases ganglionnaires sont des indices de mauvais pronostic.

β4-5) Temps d'évolution tumorale

Dans les tumeurs à évolution rapide, l'association tumeur volumineuse et temps d'évolution des signes cliniques courts (quelques semaines) sont des éléments de très mauvais pronostic.

** Evolution*

Diverses complications peuvent s'observer au cours de l'évolution de ces cancers:

- les récurrences locales et régionales tardives ou précoces,
- les métastases ganglionnaires cervicales homo-controlatérales atteignant les chaînes ganglionnaires jugulaires et sus claviculaires. Elles précèdent les métastases à distance dont la fréquence est importante,
- les conséquences des métastases multiples et l'infiltration importante au niveau des tissus sous jacentes avec apparition d'orostomes entraînent le décès par cachexie, broncho pneumonie d'inhalation voire gangrène pulmonaire ;
- les complications liées à la thérapie : surtout par radiothérapie :
- l'hémorragie foudroyante par rupture d'un gros vaisseau cervical notamment carotidien suite à une thérapie radio chirurgicale sur les aires ganglionnaires,
- la survenue d'une deuxième localisation cancéreuse soit au niveau des VADS, soit à distance au niveau de l'estomac, des poumons ;
- l'évolution locorégionale et métastatique atypique sont signes de pronostic très péjoratif.

Les chances de survie sont liées à la précocité du traitement et à une surveillance soignée et respectée du patient. Car, même si toutes les conditions sont réunies pour la réussite des traitements, le risque de récurrence tumorale au niveau des VADS est fort probable. BAILLET ^[17] note 70 % des récurrences dans les six premiers mois et 90 % des récurrences dans les deux premières années.

Par conséquent, le taux de décès des carcinomes épidermoïdes est élevé et le taux de survie à 5 ans est médiocre. C'est pourquoi, la surveillance post thérapeutique est

primordiale. Elle sera régulière, rituelle et stricte pendant 5 ans. En général, une consultation de contrôle avec un bilan, ORL et des clichés radiographiques pulmonaires sont indispensables tous les six mois pendant les deux premières années, puis une fois par ans après deux ans.

Au terme de ce chapitre nous pouvons constater que les indications des traitements des carcinomes épidermoïdes sont complexes et multiples, d'où la diversité des protocoles thérapeutiques dans les centres spécialisés. Les résultats de ces traitements restent encore médiocres ; en Europe, en France en particulier où le nombre de carcinomes épidermoïdes croît de plus en plus, les patients sont encouragés à entrer dans les programmes d'essais thérapeutiques.

∂) Traitements palliatifs ou soins palliatifs, soins continus, soins terminaux ^[115 ; 147 ; 153 ; 211]

Ils visent à : « soulager souvent, consoler toujours » d'après A. Paré.

∂1) Définition

Le mot « palliatif » vient du latin « pallium » qui signifie « manteau ». Au sens figuré, pallier c'est recouvrir, mettre le manteau, tenter de protéger et plus largement remédier à une difficulté.

En carcinologie, c'est la prise en charge de la phase terminale de la pathologie. Un malade en situation palliative est un malade pour lequel les thérapeutiques anticancéreuses actives ne laissent pas d'espoir de guérison mais leur espérance de vie est variable, peut être longue, parfois supérieure à un an. Les malades terminaux ou préterminaux sont des malades en situation palliative, présentant une dégradation physique progressive avec déchéance rapide d'une ou plusieurs grandes fonctions.

∂2) Moyens ^[79 ; 153]

Ils comprennent la chirurgie orthopédique, la radiologie interventionnelle, la chirurgie de dérivation, la chirurgie de propreté, les techniques antalgiques. Ces moyens ont pour but de les aider à poursuivre une vie plus normale que possible, sans les isoler de leur cadre familiale. Chez les malades en phase préterminale ou terminale, la correction des défaillances nécessite aussi le recours à des soins intensifs (ventilation assistée, dialyse etc. ...).

Les techniques antalgiques visent à lutter contre la douleur. Cette préoccupation majeure amène l'Organisation Mondiale de la Santé à insister sur l'importance :

- d'une politique nationale en faveur de la disponibilité des médicaments utilisés pour soulager la douleur associée au cancer,
- d'une disponibilité réelle des médicaments dans la société et les hôpitaux,
- d'un programme d'éducation.

A cet effet, l'organe international de contrôle des stupéfiants de l'OMS, soutient avec vigueur la libéralisation et la distribution de la morphine pour soulager la douleur. L'OMS reconnaît le soulagement de la douleur comme un droit que les pays doivent respecter et appliquer.

ô3) Indications

Dans les tumeurs très évoluées T4, inopérables mettant en jeu le pronostic vital du patient, chez les malades en phase préterminale ou terminale.

Les soins palliatifs, en général, permettent d'exprimer la compassion, qui est l'une des valeurs les plus fondamentales de toute la société humaine.

b-) Carcinomes des glandes salivaires [5 ; 47 ; 59 ; 115 ; 125 ; 126 ; 149 ; 201]

Les carcinomes des glandes salivaires sont peu fréquents. Ils représentent 5 % de l'ensemble des carcinomes. Il existe une grande variété histologique des carcinomes glandulaires mais ceux qui prédominent et qui sont d'un mauvais pronostic sont les carcinomes adénoïdes kystiques ou cylindromes.

Au niveau de la cavité buccale, ce sont les carcinomes des glandes salivaires accessoires et des submandibulaires qui sont fréquents. Ceux des glandes sublinguales sont rares et ont fait l'objet de très peu d'études. De ce fait, nous n'avons pas trouvé de données cliniques sur ces pathologies. Les carcinomes des glandes parotides ne seront pas pris en compte dans cette étude pour des raisons relevant purement de l'anatomie topographique.

b-1) Etioépidémiologie

La fréquence de ces tumeurs est diversement appréciée par les auteurs et selon les pays.

Cependant, les carcinomes palatins sont les plus fréquents :

- les deux sexes sont touchés ;
- l'âge moyen des tumeurs s'établit à 50 ans. Ces tumeurs sont observées à tout âge, depuis l'enfance jusqu'à l'âge extrême de la vieillesse ;
- il n'y a pas de facteurs de risques connus en dehors d'une irradiation à faible dose dans l'enfance qui favoriserait la survenue des carcinomes et le facteur tabagisme chronique ;
- il faut souligner le long délai de prise en charge entre l'apparition de la tumeur et son approche médicale dû à la latence clinique de la tumeur.

b-2) Diagnostic positif

b2-1) Signes pathognomoniques

Il s'agit :

- d'une tuméfaction plus ou moins importante, de consistance ferme ou molle, mal limitée, fixée, indurée, pluri focale, arrondie ou bosselée, douloureuse ou pas, d'évolution latente ;
- de troubles de la sensibilité dans le territoire concerné ;
- d'une voix nasonnée, de troubles de la déglutition, de la mastication ;
- d'adénopathies cervicales.

b2-2) Examen clinique

**** Interrogation***

- Date d'apparition : quelques mois à quelques années.
- Mode évolutif : douleur cependant 60 à 80 % des patients sont asymptomatiques.

**** Inspection***

- Du plancher buccal et du palais montre : l'aspect de la tumeur : inflammatoire ou non, sa forme, son volume.

**** Palpation***

Bi digitale au niveau de la tumeur à la recherche de:

- la fixité ou non par rapport aux structures sous jacentes de la région,
- troubles de la sensibilité surtout dans le territoire du nerf lingual,

- adénopathies,
- la consistance : ferme ou molasse,
- l'induration et l'extension aux plans profondes.

b2-3) Classification des TNM-UICC 2002

Cette classification ne s'applique qu'aux cancers des glandes salivaires principales. Pour les tumeurs des glandes salivaires accessoires, la classification dépend de la localisation initiale.

T1 \leq 2 cm: tumeur dans sa plus grande dimension, sans extension extra-glandulaire.

T2 : 2 cm < tumeur \leq 4 cm dans sa plus grande dimension sans extension extra-glandulaire. Une extension locale est clinique ou macroscopiquement évidente : envahissement de la peau, des parties molles, des os ou des structures nerveuses. Un envahissement macroscopique isolé n'est pas considéré comme une extension locale.

T3 : 4cm < tumeur \leq 6cm dans ses plus grandes dimensions et / ou extension extra-glandulaire sans atteinte du nerf facial.

T4 : tumeur > 6cm dans ses plus grandes dimensions et / ou envahissant la base du crâne ou le nerf facial.

b2-3) CLASSIFICATION SELON LES STADES

Stade I	T1	N0	M0
	T2	N0	M0
Stade II	T3	N0	M0
Stade III	T1	N1	M0
	T2	N1	M0
Stade IV	T4	N0	M0
	T3	N1	M0
	T4	N1	M0
	tous T	N2	M0
	tous T	N3	M0
	tous T	tous N	M1

b2-4) Examens complémentaires

- scanner,
- IRM,
- diagnostic de certitude repose sur l'examen histologique : celui-ci se fera en extemporanée sur la pièce d'exérèse de la région sous maxillaire,
- cytoponction ^[47]: elle est utilisée au cas où un diagnostic pré thérapeutique s'avère nécessaire. Elle se base sur la technique d'aspiration à l'aide d'une aiguille fine.

La cytoponction ne remplace en aucun cas la biopsie extemporanée car elle peut être responsable de faux négatifs ou de faux positifs.

b2-5) Classification anatomopathologique des carcinomes glandulaires

Elle répond à celle de l'OMS de 1990 basée sur les différents grades de malignité.

Tumeurs malignes de bas grade de malignité

- carcinomes mucco-épidermoïdes de grade 1 et 2
- adénocarcinomes à cellules acineuses
- adénocarcinomes polymorphes de bas grade (glandes accessoires)
- cystadénocarcinomes à cellules basales.

Tumeurs malignes de grades intermédiaires et de haut grade de malignité :

- Carcinomes à cellules malpigiennes :
 - carcinomes mucco épidermoïdes de haut grade
 - carcinomes malpigiens ou spinocellulaires
 - Carcinomes différenciés :
 - à grandes cellules (anaplasique)
 - de type lympho-épithéliale (de type nasopharyngé)
 - Carcinomes à cellules myoépithéliales :
 - carcinomes adénoïdes kystiques (exemple cylindrome)
 - carcinomes épithéliaux

- carcinomes myoépitheliaux (myoepithelium malin)
 - Carcinomes à cellules oncocytaires
- carcinomes oncocytaires (oncocytose maligne)
- carcinomes dans une tumeur de wharton
 - Carcinomes à cellules sébacées
- carcinomes sébacés
- lymphadenocarcinomes sébacés
 - Carcinomes autres
- carcinomes des canaux salivaires
- adenocarcinomes (SAI)
- carcinomes à petites cellules
- adenocarcinomes mucineux
- Carcinomes et adénocarcinomes sont synonymes d'épithélioma glandulaire.

b-3) Aspects anatomopathologiques et cliniques des carcinomes glandulaires

b-3-1) Tumeurs malignes de bas grade

** Adénocarcinomes acineuses*

Ils représentent 17 % des tumeurs malignes des glandes salivaires et accessoires. On les retrouve à 4 % dans la glande sous maxillaire (très rare dans la glande sublinguale) et à 13% dans les glandes salivaires accessoires (muqueuse buccale, lèvre supérieure et palais). L'âge moyen est de 44 ans. C'est la troisième en fréquence des tumeurs des glandes salivaires de l'enfant et de l'adolescent.

Histologie : l'architecture est solide, micro kystique, papillokystique ou folliculaire, et les cellules sont en proportion variables en cellules acineuses, canaux intercalaires, vacuolisées, claires et glandulaires non spécifiques.

Diagnostic différentiel :

- métastase d'un carcinome thyroïdien +++,
- carcinome muco-épidermoïde (CME),
- adénocarcinome polymorphe de bas grade (ADPBG),
- cystadénocarcinome,

- adénocarcinome à cellules claires,
- oncocytomes à cellules claires,
- métastase d'un adénocarcinome à cellules claires rénales.

Pronostic : Le pourcentage de récurrence est 35 % ; celui des métastases et de décès en rapport avec la tumeur est de 16 %. Globalement, le pronostic est meilleur que celui du CME et du carcinome adénoïde kystique (CAK). Il serait meilleur dans les glandes salivaires accessoires.

** Adénocarcinome polymorphe de bas grade (ADPBG)*

Il est décrit presque exclusivement dans les glandes salivaires accessoires (GSA), et représentent 20 % des tumeurs malignes des GSA, dont 6 % dans le palais.

Histologique : il s'agit d'une tumeur infiltrante avec de fréquents envahissements périvasculaires et périnerveux, par ailleurs caractérisée par son très grand polymorphisme architectural (tubes et glandes, lobules et plages solides, travées et files indiennes, structures cribriformes et pseudo kystiques, papilles...) contrastant avec un aspect cytologique assez uniforme et très peu inquiétant.

Diagnostic différentiel

Il est souvent difficile, surtout sur des petites biopsies ou en extemporané, avec :

- l'adénome pléomorphe,
- le CAK confirmé par l'immunohistochimie.

Pronostic

C'est un carcinome de bas grade de malignité, à malignité essentiellement locale. Le risque de récurrence est de 0 à 30 % ; et de métastase inférieur à 10 %. Il n'a jamais été décrit de métastase à distance.

** Adénocarcinome à cellules basales*

Ces tumeurs représentent environ 3 % des tumeurs malignes des glandes salivaires, quelques cas sont retrouvés dans les GSA. L'âge moyen de survenue est de 60 ans.

C'est une tumeur rare mais qu'il convient de connaître car elle pose souvent des problèmes de diagnostic différentiel avec l'adénome à cellules basales, dont elle ne se différencie le plus souvent que par son caractère infiltrant ; et parfois par le CAK (surtout

dans sa forme solide et le carcinome épidermoïde basoïde dans les VADS uniquement).

b-3-2) Tumeurs malignes de haut grade de malignité

** Carcinome Adénoïde Kystique (CAK) (ou Cylindrome)*

Il représente environ 4 % des tumeurs des glandes salivaires et 8 % des tumeurs malignes des glandes salivaires accessoires. C'est essentiellement une tumeur de l'adulte, avec une incidence maximale entre 40 et 70 ans. Environ la moitié des cas est aussi rencontrée dans la sous-maxillaire.

Clinique : il se présente comme une tumeur arrondie à croissance lente, marquée parfois par des douleurs, et une ulcération.

Histologie : c'est une tumeur qui se caractérise par une tendance infiltrante nette avec des propagations le long des gaines nerveuses, contrastant avec une apparence cytologique en général peu inquiétante. On distingue 3 types architecturaux, souvent mélangés :

- le type glandulaire ou cribriforme : l'aspect typique des cylindromes, en « fromage de gruyère ».
- le type tubulaire ou trabéculaire : formé de travées, cordons et petits tubes disposés dans un stroma hyalin. C'est le type de meilleur pronostic ; mais c'est aussi celui qui pose le plus de problème de diagnostic différentiel avec l'adénome pléomorphe et l'adénome à cellules basales.

Ces deux types sont actuellement regroupés sous un seul type glandulo-tubulaire.

- le type solide (10 %) reconstitué de massifs pleins parfois creusés d'un peu de nécrose ; le stroma est peu abondant.

Diagnostic différentiel

Il se pose avec :

- l'adénome pléomorphe et l'adénome à cellules basales +++ : surtout pour les petits CAK de type trabéculaire ou tubulaire. Contrairement aux adénomes pléomorphes, le CAK présente une tendance infiltrante, des engainements péri nerveux fréquents et est dépourvu de foyers cartilagineux, osseux.
- l'adénocarcinome à cellules basales.

- l'adénocarcinome polymorphe de bas grade (ADPBG)
- le carcinome épidermoïde basaloïde (exclusivement dans les VADS).
- le carcinome myoépithélial.

Pronostic

Il s'agit d'une tumeur de haut grade de malignité. La valeur pronostique des engagements péri-nerveux, de la ploïdie et du pourcentage des cellules en phase S n'est pas clairement établie. Sur le plan histologique, une propagation de composante solide de plus de 30 % serait de mauvais pronostic (récidives et métastases précoces, mortalité importante à 5 ans). Le pronostic est meilleur dans les glandes salivaires principales (GSP) que dans les glandes salivaires accessoires (GSA) et moins bon dans la glande sous-maxillaire. Cependant, là encore, l'extension initiale de la tumeur et la qualité de sa résection sont des facteurs pronostiques déterminants.

Les métastases hématogènes (pulmonaires surtout) sont beaucoup plus fréquentes que les métastases ganglionnaires : elles apparaissent tardivement (même si la tumeur est localement contrôlée) et sont d'évolution lente. La survie serait moins bonne quand on traite ces métastases par chimiothérapie. La survie globale est de 6 % à 5ans et de 40 % à 10 ans.

* *Carcinome canalaire* (« *SALIVARY DUCT CARCINOMA* »)

Il est très rare et touche les GSA. C'est la seule tumeur maligne des glandes salivaires à nette prédominance masculine (70 %). C'est une tumeur de haut grade de malignité. Elle ressemble sur le plan histologique à un adénocarcinome mammaire. C'est une des tumeurs malignes des GS les plus agressives : 40 % des patients présentent des métastases ganglionnaires et/ou des métastases à distance ; 60 % décèdent de leur tumeur. Les tumeurs de moins de 3 cm ont meilleur pronostic.

Diagnostic différentiel

Ce sont :

- métastase d'un carcinome mammaire+++
- cystadénocarcinome (carcinome de grade intermédiaire de malignité).

b-3-3) Carcinomes glandulaires de grades variés

**** Carcinome muco-épidermoïde (CME)***

Il représente environ 15% des tumeurs des glandes salivaires. C'est le plus fréquent des tumeurs malignes des glandes salivaires (30 %). On l'observe à tout âge : le plus souvent entre 20 et 60 ans, parfois chez l'enfant. Environ la moitié des cas dans les glandes salivaires principales (essentiellement la parotide) ; l'autre moitié dans les glandes salivaires accessoires

(dont 20 % dans le palais puis, par ordre décroissant, dans la muqueuse buccale, la lèvre, la région rétro molaire et la langue).

Cliniquement : ils se présentent comme une masse douloureuse, de croissance lente, ferme ou dure, mobile ou fixée.

Histologie : c'est une tumeur maligne caractérisée par la présence conjointe de cellules épidermoïdes muqueuses. L'architecture peut être solide, micro kystique, parfois franchement kystique.

Le pronostic dépend du stade clinique, du grade histologique et surtout de la qualité de l'exérèse initiale. Les CME des GSA du plancher buccale et de la langue sont de moins

bon pronostic. Contrairement aux métastases à distance, les métastases ganglionnaires ne sont pas forcément un facteur de mauvais pronostic.

Diagnostic différentiel : carcinome adénoquameux, carcinomes épidermoïdes, adénocarcinome à cellules acineuses, adénocarcinome à cellules claires.

**** Adénocarcinomes SAI (Sans Autres Indications)***

D'après les études d'Armstrong, la fréquence de l'adénocarcinome SAI représente 10 % des tumeurs des glandes salivaires et 17 % des tumeurs malignes. Les adénocarcinomes SAI peuvent être de bas grades, de grade intermédiaire ou de haut grade ; ce qui témoigne de l'hétérogénéité de ce groupe.

b-4) Formes topographiques des carcinomes glandulaires et leur traitement

Nous livrerons, dans ce chapitre, les données de la littérature concernant les carcinomes des glandes submandibulaires et glandes salivaires accessoires.

b-4.1) Carcinomes de la glande submandibulaire

Ils sont peu fréquents. Ils représentent 10 % de l'ensemble des tumeurs malignes des glandes salivaires.

Les variétés anatomopathologiques rencontrées au niveau de la glande sous maxillaire sont :

- 60 % de carcinome Adénoïde kystique
- 10 % d'Adénocarcinome,

Aspects cliniques : elles se présentent sous la forme d'une augmentation de volume de la glande qui apparaît arrondie, régulière, parfois bosselée, ferme ou indurée à la palpation mobile ou fixe.

L'examen clinique : la palpation digitale devra apprécier sa mobilité par rapport au plancher buccal et à la mandibule. On recherche une éventuelle atteinte du rameau mentonnier du VII ou un déficit dans le territoire du nerf lingual. On examine avec attention les aires ganglionnaires.

L'imagerie est indispensable : IRM avec ou sans injection, scanner avec injection.

Diagnostics différentiels

- sous maxillite chronique généralement lithiasique,
- tumeurs sous cutanées et osseuses,
- formation kystique,
- adénopathie de la loge sous maxillaire inflammatoire, infectieuse ou néoplasique ++.

Le diagnostic de certitude repose sur l'examen histologique : celui-ci sera fait en extemporané sur la pièce opératoire et sera confirmé par l'examen des coupes à la paraffine :

- si l'examen montre qu'il s'agit d'une tumeur maligne, un évidement ganglionnaire sélectif du groupe sous-digastrique est indispensable avec examen histologique extemporané, parfois une exérèse d'une structure voisine (peau, mandibule, planché) est nécessaire.

Une radiothérapie post opératoire est nécessaire pour prévenir une récurrence en cas :

- d'envahissement des structures de voisinage (T3 et T4),

- tumeur de haut grade de malignité,
- résection insuffisante,
- envahissement ganglionnaire (N+).

Le pronostic est médiocre. La survie à 5 ans n'est que de 40 %. Les CAK : 40 % à 10 ans et les carcinomes muco-épidermoïdes 85 % à 5ans.

b-4.2) Carcinomes des glandes salivaires accessoires

Les glandes salivaires accessoires ont pour siège la muqueuse buccale principalement mais aussi l'ensemble du tractus aéro-digestif supérieur.

Dans la bouche, on trouve des tumeurs au niveau :

	50
– du palais	%
	15
– du voile	%
	15
– des lèvres	%
– de la face interne des joues	8 %
– du plancher de la bouche	5 %
– de la langue	5 %
– des régions rétro-molaires.	2 %

Les types rencontrés sont globalement les mêmes qu'au niveau des GSP. Cependant, l'adénocarcinome polymorphe de bas grade (ADPBG) est presque exclusivement développé aux dépens des GSA, alors que le carcinome canalaire et l'adénocarcinome à cellules basales sont presque exclusivement développés aux dépens des GSP. Les tumeurs les plus fréquentes dans les GSA sont, par ordre décroissant de fréquence : le carcinome muco-épidermoïde, l'ADPBG et le CAK dont ceux du palais représentent 50 % des tumeurs malignes des glandes salivaires.

Le diagnostic différentiel se fait avec de haut grade de malignité comme le carcinome adénoquameux et le carcinome épidermoïde basaloïde.

L'aspect clinique est celui d'une tuméfaction régulière ferme, recouverte d'une muqueuse souvent normale.

Le diagnostic sera fait lors de l'examen histologique de la pièce d'exérèse. Le traitement

se base sur l'exérèse de la tumeur suivie d'une irradiation. La survie à 10 ans est de 30 %.

Nouvelles approches biologiques dans les traitements des carcinomes glandulaires

Compte tenu des récurrences locorégionales et de la fréquence des métastases rencontrées dans les cylindromes, l'efficacité de la chimiothérapie conventionnelle et intermittente est médiocre. Dans ces cas, les protocoles privilégient la monothérapie par tamoxifène ou le VP 16 par voie orale. Ce sont de nouvelles molécules qui ont un intérêt majeur dans cette pathologie. Elles constituent une nouvelle approche thérapeutique qui consiste en l'utilisation des agents biologiques disponibles pour bloquer le récepteur à l'EGF dans sa portion extra-cellulaire (l'anticorps monoclonal anti EGF C 225 est le Cetuximal R) ou intra cellulaire (les molécules inhibitrices de l'activité tyrosine kinase indispensable aux effets des récepteurs : ZD 1839 : Iressa).

Ces techniques sont fortement recommandées dans le traitement des carcinomes adénoïdes kystiques des glandes salivaires.

2.4.2. AUTRES CANCERS DE LA CAVITE BUCCALE [2 ; 13 ; 25 ; 98 ; 207]

a) Généralités

Ce sont :

➤ Les Tumeurs primitives :

- tumeurs des tissus conjonctifs : sarcomes, lymphomes

Elles représentent environ 4 % de l'ensemble des tumeurs ;

- les tumeurs du système melanogène et les tumeurs histogènes (controversés) qui représentent environ 1 %.

➤ Les tumeurs secondaires

Elles sont rares. Ce sont en général :

- des métastases des cancers primitifs d'autres organes (seins, foie, colon etc...),

- cancers lié à l'infection VIH : lymphomes, sarcomes de KAPOSÍ.

b) Sarcomes

Nous allons distinguer les sarcomes des maxillaires et les sarcomes des tissus mous.

b-1) Sarcomes des maxillaires

Ils sont en général de mauvais pronostic, les sujets les plus touchés sont les enfants, les

sujets jeunes de moins de 20 ans, et les adultes de plus de 50 ans.

Le facteur favorisant est remis en cause. Les auteurs incriminent une possibilité d'irradiation et une implication virale ; dans certains cas, la cause reste inconnue.

Parmi les sarcomes des maxillaires on distingue : les ostéo sarcomes, les reticulo sarcomes, les lympho sarcomes parmi lesquels les sarcomes d'EWING, les myélomes et les schwannomes malins primitifs.

D'après les études cliniques, ces tumeurs se manifestent toujours par un début douloureux insidieux de courte durée associée à des odontalgies, très souvent à des mobilités dentaires dans le territoire atteint, cause d'avulsions qui ne cicatrisent pas. Il y a une béance alvéolaire avec apparition d'un bourgeon charnu rouge qui évolue vers une ulcération, creusante, nécrosante, grisâtre avec des débris sphaceliques évoluant vers une nécrose et l'élimination de séquestre osseux.

La tuméfaction quasi présente correspond à un stade avancé. Elle fait corps à l'os. Elle est ferme, indolente, comblant le vestibule, recouverte par une muqueuse congestive, s'accompagnant de troubles de la sensibilité. Les signes dentaires sont exacerbés avec mobilité, déplacement, trouble de l'articulé dentaire, enchâssement des dents dans la tumeur extrusion.

Signes généraux

- amaigrissement important par état déshydratation, dénutrition.
- anémie manifestations viscérales,

Diagnostic positif confirmé par l'histologie.

Examens complémentaires

Examens biologiques montrent :

- augmentation de la vitesse de sédimentation,
- anémie.

Examens radiographiques

- Retroalvéolaire
- Orthopantomogramme
- Tomodensitométrie

- **IRM**

Les signes radiologiques montrent une image d'ostéolyse avec des limites floues ou d'ostéo-condensation avec une image radio opaque entourée d'un halo transparent avec limites imprécises et une ostéolyse de l'os voisin.

La réaction du périoste se traduit par des images de décollement sous forme de strates donnant un aspect de « Bulles d'oignon » ou de « peigne ». La lyse osseuse se traduit par une image en géodes, en lacunes ou en plages.

A un stade évolutif on assiste à une rupture de la corticale avec éclatement du périoste et extériorisation de la tumeur se traduisant par des images radiographiques en « Flammèches » en « feu d'herbes » et en « rayons de soleil ».

La radiographie retroalvéolaire montre une lyse osseuse inter dentaire soit partielle avec conservation des septa donnant un aspect « de feu de lance » associé à un élargissement ligamentaire et un liseré d'ostéoblastes au niveau d'un os alvéolaire fin, irrégulier, éburné, soit totale donnant un aspect de « dent suspendue ».

Ces signes sont retrouvés sur les incidences radiographiques telles que le maxillaire défilé, l'orthopantomogramme.

Traitement :

- chirurgie exérèse large dans la mesure du possible,
- radiothérapie,
- chimiothérapie.

Evolution :

Rapide si un traitement n'est pas instauré. On assiste à une extériorisation de la tumeur, de métastases et une récurrence locale.

Pronostic médiocre : survie à 10 ans est de 20 %.

b-2) Sarcomes des tissus mous

Sont plus rares que les sarcomes des maxillaires hormis les sarcomes ostéogénétiques et les chondrosarcomes.

On distingue :

- **Les fibrosarcomes** : qui touchent les lèvres, la gencive, la langue, la face interne

joues et fibro muqueuse du palais.

Ils se manifestent par une ulcération associée à une tuméfaction ferme, dure indolore, mal limitée indurée saignant au contact.

Diagnostic positif est confirmé par l'anatomopathologie.

Traitement :

- chirurgie large et reconstruction.
- radiothérapie

Evolution : rapide avec métastase (pulmonaire)

Pronostic : très sombre.

Cependant, au stade de début si le traitement chirurgical est fait, la survie est acceptable.

➤ **Les sarcomes développés à partir des tissus différenciés :**

- rhabdomyosarcomes, en particulier du masséter
- liposarcomes
- angiosarcomes,
- schwannomes malins.

Les lymphomes malins non hodgkiniens localisés à la langue, gencive, plancher buccale tumeur se manifestent par une ulcération rouge violacée, saignante.

Traitement : chirurgical, radiothérapie.

Evolution : rapide avec de métastases.

Pronostic : sombre.

Dans les sarcomes des tissus mous les examens radiographiques sont peu utiles. Seule la biopsie permettra de faire le diagnostic différentiel avec les carcinomes.

c) Les tumeurs malignes du système mélanogène

Elles peuvent apparaître soit, sur une tumeur bénigne (mélanose de Dubreuil), soit d'emblée avec une notion de traumatisme physique, chimique ou thermique.

Le siège préférentiel est le palais dur, le procès alvéolaire mandibulaire.

La clinique est dominée par :

- soit une lésion végétante ulcérée avec pigmentation bleuâtre, indolore à base indurée hémorragique parfois prurigineuse,

- soit sous une forme discrète révélée par la présence d'adénopathie sous maxillaire, jugulo carotidienne ou métastase viscérale.

- soit sous un aspect trompeur d'épulis ou angiome recouvert par pigmentation discrète parfois inexistante.

Diagnostic positif : histologie.

Diagnostic différentiel.

- angiome,

- pigmentation raciale,

- coloration médicamenteuse ou Addisonnienne

Pronostic : sombre avec une survie de 50 % à 5 ans.

d) Le lymphome de BURKITT à localisations maxillaires

La tumeur de BURKITT est un lymphome malin non hodgkinien décrit en 1957 par Denis BURKITT en Afrique à Kampala (Ouganda).

Les premiers cas de cette tumeur ont été découverts par VILLASCO ^[207] à Abidjan en 1954.

Epidémiologie

Facteurs déclenchants : virus Epstein Barr dans un mode de transmission mère enfant ou à l'adolescence et chez l'immunodéprimé.

Facteurs environnementaux : zone tropicale, endémique palustre.

Forme endémique

Ce sont les tumeurs de BURKITT des maxillaires qui atteignent l'enfant africain pendant les 15 premières années de la vie. L'incidence 5 à 10 cas pour 100 000 habitants.

La distribution géographique en Afrique se fait en zone d'endémie palustre (à l'ouest) entre le 10° latitude nord, et la 15° latitude sud. A l'est 5° latitude nord et 20° latitude sud) avec des facteurs climatiques dominés par une température supérieure à 16°, l'altitude est de 1500 m, la pluviométrie reste supérieure à 50 cm.

Une incidence identique est retrouvée en Papouasie, en Nouvelle Guinée, en Madagascar.

Formes sporadiques

Chez l'enfant en Occident et chez le jeune adulte on trouve dans 20 % des cas, le Virus HBV.

Il existe une forme liée à l'infection par le VHI en Occident chez l'homme homosexuel et en Afrique chez les hétérosexuels.

Pathogénie

Quelle que soit la forme, l'infection au virus Epstein-Barr survient chez le sujet en zone endémique palustre dans les conditions climatiques particulières. Le virus atteint les cellules de BURKITT du système hématopoïétique avec aberration chromosomique.

Signes cliniques

Les localisations maxillaires touchent les deux os, et s'accompagnent ou non de lésions viscérales.

Les signes sont : tuméfaction de la région para-alvéolaire d'un groupe de dents avec mobilité et douleur qui s'accompagne d'aspect pseudo inflammatoire de la muqueuse.

L'évolution est rapide avec déformation faciale et un début trompeur cause d'extraction donnant l'aspect « de batracien » s'accompagnant d'une protrusion du globe oculaire et une altération de l'état général.

Examens complémentaires

Les examens biologiques montrent : une augmentation de la VS (vitesse de sédimentation), une anémie sévère et une présence de protéine sériques.

Le myélogramme n'est pas perturbé.

Les examens radiographiques démontrent des images radiographiques sous forme de petites géodes fusionnant aboutissant à de larges plages d'ostéolyses donnant un aspect « d'os mité » ou « de pain de mie ».

L'atteinte du parodonte entraîne une mobilité et des déplacements dentaires.

Traitement : chimiothérapie en association : Endoxan et Oncovin Aracytine Methotrexate.

Evolution : favorable, la rémission est plus de 80 % de cas dans les formes localisées et de 60 % de cas dans les formes disséminées.

Pronostic : mauvais à cause des récurrences et des décès fréquents.

2.4.3. ROLE DE L'ODONTOLOGISTE DANS LA PRISE EN CHARGE DES CANCERS BUCCAUX [3; 23 ; 27 ; 43 ; 74 ; 95 ; 132 ; 164 ; 173 ; 189 ; 190 ; 191 ; 215]

a) Rôle dans la prévention

Ce rôle se limite au dépistage des états précancéreux et des carcinomes et orienter le patient vers le spécialiste. Le rôle réside aussi à la sensibilisation sur les effets néfastes des facteurs de risque oncogène.

b) Rôle dans la prise en charge thérapeutique

La prise en charge du malade cancéreux est pluridisciplinaire où chacun des acteurs (oncologues, chirurgiens spécialisés, radiothérapeutes et odontologues) doit avoir une conduite bien définie. La collaboration doit être étroite entre les acteurs grâce à la communication.

L'odontologue doit avoir connaissance : du traitement que va subir le patient, des médications prévues, de leurs effets secondaires, de leurs séquelles et de tout ce qui peut ou ne doit pas être fait au cabinet. Son rôle sera essentiellement une prise en charge bucco-dentaire avant, pendant et après les traitements carcinologiques.

b-1) Face au malade subissant la chirurgie carcinologique

b-1-1) Avant la chirurgie carcinologique

L'odontologue interviendra pour :

- une mise en état de la cavité buccale qui va consister à faire des soins conservateur : la chirurgie carcinologique étant délabrante, il est important de conserver un maximum de dents pour maintenir les futures prothèses,
- confectionner des prothèses immédiates (plaque palatine, prothèses obturatrices).

b-1-2) Pendant la chirurgie carcinologique

L'intervention des odontologues spécialistes sera la pose d'une prothèse immédiate obturatrice ou protectrice.

b-1-3) Après la chirurgie carcinologique

Gestion des séquelles

Son rôle sera de gérer les séquelles fonctionnelles, esthétiques et psychologiques. La

prise en charge consiste à prodiguer les soins au malade comme à n'importe quel autre patient afin de l'aider dans sa réinsertion sociale et dans son équilibre psychologique.

Les prothèses maxillo-faciales seront corrigées et les prothèses guides réalisées dans un centre hospitalier spécialisé. Leur but est de prévenir et de limiter les séquelles en améliorant les fonctions et l'esthétique. Leurs connaissances par le praticien en ville sont fort utiles en ce sens que cela lui permet de comprendre l'appareillage de son patient afin de l'aider en cas de problème mineur tout en lui évitant par ailleurs, un déplacement dans le centre spécialisé, parfois éloigné de son domicile.

Rôle dans le suivi et traitement des dents restantes

Ces attitudes se situent à différents niveaux :

- le traitement conservateur des dents restantes est utile pour assurer la stabilité et la rétention de la prothèse maxillo-faciale ;
- la correction de ces prothèses doit être faite à minimum : meulages des zones traumatisantes, resserrer un crochet, afin d'éviter de stabiliser les prothèses. Le suivi se fera toujours au centre spécialisé ;
- face aux limitations d'ouverture buccale, la kinésithérapie, à l'aide de pince à linge ou de mobilisateurs est conseillée au patient. Le praticien doit pouvoir évaluer les progrès et motiver le patient ;
- face au cancer lui-même : il aura un rôle de surveillance, à l'affût de toute récurrence.

b-2) Face au malade irradié

b-2-1) Avant l'irradiation

Cette prise en charge doit se faire obligatoirement dans le centre spécialisé, car les praticiens sont habitués à ces traitements et gèrent au mieux les effets secondaires.

Le praticien en ville doit être informé de ce qu'il ne doit pas faire dans certains cas, comme les alvusions dentaires dans les champs d'irradiation.

En cas d'urgence, s'il doit intervenir, l'acte se fait en milieu hospitalier. La connaissance des effets secondaires de la radiothérapie est indispensable. La mise en état buccale avant le traitement permettra de minimiser les effets secondaires. Les limites des champs

d'irradiation fournies par le radiothérapeute sont transcrites sur une radiographie panoramique pour délimiter toutes les zones buccales soumises à l'irradiation donc toutes les zones à risques.

Que doit-on faire ?

- évaluer l'état bucco dentaire dans son ensemble ;
- motiver le patient à poursuivre l'hygiène et la prophylaxie fluoré. Cela se résume à une future coopération du patient face au traitement ;
- faire les soins suivants :
 - détartrage,
 - extraction des dents dans les champs à irradier : dents infectées délabrées, en mal position (agressées, traumatisantes) ou présentant des lésions pouvant se réchauffer et être le siège de foyers infectieux ;
 - soins endodontiques conservateurs les plus parfaits possibles ;
 - faire une prophylaxie fluorée : réalisation des gouttières porte gel de fluor pour protéger les dents restantes.

Chez les patients dont l'hygiène buccodentaire est déplorable, les avulsions dentaires (dents saines et atteintes) sont faites de façon radicale avant l'irradiation pour éviter toutes caries post-radiques qui risqueraient de compromettre l'os déjà fragilisé par l'irradiation. Par ailleurs, l'utilisation des colles biologiques évite d'être radical.

Que faut-il éviter ?

Toute intervention de chirurgie buccale faite dans les champs d'irradiation ne permettant pas une cicatrisation suffisante avant la radiothérapie.

Un délai de deux à trois semaines sera indispensable pour permettre une épithélialisation du fond de l'avéole avant le début de la radiothérapie.

b-2-2) Pendant l'irradiation

Gestion des séquelles immédiates

On pourra donner :

- une antibiothérapie prévue,
- des bains de bouche à base de bicarbonate de sodium à 14 %,
- des Antiseptiques locaux,

- du gel de xylocaine à 2 %.

Pour pallier le déficit pondéral, seront conseillés des substituts alimentaires liquides ou semi liquide hyper protidique.

Soins dentaires possibles :

- détartrage régulier sous antibioprophylaxie en s'assurant que le malade suit son application de gel fluoré (application qui peut commencer après la dernière séance de radiothérapie lorsque les effets secondaires immédiats auront disparu) et contrôler son hygiène dentaire ou prothétique ;

- élimination des épines irritatives d'origine dentaire ou prothétique.

Tout en étant conscient du haut risque d'ostéroradionécrose (ORN), il doit éviter tout acte traumatique pouvant ulcérer la muqueuse et mettre à nu l'os au contact de la cavité buccale. Ces actes se feront sous antibioprophylaxie systématiquement.

- face aux soins conservateurs :

- faire les obturations des caries dentaires sans précautions particulières,

- traitement endodontique sous couverture antibiotique de type Augmentin* (1,5 g/j pendant 10 jours) ou Rodogyl* (4 cp/j pendant 10 j) la désinfection canalaire doit être rigoureuse,

- les anesthésiques dentaires sans vasoconstricteur seront employés chez le terrain irradié dont la vascularisation est pauvre et les techniques d'anesthésie traumatisantes comme les intra ligamentaires et intra septales sont proscrites,

- les radiographies dentaires pourront se faire normalement si elles sont justifiées,

- les extractions dentaires hors champ peuvent être faites sous couverture antibiotique,

- les extractions dentaires dans les champs d'irradiation ne se feront qu'en cas de risque infectieux sous couverture antibiotique et dans un service spécialisé disposant de colles biologiques. Elles protègent l'alvéole déshabillée réalisant une protection mécanique et reproduisant la dernière étape de la coagulation : la fibrinoformation ;

- les colles accélèrent la formation du caillot, conduisant à une cicatrisation rapide et satisfaisante.

Seront bannis :

- tous actes chirurgicaux en cabinet du fait du haut risque d'ORN,

- les chirurgies parodontales.

b-2.3) Après la radiothérapie

L'attitude du praticien se résume à la gestion des séquelles, à la prévention des complications et à la surveillance face à une éventuelle récurrence tumorale. La surveillance se fera par des contrôles réguliers de la cavité buccale, d'abord tous les 3 mois, puis tous les 6 mois et enfin tous les ans.

Gestion des séquelles

Face à l'hyposialie ou l'asialie

Il est conseillé au patient d'humidifier la bouche avec de l'eau minérale certains produits pharmaceutiques donnent d'assez bons résultats dans la xérostomie.

Ce sont :

- la gamme d'ORALBALANCE* sous forme de gel ou de comprimés,
- les bains de bouche d'ARTISIAL*,
- le SULFARLEM S 25*, les piles buccales etc.

On peut conseiller les gommes à mâcher, des sodas, l'huile d'olive en bain de bouche puis avaler afin de lubrifier la cavité buccale avant les repas pour éviter que les aliments ne collent sur les muqueuses.

Face à la limitation de l'ouverture buccale

Insister sur l'importance de la kinésithérapie quotidienne à l'aide d'une pince à ligne ou d'un mobilisateur. Avant l'exercice, le patient pourra réchauffer ses muscles à l'aide d'un linge humide et tiède.

Face à l'édentation

Il faut attendre 6 mois environ après la fin de la radiothérapie avant d'envisager une réhabilitation prothétique.

- les soins conservateurs comme les traitements endodontiques se feront sous anesthésie locale sans vasoconstricteur et sous couverture antibiotique à large spectre.
- Face aux prothèses

Concernant les Prothèses conjointes

Les préparations cervicales seront atraumatiques et respecteront les tissus gingivaux,

Concernant les prothèses adjointes

L'état des muqueuses et la salivation seront évalués. En effet, une bouche sèche avec une muqueuse vernissée, craquelée sera une contre indication à la réalisation d'une prothèse amovible.

Il est souhaitable que les crochets soient coulés avec des appuis des occlusaux et que les bases soient en résine souple avec des décharges au niveau des zones où il y a eu retard de cicatrisation.

Prévention des complications

Les complications les plus redoutables sont les risques majeurs d'ostéoradionécrose (ORN) des maxillaires dont les conséquences désastreuses entraînent des hémimandibulectomies.

L'effraction de la muqueuse buccale met à nu l'os sous jacent, en relation avec la cavité buccale septique. Cet os dévitalisé ayant un potentiel de défense et de réparation faible, s'infecte. Cette infection progresse le long de l'os et est difficile à juguler.

C'est pourquoi, il est important de suivre le malade, afin d'évaluer si sa prophylaxie fluorée est bien suivie. Car sans elle, l'odonto radionécrose s'installe : la dent à une couleur ébène, irritant l'émail, la détruisant aboutissant à des atteintes pulpaires, ce qui correspond à un début d'infection osseuse tant redoutée.

b-3) Face au malade subissant une chimiothérapie

Son attitude va se situer à deux niveaux :

** La prévention des effets secondaires qui tiendra compte des facteurs de risque :*

En rapport avec le patient

L'âge, l'état général, le type de tumeur, l'état buccal initial l'hygiène buccodentaire lors du traitement.

En rapport avec le traitement

Les drogues utilisées (Methotrexate, Bléomycine, 5Fluoro-uracile, Doxorubicine).

Elle tiendra compte : de la fréquence, du nombre de cures, de la voie d'administration, de l'association avec une radiothérapie au niveau des voies aéro digestives supérieures.

** La prévention des risques infectieux et hémorragiques liés à la chimiothérapie.*

b-3-1) Soins bucco-dentaires avant traitement chimiothérapie

Un bilan clinique et radiologique de la cavité buccale, ainsi que l'évaluation de la motivation et la compliance du malade seront réalisés.

Les soins suivants sont nécessaires : le détartrage et motivation à l'hygiène, la mise en état buccal.

b-3-2) Soins bucco-dentaires pendant la chimiothérapie

Dès le 5^e jour apparaît une aplasie médullaire. Les deux complications buccales à craindre dans ces cas sont : l'infection et l'hémorragie. En principe la mise en état préalable, met à l'abri des soins importants à effectuer.

Si d'aventure, des soins urgents (avulsions dentaires) doivent être effectués, ils se feront avec l'aval du chimiothérapeute et en fonction du bilan hémorragique et de la période de traitement dans laquelle le patient se trouve.

Les soins ne seront possibles que si le taux de leucocytes est supérieur à 2000/mm³, le taux de thrombocytes est supérieur à 75000/mm³ et sous couverture antibiotique à large spectre.

La période la plus favorable pour réaliser les soins est de quelques jours avant le début de la cure et les premiers jours du traitement, sachant que l'aplasie débute vers le 5^{ème} jour.

Certaines prescriptions médicamenteuses sont à éviter pendant le traitement, en particulier les médicaments qui augmentent la toxicité hématologique comme :

- les anti-inflammatoires non stéroïdiens,
- les antibiotiques tels que les Quinolones, les Phenicolés,
- certaines molécules ayant des interférences directes avec les substances cytotoxiques : acide acétylsalicylique et méthrotrexate.

b-3-3) Soins bucco-dentaires pendant les rémissions et les guérisons

L'état hématologique des malades ayant subi une chimiothérapie et se trouvant en phase de rémission ou de guérison, sera fonction de la nature de la tumeur traitée, de la toxicité des drogues employées du nombre de cures, de la date de la dernière cure et de l'état général du malade.

Les patients ayant un bilan hématologique favorable pourront bénéficier de soins bucco-

dentaires en cabinet en ville, tout comme les patients bien portants.

Les patients présentant un état immunologique déficitaire seront pris en charge en milieu hospitalier tout comme les patients ayant subi une splénectomie.

Il faut avant tout acte demander un bilan sanguin systématique et complet.

L'antibiothérapie de couverture ne sera pas systématique car elle peut induire des résistances de certains germes et l'apparition des mycoses.

Tout bien considéré, la prise en charge thérapeutique des patients souffrant de cancers buccaux est complexe et pluridisciplinaire. Le rôle de l'odontologiste consiste non seulement, à assumer le maintien de l'état bucco-dentaire de façon rigoureuse mais aussi, à gérer les différentes séquelles engendrées par les traitements carcinologiques. Pour cela, il doit reconnaître les pathologies néoplasiques et leurs traitements afin d'éviter de poser des actes qui risqueraient d'avoir des conséquences dramatiques sur la santé d'un malade déjà fragilisé par son parcours carcinologique. Par conséquent le patient doit être en mesure de coopérer avec des odonto-stomatologistes pour une meilleure prise en charge.

3. PROBLEMATIQUE

Depuis toujours, les cancers considérés comme une pathologie grave, demeurent l'une des préoccupations majeures de la politique de santé publique à l'échelle mondiale. En effet, l'Organisation Mondiale de la Santé fait de la lutte contre le cancer, l'une de ses priorités.

Actuellement, selon les données de cet organisme international depuis 2005, la fréquence, l'incidence et le taux de mortalité des cancers buccaux, surtout des carcinomes épidermoïdes, sont connus dans plusieurs pays. Notons que la France après l'Inde, est le deuxième pays au monde, frappée par cette pathologie. La fréquence élevée de ces cancers dans ces pays, est liée à la forte consommation de tabac. D'après les données de l'INSERM ^[117, 118] en 1997 et du RESEAU FRANCIM ^[167] en 1995, les régions comme le Rhin, le Calvados, le Doubs et la Somme en France détenaient les taux les plus élevés de carcinomes épidermoïdes au monde. Cette situation, selon les études de MENEGOZ et al. ^[137] en 2002, est liée à la forte consommation d'alcool dans ces régions.

Ainsi d'énormes progrès en matière de prise en charge sont observés en France pour améliorer la survie des malades : il existe des centres anti-cancers de références comme l'IGR (Institut Gustave Roussy) et l'hôpital GEORGE POMPIDOU avec des équipements développés où règne une collaboration pluridisciplinaire. Les traitements étant très coûteux, l'état français prend en charge la totalité des soins. Des budgets sont votés pour la recherche en matière de traitements, de prévention, d'épidémiologie.

Ce n'est pas le cas dans la majorité des pays africains singulièrement en Côte d'Ivoire, où cette recherche reste timide et se limite à quelques études.

De ce fait, concernant l'épidémiologie, les auteurs comme DIOMANDE ^[75] et al. en 1986 et ANGOH et al. ^[8] en 1993 ont livré une prévalence globale des cancers bucco maxillo-faciaux et oropharyngés dans leurs études. Seules celles faites par ECHIMANE ^[79, 80] et al. en 1997 ont montré une prévalence de 18 cas de cancers buccaux parmi 2815 cas des cancers en général enregistrés sur 3ans.

Nous n'avons pas trouvé de travaux récents sur la fréquence de cette pathologie sur les

dix dernières années et ce d'autant plus que le registre du cancer connaît des problèmes de mise à jour.

Concernant les études cliniques et anatomopathologiques, KOUAKOU ^[123] et al. en 2006 ont découvert une métastase bucco-maxillo-faciale d'un cancer du sein.

A propos de la prise en charge, elle se limite à l'exérèse tumorale et aux reconstructions chirurgico-prothétiques selon les études d'ASSA ^[12] et al. en 1993 et d'AKA ^[10] et al. en 2007.

Les conséquences de ces insuffisances d'informations sur les cancers et leurs traitements, ajoutées au manque de sensibilisation des patients et même du corps médical, constituent les problèmes de prise en charge précoce et totale de cette pathologie qui connaît une évolution dramatique dans les pays sous développés selon l'OMS. De même, cette prise en charge précoce selon GAUZERAN ^[95], est la clé de voûte d'une guérison ou d'une survie plus longue et d'une qualité de vie meilleure. Elle dépend étroitement du dépistage, du diagnostic et du traitement précoce des lésions cancéreuses débutantes ou mieux des lésions précancéreuses.

Le diagnostic précoce qui devrait revenir à l'odontologiste, car l'un des premiers spécialistes à être consulté au début de la maladie, lui échappe totalement l'amenant à poser des actes graves sur des terrains atteints. Or son rôle, qui n'est pas de traiter ces cancers mais de les dépister, les prévenir et de s'intégrer au protocole thérapeutique établi de concert avec les chirurgiens maxillo-faciaux, les chimiothérapeutes, et les radiothérapeutes tout en assainissant la cavité buccale, n'est pas toujours bien perçu. Cela est-il dû à un défaut de formation ou d'information?

A ces faits, s'ajoutent les réalités sociopolitiques qui ont entraîné la fermeture de nombreux hôpitaux régionaux en Côte d'Ivoire limitant ainsi notre cadre de travail et aggravant la pauvreté de la population.

Aussi notre étude, qui s'inscrit dans le cadre de la recherche clinique à travers des enquêtes rétrospective et transversale en milieux hospitaliers et cabinets dentaires à Abidjan, va-elle viser comme objectifs :

Général

Sensibiliser les odontologistes de Côte d'Ivoire à la pathologie cancéreuse.

Spécifiques

- Contribuer au dépistage des cancers de la cavité buccale
- Enumérer les gestes dangereux à éviter
- Contribuer à la prise en charge des cancers de la cavité buccale en Côte d'Ivoire.

Elle va nous amener à faire des suggestions pour améliorer de la prise en charge de cette pathologie dont la gravité est avérée.

DEUXIEME PARTIE

NOTRE ETUDE

I - MATERIEL ET METHODE

1.1. MATERIEL

L'étude que nous allons entreprendre se base sur deux enquêtes : rétrospective et transversale. Les données sont recueillies d'une part à partir des dossiers des patients et reportées sur des fiches d'enquête (n°1), et d'autre part à partir d'un questionnaire d'enquête auprès des odontologistes (fiche d'enquête n° 2).

1.1.1. Dossiers des malades

Ce sont ceux des malades atteints de cancers de la cavité buccale et qui sont issus des consultations et des hospitalisations. Ces dossiers sont archivés dans les services suivants:

- de stomatologie et de Chirurgie Maxillo Faciale du CHU de treichville,
- de Chirurgie générale concernant les archives de cancérologie CHU Treichville,
- de Stomatologie et de Chirurgie Maxillo Faciale du CHU de Cocody,
- de consultation du CCTOS concernant, le service de Chirurgie, de pathologies odonto-stomatologiques et maxillo-faciales, et celui de prothèse Maxillo Faciales.

Certains dossiers contenaient, pour ce qui est des dossiers d'hospitalisation, les données cliniques radiologiques, biologiques, histologiques et thérapeutiques.

Quant aux dossiers de consultation, ils contenaient les données cliniques radiologiques, biologiques, histologiques, les indications thérapeutiques et le suivi du patient.

Il existe aussi des dossiers qui contenaient des données cliniques avec ou sans les données radiologiques ou biologiques et des dossiers où il était mentionné « biopsie » mais sans résultats anatomopathologiques, enfin des dossiers dans les quels la biopsie n'a pas été tout simplement réalisée.

1.1.2. Fiches d'enquête

Il en existe deux :

Fiche d'enquête n° 1

Elle nous a permis de recueillir les données sur le patient, la pathologie et le traitement ce qui nous a permis d'étudier l'épidémiologie, la clinique, l'histologie et l'attitude thérapeutique des spécialistes face aux cancers buccaux. Les fiches ont été établies en tenant compte des renseignements fournis par l'étude de quelques dossiers lors d'une enquête préliminaire effectuée dans les quatre services. A l'entête de ces fiches, il est mentionné, le numéro du dossier (attribué au patient par le service selon un ordre chronologique), la date d'ouverture du dossier (la date de la première consultation) et le centre d'accueil qui correspond à la variable n°1 dans laquelle sont indiqués les services où les patients ont été pris en charge. Il s'agit: des services de stomatologie et de Chirurgie Maxillo Faciale des CHU de Treichville et de Cocody, du service de Chirurgie de Pathologie et de Traitements Odonto-stomatologiques et du service de cancérologie du CHU de Treichville. En dehors de ces données, chaque fiche d'enquête comprend trois parties :

- la première partie renferme les renseignements d'ordre général,
- dans la deuxième partie nous avons relevé les données cliniques et anatomopathologiques,
- la troisième partie renseigne sur les données thérapeutiques.

Toutes ces données regroupent des variables qu'il convient de décrire et de justifier certaines, à cause de leurs particularités.

Concernant les variables des renseignements d'ordre général

Elles sont numérotées de 2 à 7. Ce sont : l'âge, le sexe, la nationalité, la profession, la région d'origine, le domicile.

Age

Il est exprimé en années et résulte de la différence entre l'année de naissance et l'année d'ouverture du dossier. Nous avons choisi cette variable afin d'harmoniser les différentes données. En effet, nombreux sont les dossiers où cette variable existe sous cette présentation alors que les autres ne contenaient que, la date ou l'année de naissance. Il nous a donc paru plus cohérent de procéder par cette méthode de calcul.

Nationalité

Eu égard aux caractères cosmopolites de la population vivant sur le territoire ivoirien, il était plus indiqué pour nous de la subdiviser, en nationalité ivoirienne et étrangère, en y ajoutant les précisions afférentes qui s'imposent.

Profession

La détermination des niveaux socio-économiques se fait, soit selon les revenus des ménages ^[82] soit selon les professions ^[45]. Nous avons choisi d'exploiter la deuxième méthode en adaptant les différentes professions des patients à une classification faite par l'ENSEA ^[dans136]. Cette classification regroupe les professions en fonction des niveaux socio-économiques en Côte d'Ivoire qui se définissent en niveaux élevés, moyens et bas.

Région d'origine

Notre étude s'étant effectuée dans quatre centres différents, certaines variables comme la région d'origine, l'ethnie, le groupe ethnique sont présentes dans les données recueillies. Nous avons choisi la région d'origine comme paramètre commun en nous référant aux cartes administratives et ethniques de la Côte d'Ivoire, délivrées par le Centre de Communication Territoriale et la faculté de géographie de l'Université de Cocody. Le choix de cette variable nous a aussi permis de ne pas prendre en compte le métissage en Côte D'Ivoire.

Tous ces documents sont classés dans la rubrique annexe.

Domicile

Pour avoir plus de confort dans le calcul des effectifs des patients issus des nombreuses communes d'Abidjan et de l'intérieur du pays, nous avons scindé cette variable en deux autres variables qui sont : Abidjan et intérieur du pays.

Concernant les variables des antécédents

Elles sont numérotées de 8 à 12. Ce sont :

- les antécédents médicaux, chirurgicaux, familiaux, l'itinéraire thérapeutique qui comprend la date de début de la maladie, l'attitude du patient face aux premiers signes de la maladie, les habitudes nocives.

Concernant les variables cliniques et anatomopathologiques

Elles se divisent en deux parties et rangées selon l'ordre chronologique de 13 à 20.

Ce sont :

- l'examen clinique qui regroupe l'état général du patient à l'arrivée dans le service, la taille, l'aspect de la tumeur, les signes locorégionaux, les diagnostics cliniques.

Date de début de la maladie

Cette variable va permettre d'apprécier le temps qu'ont mis les patients pour consulter les spécialistes depuis le début de leur maladie. Cette date est généralement indiquée en mois ou en années. Nous avons donc choisi comme dénominateur commun le mois qui était plus crédible.

Cette date a été calculée à partir de la différence entre la date où les premiers signes sont apparus et la date d'ouverture du dossier.

Attitude du praticien face aux premiers signes de la maladie

A travers cette variable, nous voulons étudier l'attitude de l'odontologiste face aux premiers signes de la maladie.

Taille de la tumeur

La plupart des tumeurs n'ayant pas été mesurées, cela nous amène à choisir une analogie entre les caractères des tumeurs retrouvées dans les dossiers et la taille selon la classification internationale TMN ; ainsi :

- les tumeurs très peu volumineuses correspondent aux tumeurs T1
- les tumeurs volumineuses aux T2
- les tumeurs très volumineuses aux T3
- les tumeurs envahissantes et déformantes monstrueuses aux T4.
- Les tumeurs dont les renseignements ne sont pas précisés donc inclassables correspondent aux TX.

Les signes locorégionaux

Ils regroupent la forme, les signes bucco dentaires et les adénopathies dont la taille a été définie au chapitre a-2-2 01 page 77.

Concernant les variables des traitements

Elles sont numérotées de 23 à 29. Ce sont : le type de traitement, l'évolution locorégionale de la tumeur après traitement, les récurrences, la surveillance, la survie, les décès.

FICHE d'enquête N° 2

Elle a permis de recueillir des données concernant la conduite à tenir des chirurgiens dentistes face aux cancers buccaux. Cette fiche a été établie après l'enquête préliminaire rétrospective. En effet, le parcours des dossiers au cours de l'enquête, nous a révélé que les chirurgiens dentistes étaient l'un des premiers spécialistes à être consulté au début de ces affections: il était donc important de les interroger sur la prise en charge des cancers buccaux. La fiche d'enquête comprend trois parties :

- la première partie renferme les données sur les renseignements d'ordre général des chirurgiens dentistes : le sexe, le nombre d'années d'exercices, les secteurs d'activité, le lieu d'exercice,
- la deuxième partie contient les données sur la connaissance des critères de malignité des cancers buccaux : l'aptitude à suspecter les cancers buccaux, le nombre de cas de cancers buccaux diagnostiqués,
- la troisième partie comporte les données sur la conduite à tenir face aux cancers buccaux : face aux lésions cancéreuses, aux dents situées dans les territoires atteints, à la mise en état de la cavité buccale dans la prise en charge thérapeutique.

Ces deux dernières parties comprennent des réponses au choix.

NB : La plupart des questionnaires des deux fiches ont plusieurs réponses. Pour mieux les traiter, soit nous avons attribué aux questions des réponses « oui » « non » soit nous avons regroupés ces dernières dans des tableaux récapitulatifs lors de l'interprétation des résultats. Il est des questions dont les réponses relèvent de choix multiples pour lesquelles n'intervient aucune chronologie.

1.2 METHODES

1.2.1. Type et période d'étude

Notre étude qui est à dessein descriptive et analytique va tenter d'approcher les aspects épidémiologiques, anatomocliniques et thérapeutiques des cancers buccaux en Côte d'Ivoire tout en mettant l'accent sur les carcinomes buccaux. Elle comporte deux parties interdépendantes: l'une rétrospective et l'autre transversale :

- concernant la série rétrospective : elle se base sur l'analyse des dossiers de patients atteints de cancers buccaux sur les dix dernières années, de janvier 1996 à décembre 2006. Les dossiers sont gardés dans les archives des services, de Chirurgie et de Traitement Odonto-stomatologique du CCTOS, de Stomatologie de Chirurgie Maxillo faciale, de Cancérologie, d'Anatomopathologie et de Cytologie des CHU de Cocody et de Treichville. Les données sur les traitements des cancers pratiqués par les odontologues signalés dans l'amennèse des patients, nous ont conduits à mener une enquête transversale. Elle se propose d'étudier l'attitude pratique des odontologues face aux cancers buccaux. Cette enquête constitue,

- la deuxième partie de notre étude qui se base sur des renseignements recueillis à partir d'enquête transversale auprès des odontologues d'Abidjan. Cette enquête s'est déroulée sur une période de trois mois de fin janvier 2007 à fin avril 2007.

Les renseignements recueillis à partir des dossiers et auprès des odontologues sont reportés sur des fiches d'enquête.

1.2.2 Critères de choix

a) Enquête rétrospective

Critères d'inclusion

Nous prendrions en compte, tout dossier complet:

- ayant le diagnostic de cancer confirmé par examen histologique,
- établi entre 1996 et 2006 inclus.

Critères de non inclusion

Nous ne retenons pas les dossiers :

- n'ayant pas de résultats anatomopathologiques,

- ne comportant pas l'identité du patient, les données cliniques ni thérapeutiques,
- établis en dehors de la période d'étude,
- toute biopsie provenant des différents services qui ont été confirmées en anatomie pathologie mais dont les auteurs n'ont pas de dossiers dans les dits services.
- des patients atteints de cancers de la parotide.

b) Enquête transversale

Critères d'inclusion

Les odontologues ayant leur doctorat et sans spécialité en sciences odontologiques, des communes d'Abidjan.

Critères de non inclusion

- les étudiants en odonto-stomatologie en instance de thèse.
- les odontologues possédant un diplôme de spécialité en sciences odontologiques et les odontologues enseignants chercheurs.

1.2.3 Population cible

a) Enquête rétrospective

L'étude prend en compte tout malade atteint de cancers buccaux sans distinction de sexe, d'âge et d'origine et qui répond aux critères de choix définis au chapitre (1-2).

Les malades ont été pris en charge dans les services :

- de Stomatologie et de Chirurgie Maxillo Faciale des CHU de Treichville et de Cocody,
- de Cancérologie du CHU Treichville,
- de Chirurgie, de Pathologies Odontostomatologiques et Maxillo-Faciales celui de Prothèse Maxillo Faciale du CCTOS du CHU de Cocody, dans la période 1996 à 2006.

b) Enquête transversale

Notre étude va aussi s'intéresser à l'attitude des chirurgiens dentistes face aux cancers de la cavité buccale. Pour ce faire, nous avons interrogé les collègues des secteurs publics et privés des dix communes d'Abidjan sans distinction d'âge, de

sexe, d'origine et qui répondent aux critères de choix, sur une période de trois mois, de fin janvier 2007 à fin avril 2007.

1.2.4 Cadre et lieu d'étude

a) Cadre d'étude

*** *Abidjan***

C'est la capitale économique de la Côte d'Ivoire, pays situé à l'Ouest de l'Afrique occidentale. Cette ville a été choisie pour deux raisons :

- la première est qu'Abidjan abrite trois Centre Hospitaliers Universitaires et de grands établissements sanitaires privés dotés de matériels spécialisés avec d'éminents spécialistes ; c'est aussi à Abidjan qu'il y a une forte concentration de chirurgiens dentistes,

- la deuxième est que, compte tenu de la situation socio politique de notre pays nous n'avons pas pu visiter le CHU de Bouaké et les centres hospitaliers régionaux (CHR) à l'intérieur du pays. Néanmoins nous avons obtenu les bilans d'activités de ces derniers auprès de la direction de l'information de la planification et de l'évaluation (DIPE) qui nous a révélé que non seulement il n'existait pas de spécialités tête et cou et de laboratoires d'anatomie pathologique dans les (CHR), mais aucun cas de cancers buccaux n'y a été pris en charge. Les activités dans ces centres de Santé ont été réduites.

*** *Les centres hospitaliers universitaires (CHU)***

Le CHU de TREICHVILLE

Il est situé à TREICHVILLE qui est l'une des dix communes d'ABIDJAN.

Le CHU de COCODY

Il se situe dans la commune de COCODY qui est une commune d'ABIDJAN.

L'organigramme des deux CHU est livré (dans annexe 5).

b) Lieu d'étude

Concernant l'enquête retrospective, nous avons travaillé dans les services suivants :

- le service de Cancérologie du CHU de Treichville,
- les services de Stomatologie et de Chirurgie Maxillo Faciale du CHU de Treichville et de Cocody,
- le service de Chirurgie, de Pathologie thérapeutique du CCTOS du CHU de Cocody,
- les services d'anatomie pathologique des CHU de Treichville et de Cocody.

Concernant l'enquête transversale, nous avons interrogés les odontologistes dans les cabinets dentaires des 10 communes d'Abidjan.

➤ *Le service de Cancérologie du CHU Treichville*

Situé dans l'enceinte du CHU, il partage avec les spécialités de la chirurgie générale les mêmes locaux. Il est sous la direction de le Professeur ECHIMANE K A et comporte quatre grandes entités :

- un service d'hospitalisation comprenant deux sous unités :
 - Une unité en clinique chirurgicale avec une capacité de 9 lits,
 - Une unité située dans le service de chirurgie avec une capacité de 12 lits,
- un service de consultation externe qui reçoit en moyenne 500 patients par an,
- un service de chimiothérapie ambulatoire,
- un registre du cancer chargé de faire l'épidémiologie du cancer qui malheureusement n'est pas fonctionnel par défaillance du plateau technique.

Le service prend en charge tous les cancers. Il pratique la chirurgie oncologique sauf celle de la tête et du cou et la chimiothérapie.

Concernant la prise en charge des cancers tête et cou, elle est basé uniquement sur la chimiothérapie. Les carcinomes sont traités selon différents protocoles en fonction des différentes molécules utilisées :

- le protocole PF : Cysplatyl + 5 Fluoro uracile
- le protocole NP : Nalvelbine. + Cysplatyl - le protocole TCF : Taxotère + Cyclophosphamide + 5 Fluoro uracile.

Le traitement est administré sous forme de cures selon un rythme de 21 à 28 jours. Le

nombre de cures du type de chimiothérapie est :

- la chimiothérapie Néo adjuvante : 3 à 4 cures
- adjuvante : minimum 6 cures
- palliative: cure à vie en traitement continu ou discontinu selon la tolérance du patient.

Les cures sont faites en ambulatoire.

➤ *Le service de Stomatologie et de Chirurgie Maxillo-Faciale du CHU de Treichville.*

Situé dans l'enceinte du CHU, il est dirigé par le Professeur ASSA A, il est reparti en cinq unités. Ce sont :

- l'unité de consultation,
- l'unité d'hospitalisation avec une capacité de 17 lits,
- les urgences Maxillo Faciales,
- un bloc opératoire tête et cou partagé avec l'ORL,
- un fauteuil dentaire.

Ce service reçoit en moyenne 800 patients par an. Ce chiffre a diminué de moitié pendant ces deux dernières années.

Il assure la prise en charge chirurgico-réparatrice des pathologies tête et cou opérables, excepté la neurologie. Le traitement des cancers buccaux repose soit sur la chirurgie d'exérèse suivie de curage ganglionnaire et /ou associée à la réparation de la perte de substance par différents lambeaux, soit sur la chirurgie de propreté en traitement palliatif. Avant les années 2000, les lymphomes de Burkitt étaient pris en charge dans le service. Actuellement, ce sont les services de pédiatrie du CHU de Treichville qui s'en occupent. La prise en charge des autres lymphomes revient au service d'hématologie du CHU de Yopougon. Quant aux tumeurs de Kaposi, le service les oriente en dermatologie et à L'USAC du CHU de Treichville.

➤ *Le service de Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale du CHU de Cocody*

Ce service, qui a pour le responsable le Professeur GADEGBEKU A, comprend six unités :

- l'hospitalisation située au 7^e étage du CHU de Cocody, avec une capacité de 15 lits,
- la consultation se fait au premier étage du bâtiment des consultations externes, les urgences situées dans l'enceinte des urgences de chirurgie générale,
- le bloc opératoire,
- les archives,
- l'unité de radiographie annexée au service de radiodiagnostic située au rez-de-chaussée du bâtiment de consultations externes. Ce service compte en moyenne 700 patients par an.

En 1996, le CHU de Cocody ayant fini ses travaux de réhabilitation de l'unité de consultation, le service a repris uniquement ses consultations vers le mois de mai.

La prise en charge des pathologies tête et cou est identique à celle du service de Stomatologie et de Chirurgie Maxillo Faciale du CHU de Treichville sauf les lymphomes de Burkitt qui sont traités dans le service d'hospitalisation par la chimiothérapie. Les protocoles utilisés, associant différentes molécules, sont :

- Protocole VILASCO ou EM

Cyclophosphamide (Endoxan) + Methotrexate.

Il comprend :

- un traitement d'attaque qui comporte une cure par semaine avec un total de 6 à 8 cures jusqu'à rémission complète,
- un traitement d'entretien : 3 cures mensuelles, 3 cures trimestrielles, 2 cures semestrielles, 1cure annuelle.

- Protocole BOIRON ou VACM,

Cyclophosphamide +Methotrexate+Vincristine +Adriblastine

- Protocole CHOP,

Cyclophosphamide + Prednisone +Vincristine +Adriblastine

Il se compose :

- de traitement d'induction : 6 cures mensuelles,
- de traitement d'entretien : 3 cures trimestrielles, 2 cures semestrielles, 1 cure annuelle.

-

- *Le service de Chirurgie Pathologies odonto-stomatologiques et maxillo-faciales du CCTOS de l'Université de Cocody.*

Situé au CCTOS, centre de soins de l'UFR d'Odonto-stomatologie, le service occupe les anciens locaux de l'INSET et est au premier étage de ce bâtiment. Il est dirigé par le Professeur ANGOH Y J.J et comprend six fauteuils dentaires destinés à assurer les consultations et les actes d'odontologie chirurgicale et de chirurgie buccale. 800 patients en moyenne par an sont pris en charge par des praticiens attachés et par les étudiants de quatrième et cinquième années encadrés par des enseignants aidés de moniteurs.

Le service fait le dépistage des cancers buccaux et oriente les patients vers les services spécialisés pour le traitement.

- *Les services d'anatomo-pathologique des deux CHU de Treichville et de Cocody*

Dirigés respectivement par Messieurs les Professeurs HONDE M et DIOMANDE M I JP. Ces services nous ont permis de rechercher les résultats des patients ayant eu des biopsies ou opérés.

Ils reçoivent en moyenne 2000 biopsies et pièces opératoires chacun par an.

- *Cabinets dentaires*

Situés dans les 10 communes d'Abidjan, dirigés par des Docteurs en chirurgie dentaire. Chaque cabinet comprend un ou plusieurs fauteuils dentaires, une salle d'attente et une salle de stérilisation. Le nombre de patients est reçu différent d'un cabinet dentaire à l'autre.

1.2.5 Protocole de travail

a) Le recueil des données

a-1) Enquête rétrospective

a-1-1) La pré enquête

Elle comprend deux étapes :

La première étape a consisté à prendre contact avec les responsables des différents services :

- de Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale,
- d'Anatomie pathologique et de cytologie des CHU de Cocody et de Treichville,
- de Cancérologie du CHU de Treichville,
- de prothèse Maxillo-Faciale du CCTOS l'Université de Cocody, afin de nous présenter au personnel, le lieu d'étude et de prendre connaissance de l'organisation administrative des services.

La deuxième étape a consisté à déposer une demande d'autorisation, auprès des chefs de services, demande placée sous la haute autorité de Monsieur le Professeur ANGOH YAPO (Chef du département de Chirurgie de Pathologie et Thérapeutique Anesthésiologie Réanimation et Radiologie) et du Professeur TOURE SIAKA Doyen de l'UFR D'Odonto-Stomatologie au moment de l'enquête, pour avoir accès aux dossiers. A la suite de cette démarche, nous avons recensé quelques dossiers dans chaque service afin d'établir les fiches d'enquête. Celles-ci ont été validées dans le département de santé publique de l'UFR.

Cette deuxième étape a permis de cerner les difficultés suivantes :

- les difficultés à obtenir le nombre exact des dossiers de patients ; en effet plusieurs patients ont consulté dans les différents services pour la même pathologie pendant cette période, par conséquent y ont des dossiers ; pour éviter de les recenser plusieurs fois, nous avons exploité un logiciel sur le programme ACCESS de WINDOW qui a enregistré une seule fois les noms et prénoms des patients. Ce procédé a aussi permis de constater que les patients du service de chirurgie du CCTOS ont été retrouvés dans les autres centres ; par conséquent l'étude de ces dossiers s'est effectuée dans ces centres,
- les difficultés à obtenir le nombre de consultants enregistrés dans le registre de

consultation du service de Stomatologie et Chirurgie Maxillo faciale du CHU de Cocody pendant la période 1996 à 2000. En effet pendant cette période le décompte des nouveaux et des anciens consultants se faisait sous de nouveaux numéros d'enregistrement dans le même registre faussant ainsi, le nombre total de consultants. La même base de données a résolu ce problème ;

- les problèmes des données manquantes surtout ceux concernant les données radiologiques et biologiques dans la majorité des dossiers. Par conséquent elles n'ont pas été prises en compte dans notre étude ; nous n'avons pas pu exploiter le bilan d'extension de ces tumeurs et les situer dans la classification TMN.

a-1-2) Déroulement de l'enquête

Le recueil des dossiers dans les différents services, s'est fait sur une période de six mois de Septembre 2006 à Mars 2007. Nous avons travaillé successivement dans :

- les services de Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale et de Cancérologie du CHU de Treichville ;
- le service de Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale du CHU de Cocody, et au CCTOS ;
- les services d'Anatomo-pathologie des deux CHU.

Compte tenu de l'organisation administrative de chaque service et des difficultés à consulter les dossiers, le recueil de ces derniers s'est fait de la manière suivante :

- dans les services de Stomatologie, Chirurgie Maxillo-Faciale et de Cancérologie du CHU de Treichville, les dossiers ont été directement consultés et sélectionnés dans les archives de ces services ; nous n'avons pas pu exploiter les données du registre du cancer compte tenu du mauvais état de ce dernier.
- dans le service de Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale du CHU de Cocody, et au CCTOS où les dossiers de consultation sont gardés aux archives générales, une liste préalable des noms des patients a été établie à partir de ces registres et en fonction de la sémiologie tumorale et des ulcérations de la muqueuse buccale (les registres de consultation ne mentionnent pas le diagnostic clinique de la pathologie). Cette liste nous a permis de sortir les dossiers des archives et de les consulter.

Le recueil des dossiers d'hospitalisation du service de Stomatologie et de Chirurgie Maxillo- Faciale du CHU de Cocody, s'est fait directement dans les archives du service d'hospitalisation.

Au CCTOS, il a été confirmé par les responsables du service de Prothèse Maxillo-Faciale, que tous les consultants provenaient en général du service de stomatologie et Chirurgie

Maxillo-Faciale du CHU de Treichville et que les dossiers de l'époque ont été détruits au cours d'une inondation dans le service.

Nous avons ainsi retenu, dans chaque service, les dossiers dans lesquels il y a eu présomption du diagnostic clinique et confirmation anatomie pathologique.

Parmi ces dossiers, il y avait ceux des patients non confirmés histologiquement et qui ont fait l'objet de biopsie. Les résultats de ces examens ont été recherchés dans les services d'anatomie pathologie des deux CHU. Par cette démarche, nous avons pu obtenir la liste des résultats de toutes les biopsies et pièces opératoires des patients atteints de cancers buccaux dans les différents services et en ORL dans la période de 1996 à 2006. Cette liste nous a permis non seulement de retrouver la plupart des résultats mais aussi de situer les cancers buccaux par rapport aux cancers des VADS.

Une fois que les dossiers de tous les consultants ont été sélectionnés dans chaque service, nous en avons établi une liste que nous avons soumise à une base de données, grâce au logiciel de contrôle de Microsoft Access qui nous a permis d'enregistrer les noms de tous les consultants et d'en savoir leur effectif exact.

A partir de cette liste définitive, nous avons sorti les dossiers à étudier qui sont au nombre de 159, selon les critères de choix, puis nous avons reporté les données sur les fiches d'enquête.

a-2) Enquête transversale

Elle a duré trois mois, de fin Janvier 2007 à fin Avril 2007. Nous avons été aidées dans notre tâche par nos collègues et des étudiants de cinquième année.

a-2-1) La pré enquête

Elle a consisté dans un premier temps à avoir auprès la DIPE la liste de tous cabinets

dentaires privés et publiques des dix communes d'Abidjan, puis dans un deuxième temps, à prendre contact avec la plupart de nos confrères pour leur expliquer le but de notre enquête.

Chez certains, nous avons déposé les fiches d'enquête par contre chez d'autres, nous avons pris rendez vous pour les interroger.

a-2-2) Le déroulement de l'enquête

Dans les cabinets où nous avons laissé les questionnaires, ceux ci ont été récupérés quelques semaines après avec beaucoup d'instance et plusieurs fiches ont été remplies de façon incomplète. Dans les autres cabinets, l'interrogatoire s'est déroulé dans une ambiance cordiale et de façon correcte. Nous avons pu avoir ainsi cent fiches d'enquête.

b) L'analyse des données

Elle va se baser sur l'analyse des fiches d'enquête desquelles nous allons ressortir la prévalence des cancers buccaux.

b-1) Enquête rétrospective

Nous allons, à partir des résultats obtenus, livrer les données épidémiologiques, cliniques anatomopathologiques et thérapeutique des cancers buccaux en général et de façon spécifique faire l'étude des carcinomes buccaux.

**** Concernant l'épidémiologie :***

Nous allons étudier la fréquence de ces cancers en fonction des paramètres suivants : l'âge, le sexe, et la région d'origine des patients.

Les paramètres épidémiologiques tels que le taux de mortalité ne seront pas pris en compte dans notre étude par manque de renseignements sur le devenir des patients après un traitement ou une première consultation.

Nous allons dégager les facteurs de risques oncogènes.

**** Concernant la clinique et l'anatomopathologie***

Elles vont mettre en exergue les différents aspects anatomopathologiques et les formes cliniques des cancers et plus spécifiquement des carcinomes buccaux.

*** *Concernant la prise en charge***

Nous allons ressortir, les différentes attitudes pratiques des spécialistes et des odontologistes face aux cancers buccaux.

Au cours de chaque étude nous allons comparer nos données avec celles de la littérature.

b-2) Enquête transversale

L'enquête transversale va nous amener grâce aux renseignements, recueillis auprès des odontologistes des communes d'Abidjan, à établir les pourcentages :

- des odontologistes ayant des connaissances générales sur les carcinomes buccaux,
- de ceux ayant une attitude thérapeutique vis-à-vis des lésions carcinomateuses et des dents suspectes,
- des différentes complications rencontrées s'il s'avère que des avulsions de dents situées dans les territoires atteints ont été pratiquées,
- des différents actes concernant la mise en état de la cavité buccale avant, pendant et après les traitements carcinologiques.

Toutes ces données seront livrées sous forme de tableaux, de graphiques de camemberts et quelques-unes vont être illustrées sur des cartes géographiques de la Côte d'Ivoire. Certains tableaux contiendront les paramètres non précisés lorsque ceux-ci aideront à faire des remarques. Par contre ces paramètres ne figureront pas dans la plupart des tableaux afin de mieux apprécier la valeur du facteur à étudier.

Ces résultats vont nous aider à faire des commentaires et des suggestions.

Nous utiliserons un ordinateur PETIUM 4 avec un système d'exploitation MICROSOFT WINDOW XP Professionnel muni du programme MICROSOFT WORD EXEL ACCESS et les logiciels EpiInfo version 6 04 et EpiData version 3.1 pour traiter les données.

Le Khi deux est le test d'analyse statistique sur lequel nous nous baserons pour assurer la fiabilité des résultats de l'étude.

1.3-DEVIS ESTIMATIFS DES TRAITEMENTS DES CANCERS BUCCAUX DANS LES DIFFERENTS SERVICES (voir annexe 5)

2. RESULTATS

De cette étude, il ressort deux types de résultats :

- ceux de l'enquête rétrospective
- ceux de l'enquête transversale.

2.1. RESULTATS DE L'ENQUETE RETROSPECTIVE

Ils vont concerner :

- l'épidémiologie,
- la clinique,
- l'anatomopathologie,
- et la thérapeutique.

D'abord des cancers buccaux en général ensuite des carcinomes buccaux.

Concernant les carcinomes épidermoïdes, nous livrerons dans un premier temps les données descriptives et dans un deuxième temps les données analytiques.

L'enquête rétrospective a porté sur un ensemble de dossiers de patients souffrant de cancers buccaux, ensemble colligé à partir des consultations des registres et des archives dans les 3 centres (services de Stomatologie et de Chirurgie Maxillo-Faciale des deux CHU et le service de cancérologie).

Nous y avons donc recensé 21838 consultants, enregistrés sur une période de janvier 1996 à décembre 2006, qui se répartissent comme suit :

- 5602 consultants dans le service de cancérologie du CHU de Treichville
- 8002 consultants dans le service de Stomatologie et de Chirurgie Maxillo-Faciale du CHU de Treichville
- 8234 consultants dans le service de Stomatologie et de Chirurgie Maxillo-Faciale du CHU de Cocody.

A partir de la liste de ces consultants, nous avons sélectionné 524 dossiers de patients atteints de tumeurs avec une forte présomption de malignité ou diagnostiquées histologiquement sans distinction d'âge ni de sexe.

Parmi ces dossiers nous avons :

- 223 cas de cancers déclarés dont 159 cas avec dossiers qui ont été retenus
 - pour l'étude et 64 cas recueillis en anatomie pathologie sans dossiers que nous avons exclus.
 - 301 cas de cancers buccaux non confirmés histologiquement avec ou sans dossiers.
- La distribution des 159 dossiers retenus pour l'étude dans les différents centres est :
- 37 dossiers soit 23,3 % pour le service de cancérologie,
 - 70 dossiers soit 44,0 % pour le service de Stomatologie et de Chirurgie Maxillo-Faciale du CHU de Treichville,
 - 52 dossiers soit 32,7 % pour le service de Stomatologie et de Chirurgie Maxillo-Faciale du CHU de Cocody.

Remarque :

Les services de Stomatologie et de Chirurgie Maxillo-Faciale tiennent le taux le plus élevé des cancers buccaux.

2- 1- 1- *DONNEES GENERALES CONCERNANT LES CANCERS BUCCAUX*

a) AU TITRE DE L'EPIDEMIOLOGIE

Tableau I: répartition des cancers buccaux de 1996 à 2006 en fonction des années

Années	effectif	Pourcentage
1996	8	5,1
1997	17	10,7
1998	7	4,4
1999	18	11,3
2000	14	8,8
2001	9	5,7
2002	32	20,2
2003	11	6,9
2004	18	11,2
2005	13	8,2
2006	7	4,4
Non précisés	5	3,1
Total	159	100,0

Remarque : la fréquence la plus élevée se situe en 2002 avec 32 cas de cancers buccaux tout âge et tout sexe confondus avec un taux de fréquence de 20,2 %. La fréquence moyenne est d'environ 16 cas sur 10 ans soit un taux de fréquence moyenne de 10,1%.

➤ **Tableau II:** répartition des malades en fonction du sexe

Sexe	Effectif	Pourcentage
Femme	61	38,4
Homme	98	61,6
Total	159	100,0

Remarque : le sexe masculin prédomine par rapport au sexe féminin avec un taux de 61,60%. Le ratio homme/femme est d'environ 1,6.

Tableau III: répartition des cancers buccaux selon le sexe sur la période de 1996 à 2006

Années	FEMME		HOMME	
	Fréquence	Pourcentage	Fréquence	Pourcentage
1996	2	1,3	6	3,8
1997	7	4,4	10	6,3
1998	4	2,5	3	1,9
1999	8	5,1	10	6,3
2000	4	2,5	10	6,3
2001	2	1,3	7	4,4
2002	16	10,1	16	10,1
2003	4	2,5	7	4,4
2004	6	3,8	12	7,5
2005	3	1,9	10	6,3
2006	4	2,5	3	4,4
Non précisés	1	0,6	4	2,5
Total	61	38,4	98	61,6

Valeur attendue < 5

Khi deux = 147,1 non significatif

DDL = 147

Remarque : le nombre de cas par an n'est pas lié au sexe. Notons qu'en 2002 la fréquence est la même dans les deux sexes.

➤ **Tableau IV**: répartition des malades en fonction de la tranche d'âge

Tranche d'âge	Effectif	Pourcentage
[0-20]	27	17,0
] 20-40ans]	27	17,0
] 40-60ans]	70	44,0
] 60ans et plus	35	22,0
Total	159	100,0

Remarque : 44,0% des patients ont un age compris entre 40 et 60 ans inclus.

➤ Répartition des malades en fonction de l'âge

l'âge minimum est de 4 ans

l'âge maximum : 82 ans

la moyenne d'âge : 45 ans

l'écart type : 18,0

le mode : 50 ans avec 8 cas

Tableau V: répartition de la tranche d'âge en fonction du sexe.

Tranche d'âge	FEMME		HOMME	
	effectif	pourcentage	effectif	Pourcentage
[0-20]	6	3,8	21	13,2
] 20-40]	8	5,0	19	11,9
] 40-60]	33	20,8	37	23,3
] 60 et plus	14	8,8	21	13,2
Total	61	38,4	98	61,6

Khi deux = 6,17

P = 0,1037

ddl = 3

Khi deux non significatif

Remarque : la tranche d'âge la plus touchée ne dépend pas du sexe. Cependant elle est plus élevée dans les deux sexes entre 40ans et 60 ans d'une façon descriptive.

➤ **Tableau VI** : répartition des malades en fonction de la nationalité

Nationalité	Effectif	Pourcentage
Ivoirienne	137	86,7
Etrangère	21	13,3
Total	158	100,0

Non précisé : 1

➤ **Tableau VII**: répartition des cancers buccaux en fonction de la région d'origine des malades.

Région d'origine	Effectif	Pourcentage
Nord	7	4,6
Sud	37	24,2
Ouest	10	6,5
Centre	17	11,1
Nord-ouest	21	13,7
Nord-est	3	2,0
Sud-ouest	8	5,2
Centre nord	6	3,9
Centre ouest	22	14,4
Centre est	1	0,6
Etranger	21	13,8
Total	153	100,0

Non précisé : 6

➤ **Remarque** : on note une prédominance des cancers buccaux au Sud de la Côte D'Ivoire soit 24,3%.

- **Tableau VIII:** répartition des malades étrangers en fonction de leur origine.

Nationalité étrangère	Effectif	Pourcentage
Belge	1	5,5
Burkinabé	7	38,9
Guinéenne	1	5,5
Malienne	5	27,9
Mauritanienne	1	5,5
Sénégalaise	2	11,2
Togolaise	1	5,5
Total	18	100,0

Non précisé : 3

Remarque : l'origine de l'échantillon est marquée par la prédominance des burkinabés et les maliens.

- **Tableau IX:** répartition des malades en fonction de la classe sociale.

Classe socio économique	Effectif	Pourcentage
Elevée	3	2,6
Moyenne	20	17,1
Basse	94	80,3
Total	117	100

Non précisé : 42

Remarque : la majorité des patients sont issus d'une classe socio économique basse.

➤ **Tableau X:** répartition des malades en fonction du lieu d'habitation

Domicile	Effectif	Pourcentage
Abidjan	103	71,0
Intérieur	41	28,3
Etranger	1	0,7
Total	145	100,0

Non précisé : 14

Remarque : il existe une forte concentration des patients (71%) à Abidjan.

➤ **Tableau XI:** répartition des patients en fonction des facteurs étiologiques

Facteurs étiologiques	Effectif	Pourcentage
Aucun	75	64,7
Tabac	19	16,4
Alcool	5 (1 pour le vin de palme)	4,3
Alcool et tabac	10	8,6
Infection au VIH-SIDA	7	6
Autres	7	6
Total	116	100,0

Non précisé : 43 dossiers

Autres : -morsure=1

-kola= 1

- irritation par prothèse dentaire= 1

- irritation par épines dentaires = 2

- lésions précancéreuses= 2

Remarque : il n'existe pas de facteurs étiologiques dans 64,7% des cas.

b) AU TITRE DE LA CLINIQUE ET L'ANATOMOPATHOLOGIE

➤ **Tableau XII-A:** répartition des malades en fonction des antécédents médicaux

Antécédents médicaux	Effectif	Pourcentage
Sans	62	39,0
Avec	11	6,9
Non précisé :	86	54,1
Total	159	100,0

Dans l'échantillon des 11 patients avec antécédents médicaux on note :

3 patients présentent l'hypertension artérielle

1 " " le diabète

7 " " l'infection au VIH

➤ **Tableau XII- B :** répartition des malades en fonction des antécédents chirurgicaux

Antécédents chirurgicaux	Effectif	Pourcentage
Sans	67	42,1
Avec	5	3,2
Non précisé	87	54,7
Total	159	100,0

➤ **Tableau XII- C:** répartition des malades en fonction des antécédents familiaux

Antécédents familiaux	Effectif	Pourcentage
Sans	71	44,7
Non précisé	88	55,3
Total	159	100,0

Remarque : pour plus de la moitié des patients (55,0%) les antécédents n'ont pas été précisés. Les patients avec les antécédants médicaux et chirurgicaux sont en minorité, ils représentent en moyenne 8 patients soit environ 5%.

➤ Répartition des malades en fonction du délai observé entre le début de la maladie et la consultation dans les centres spécialisés

Périodes extrêmes : 1 mois avec 14 patients soit un taux de 8,8 % et 20 ans avec 1 patient soit taux de 0,6 %.

La période moyenne est de 120 mois (10 ans) avec 10 patients soit un taux de 6,3%.

L'écart type est de 28.

Le mode est de 15 patients pour un délai de 12 mois soit un taux de 9,4%.

53 patients soit un taux de 33,3% n'ont pas précisé le délai.

Remarque : la période extrême de 20 ans est observée chez un patient ayant présenté une récurrence et qui a été traité par chirurgie avant de se présenter dans les services de cancérologie pendant la période de notre étude. Cette observation nous amène à présenter les résultats du tableau suivant afin de connaître la période supérieure extrême réelle.

Tableau XIII-A : répartition des malades par tranches de délai observé

Tranches de délais	Effectif	Pourcentage
[1mois – 1an]	85	53,5
] 1an – 8ans]	19	11,9
Au-delà de 8ans	2	1,3
Non précisés	53	33,3
Total	159	100,0

Remarque : plus de la moitié des patients présente un délai entre 1 mois et 12 mois. Les patients au delà de 8 ans sont des patients qui ont déjà été traités pour le même cancer et qui ont présenté une récurrence avant de se présenter dans l'un des centres pour la prise en charge. Il s'agit :

1 patient ayant un délai de 15ans

1 patient ayant un délai de 20 ans

La période la plus longue entre le début réel de la maladie et la première consultation en milieu spécialisé est donc 8 ans.

➤ **Tableau XIII-B:** répartition des patients face aux premiers signes des cancers buccaux

Attitude des patients	Effectif	Pourcentage
Abstention	10	9,1
Automédication traditionnelle	16	14,6
Automédication moderne	3	2,7
Consultation du Médecin généraliste	56	50,9
Consultation du Chirurgien dentiste	22	20,0
Autres	3	2,7
Total	110	100,0

Non précisé : 49

Autres : -consultation du chimiothérapeute : 1 soit 0,6%

- consultation du pharmacien : 2 soit 1,2%.

Remarque: en dehors des médecins généralistes qui ont été consultés dans la moitié des cas, les chirurgiens dentistes ont été visités dans 20% des cas.

➤ **Tableau XIV:** répartition des actes thérapeutiques buccodentaires posés par les odontologistes de l'échantillon

Actes thérapeutiques buccodentaires	Effectif	Pourcentage
Orientation en stomatologie	4	20,0
Extractions dentaires	13	65,0
Extraction et curage alvéolaire	1	5,0
Gingivectomie	1	5,0
Traitement antibiotique anti inflammatoire	1	5,0
Total	20	100,0

Remarque : les extractions dentaires représentent plus de la moitié des actes buccaux dentaires 65%.

Tableau XV-A: répartition des conséquences des actes chirurgicaux bucco-dentaires

Conséquences des actes	Effectif	Pourcentage
Aucune	1	7,7
Communication bucco-sinusienne (CBS)	1	7,7
CBS et tuméfaction	1	7,7
Tuméfaction	3	23,1
Flambée tumorale	5	38,4
Récidive et aggravation de la lésion cancéreuse	1	7,7
Flambée tumorale associée à exophtalmie et dysphagie	1	7,7
total	13	100,0

Remarque : il y a prédominance de la flambée tumorale.

➤ **Tableaux XV-B:** répartition des malades selon l'état général

Etat général	Effectif	Pourcentage
Bon	29	46,8
Moyen	18	29,0
Mauvais	15	24,2
Total	62	100,0

Non précisé : 9

Tableaux XV-C: répartition des malades selon de l'état de conscience

Conscience	Effectif	Pourcentage
Oui	75	93,75
Non	5	6,25
Total	80	100,0

Non précisé : 79

Remarque : les non précisés représentent plus de la moitié de l'échantillon. Cependant l'état général des patients est apparemment bon dans l'ensemble.

➤ **Tableau XVI-A:** répartition topographique des cancers buccaux dans l'échantillon.

Localisation	fréquence	Pourcentage
Palais	39	16,3
Langue	23	9,6
Gencive	26	10,9
Plancher	32	13,4
Lèvres	13	5,4
Joue	18	7,5
Maxillaire	36	15,1
Mandibule	26	10,9
Autres	26	10,9
Total	239	100,0

➤ **Tableau XVI-B :** répartition autres localisations des cancers buccaux.

Autres localisations	Effectif	Pourcentage
Vestibule	12	46,2
Loge sous maxillaire	8	30,8
Région rétro molaire	3	11,5
Commissure intermaxillaire	1	3,8
Non précisés	2	7,7
Total	26	100,0

Remarque des tableaux XVI A et B : les localisations palatines, maxillaires et pelviennes prédominent. Les localisations maxillaires y compris palatines représentent 47,1% de l'ensemble des tumeurs.

Parmi les autres localisations, celles du vestibule a le taux le plus élevé 46,2%. Elles représentent les extensions vestibulaires des cancers du maxillaire et de la mandibule. La loge sous maxillaire constitue parmi les autres localisations, la localisation la plus importante (30,8%).

Tableau XVII: répartition des formes cliniques dans l'échantillon

Formes cliniques	Effectif	Pourcentage
Ulcerobourgeonnante	97	61,0
Ulcéreuse	7	4,4
Tuméfaction et/ou associée à ulcération bourgeonnante	54	34,0
Non précisés	1	0,6
Total	159	100,0

Remarque : la forme ulcero-bourgeonnante prédomine à 61% des cas.

➤ **Tableau XVIII:** répartition de la taille des tumeurs

Taille de la tumeur	Effectif	Pourcentage
T2	37	23,3
T3	49	30,8
T4	70	44,0
TX	3	1,9
Total	159	100,0

Remarque : la taille T4 prédomine dans l'échantillon.

➤ **Tableau XIX:** répartition des manifestations bucco dentaires associés aux tumeurs dans l'échantillon.

Signes dentaires	Effectif	Pourcentage
Mobilité	42	36,8
Carie dentaire	2	1,8
Mobilité et carie dentaire	4	3,5
Odontalgies	5	4,3
Mobilité et odontalgies	14	12,3
Mobilité carie dentaire et odontalgies	1	0,9
Asymptomatique	1	0,9
Mobilité et asymptomatique	1	0,9
Autres	44	38,6
Total	114	100,0

Non précisé : 45

Remarque : on note une prédominance des signes de mobilité dentaires et des odontalgies.

➤ **Tableau XX:** répartition des autres manifestations bucco-dentaires des tumeurs dans l'échantillon.

Autres signes buccaux dentaires	Effectif	Pourcentage
Parodontopathie	3	6,8
Déplacement et désordres dentaires	7	15,9
Limitation de l'ouverture buccale	8	18,2
Mauvaise hygiène buccodentaire associée autres signes	6	13,6
Trouble de l'articulé	7	15,9
Stomatorragies	3	6,8
Déviations linguales	3	6,8
Expulsion dentaire	1	2,3
Troubles de la sensibilité cutanéomuqueuse	3	6,8
Dysphagie	1	2,3
mortification pulpaire	1	2,3
nécrose pulpaire	1	2,3
Total	44	100,0

Remarque : les déplacements, les désordres dentaires, la limitation de l'ouverture buccale, la mauvaise hygiène buccodentaire associée, les troubles de l'articulé prédominent par rapport aux autres manifestations bucco dentaires des tumeurs.

➤ **Tableau XXI-A:** répartition des adénopathies dans l'échantillon.

Adénopathies	Effectif	Pourcentage
Présence	85	82,5
Absence	18	11,5
Total	103	100,0

Non précisé : 56

NX : 56

N0 : 18

Tableau XXI-B: répartition selon la taille des adénopathies

Taille	Effectif	Pourcentage
N1	15	17,6
N2a	13	15,3
N2b	19	22,4
N3	38	44,7
Total	85	100,0

Remarque : tableaux XXI-A et B

Les adénopathies sont présentes dans 82,5% des cas. En dehors des adénopathies imprécisables (46,6%), celles dont la taille est supérieure à 6 centimètres prédominent (44,7%).

➤ **Tableau XXII:** répartition des types de prélèvements dans l'échantillon

Nature de prélèvement	Effectif	Pourcentage
Biopsies et pièces opératoires	143	89,9
Cytoponction	13	8,2
Non précisé	3	1,9
Total	159	100,0

➤ **Tableau XXIII:** répartition des types histologique des cancers dans l'échantillon.

Diagnostic histologique	Effectif	Pourcentage
Carcinome épidermoïde	97	61,0
Carcinome glandulaire	18	11,3
Sarcome	6	3,8
Maladie de Burkitt à localisation maxillo-faciale	22	13,8
Autres lymphomes	8	5,1
Maladie de Kaposi à manifestations buccales	7	4,4
Processus malin de nature indéterminée	1	0,6
Total	159	100,0

Remarque : les carcinomes épidermoïdes prédominent dans l'échantillon.

NB : en excluant les lymphomes de Burkitt on obtient les résultats suivants :

Carcinomes épidermoïdes 70,8%

Carcinomes glandulaires 13,1%

Autres cancers 16,1%

b) AU TITRE DE LA THERAPEUTIQUE

➤ **Tableau XXIV:** répartition des traitements reçus dans les services spécialisés.

Traitement	fréquence	Pourcentage
Chirurgie	35	20,6
Chimiothérapie	49	28,8
Radiothérapie	4	2,4
Traitement palliatif	25	14,7
Abstention	28	16,5
Orienter vers un autre service	29	17,0
Total	170	100,0

Remarque : la chimiothérapie semble être le traitement le plus important.

➤ **Tableau XXV:** répartition du type de traitements des cancers buccaux reçus dans les différents centres.

Traitement	CENTRES CHUT-CHUC		
	Cancérologie	Stomatologie	Stomatologie
Chirurgie	8	17	20
Chimiothérapie	21	8	20
Radiothérapie	2	0	2
Traitement palliatif	2	8	15
Abstention	2	13	13
Orienter vers un autre service	0	18	11
Total	35	64	81

NB : nous livrons uniquement les données des types de traitements reçus par les patients dans les centres ; signalons que la radiothérapie a été réalisée à l'extérieur du pays.

Les patients ayant subi la chirurgie en cancérologie sont des patients qui ont reçu ce type de traitement dans les services de Stomatologie et de Chirurgie Maxillo-Faciale des CHU de Treichville et de Cocody et qui ont été orientés dans le service de cancérologie.

Remarque : la cancérologie n'a pas orienté de patients, de même le service de Stomatologie du CHUT n'a pas reçu de patients ayant subi la radiothérapie.

NB : précisons que les 8 cas de patients de la cancérologie ayant subi la chirurgie sont les patients traités dans les deux services de stomatologie et qui ont été orientés en cancérologie.

Tableau XXVI: répartition des malades selon le type de chirurgie

Type de chirurgie	Effectif	Pourcentage
BPTM + exérèse tumorale + lambeau du grand pectoral	1	9,1
BPTM +hémi glosso mandibulectomie + curage ganglionnaire	1	9,1
Chirurgie de propreté	1	9,1
exérèse tumorale + curage ganglionnaire	2	18,2
exérèse tumorale	2	18,2
exérèse tumorale + curage ganglionnaire +lambeau	1	9,1
Adénectomie	1	9,1
Hémi maxillectomie + curage ganglionnaire	1	9,1
Total	11	100,0

Remarque : l'exérèse tumorale associée au curage ganglionnaire et l'exérèse tumorale prédominant (4 cas soit 36,4%). Par contre le taux des lambeaux de reconstruction est faible (2 cas soit 18,2%).

➤ **Tableau XXVII:** répartition des malades selon le nombre de cures de chimiothérapie

Nombres cures	Effectif	Pourcentage
0	26	53,1
1	6	12,2
2	3	6,1
3	3	6,1
4 à 5	9	18,4
6	2	4,1
Total	49	100,0

➤ **Tableau XXVIII:** répartition des malades en fonction des services de référence

Services spécialisés	Effectif	Pourcentage
Cancérologie CHUT	16	55,1
Dermatologie CHUT	1	3,4
Hématologie du CHUYop	4	13,8
Pédiatrie CHUT	3	10,3
USAC	5	17,4
Total	29	100,0

Remarque : le service de cancérologie reçoit plus de la moitié des patients orientés.

➤ **Tableau XXIX:** répartition des malades par rapport à l'évolution des cancers de la cavité buccale après traitement.

Evolution	Effectif	Pourcentage
Favorable	16	29,1
Défavorable	39	70,9
Total	55	100,0

Non précisé : 104

Remarque : le nombre des non précisés est très important. Cependant l'évolution est défavorable dans le reste de l'échantillon.

➤ **Tableau XXX:** répartition des malades en fonction des récurrences locales.

Récurrence	Effectif	Pourcentage
Présence	12	36,4
Absence	21	63,6
Total	33	100,0

Non précisé : 126

➤ **Tableau XXXI:** répartition des malades en fonction de la surveillance

Surveillance	Effectif	Pourcentage
Perdus de vue	26	19,7
Revus entre -[1mois- 6mois]	77	58,3
-] entre 6 et 1an]	10	7,6
- après 1an	19	14,4
Total	132	100,0

Non précisé : 27

SURVIE : sur 159 patients

- à 1an = 2 (carcinomes épidermoïdes)
- à 3ans = 1 (carcinome épidermoïde)
- à 18 ans = 1 (adénocarcinome)
- à 26 ans = 1 (carcinomes épidermoïdes).

DECES : sur 159 patients

Il y a eu 14 décès repartis comme suit :

8 décès pour les carcinomes épidermoïdes :

5 décès pour le Burkitt à manifestation maxillo-faciale

1 décès pour le rhabdomyosarcome.

2-1-2 DONNEES CONCERNANT DES CARCINOMES BUCCAUX

➤ **Tableau XXXII:** répartition des carcinomes buccaux par rapport aux cancers de la bouche

Types de cancers	Effectif	Pourcentage
Carcinomes buccaux	115	72,3
Autres cancers	44	27,7
Total	159	100,0

Remarque : les carcinomes buccaux sont plus importants que les autres cancers buccaux.

➤ **Tableau XXXIII:** répartition des différents types des carcinomes buccaux

types	Effectif	Pourcentage
Carcinomes épidermoïdes	97	84,3
Carcinomes glandulaires	18	15,7
Total	115	100,0

Remarque : les carcinomes épidermoïdes sont plus nombreux que les carcinomes glandulaires.

a) ***DONNEES SUR LES CARCINOMES EPIDERMOÏDES***

➤ **Tableau XXXIV:** répartition des carcinomes épidermoïdes buccaux par rapport aux carcinomes des voies aéro-digestives supérieures (selon les données (de 1996 à 2006) des services d'anatomopathologie des deux CHU).

Localisations VADS	Effectif	Pourcentage
Cavité buccale	82	55,8
Larynx	41	27,8
Cavum	13	8,7
Amygdales	7	4,7
Cordes vocales	3	2,4
Voile du palais	1	0,6
Total	147	100,0

Remarque : les cancers de la cavité buccale représentent plus de la moitié des cancers des VADS.

a-1- Données épidémiologiques

- **Tableau XXXV:** répartition des carcinomes épidermoïdes en fonction du sexe

Sexe	Effectif	Pourcentage
Féminin	42	43,3
Masculin	55	56,7
Total	97	100,0

Remarque : les hommes prédominent légèrement par rapport aux femmes. Le ratio homme /femme est de 1,25 c'est à dire 5 hommes pour 4 femmes.

- **Tableau XXXVI:** répartition des carcinomes épidermoïdes selon la classe sociale

Classe sociale	Effectif	Pourcentage
Elevée	2	2,4
Moyenne	12	14,5
Basse	69	83,1
Total	83	100,0

Non précisé : 14

Remarque : la majorité des patients atteints des carcinomes buccaux sont issus d'une classe socio économique relativement basse. (83,1%).

➤ **Tableau XXXVII:** répartition des carcinomes épidermoïdes selon la tranche d'âge

Tranche d'âge	Effectif	Pourcentage
[20-40 ans]	18	18,6
] 40-60 ans]	49	50,5
] 60 ans et plus	30	30,9
Total	97	100,0

Remarque: les carcinomes épidermoïdes prédominent (50,5%) chez les sujets dont l'âge est compris entre 40 à 60 ans.

➤ **Tableau XXXVIII:** répartition des carcinomes épidermoïdes selon la région d'origine.

Région d'origine	Effectif	Pourcentage
Nord	5	5,1
Sud	22	22,7
Ouest	2	2,1
Centre	12	12,4
Nord Ouest	14	14,4
Nord Est	2	2,1
Sud Ouest	3	3,1
Centre Ouest	12	12,4
Centre Est	1	1,1
Centre nord	3	3,1
Etranger	16	16,5
Non précisé	5	5,2
Total	97	100,0

Remarque : les sujets du Sud, du Centre, du Nord et Centre Ouest semblent développés plus de carcinomes que ceux des autres régions de la Côte D'Ivoire dans l'échantillon.

➤ **Tableau XXXIX:** répartition des facteurs étiologiques dans L'échantillon

Facteurs étiologiques	Effectif	Pourcentage
Aucun	35	50,0
Tabac	18	25,7
Alcool	3	4,3
Tabac et alcool	9	12,9
Autres	5	7,1
Total	70	100,0%

Non précisé : 27

Autres : -irritation par prothèse dentaire: 1

- irritation par dents cariées: 2

- érythroplasie: 1

- papillome: 1

- consommation de kola pendant 20 ans: 1

Répartition de types de tabac selon un effectif de 9 cas précisés ayant consommé le tabac dans la série,

Tabac fumé: 3 soit 33,3%

Tabac prisé: 1 soit 11,1%

Tabac chique: 5 soit 55,6%

1cas non précisé soit 11,1%

Remarque : aucun facteur étiologique n'est retrouvé chez la moitié des patients.

Autrement le tabac reste le facteur le plus important (50,0%).

a-2- Données cliniques et anatomopathologiques

Les tumeurs se présentent dans 90% des cas sous forme d'ulcération bourgeonnante associées ou non à une tuméfaction et dans 10% des cas sous forme d'ulcération sur deux lésions précancéreuses (lichen érosif et érythroplasie).

➤ **Tableau XL:** répartition de la taille des tumeurs dans l'échantillon

Taille tumorale	Effectif	Pourcentage
T2	18	18,6
T3	38	39,2
T4	41	42,3
Total	97	100,0

Remarque : les tumeurs évoluées et très évoluées prédominent dans l'échantillon.

➤ **Tableau XLI:** répartition des adénopathies dans l'échantillon

Adénopathies	Effectif	Pourcentage
Présence	54	85,7
Absence	9	14,3
Total	63	100,0%

Non précisé : 34

Remarque : le nombre de cas non précisés est important. Néanmoins, ceux qui présentent les adénopathies sont plus nombreux.

➤ **Tableau XLII:** répartition de taille des adénopathies dans l'échantillon

Taille des ganglions	Effectif	Pourcentage
N1	5	9,3
N2a	7	12,9
N2b	26	48,2
N 3	16	29,6
Total	54	100,0%

NX : 43

N0 : 9

Remarque : on note une prédominance des adénopathies bilatérales comprises entre 3 et 6 centimètres.

➤ **Tableau XLIII:** répartition topographique des carcinomes épidermoïde.

Localisations	fréquence	Pourcentage
Palais	22	17,1
Langue	16	12,4
Gencive	17	13,2
Plancher	25	19,4
Lèvres	12	9,3
Joue	8	6,2
Maxillaire	11	8,5
Mandibule	18	13,9
Total	129	100,0

Remarque : les localisations pelviennes et palatines sont modérément plus importantes

➤ **Tableau XLIV:** répartition des différents types histologiques des carcinomes épidermoïdes.

Types histologiques	Effectif	Pourcentage
Très Différencié	57	78,1
Moyennement différencié	0	0
Peu différencié	7	9,6
Autres	9	12,3
Total	73	100,0

Non précisé : 24

Autres variantes :

Carcinomes épidermoïdes verruqueux: 6

Sarcomatoïdes: 2

Lymphoepitheliome: 1

Remarque : le type très différencié représente plus de la moitié de l'échantillon.

a-3- Données thérapeutiques

➤ **Tableau XLV :** répartition des traitements des carcinomes épidermoïdes

Traitement	fréquence	Pourcentage
Chirurgie	20	23,3
Chimiothérapie	24	27,9
Radiothérapie	2	2,3
Traitement palliatif	18	20,9
Abstention	8	9,3
Orienter vers un autre service	14	16,3
Total	86	100,0

Remarque : le traitement par radiothérapie représente le plus faible pourcentage.

➤ **Tableau XLVI:** répartition du nombre de cures suivies dans l'échantillon des cas traités par chimiothérapie

Nombre de cures	Effectif	Pourcentage
0	16	66,7
1	4	16,6
3	1	4,2
6	3	12,5
Total	24	100,0

Remarque : plus de la moitié de l'échantillon n'a suivi aucune cure.

➤ **Tableau XLVII:** répartition des carcinomes épidermoïdes selon l'évolution après traitement.

Evolution	Effectif	Pourcentage
Favorable	6	6,2
Défavorable	18	18,6
Non précisé	75	75,3
Total	97	100,0

Remarque Tableaux XLVI et XLVII: en dehors des cas non précisés qui sont très importants, l'évolution des carcinomes épidermoïdes après traitement est défavorable.

➤ **Tableau XLVIII:** répartition des malades selon les récurrences

Récurrences	Effectif	Pourcentage
Oui	10	10,3
Non	6	6,2
Non précisés	81	83,5
Total	97	100,0

Remarque : le nombre de cas non précisés est très important.

a-4- Données analytiques sur les carcinomes épidermoïdes

➤ **Tableau XLIX:** répartition topographique des carcinomes épidermoïdes par rapport au sexe.

<i>LOCALISATION</i>	<i>SEXE</i>		
	Féminin	Masculin	Total
Palais	6	16	22
Langue	5	11	16
Gencive	10	7	17
Plancher	13	12	25
Lèvres	7	5	12
Joue	7	1	8
Maxillaire	5	6	11
Mandibule	7	11	18
Total	60	69	129

Khi deux = 12,61

ddl = 7

P = 0,0821

Test non significatif

➤ **Tableau L:** répartition topographique des carcinomes épidermoïdes par rapport aux tranches d'âge

<i>LOCALISATION</i>	<i>TRANCHE D'AGE</i>		
	Inférieur ou égal à 60 ans	61 ans et plus	Total
Palais	19	3	22
Langue	9	7	16
Gencive	15	2	17
Plancher	15	10	25
Lèvres	10	2	12
Joue	5	3	8
Maxillaire	9	2	11
Mandibule	13	5	18
Total	95	34	129

Khi deux = 10,08; une valeur attendue est < 5.

ddl = 7

P = 0,1840

Khi deux non valide ; Test non significatif

Remarques sur les tableaux XLIX et L :

Les valeurs attendues des Khi deux sont non significatives : les localisations des carcinomes de la cavité buccale ne dépendent ni de l'âge ni du sexe des patients.

➤ **Tableau LI:** répartition des tranches d'âge touchées par les carcinomes épidermoïdes en fonction des régions d'origine.

<i>CLASSES D'AGES</i>			
<i>REGION D'ORIGINE</i>	Inférieur ou égal à 60 ans	61 ans et plus	Total
Nord	3	2	5
Sud	15	7	22
Ouest	2	0	2
Centre	10	3	13
Nord-ouest	13	1	14
Nord-est	2	0	2
Sud-ouest	2	1	3
Centre nord	2	1	3
Centre-ouest	9	3	12
Total	58	18	76

Khi deux = 5,18; une valeur attendue est < 5.

ddl = 8

P = 0,7378

Khi deux non valide ; Test non significatif

Tableau LII: répartition des carcinomes épidermoïdes en fonction du sexe et de la région d'origine des patients

<i>RÉGION D'ORIGINE</i>	<i>SEXE</i>		
	<i>Féminin</i>	<i>Masculin</i>	<i>Total</i>
Nord	4	1	5
Sud	6	11	22
Ouest	0	2	2
Centre	7	9	16
Nord-ouest	9	5	14
Nord-est	0	2	2
Sud-ouest	1	4	3
Centre nord	3	0	3
Centre ouest	4	8	12
Total	34	42	76

Khi deux = 14,11

ddl = 8

P = 0,0789

Test non significatif

Remarque : il n'existe aucune relation entre la région d'origine la tranche d'âge et le sexe des patients.

Tableau LIII : moyenne d'âge en fonction des différents types histologiques des carcinomes épidermoïdes.

<i>TYPES HISTOLOGIQUES</i>	<i>AGE</i>		
	Moyenne	[Min Max]	Ecart type
Très Différencié	56	24 – 82	13,4
Peu différencié	40	21 – 56	14,2
Autres	54	26- 68	12,6

Le test statistique ANOVA est

$p = 0,03$ donc significatif car

p est toujours $< 0,05$

Remarque : les tumeurs peu différenciées semblent se manifester chez les sujets plus jeunes dans l'échantillon.

NB : Répartition des types histologiques des carcinomes épidermoïdes en fonction de l'évolution après traitement n'a pas donné de résultat car pour tous ces patients, l'évolution est non précisée : ils font partie des 104 cas dont l'évolution n'a pas été précisée dans les cancers buccaux.

b) RESULTATS CONCERNANT LES CARCINONES GLANDULAIRES

b-1- Au titre de l'épidémiologie

Age moyen : 49 ans

Mode : 50 ans

Age le plus bas : 26 ans

Age le plus élevé : 72 ans

➤ **Tableau LIV:** répartition des carcinomes glandulaires en fonction de la tranche d'âge

tranche d'âge	Effectif	Pourcentage
[20-40 ans]	2	11,1
] 40-60 ans]	12	66,7
] 60 ans et plus	4	22,2
Total	18	100,0

Remarque : on note une prédominance des carcinomes glandulaires chez les sujets entre 40 ans et 60 ans (66,7%).

- **Tableau LV:** répartition des carcinomes glandulaires en fonction du sexe.

Sexe	Effectif	Pourcentage
Féminin	10	55,6
Masculin	8	44,4
Total	18	100,0

Remarque : les femmes représentent plus de 50% de l'échantillon.

- **Tableau LVI:** répartition des carcinomes glandulaires en fonction de la classe socio- économique

Classe sociale	Effectif	Pourcentage
Elevée	1	5,6
Moyenne	3	16,6
Basse	10	55,6
Non précisée	4	22,2
Total	18	100,0%

Remarque : carcinomes glandulaires touchent plus les patients économiquement faibles dans l'échantillon (55,5%).

➤ **Tableau LVII:** répartition des carcinomes glandulaires selon la région d'origine des patients.

Région d'origine	Effectif	Pourcentage
Nord	1	5,6
Sud	5	27,8
Ouest	2	11,1
Centre	3	16,6
Nord-ouest	1	5,6
Nord-est	0	0
Sud-ouest	2	11,1
Centre nord	0	0
Centre ouest	2	11,1
Centre est	0	0
Etranger	2	11,1
Total	18	100,0%

Remarque : on note une légère prédominance des carcinomes glandulaires au Sud et au Centre de la Côte d'Ivoire.

➤ **Tableau LVIII:** répartition des facteurs étiologiques des carcinomes glandulaires au sein de l'échantillon.

Facteurs étiologiques	Effectif	Pourcentage
Aucun	9	50
Tabac	0	0
Alcool (vin de palme)	1	5,6
Tabac et alcool	0	0
Autres (kola)	1	5,6
Non précisé	7	38,8
Total	18	100,0

Remarque : il n'existe aucun facteur étiologique dans plus de la moitié des cas. En dehors des facteurs non précisés et de ceux reconnus par la littérature, notons La présence de facteurs étiologiques probables qui sont la kola et le vin de palme.

b-2- Au titre de la clinique et de l'anatomopathologie

Les carcinomes glandulaires se présentent sous forme de tuméfaction accompagnée très souvent d'ulcération de la muqueuse recouvrant la tumeur.

➤ **Tableau LIX:** Répartition topographique des carcinomes glandulaires

Localisations	Effectif	Pourcentage
Glandes sub mandibulaires	7	38,9
Glandes sub linguales	1	5,6
Canal parotidien	2	11,1
Glandes salivaires accessoires	6	33,3
Non précisé	2	11,1
Total	18	100,0

Remarque : les glandes salivaires accessoires et les glandes sub mandibulaires sont les plus touchées dans l'échantillon.

- **Tableau LX:** répartition des carcinomes glandulaires en fonction de taille tumorale.

Taille tumorale	Effectif	Pourcentage
T1	0	0
T2	0	0
T3	7	38,8
T4	11	61,2
Total	18	100,0

- **Tableau LXI:** répartition des carcinomes glandulaires en fonction de la taille des adénopathies.

Adénopathies	Effectif	Pourcentage
N0: 3	3	37,5
N1	4	50
N2	0	0
N3	1	12,5
N4	0	0
total	8	100,0

Cas non précisés :10

Remarques sur les Tableaux LX et LXI

Les signes locorégionaux sont dominés par les tumeurs de taille inappréciable, les adénopathies non palpables et celles de petite taille.

➤ **Tableau LXII:** répartition des types histologiques des carcinomes glandulaires

Types histologiques	Effectif	Pourcentage
Adénocarcinome	7	38,9
Cylindrome (CAK)	7	38,9
Extension buccale d'un adénocarcinome parotidien	1	5,6
Autres	3	16,6
Total	18	100,0

Autres

Carcinomes mucoépidermoïdes : 2

Adenocarcinomes à cellules claires : 1

Remarque : les types histologiques des carcinomes glandulaires prédominant sont les cylindrômes et les adénocarcinomes.

b-3- Au titre de la thérapeutique

- **Tableau LXIII:** répartition des traitements des carcinomes glandulaires

Types de traitements	fréquence	Pourcentage
Chirurgie	9	39,1
Chimiothérapie	3	13,0
Radiothérapie	1	4,4
Palliatif	4	17,4
Abstention	5	21,7
Orienter	1	4,4
Total	23	100,0

Remarque : le traitement a été, dans la moitié des cas, la chirurgie.

➤ **Tableau LXIV:** répartition des carcinomes glandulaires en fonction de l'évolution après traitement .

Evolution	Effectif	Pourcentage
Favorable	4	25,0
Défavorable	6	75,0
Total	10	100,

Non précisé : 8

Remarque : l'évolution après traitement est défavorable dans la majorité des cas.

➤ **Tableau LXV:** répartition des carcinomes glandulaires en fonction des récidives.

Récidive	Effectif	Pourcentage
Oui	4	42,9
Non	3	57,1
Total	7	100,0

Non précisé : 11

Remarque : il y a une récidive tumorale dans la moitié des cas. Cependant ce nombre ne peut être apprécié à cause des données manquantes.

2-2- RESULTATS DE L'ENQETE TRANSVERSALE

De notre étude qui prend en compte 100 chirurgiens dentistes, nous tirons trois types de résultats :

- ceux concernant les renseignements d'ordre général
- " " les connaissances des critères de malignité
- " " la conduite à tenir devant un cancer buccal

Les résultats livrés sous forme de tableaux, de graphique et de camemberts comporteront ou non des paramètres non précisés.

2-2-1-RESULTATS CONSERNANT LES RENSEIGNEMENTS D'ORDRE GENERAL

Tableau LXVI: répartition des chirurgiens dentistes selon le sexe.

Sexe	Effectif	Pourcentage
Féminin	41	41,0
Masculin	59	59,0
Total	100	100,0

Remarque : 59% des praticiens de l'échantillon sont des hommes.

Tableau LXVII: répartition des chirurgiens dentistes selon les secteurs d'activité.

Secteurs d'activité	Effectif	Pourcentage
Privé	35	35,0
Public	65	65,0
Total	100	100,0

Remarque : 65% des praticiens de l'échantillon travaillent dans le secteur public.

Tableau LXVIII: répartition des chirurgiens dentistes selon le lieu d'exercice

Lieu d'exercice	Effectif	Pourcentage
Abobo	3	3,0
Adjamé	4	4,0
Attecoubé	1	1,0
Cocody	29	29,0
Koumassi	4	4,0
Marcory	10	10,0
Plateau	16	16,0
Port bouet	6	6,0
Treichville	18	18,0
Yopougon	9	9,0
Total	100	100,0

Remarque : 1% des praticiens de l'échantillon travaillent à Attécoubé et 29% à Cocody.

2-2-2- *CONNAISSANCES DES CRITERES DE MALIGNITE*

Tableau LXIX: nombre des chirurgiens dentistes de l'échantillon pouvant reconnaître facilement une lésion cancéreuse.

Nombre	Effectif	Pourcentage
OUI	38	38,0
NON	62	62,0
Total	100	100,0

Remarque : Plus de la moitié des praticiens de l'échantillon affirme ne pas reconnaître facilement une lésion cancéreuse.

Tableau LXX: répartition de la localisation des cancers buccaux d'après l'échantillon

Localisation des cancers buccaux d'après l'échantillon	Fréquence	Pourcentage
Joue	13	6,78
Mandibule	8	4,17
Maxillaire	8	4,17
Langue	34	17,70
Plancher	54	28,12
Lèvres	15	7,81
Palais	60	31,25
Total	192	100,0

Remarque : pour plus de la moitié des odontologistes, les cancers buccaux se localisent au plancher buccal et au palais.

Tableau LXXI: répartition des facteurs étiologiques des cancers buccaux d'après l'échantillon.

Facteurs étiologiques	Effectif	Pourcentage
Alcool	1	1,0
Tabac	14	14,0
Tabac et alcool	81	81,0
Autres	4	4,0
Total	100	100,0

Autres : - mauvaise hygiène bucco dentaire : 2

- irritation prothétique : 1

- malnutrition : 1

Remarque : Pour 81% des odontologistes, l'alcool et le tabac représentent les facteurs étiologiques des cancrs buccaux.

Tableau LXXII: répartition des formes cliniques des cancers buccaux d'après l'échantillon

Formes cliniques	Effectif	Pourcentage
Ulcération	16	16,0
Forme bourgeonnante	12	12,0
Ulcération et forme bourgeonnante	16	16,0
Forme fissuraire	1	1,0
Ulcération et forme fissuraire	3	3,0
Forme bourgeonnante et fissuraire	1	1,0
Ulcération forme Bourgeonnante et fissuraire	3	3,0
Tuméfaction	11	11,0
Ulcération et tuméfaction	12	12,0
Tuméfaction et forme bourgeonnante	7	7,0
Ulcération tuméfaction et forme bourgeonnante	9	9,0
Ulcération forme fissuraire et tuméfaction	2	2,0
Ulcération tuméfaction forme bourgeonnante et fissuraire	3	3,0
Non précisé	4	4,0
Total	100	100,0

Tableau LXXIII: répartition des signes locaux des cancers buccaux selon l'échantillon.

Signes locaux	Effectif	Pourcentage
Mal limitée	7	7,0
Molle	1	1,0
Mal limitée et molle	1	1,0
Indurée	4	4,0
Mal limitée et indurée	11	11,0
Douloureuse	3	3,0
Mal limitée et douloureuse	2	2,0
Mal limitée et molle douloureuse	1	1,0
Indurée et douloureuse	2	2,0
Mal limitée indurée et douloureuse	6	6,0
Mal limitée et qui saigne facilement	8	8,0
Mal limitée molle et qui saigne facilement	6	6,0
Indurée et qui saigne facilement	5	5,0
Mal limitée Indurée et qui saigne facilement	11	11,0
Mal limitée molle indurée et qui saigne facilement	1	1,0
Douloureuse et qui saigne facilement	2	2,0
Mal limitée douloureuse et qui saigne facilement	10	10,0
Mal limitée molle douloureuse et qui saigne facilement	3	3,0
Indurée douloureuse et qui saigne facilement	3	3,0
Mal limitée indurée douloureuse et qui saigne facilement	9	9,0
Non précisé	4	4,0
Total	100	100,0

Tableau LXXIV: répartition des signes régionaux des cancers buccaux selon l'échantillon.

Signes loco régionaux selon les chirurgiens dentistes	Effectif	Pourcentage
Adénopathies cervico faciales	42	42,0
Adénopathies cervico faciales et otalgie réflexe	6	6,0
Dysphagie	1	1,0
Adénopathies cervico faciales et dysphagie	29	29,0
Adénopathies cervico faciales otalgie réflexe dysphagie et épistaxis	13	13,0
Adénopathies cervico faciales et épistaxis	1	1,0
Adénopathies cervico faciales dysphagie et épistaxis	1	1,0
Non précisée	6	6,0
Total	100	100,0

Tableau LXXV: répartition des manifestations dentaires des cancers buccaux selon l'échantillon

Signes dentaires	Effectif	Pourcentage
Mobilité	26	26,0
Troubles de la sensibilité	2	2,0
Mobilité et troubles de la sensibilité	15	15,0
Odontalgie	1	1,0
Mobilité et odontalgie	17	17,0
Troubles de la sensibilité et odontalgie	1	1,0
Mobilité troubles de la sensibilité et odontalgie	4	4,0
Asymptomatique	8	10,0
Mobilité et asymptomatique	10	10,0
Troubles de la sensibilité et asymptomatique	1	1,0
Mobilité troubles de la sensibilité et Asymptomatique	7	7,0
Mobilité odontalgie et asymptomatique	1	1,0
Mobilité et caries	1	1,0
Mobilité odontalgie et caries	1	1,0
Non précisé	5	5,0
Total	100	100,0

Tableau LXXVI : récapitulatif des tableaux LXXII ; LXXIII ; LXXIV, LXXV : répartition des caractères de malignité connus de la littérature dans l'échantillon.

<i>Nombres de signes de malignité reconnus</i>	<i>Caractères de malignité</i>			
	Formes cliniques	Signes locaux	Signes dentaires	Signes régionaux
Au moins 3	17	39	12	2
2	39	30	44	50
1	40	30	37	42
0	0	13	2	0
Non précisé	4	4	5	6

Remarque : Près de la moitié des chirurgiens dentistes reconnaissent un à deux signes dans les caractères de malignité connus de la littérature.

2.2.3- *ATTITUDES PRATIQUES DES ODONTOLOGISTES FACE AUX CANCERS BUCCAUX*

Tableau LXXVII: nombre de chirurgiens dentistes ayant rencontré ou non des cancers buccaux au cours de leur exercice.

Cancers buccaux rencontrés	Effectif	Pourcentage
OUI	60	60,0
NON	40	40,0
Total	100	100,0

Remarque : 60,0% des chirurgiens dentistes reconnaissent avoir rencontré des cancers buccaux au cours de leur exercice.

Tableau LXXVIII: répartition du nombre de cas de cancers buccaux rencontrés lors de l'exercice selon l'échantillon.

Nombre de cas de cancers buccaux	Effectif	Pourcentage
0	3	3,0
1	17	17,0
2	13	13,0
3	9	9,0
4	2	2,0
5	5	5,0
6	1	1,0
10	5	5,0
15	1	1,0
20	1	1,0
50	1	1,0
Non précisé	42	42,0
Total	100	100,0

Moyenne : 2,4

Variance : 34,1

Ecart type : 5,8

Le test Student «T» (utilisé pour tester la moyenne lorsque celle-ci diffère de 0)

«T» : 4,2

ddl = 99

p = 0,00 la moyenne est donc significative

Tableau LXXIX: répartition par classes de cas de cancers buccaux rencontrés au cours de leur carrière selon l'échantillon.

Classes de cas de cancers buccaux	Effectif	Pourcentage
< ou = à 5 cas	49	84,5
] 5- 20 cas]	8	13,8
> 20	1	1,7
Total	58	100,0

Remarque : 84,5% ont rencontré au plus 5 cas de cancers buccaux au cours de leur carrière.

Tableau LXXX: répartition des traitements initiaux entrepris face aux cancers buccaux selon l'échantillon.

Traitements initiaux	Effectif	Pourcentage
Abstention	21	21,0
Traitement symptomatique	12	12,0
Référence	67	67,0
Total	100	100,0

Tableau LXXXI: répartition des différents lieux de référence selon l'échantillon.

Lieux de référence	Effectif	Pourcentage
Stomatologie	57	57,0
Confrères	4	4,0
Cancérologie	4	4,0
Autres	2	2,0
Non précisé	33	33,0
Total	100	100,0

Remarque : le service de stomatologie représente un peu plus de la moitié des lieux de référence de 67,0% des praticiens.

Tableau LXXXII: répartition des traitements initiaux face aux dents situées dans les territoires atteints par cancers buccaux selon l'échantillon

Traitement bucco dentaire initial	Effectif	Pourcentage
Abstention	59	59,0
Avulsion	11	11,0
Traitement parodontal	5	5,0
Traitement médical	19	19
Non précisé	6	6,0
Total	100	100,0

Tableau LXXXIII: répartition des examens complémentaires entrepris ou non face aux cancers buccaux par l'échantillon.

Examens complémentaires	Effectif	Pourcentage
OUI	31	31,0
NON	69	69,0
Total	100	100,0

Tableau LXXXIV: répartition du type d'examen complémentaire demandé par l'échantillon.

Type d'examen complémentaire	Effectif	Pourcentage
Bilan radiographique dentaire standard	17	65,4
Tomodensitométrie	2	7,7
Bilan biologique	3	11,5
Biopsie	4	15,4
Total	26	100,0

Remarque : Sur 100 odontologistes, 31 ont demandé des examens complémentaires parmi lesquels le bilan radiographique dentaire standard reste l'examen le plus exploité dans 65,4% des cas.

Tableau LXXXV: Répartition des moyens thérapeutiques des cancers connus dans l'échantillon.

Traitements connus	Fréquence	Pourcentage
Scarification	2	0,88
Tatouage	0	0,00
Chimiothérapie	78	34,51
Laser	14	6,19
Cryothérapie	1	0,45
Chirurgie	65	28,77
Radiothérapie	66	29,20
Total	226	100,0

Remarque : La chimiothérapie, la chirurgie et la radiothérapie sont connues par la majorité des chirurgiens dentistes de l'échantillon. Par contre, une faible minorité considère la scarification, le tatouage et la cryothérapie comme traitements contre les cancers buccaux.

Tableau LXXXVI: répartition des chirurgiens dentistes ayant été sollicités pour une mise en état de la cavité buccale au cours des traitements cancérologiques.

Mise en état de la cavité buccale	Effectif	Pourcentage
OUI	16	16,0
NON	84	84,0
Total	100	100,0

NB : sur les 16 chirurgiens dentistes :

- 7 ont été sollicités par des stomatologues
- 1 a été sollicité par un cancérologue
- 8 n'ont pas précisé de spécialistes

Tableau LXXXVII: répartition des chirurgiens dentistes selon la période d'intervention au cours des traitements cancérologiques.

Traitement des cancers	Avant	Pendant	Après	Effectif
Chimiothérapie	5	0	6	11
Chirurgie	1	0	4	5
Radiothérapie	0	0	0	0
Total	6	0	10	16

NB : sur 16,0% des odontologistes sollicités pour une mise état de la cavité buccale au cours des traitements cancérologiques, aucun n'est intervenu pour la radiothérapie et pendant les trois traitements.

On note aussi dans ce tableau que 11 odontologistes ont été sollicités pour la chimiothérapie alors que dans les résultats précédents un seul a été consulté par un cancérologue.

Tableau LXXXVIII: répartition des traitements entrepris pendant la mise en état de la cavité buccale au cours des traitements cancérologiques selon l'échantillon

Traitements buccodentaires	Effectif	Pourcentage
Avulsions	3	20,0
Soins conservateurs	4	26,7
Soins parodontologiques	1	6,7
Soins prothétiques	5	33,3
Autres	2	13,3
Total	15	100,0

Remarque : sur 16 chirurgiens dentistes 4 ont rencontré des difficultés pendant les soins :

- 1 chirurgien dentiste a été confronté aux problèmes d'ordre moral du patient
- 1 chirurgien dentiste a rencontré une nécrose palatine
- 1 chirurgien dentiste a été confronté aux problèmes de prise d'empreinte
- 1 chirurgien dentiste a été confronté aux problèmes de rétention de la prothèse obturatrice.

Les précautions qu'ils ont eues à prendre :

- 1 chirurgien dentiste a eu à prescrire des antibiotiques et à apporter un soutien moral au patient
- 1 chirurgien dentiste a eu recours à l'aide d'un spécialiste de prothèse maxillo-faciale
- 1 chirurgien dentiste a eu recours au conseil d'un spécialiste de prothèse maxillo- faciale.
- 1 chirurgien dentiste a eu à prescrire un traitement symptomatique.

Tableau LXXXIX: répartition des chirurgiens dentistes souhaitant ou non faire une formation continue post universitaire.

Formations continues	Effectif	Pourcentage
OUI	89	89,0
NON	1	1,1
NON PRECISE	10	10
Total	100	100,0

Remarque : les odontologistes souhaitant compléter leurs connaissances en cancérologie buccale prédominent dans l'échantillon.

Tableau XC: répartition des suggestions des chirurgiens dentistes voulant renforcer leurs connaissances en cancérologie buccale.

Suggestions	Effectif	Pourcentage
Enseignement post universitaire	29	29,0
Création d'un C E S en pathologie buccale	4	4,0
CIFCOS uniquement sur les cancers buccaux	1	1,0
Conférences	3	3,
Création d'un diplôme universitaire en pathologie buccale	15	15,0
Séminaires	11	11,0
Ateliers	7	11,0
fascicules et de prospectus sur les cancers buccaux	2	7,0
Stages des 6 ^è années des centres anti cancers	2	2,0
Collaboration avec les services d anatomie pathologie	4	2,0
Non précisé	22	22,0
Total	100	100,0

C E S = certificat d'études supérieures.

Remarque : 29,0% souhaitent compléter leurs connaissances par des enseignements post universitaires.

2-3- ICONOGRAPHIES

FIGURE 32



Thèse de Doctorat 3ème cycle du Dr Aka Adouko Jeannette Apoline
UFR Odonto-Stomatologie

FIGURE 33



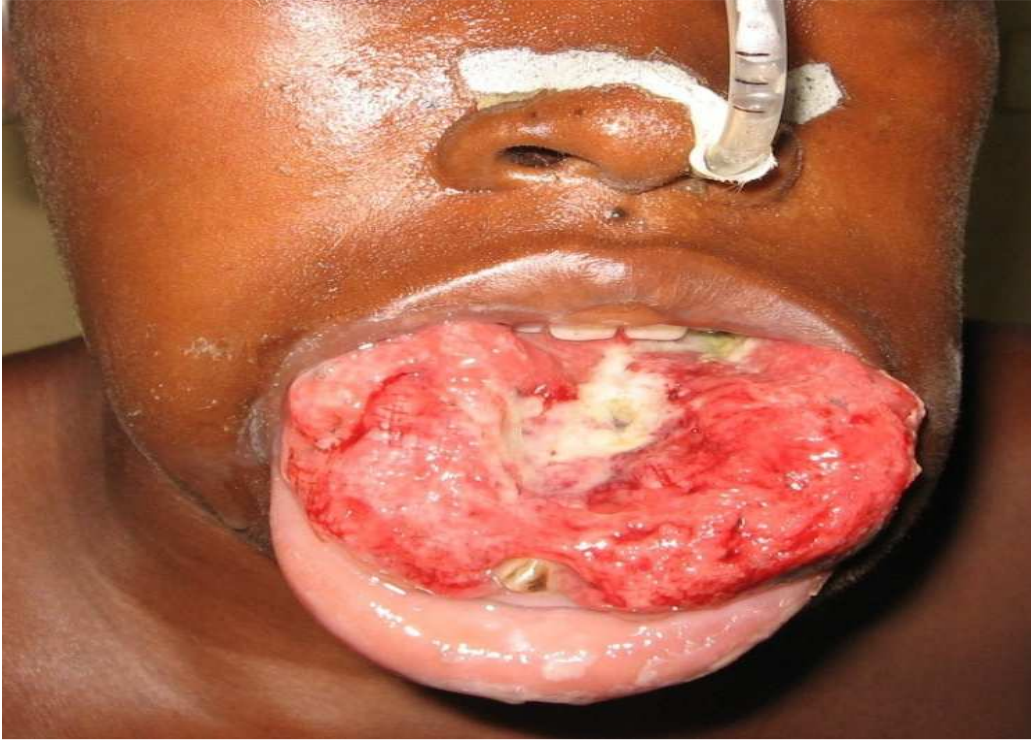
Thèse de Doctorat 3ème cycle du Dr Aka Adouko Jeannette Apoline
 UFR Odonto-Stomatologie

FIGURE 34



Thèse de Doctorat 3ème cycle du Dr Aka Aduko Jeannette Apoline
 UFR Odonto-Stomatologie

FIGURE 35: Sarcome très évolué de la mandibule chez homme de 18 ans



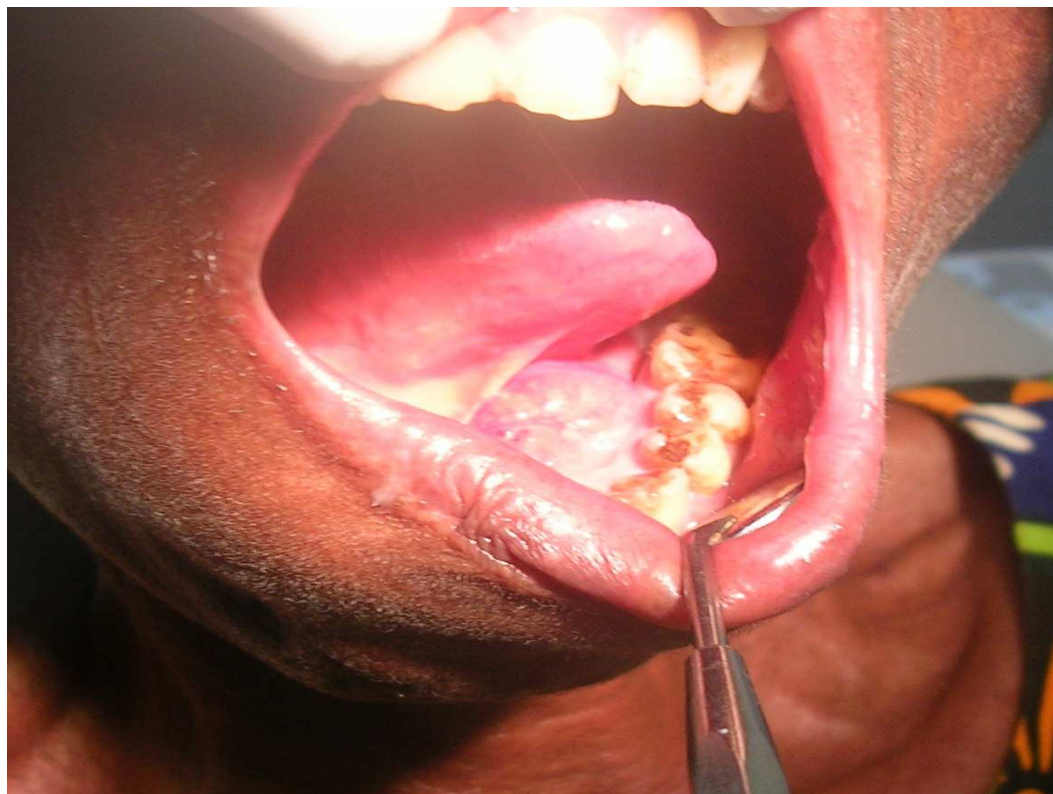
Archivé Professeur Assa Allou CHUT

FIGURE 36: Carcinome épidermoïde très évolué de la mandibule chez homme de 35ans



Archivé Professeur Assa Allou CHUT

FIGURE 37: Adénocarcinome de la glande sub linguale gauche évolué chez femme de 65 ans .



Archivé Professeur Adou Akai CCTOS

FIGURE 38: Carcinome adénoïde kystique très évolué d'une glande salivaire palatine chez une femme de 57 ans .



Archivé Docteur Amantchi Daniel CCTOS

FIGURE 39: Carcinome épidermoïde évolué du plancher antérieur chez homme de 65 ans aggravé après avulsion dentaire



Archivé Pr Angoh Yapo CCTOS- CHU Cocody

FIGURE 40: carcinome epidermoïde greffé sur un ameloblatome de la symphyse mandibulaire chez une femme 70ans



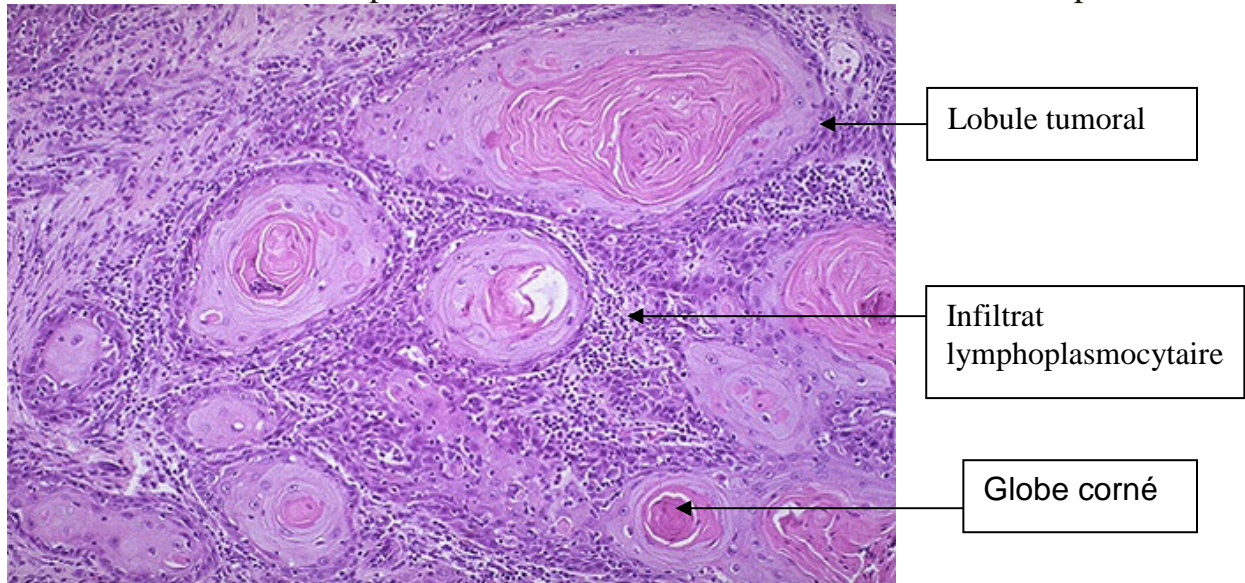
Archivé Pr Angoh Yapo CCTOS- CHU Cocody

FIGURE 41: Carcinome épidermoïde évolué du palais chez femme de 61 ans aggravé après avulsion dentaire



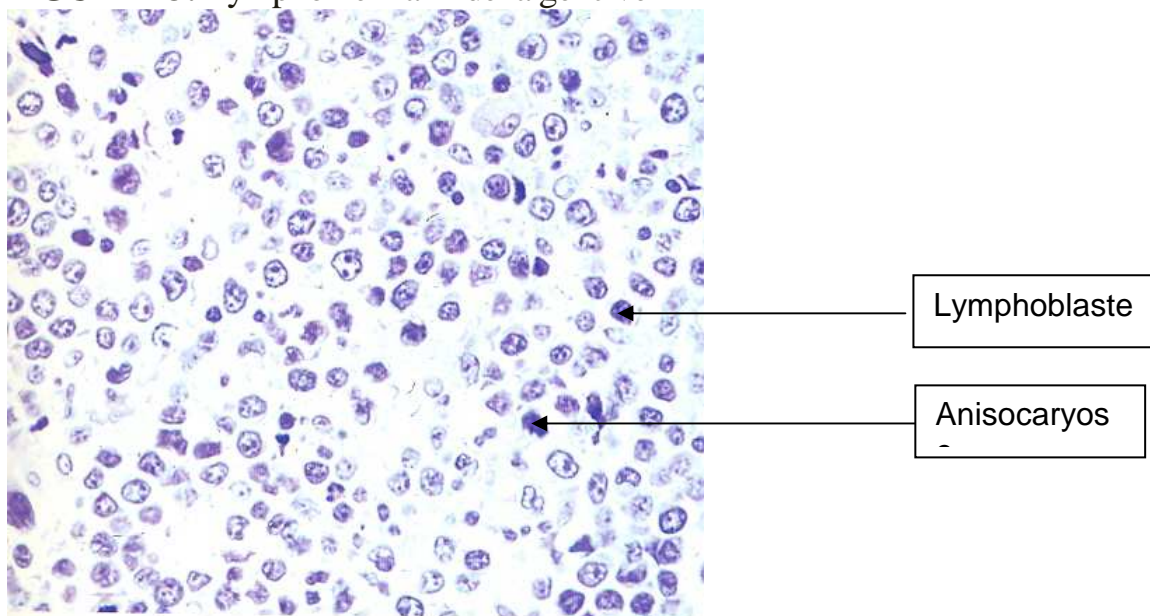
Archivé Pr Angoh Yapo CCTOS- CHU Cocody

FIGURE 42: Carcinome épidermoïde bien différencié mature et infiltrant du palais



Archivé Service d'Anatomie pathologie CHU de Cocody référence C05/11123 du 04/10/2000

FIGURE 43: Lymphome malin de la gencive



Giemsa lent : GX400 : Lymphome malin diffus à grandes cellules

Archivé Service d'Anatomie pathologie CHU de Cocody référence C05/1034 du 11/08/2005

3. DISCUSSIONS

Les discussions vont porter sur la méthode de travail et les résultats des enquêtes prospective et transversale.

Nous ne saurions aborder ce chapitre des discussions sans relever les difficultés rencontrées au cours des enquêtes.

3.1. DIFFICULTES CONCERNANT L'ENQUETE RETROSPECTIVE

3.1.1 DIFFICULTES D'ORDRE GENERAL

Ce sont :

- les problèmes d'archivage.
- les problèmes liés à la mauvaise tenue des dossiers médicaux.

a) **Problèmes d'archivage**

Le manque d'informatisation des services des hôpitaux avec des logiciels de gestions des dossiers , en particulier ceux de consultation, d'hospitalisation et des archives, est à l'origine des problèmes suivants :

- le tri long et fastidieux des dossiers non classés, couverts de poussière, parfois dans des locaux sans air conditionné,
- le problème des dossiers égarés ou incomplets avec certains résultats d'examens importants manquants telles que les données radiologiques, anatomopathologiques et examens biologiques,
- le problème de tenue des registres avec des données manquantes concernant l'identité des patients, le diagnostic clinique ;
- le problème de patients retrouvés dans les différents centres pour la même pathologie nécessitant l'établissement de la liste de tous les patients retenus pour la soumettre à un logiciel pour le tri des patients. Cette procédure indispensable nous a fait perdre énormément de temps.

b) **Problèmes liés à la mauvaise tenue des dossiers médicaux**

L'étude dans trois centres différents nous a confrontée aux problèmes de l'uniformité des

paramètres épidémiologiques: certains paramètres, comme les groupes ethniques, les ethnies, les régions d'origine qui ont la même signification, sont retrouvés dans les différents dossiers et d'autres comme le lieu de naissance n'y étaient pas constants, donc inexploitable. Il a fallu trouver des documents administratifs pour assurer une corrélation entre ces paramètres.

Les problèmes des « perdus de vue après la première consultation » et des données manquantes qui augmentent le nombre de cas non précisés dans nos résultats et qui ne nous permettent pas de faire une étude clinique approfondie et de classer les tumeurs selon la classification internationale.

3.1.2. DIFFICULTES SPECIFIQUES AUX SERVICES

a) Au service de cancérologie

Il y a eu des problèmes de collecte des données dans les registres du cancer à cause de la défaillance du système informatique : tous les enregistrements ont été effacés. Quant aux registres, ils sont en mauvais états et inexploitable. Si nous avions eu ces données, nos recherches et notre analyse seraient beaucoup plus simplifiées et plus complètes : nous aurions pu situer les cancers buccaux par rapport aux autres cancers en Côte d'Ivoire.

b) Aux services d'anatomopathologie

Nous avons rencontré des problèmes d'examens non réalisés ou différés par manque de plateaux techniques à une certaine période de l'année.

Le manque de microscopes photométriques ne nous a pas permise d'illustrer toutes les formes anatomopathologiques que nous avons rencontrées.

3.2. DIFFICULTES CONCERNANT L'ENQUETE TRANSVERSALE

Les difficultés rencontrées, expliquent le nombre réduit de notre échantillon et les données manquantes.

Ce sont :

- les difficultés de localisation de la plupart des cabinets dentaires à cause des adresses imprécises;

- le manque de coopération de la part de nos confrères : beaucoup de fiches d'enquête n'ont pas été remplies et de rendez vous non respectés ;
- les difficultés concernant le lieu d'exercice : plusieurs dentistes exercent à la fois dans le secteur public comme privé. Nous n'avons pris en compte que le lieu d'exercice au moment de l'enquête ;
- les fiches incomplètes.

Malgré toutes ces difficultés qui méritent d'être soulignées, nous avons pu faire notre étude et ressortir des résultats que nous allons analyser.

3.3. COMMENTAIRES

3.3.1. CONCERNANT LA METHODE D'ETUDE

Pour réaliser notre étude, nous avons effectué deux types d'enquêtes indissociables : rétrospective et transversale.

L'enquête rétrospective nous a permis d'obtenir des données épidémiologiques, cliniques anatomopathologiques et celles sur la prise en charge des cancers buccaux dans les cabinets dentaires et les centres hospitaliers universitaires d'Abidjan. Nous avons remarqué que ces pathologies ont été traitées à leur stade de début par des chirurgiens dentistes. Ces actes sont signalés par les patients dans l'histoire de leur maladie. Nous n'avons donc pas pu colliger de cas de cancers au stade début pour vérifier ces informations et étudier les signes bucco-dentaires afin d'analyser ces erreurs de diagnostic.

C'est pourquoi nous avons été amenés à faire une deuxième enquête qui est plutôt transversale pour compléter ces informations (extractions dentaires sur territoire cancéreux) qui ont aussi soulignées dans la littérature. Les méthodes utilisées pour faire ces deux types d'enquêtes nous amènent aux discussions suivantes :

La méthode utilisée dans l'enquête rétrospective, pour recueillir les données dans les différents lieux d'étude, était difficile. En effet, si tous les services des hôpitaux étaient informatisés, nous aurions pu soumettre directement, les différents renseignements

recueillis sur les patients, au logiciel que nous avons créé sur Microsoft Access pour collégier les cas destinés à l'étude.

Concernant la méthode de l'enquête transversale, nous n'avons pas trouvé, dans la littérature, d'études ni de tests sur l'évaluation des connaissances des odontologistes sur les critères de malignité, si bien que nous nous sommes basée sur les signes locorégionaux des cancers indiqués dans la littérature pour établir les questionnaires. Nous avons compté sur la bonne foi des confrères pour les réponses.

Les échantillons des deux enquêtes étant très réduits, nous étions obligés de livrer des résultats, dans l'ensemble, descriptifs. Par conséquent, au lieu de présenter les données des cancers buccaux en général et celles sur des carcinomes buccaux sur les mêmes tableaux pour nous permettre de faire une étude analytique d'ensemble, nous avons dû donner les résultats séparément. Par ailleurs, notre étude aurait été beaucoup plus enrichissante si nous avions eu des données analytiques statistiquement significatives et validées.

3.3.2. CONCERNANT L'ENQUETE RETROSPECTIVE

a) A propos des cancers buccaux

L'analyse de cette étude sera purement descriptive afin de renseigner sur la situation et la prise en charge des cancers buccaux en milieux hospitaliers spécialisés. Néanmoins, nous allons comparer certaines données avec celles de la littérature même si notre échantillon est plus réduit.

a1) Au titre de l'épidémiologie

La prévalence absolue sur 11 ans (1996 à 2006) des cancers buccaux, dans les trois services spécialisés est de 223 cas confirmés, tout cancer et tout âge confondus dans un échantillon de 21838 consultants ; ce qui donne un taux de prévalence de 1,02 % sur 11 ans.

La fréquence moyenne des 159 cas de cancers buccaux colligés selon les critères de sélections pour l'étude est d'environ 14,5 cas par an sur les 11 ans (Tableau I). La

fréquence la plus élevée qui est observée en 2002 avec 32 cas, est probablement liée au nombre important des déplacés de guerre sur Abidjan au début de la guerre en Côte d'Ivoire.

Les fréquences les plus basses sont relevées en 1996, 1998, 2006 avec 7 cas par an. Les services de Stomatologie et de Chirurgie Maxillo faciale des deux CHU détiennent le taux le plus élevé des patients atteints de cancers buccaux avec des taux respectifs de 44,0 % et de 32,7 %.

Par prudence, nous avons préféré utiliser le terme prévalence au lieu d'incidence parce que nous sommes dans un contexte d'enquête rétrospective et qu'il est difficile de déterminer le nombre de nouveaux cas par an. Par contre, les données suivantes : la prévalence de 18 cas de cancers buccaux parmi 2815 cas de cancers en général enregistrés sur 3ans, soulignée dans l'étude d'ECHIMANE et al. en 2000^[78]; la prévalence de 442 cas sur 11 ans dans la présente étude et la fréquence de 45 cas de cancers buccaux et pharynx par an, trouvés par DIOMANDE et al. en 1986^[75], montrent que cette pathologie est fréquente et nous pensons que nos valeurs pourraient être beaucoup plus importantes si nous tenons compte des 302 dossiers de patients diagnostiqués cliniquement et qui n'ont pas été inclus dans notre étude et qui pourraient comporter beaucoup de cas confirmés. Malgré ce constat, le nombre de cas de cancers buccaux confirmés sur 11 ans chiffré à 159 est beaucoup plus faible par rapport à celui de la France qui est de 6000 nouveaux cas de cancers par an.

Notre échantillon de 159 cas est d'ailleurs représenté dans une forte proportion par les carcinomes épidermoïdes. Ces résultats corroborent ceux de la littérature ^[25, 153], cependant avec quelques différences.

En effet, en comparant nos pourcentages sur les types de cancers buccaux, en excluant les tumeurs de Burkitt, avec celles de la littérature concernant la France, nous obtenons pour les :

Carcinomes épidermoïdes	70,8 %	contre 90 % en France
Carcinomes glandulaires	13,1 %	contre 5 % " "

Autres cancers 16,6 % contre 5 % " "

On constate que le pourcentage des autres cancers buccaux et celui des carcinomes glandulaires sont nettement plus élevés par rapport à ceux de la France tandis que celui des carcinomes épidermoïdes est plus bas. Cette différence pourrait s'expliquer par les facteurs étiopathogéniques. En France la forte consommation d'alcool et de tabac fait d'elle l'un des premiers pays au monde touché par les carcinomes épidermoïdes des VADS [14, 36, 49, 104].

En Côte d'Ivoire, le taux important des carcinomes épidermoïdes, et le taux élevé des autres cancers pourraient être liés aux mauvaises conditions d'hygiène de vie associées aux maladies endémiques telles que le Paludisme, aux déficiences immunitaires. C'est pourquoi, nous n'avons trouvé aucun facteur étiologique dans 64,7 % des cas.

** Le sexe (Tableaux II, III)*

Les hommes sont plus atteints que les femmes avec une proportion respective de 61,6 % contre 38,9 %. Le ratio Homme Femme est de 1,6.

** L'âge (Tableaux IV, V)*

L'âge moyen des sujets atteints de cancers de la cavité buccale est de 45 ans. Ces pathologies touchent tous les sujets depuis l'âge de 4 ans jusqu'à 82 ans, avec un pic de 44,0 % de cas entre 40 à 60 ans.

La tranche d'âge de 4 à 19 ans concerne les cas de tumeurs de Burkitt chez l'enfant africain qui atteint généralement les enfants et les adolescents [78, 207].

** L'origine des patients (Tableaux VI, VII, VIII, X)*

86,7 % des patients sont ivoiriens. Sur 21 étrangers, on note une prédominance des burkinabés (38,9 %) et des maliens (27,9 %).

Parmi les ivoiriens les populations les plus touchées viennent du Sud, du Nord-ouest et du Centre Ouest avec un pourcentage moyen de 14,0 %. Quant aux moins touchées, elles sont issues du Centre Nord, et du Nord-est avec une moyenne de 1,3 %.

Ce résultat ne peut être confirmé de façon formelle à cause du nombre important de données manquantes notamment 7 cas non précisés. Par contre nous pouvons avoir une

idée sur la répartition des patients vivant sur l'ensemble du territoire avec une forte concentration à Abidjan 64,8 %. Ces données montrent ainsi le caractère d'accessibilité des CHU d'Abidjan mais surtout la diversité de l'origine des patients.

** Le niveau socio économique (Tableau IX)*

La majorité des malades soit 80,0 % ont un niveau socio-économique bas ; cela pourrait expliquer :

- les abandons de traitements qui sont très coûteux (les devis estimatifs minimums d'une cure de chimiothérapie et de la chirurgie sont respectivement de 125000 et de 555000 CFA) ;
- les perdus de vue après la première consultation à cause soit d'un bilan à visée diagnostic ou d'un bilan pré-thérapeutique qui n'a pas pu être honoré par manque de moyens financiers: le prix d'une tomographie varie entre 45000 et 75000 CFA ; tous ces tarifs par rapport aux salaires de cette classe (environ le SMIG qui se fixe approximativement à 40.000 CFA) restent excessifs pour ces catégories de patients ; ce problème est spécifique aux populations des pays pauvres, d'après l'OMS ^[153] qui ne bénéficient pas d'aide sociale de la part de leurs gouvernements ;
- l'abstention thérapeutique, l'automédication traditionnelle et moderne qui représentent 26,4 % des premières approches des patients face à la maladie.

** Les facteurs étiologiques (Tableau XI)*

Aucun facteur ne semble être à l'origine des cancers buccaux dans 64,7 % des cas. En dehors de ce résultat, le tabac, avec un taux de 16,4 %, représente le facteur le plus important des carcinomes épidermoïdes.

Parmi les autres facteurs, notons la kola et le vin de palme retrouvé chez deux patients, que la littérature ne mentionne pas. Nous n'avons pas trouvé d'études se rapportant à la toxicité de ces deux facteurs. Toujours est-il que ces patients ont consommé ces produits pendant plus de 20 ans et ont présenté un cancer buccal dont le type histologique sera précisé ultérieurement. Le vin blanc considéré comme une boisson alcoolisée pourrait constituer un facteur de risque oncogène surtout dans des conditions particulières d'abus associées à une mauvaise hygiène bucco-dentaire. Par contre le facteur kola pourrait

constituer une voie de recherche dans l'étiopathogenie des cancers buccaux.

S'il semble n'exister aucun facteur dans la majorité des cas, cela pourrait être lié aux mauvaises conditions d'hygiène de vie associées aux maladies tropicales et aux déficiences immunitaires qui sont mentionnées dans la variable antécédents médicaux et qui figurent parmi les facteurs favorisant des cancers buccaux ^[153].

a2) Au titre de la clinique et de l'anatomopathologie

** Concernant les antécédents des patients (Tableaux XII-A, XII-B, XII-C)*

A part la moitié des patients pour qui les antécédents n'ont pas été précisés, les patients ayant présenté des antécédents personnels sont en minorité (environ 16 patients dont 11 pour les antécédents médicaux et 5 pour les antécédents chirurgicaux). Parmi les antécédents médicaux notons l'infection au VIH SIDA chez 7 patients, l'hypertension chez 3 patients et le diabète chez 1 patient. En dehors de l'infection au VIH qui est liée aux manifestations buccales de la tumeur de Kaposi puisque les 7 patients présentant ces tumeurs sont séropositifs, nous ne pouvons pas faire de rapprochement entre les antécédents personnels et l'apparition des tumeurs à cause des données manquantes.

**Concernant l'histoire de la maladie (Tableaux XIII- A XIII-B, XIV, XV-A)*

La période entre le début de la maladie et la première visite chez un spécialiste varie entre 1 mois et 8 ans.

Face aux premiers signes de la maladie, la moitié des patients ont consulté un médecin généraliste, 20 % un chirurgien dentiste, 17,1 % ont fait de l'auto médication et 9,1 % se sont abstenus de tout traitement.

Il est important de souligner la part de l'odontologiste dans la prise en charge d'une pathologie aussi grave, d'autant plus que l'une des premières manifestations de ces cancers est buccodentaire.

Aussi avons nous relevé les actes posés par les confrères pendant ces premières visites ; les extractions dentaires représentent 65 % de ces actes avec comme conséquence une flambée tumorale dans 38,8 % des cas de chirurgie dentaire.

Ces extractions intempestives sont soulignées par BERTOIN ^[24]. Il y a donc lieu

d'attirer l'attention des confrères sur les problèmes de diagnostic différentiel que posent les cancers buccaux avec les affections buccodentaires pendant la phase de début de la maladie.

** Concernant l'état général (Tableaux XV-B, XV-C)*

Pour environ 55 % des patients de la série, les renseignements sur l'état de conscience et l'état général ne sont pas précisés. Les autres patients, conscients dans la majorité des cas, semblent avoir un état général apparemment bon.

Cependant, nous ne pouvons apprécier l'état de santé de l'échantillon à cause du nombre important de données manquantes.

**Concernant les tumeurs (Tableaux XVI-A à XXIII)*

Elles sont dans 70 % des tumeurs sont très évoluées voire déformantes à cause des consultations tardives. De taille inappréciable, elles se présentent en général sous forme ulcéro-bourgeonnante, ulcéreuse associées ou non à une tuméfaction. Les formes ulcéro-bourgeonnante prédominent à 61 %. Les cancers sont localisés de préférence au palais et à l'os maxillaire (en moyenne 46 % des cas) avec comme signes associés les mobilités dentaires (36,6 % des cas) et des adénopathies (82,5 % des cas) dont les lymphonœuds supérieurs à 6 centimètres prédominent (44,7%). La fréquence élevée des localisations maxillaires (47,1 %) et de la taille inappréciable des tumeurs pourraient s'expliquer par l'inclusion dans notre série de tumeurs de Burkitt à localisation maxillaire. En effet, ce sont des tumeurs impressionnantes ^[78, 98, 207]. Le caractère très évolué des tumeurs peut être lié au retard de diagnostic dus aux tentatives de traitements traditionnels ou buccodentaires d'une part, et d'autre part au manque de moyens financiers des malades. Les facteurs de pronostics les plus importants étant liés à la taille, au site primitif de la tumeur, à l'envahissement ganglionnaire et à l'âge ^[153, 154, 219], sont en faveur dans notre échantillon d'un pronostic défavorable.

Le diagnostic est confirmé par l'anatomie pathologie (89,9 % de biopsies) et complété par l'imagerie qui n'a pas été retrouvé dans la majorité des dossiers à cause des données

manquantes. Le manque des données relatives au bilan d'extension dans la majorité des dossiers, nous empêche de situer les tumeurs par rapport aux classifications internationales.

Les types histologiques sont variés ; ce sont les mêmes types histologiques retrouvés dans la littérature. Notons néanmoins que, les 44 autres cancers buccaux comptent un taux important de lymphomes soit 68,1 % dont 50 % de tumeurs de Burkitt à localisations maxillo-faciales et un taux non moins insignifiant de sarcomes de Kaposi à localisations buccales (15 %) lié à la fréquence élevée du SIDA en Côte d'Ivoire. Un cas de processus malin de nature indéterminée a été retrouvé. Signalons que Kouakou et al [123] en 2006 ont découvert une métastase à localisation maxillo-faciale d'un cancer du sein. Ce résultat montre la diversité histologique des cancers au niveau de la cavité buccale.

a3) Au titre de la thérapeutique (Tableaux XXIV à XXXII)

Le traitement des cancers buccaux, dans notre étude, repose pour la plupart des cas sur la chimiothérapie (49 des cas traités dans les trois centres) et la chirurgie (35 des cas traités dans les services de Stomatologie et de Chirurgie Maxillo-Faciale). Il n'existe pas de service de radiothérapie. Les 4 cas traités par radiothérapie dans notre échantillon ont reçu leur traitement à l'étranger.

Les actes chirurgicaux réalisés (exérèse tumorale associée ou non, à une résection osseuse, à un curage ganglionnaire, à un lambeau de reconstruction; buccopharyngectomie trans mandibulaire et exérèse tumorale) sont retrouvés dans la littérature [115]. Parmi ces actes chirurgicaux, notons, l'exérèse tumorale associé au curage ganglionnaire qui prédomine (4 cas sur 11 ayant subi la chirurgie soit 36,4 % de l'échantillon) et le faible taux de lambeaux reconstruction (2 cas sur 11 ayant subit la chirurgie soit 18,2 % de l'échantillon). En principe, vu l'importance de la taille des tumeurs et les types de chirurgie, ce taux aurait pu être beaucoup plus élevé. Cependant, cette reconstruction qui aurait pu se faire en général, quelque temps après la chirurgie tumorale, a pu être programmée chez des patients qui sont perdus de vue après

traitement pour des raisons financières. Rappelons que, nous avons noté 26 cas des perdus de vue relevés au tableau XXIV-1. Il pourrait aussi s'agir tout simplement d'une chirurgie de propreté à visée palliative qui n'a pas nécessité une reconstruction. Lorsque la prise en charge de certains cancers dans les services de Stomatologie et de Chirurgie Maxillo faciale s'avère spécifique, les patients sont orientés vers d'autres centres spécialisés. Ainsi le service de cancérologie reçoit 53,1 % des patients orientés par les deux autres services. Certains cancers comme ceux de Kaposi à localisation buccale ont été dirigés en dermatologie (3,4 %) à L'USAC (17,4 %), les lymphomes, en hématologie du CHUY (13,8%), en pédiatrie du CHUT (10,3 %). Ces résultats montrent que la prise en charge des cancers buccaux dans les centres spécialisés reste pluridisciplinaire mais dispersée ce qui n'est pas commode pour les patients et leur famille. Cette prise en charge exclut totalement la participation de l'odontologiste. En effet, en dehors du service de Prothèse Maxillo-Faciale au CCTOS qui est sollicité par le service de Stomatologie et de Chirurgie Maxillo faciale du CHUT pour la prise en charge prothétique dans les traitements des cancers, le service de Chirurgie et de Traitements Odontosto-Smatologiques du CCTOS ne l'a pas été si bien que, les 12 patients reçus dans ce service, et qui ont été orientés dans les services spécialisés n'y sont plus retournés après les consultations en milieux spécialisés. Il y a donc lieu de signaler le manque de collaboration entre odontologistes et spécialistes dans le traitement des cancers buccaux, or ce traitement doit nécessairement commencer par un assainissement de la cavité buccale et se poursuivre par un contrôle régulier buccodentaire afin de déceler toute récurrence ou un deuxième cancer^[27, 43, 139, 216]. A ces problèmes s'ajoute aussi, le non respect de l'observance du traitement par la majorité des patients :

- dans le service de cancérologie, sur 37 malades reçus, 21(56,8 %) ont été traités soit, un peu plus de la moitié des patients ;
- sur 49 patients traités par chimiothérapie soit dans l'ensemble, 26 patients 53,1% n'ont reçu aucune cure et seulement 2 patients soit 4,1% ont reçu une cure complète.

Hormis le problème socio-économique soulevé précédemment, qui pourrait expliquer

cette non observance des traitements des cancers buccaux, on aurait tendance à considérer nos pratiques traditionnelles comme une entrave à ces traitements, car certains patients ont préféré la tradithérapie (4 patients sur 28 qui n'ont pas été traités ont choisi la tradithérapie).

** Concernant les traitements palliatifs*

15,7 % de ces traitements regroupent ceux des trois services spécialisés. Ces traitements ont consisté en général à soulager la majorité des patients par des antibiotiques et des antalgiques des paliers 2 et 3. Ils étaient indiqués dans les tumeurs inopérables. Seuls quelques patients en phase terminale ont été admis dans le service de réanimation.

En Côte d'Ivoire où il n'existe pas de centres pour le traitement des cancers, nous constatons que les patients en phase terminale de la maladie ne sont pas suffisamment assistés, contrairement en France où il existe de véritables établissements d'accompagnement des malades ^[115,153].

** L'évolution des cancers après traitement est difficile à apprécier à cause des données manquantes :*

- 65,4 % cas d'évolution non renseignés,
- (78,0 %) de cas de récurrences non précisées.

Néanmoins l'évolution reste dans l'ensemble défavorable dans 70,9 % des 55 cas précisés. On note dans notre série :

- 12 cas de récurrences tumorales,
- 3 cas de survie dont 2 à 1 an et 1 cas à 3 ans.
- 14 cas de décès :
 - 8 cas pour les carcinomes épidermoïdes,
 - 5 cas pour les tumeurs de Burkitt à localisation maxillo-faciale,
 - 1 cas pour le rhabdomyosarcome.

** Concernant la surveillance des patients,*

Les nombres des perdus de vue, les revus entre 1 à 6 mois et des données

manquantes dominant. Par conséquent, il est difficile de poser un pronostic et même d'apprécier la survie à long terme après les traitements. Cependant, les seuls cas de survie à long terme ont été observés chez deux patients :

- un cas d'adénocarcinome ayant une survie à 18 ans après chirurgie puis la chimiothérapie mais qui a récidivé et n'a plus été revu après sa dernière cure,
- un cas de carcinome épidermoïdes ayant une survie à 26 ans qui a été traité par la chirurgie, la chimiothérapie et la radiothérapie à l'étranger mais qui a aussi récidivé et qui n'a plus été revu après sa dernière cure de chimiothérapie dans le service de cancérologie.

Ces observations nous amènent à admettre comme dans la littérature ^[25,137,153] que parmi les cancers buccaux, les carcinomes sont de pronostic acceptable, s'ils sont traités de façon précoce et complète.

Les données épidémiologiques cliniques et thérapeutiques que nous venons d'étudier nous donnent un aperçu sur la situation des cancers buccaux en milieux spécialisés et par analogie en Côte d'Ivoire ; cependant elles restent insuffisantes pour faire une analyse plus approfondie.

b) A propos des carcinomes buccaux (tableaux XXIII)

Les commentaires des résultats porteront d'une part, sur la description des données épidémiologiques, anatomocliniques thérapeutiques et, d'autre part sur l'analyse de certains facteurs de pronostic. Prévalence absolue des carcinomes buccaux, sur les 11 ans, est de 115 cas par rapport aux 223 cas confirmés en milieu hospitalier, soit un taux de prévalence de 51,6 %. Les résultats montrent que les carcinomes buccaux sont de loin les cancers les plus importants parmi les cancers de la cavité buccale tout âge confondu, dans l'échantillon. Ces carcinomes sont représentés en grande majorité par les carcinomes épidermoïdes. Les carcinomes glandulaires, hormis ceux de la parotide exclus de cette étude, ne sont pas à négliger puisqu'ils représentent quand même 15,7 % de l'échantillon.

b1) Carcinomes épidermoïdes (Tableau XXXVI)

Selon les données du service d'anatomie pathologie des deux CHU, les carcinomes épidermoïdes de la bouche occupent le premier rang parmi les cancers des voies aéro-digestives supérieures. Ils représentent 55,8 % des carcinomes des VADS contre 30 % en France. Ce pays détient le record mondial dans les cancers du larynx ^[118]. D'après l'OMS ^[153], les cancers de la bouche et ceux des deux tiers antérieures de la langue sont prédominants dans les pays en voie de développement, alors que les cancers du pharynx sont les plus courants en Europe de l'Est et centrale. Les causes de cette fréquence élevée dans les pays sous développés, sont probablement liées, en dehors des facteurs connus (tabac, alcool), à la mauvaise hygiène bucco-dentaire et aux carences alimentaires chez la majorité des patients issus d'une classe socio économique relativement basse ^[76,153].

b1-1) Au plan épidémiologique (Tableaux XXXV à LII)

Les carcinomes épidermoïdes, dans l'échantillon de 97 cas retenus, touchent l'adulte jeune. L'âge moyen est de 53 ans, données se rapprochant de celles de DIOP et all : au Sénégal ^[76], L'age extrême est de 21 et 82 ans. La tranche d'âge la plus atteinte est comprise entre 40 et 60 ans. Elle représente la moitié de l'échantillon. Contrairement à la France où le maximum de cas se voit entre 50 et 70 ans ^[189]. Notons aussi le pourcentage non négligeable (18,6 %) de sujets dont l'âge est compris entre 20 et 40 ans. Au vu de ce résultat, nous pouvons conclure que les carcinomes épidermoïdes touchent aussi les sujets très jeunes dans notre échantillon. Diop et all [76] l'ont aussi relevé dans leur étude en trouvant un pic de fréquence des carcinomes épidermoïdes entre 40 et 50 ans et un âge inférieur à 19 ans.

Cette situation inhérente aux pays sous développés pourrait poser un problème non seulement de santé publique car c'est la tranche d'âge la plus active, mais aussi de pronostic qui est surtout des plus péjoratifs chez le sujet très jeune ^[69,197,217].

Concernant le sexe, les hommes sont pratiquement autant touchés que les femmes. Le ratio homme/femme est de 1,25 soit 5/4. Par opposition aux données de L'OMS ^[153], qui

mentionnent un ratio homme/femme de 12/1 dans les pays développés et de 6/1 dans les pays sous développés avec des exceptions en Afrique noire où la proportion des femmes est supérieure ou égale à celle des hommes. On retrouve cette proportion avec 67 % de femmes malades contre 33 % d'hommes atteints dans l'étude de DIOP et al. [76] dans la quelle cet auteur justifie ce profil inversé par d'éventuelles carences nutritionnelles, une anémie chronique et la multiparité chez la femme sénégalaise. On pourrait étayer ce propos en nous référant aux 50 % des cas de la série qui sont sans facteurs étiologiques et qui sont probablement en majorité des femmes multipares.

Concernant la région d'origine, le sud (17,5 %), le centre (15,5 %) le Nord et le Centre Ouest (14,4 % 12,4 %) semblent plus touchés par les carcinomes épidermoïdes. Cependant il n'existe aucune corrélation statistiquement parlant entre cette variable et la tranche d'âge la plus active ainsi que le sexe. Autrement dit, les sujets les plus actifs quel que soit le sexe, ne sont pas forcément originaires de ces régions.

b1-2) Au plan clinique (Tableaux XL à XLIII)

Les tumeurs sont très évoluées avec des métastases ganglionnaires dont la taille est supérieure à six centimètres. Ces données rejoignent celles d'ANGOHO et al. [8] en Côte D'Ivoire. Ce profil des carcinomes est caractéristique aux pays sous développés selon L'OMS. Il est décrit par NENAY [145] en Ethiopie, DIOP [76] au Sénégal. Dans notre série, la localisation préférentielle est au palais (22,7 %) et au plancher buccal (25,8 %), par opposition à celle au Sénégal qui se retrouve sur le rebord alvéolaire 34,95 % et la langue 21,35 % [76]. L'envahissement ganglionnaire lié à la taille des tumeurs, est constant pour les tumeurs de stade III et IV même si, l'examen clinique ne met pas en évidence des lymphonœuds palpables [76]. Ce constat ne peut rejoindre nos résultats, car il n'y a que 9 cas de lymphonœuds non palpables et que les adénopathies bilatérales comprises entre 3 et 6 centimètres prédominent (48,2%). En France, les localisations préférentielles sont le plancher buccal, la langue et les lèvres. Dans l'échantillon ce sont localisations au niveau du plancher buccal et la langue qui prédominent (25,8 et 22,7%). Le site de la tumeur primitive dépend des facteurs

étiologiques selon la littérature. Cependant on ne peut pas affirmer que le tabac quelle que soit sa forme utilisée est lié à cette topographie car les tests statistiques sont non validés, donc non significatifs.

Au plan analytique, il est possible de combiner les localisations gingivales à celles des maxillaires et de la mandibulaire, pour mieux les évaluer. Malheureusement les données livrées séparément dans les dossiers n'ont pas pu être croisées. L'analyse nous montre aussi que l'âge et le sexe n'ont aucune influence sur la localisation de la tumeur. Les valeurs des tests statistiques ne sont ni significatives ni validées à cause du nombre réduit de ces sous échantillons. Nous n'avons donc pas mentionné ces données au chapitre des résultats.

b1-3) Au plan anatomopathologique (Tableaux XLIV, LIII)

Les types histologiques sont dominés par les carcinomes très différenciés par contre il n'y pas de moyennement différenciés. Parmi les autres variantes, les carcinomes épidermoïdes verruqueux prédominent (6 cas sur 9). La corrélation entre l'âge et le degré de différenciation est difficile à prouver statistiquement, à cause du nombre réduit de notre échantillon. En revanche, elle nous renseigne sur l'âge moyen qui est, pour les carcinomes très différenciés, de 56 ans et 40 ans pour les peu différenciés et les autres types 54 ans. La corrélation entre l'évolution et le degré de différenciation n'est pas statistiquement établie. Il est donc difficile d'avancer un pronostic dans ces cas.

b1-4) Au plan thérapeutique (Tableau XLV à XLVIII)

Le traitement ces carcinomes épidermoïdes est semblable à celui des cancers buccaux de notre étude. Cependant, le nombre des malades ayant reçu la chimiothérapie (24,7 %) par rapport à celui ayant subi la chirurgie est élevé (20,6 %). On peut ainsi dire qu'en Côte d'Ivoire le traitement des carcinomes épidermoïdes est basé en majorité sur la chimiothérapie à cause des formes inopérables que l'on y rencontre très souvent ^[8,9]. En effet, les patients consultent tardivement surtout lorsque se pose un problème esthétique. En matière d'observance du traitement, pour les 24 patients ayant été traités par

chimiothérapie, la totalité des cures est suivie par très peu d'entre eux (12,5 %) par contre plus de la moitié des patients, soit 66,7 % n'ont subi aucune cure. Cela est probablement lié au manque de moyens financiers des patients face aux traitements très coûteux des cancers buccaux : la majorité des patients sont issus des classes socio-économiques basses (83,1 %). Cette situation économique précaire des patients explique pourquoi l'évolution après traitement reste en tout état de cause défavorable. Dans tous les cas, cette évolution ne peut être appréciée à cause du nombre important de données manquantes. Néanmoins, il y a eu 8 décès.

b2) Carcinomes glandulaires

b1-1) Au plan épidémiologique (Tableaux LIV à LVIII)

Les carcinomes des glandes salivaires sont des tumeurs rares qui représentent 5 % de l'ensemble des tumeurs malignes de la cavité buccale ^[25, 49, 126, 153]. Dans notre étude, ce chiffre est multiplié par 2. C'est dire que la fréquence est plus importante même si l'échantillon est réduit 13,1 % pour 18 patients. Les deux sexes sont touchés. Les femmes le sont dans 55,6 % soit un ratio femme / homme de 1,25 donc 5 femmes pour 4 hommes. Ce chiffre est le même pour les carcinomes épidermoïdes avec un ratio inversé dans notre étude.

L'âge moyen est de 50 ans dans la série, valeur se rapprochant de celle de la littérature ^[47, 125, 126]. Les sujets entre 40 et 60 ans sont plus exposés à cette maladie engendrant en fait, un problème de santé publique. Par contre, il n'existe aucun cas chez l'enfant et l'adolescent. Le minimum en âge est de 26 ans. Ces données contredisent celles de la littérature qui mentionnent que les carcinomes glandulaires s'observent même chez l'enfant ^[115].

Les patients ont dans la moitié des cas, un niveau socio-économique bas et sont originaires du sud dans 27,8 % des cas par opposition au Nord-ouest, Centre Nord, Centre est où aucun cas n'a été retrouvé.

Les facteurs étiologiques sont dans la majorité des cas inexistantes.

Cependant, le vin de palme et la kola mentionnés comme facteurs étiologiques, ne sont pas retrouvés dans la littérature.

b1-2) Au plan clinique et anatomopathologique (Tableaux LIX à LXII)

Les carcinomes glandulaires se localisent dans la majorité des cas, au niveau des glandes submandibulaires (38,9 %) et des glandes salivaires accessoires (33,3 %). Les glandes sublinguales sont les moins atteintes (5,6 %). Ces résultats confirment ceux de la littérature ^[47, 125, 126]. La taille tumorale est très importante voire inestimable : les T4 et les T3 représentent respectivement 61,2 % et 38,8 % de l'échantillon. Les adénopathies de petite taille (N1) 4 cas et celles qui sont non palpables, 3 cas, prédominent dans l'échantillon en dehors des cas non précisés. Ce résultat ne peut être apprécié de façon formelle dans ce cas, à cause du nombre important de données manquantes.

Les types histologiques dominant sont les adénocarcinomes dont les grades de différenciation n'ont pas été précisés dans les résultats d'anatomopathologie.

Au vu de ces résultats, nous ne pouvons pas nous prononcer sur le pronostic.

b1-3) Au plan thérapeutique (Tableaux LXIII, LXIV, LXV)

La chirurgie constitue la moitié des traitements ; l'évolution est défavorable dans 60 % des cas, cependant il n'y a pas de récurrences dans la moitié des cas. Ces chiffres ne sont pas fiables à cause des cas non précisés, soit 18 cas (61 % des cas).

3.3.3. CONCERNANT L'ENQUETE TRANSVERSALE

Les commentaires vont porter sur l'analyse des attitudes des odontologistes face aux cancers buccaux. Cette analyse sera descriptive compte tenu du nombre réduit de notre échantillon.

Très souvent, l'odontologiste fait partie des premiers spécialistes à être consulté en cas de pathologies buccales néoplasiques et il arrive parfois qu'il pose des actes qui précipitent l'évolution de la maladie ^[25, 27, 95]. Les résultats de notre enquête rétrospective

concernant les premiers gestes des odontologistes face aux premiers signes de la maladie nous le confirment (20 % des patients ont consulté des chirurgiens dentistes pendant la phase de début de la maladie et 65% d'extractions dentaires ont été réalisées pour cause de mobilité dentaire).

En dehors de ce problème, l'odontologiste joue un rôle très important dans la prise en charge des cancers buccaux [27, 43, 164, 189, 191, 215]. Il nous a paru donc important de savoir s'il participe à l'arbre décisionnel des traitements néoplasiques dans notre étude.

Nous avons trois types de résultats à commenter :

- les résultats concernant les renseignements d'ordre général,
- les résultats concernant les connaissances des critères de malignité,
- les résultats concernant l'attitude pratique face aux cancers buccaux.

a) Au titre des renseignements d'ordre général (Tableaux LXVI, LXVII, LXVIII)

La spécialité odonto-stomatologique en Côte d'Ivoire emploie des docteurs en chirurgie dentaire spécialistes ou non, repartis sur l'ensemble du territoire. Abidjan abrite une forte concentration de chirurgiens dentistes répartis dans les dix communes, en établissements publics et privés. Notre échantillon compte 100 chirurgiens dentistes exerçant à Abidjan et ayant en moyenne 10 années d'exercice allant de 1 an à 29 ans.

Les praticiens hommes sont sensiblement plus nombreux que les femmes dans des proportions de 59 % contre 41 %.

La majeure partie exerce dans le secteur public (65 %). Ce constat n'a aucun rapport avec le nombre de cabinets dentaires: il y a certes plus d'établissements privés que publics à Abidjan, cependant la majorité des praticiens sont dans le secteur public ; d'après les renseignements de la DIPE. La répartition selon le lieu d'exercice montre que nous avons interrogé plus de chirurgiens dentistes dans la commune de Cocody (29 %) et moins de praticiens dans celle d'Attecoubé 1 %.

b) Au titre des connaissances sur les critères de malignité (Tableaux LXIX)

Le dépistage d'un cancer passe par un diagnostic clinique correct [24]. L'odontologiste

doit pouvoir reconnaître un cancer de la cavité buccale même au stade de début. Dans notre série il n'y a que 38 % des chirurgiens dentistes qui prétendent pouvoir reconnaître facilement une lésion cancéreuse. Cette fréquence reste insuffisante et justifie les retards de dépistage précoce des cancers car l'odontologiste constitue le premier relais de la consultation [3, 27, 215]. Même si l'effectif de ceux qui affirment ne pas reconnaître une lésion cancéreuse est élevé (62 %), nous ne pouvons tirer de conclusion hâtive quant à la méconnaissance de cette pathologie par les odontologistes de Côte d'Ivoire. Aussi avons-nous orienté notre interrogatoire sur la connaissance des critères de malignité.

** Concernant les localisations des cancers buccaux (Tableau LXX)*

Toutes les localisations ont été mentionnées avec une prédominance au palais (60 %) au plancher buccal (54 %) et la langue (34 %) : la majorité des odontologistes pensent que les cancers buccaux se localisent uniquement dans ces régions. Cette opinion pourrait s'expliquer par le nombre de cas cliniques rencontrés au cours de leur exercice (60 %).

**Concernant les facteurs étiologiques (Tableau LXXI)*

Une forte proportion des odontologistes (81 %) considère le tabac associé à l'alcool comme facteurs essentiels des facteurs étiologiques. Ces données rejoignent celles de la littérature [20, 49, 122, 136, 142, 153, 160, 170, 189].

** Concernant les signes locorégionaux et les signes dentaires (Tableaux LXXII à LXXVI)*

Les cancers de la cavité buccale se manifestent sous la forme d'ulcération bourgeonnante, verruqueuse associée à une masse tumorale [24, 35]. Ces lésions posent toujours un problème de diagnostic différentiel avec les affections bucco-dentaires ; les caractères particuliers de ces lésions (base indurée, limites mal définies, douleur, saignement au contact) ne sont pas toujours évidents. Les signes locorégionaux sont dominés par les adénopathies cervico-faciales. Les signes dentaires associés peuvent amener l'odontologiste à faire des extractions intempestives ou des traitements médicaux au long cours retardant ainsi la prise en charge des spécialistes. Dans notre série, tous ces signes sont plus ou moins connus. En regroupant les réponses recueillies au tableau LXXVI, la conclusion est la suivante :

- les signes locaux sont connus dans l'ensemble, puisque 39 odontologues sur 100, ont reconnu au moins 3 signes (lésions mal limitées, indurées, douloureuses, asymptomatiques, qui saignent facilement) et aucun odontologue sur 100 qui ne l'a fait ;
- contrairement aux formes cliniques qui détiennent les taux les plus acceptables, tous les odontologues ont reconnu au moins 1 forme clinique (ulcération) ;
- quant aux signes dentaires, ils sont plus ou moins sus, car il n'y a que 12 % des odontologues qui reconnaissent au moins 3 signes (mobilité dentaire, trouble de sensibilité, odontalgie), 37 % n'en connaissent qu'un seul.
- Concernant les signes régionaux, il n'y a que 2 % des chirurgiens dentistes qui connaissent au moins 3 signes (adénopathie cervico-faciale, otalgie réflexe épitaxis, dysphagie et environ 50 % reconnaissent 2 signes (adénopathies et dysphagie).
- Dans l'ensemble, près de la moitié des odontologues ont reconnu 1 à 2 signes parmi les caractères de malignité.

c-) Au titre des attitudes pratiques des odontologues (Tableaux LXXVII à LC)

Les cancers de la cavité buccale sont des pathologies apparemment peu fréquentes dans les services d'odonto-stomatologie. En effet 12 cas ont été diagnostiqués cliniquement 2 cas confirmés histologiquement sur 11 ans dans le service de Pathologie, Chirurgie et Thérapeutique au CCTOS lors de l'enquête rétrospective.

Dans l'enquête transversale, 60 % des odontologues ont rencontré des lésions cancéreuses confirmées ou pas au cours de leur carrière et le nombre de cas rencontrés varie entre 1 à 50, soit une moyenne d'environ 25 cas ; avec des extrêmes de 1 et 50 cas. 84,5 % des odontologues ont vu au plus 5 cas de cancers contre un seul qui en a vu, 50 cas. Ce dernier exerce dans le service de stomatologie où notre étude a été faite.

Nous ne pouvons néanmoins confirmer ce résultat à cause des données manquantes.

L'attitude pratique des chirurgiens dentistes face à ces pathologies a été dans 67 % des cas la référence surtout dans un service de stomatologie dans 57% des cas.

Le traitement initial entrepris face aux dents dans les territoires atteints de cancers est de

59 % l'abstention, contrairement aux avulsions dentaires qui auraient dû révéler un pourcentage supérieur au précédent: leur valeur n'est que de 11 % et celle du traitement médical 19 %. Il y a donc lieu de dire que, malgré l'insuffisance de connaissance en cancérologie, les odontologues de notre échantillon, sont des praticiens, dans l'ensemble, qui ne prennent pas de risque de poser des actes chirurgicaux regrettables (extractions dentaires en territoire atteint) visant à aggraver une tumeur maligne.

Ceux qui l'ont fait, ont manqué sûrement d'exams complémentaires ou ont cédé aux pressions de patients, trop exigeants sans moyens financiers. Ce qui explique que sur 100 chirurgiens dentistes seulement 31 ont demandé des exams complémentaires parmi lesquels la radiographie standard reste l'examen de choix (65,4 %) contrairement à la tomodensitométrie peu demandée (7,7 %) car très coûteuse.

Les traitements des cancers en général reposent sur différents moyens thérapeutiques et la contribution des odontologues à ces traitements se limite uniquement à la mise en état de la cavité buccale et, la prise en charge en prothèse Maxillo faciale et le dépistage des seconds cancers.

Si la chimiothérapie, la chirurgie, et la radiothérapie sont connues par la majorité des odontologues et que seulement 3 d'entre eux méconnaissent ces moyens en les confondant à la scarification et à la cryothérapie, la contribution des odontologues dans la prise en charge de ces pathologies reste négligeable.

En effet, il n'y a que 16 % d'odontologues dans notre série qui ont été sollicités en majorité par des stomatologues et un par des cancérologues, cependant les résultats sur le moment de la prise en charge bucco dentaire lors de la chimiothérapie, ne montrent que 11 odontologues qui ont été sollicités. On pourrait expliquer cette discordance d'effectif par le fait qu'il n'y pas de lien entre ces deux résultats. En effet, en analysant les deux tableaux

XVII-A et XVII-B, la provenance des 11 odontologues pourrait s'expliquer par le fait que :

- 2 sur 7 odontologues ont été sollicités par des stomatologues pour une mise en

état buccale avant et après la chimiothérapie (effectivement le service de stomatologue du CHU de Cocody prend en charge certains malades pour la chimiothérapie comme nous l'avons constaté dans notre enquête rétrospective),

- 1 odontologiste l'a été par un oncologue pour une mise en état buccale avant et après la chimiothérapie,

- 8 odontologistes ayant aussi fait cette mise en état de la cavité buccale concernant la chimiothérapie, pourraient faire partie de ceux qui n'ont pas précisé leurs sollicitateurs.

Tous les différents types de soins ont été réalisés à égale proportion sauf en parodontologie où le taux est faible (1 %).

La minorité de cette série a été confrontée aux problèmes d'ordre moral, infectieux du patient, et technique pendant les soins. Ces problèmes ont été résolus par des traitements médicamenteux et l'aide d'un spécialiste en prothèse Maxillo-faciale.

Au vu de ces résultats, il y a lieu de constater que la prise en charge bucco-dentaire dans les traitements des cancers buccaux reste insuffisante et constituerait l'une des causes de l'aggravation de la maladie. Cette insuffisance pourrait s'expliquer par le manque de collaboration entre les odontologistes et les spécialistes mais aussi par l'insuffisance de sensibilisation de ces derniers sur l'importance de ces soins dans les traitements des cancers buccaux.

En France, la présence de l'odontologiste dans cette pluralité interdisciplinaire est indispensable au suivi et au confort du malade ^[26, 42, 189]. Ainsi, au sein des centres anti cancers (IGR par exemple), il existe un département cervico-facial avec un service d'odontologie où des odontologistes spécialisés en carcinologie buccale participent aux comités de décisions thérapeutiques. C'est en ce sens que l'accent est mis sur la formation des odontologistes, par des formations post universitaires, des séminaires pour leur permettre de mieux gérer les patients.

En Côte d'Ivoire, en dehors de la formation de base des odontologistes et enseignements post universitaires assurés par le cercle ivoirien de formation continue en Odonto-

Stomatologie (CIFCOS), les diplômes universitaires et les certificats d'études supérieures ne sont pas dispensés.

Le nombre d'odontologistes spécialistes reste limité. C'est pourquoi, beaucoup de chirurgiens dentistes dans notre échantillon, soit 89 % souhaiteraient compléter leurs connaissances sur les cancers buccaux et 29 % dans la majorité des cas, par des enseignements post universitaires et des diplômes universitaires pour une meilleure prise en charge des patients atteints de cancers de la bouche.



CONCLUSION

Les approches épidémiologique, anatomo clinique et thérapeutique des cancers buccaux qui viennent d'être abordées, sont basées sur deux études, rétrospective et transversale indissociables l'une de l'autre.

L'étude rétrospective prend en compte 159 cas de cancers buccaux issus d'une population de 21838 malades ayant consulté dans les services de Stomatologie et de Chirurgie Maxillo-faciale, de Cancérologie des CHU de Cocody et de Treichville dans la période de janvier 1996 à décembre 2006. L'étude transversale inclus 100 odontologistes exerçant à Abidjan.

L'analyse des résultats était purement descriptive à cause du nombre élevé de données manquantes et des échantillons réduits. Cependant, nous pouvons tirer les conclusions suivantes.

APPROCHE ÉPIDEMIOLOGIQUE

** Au plan général*

Les cancers buccaux sont peu fréquents par rapport à l'ensemble des pathologies des trois services concernés :

159 cas de cancers buccaux sur un effectif 21838 consultants ont été colligés dans les différents services d'étude. La fréquence moyenne selon cet effectif final est d'environ 15 cas de cancers par an sur 11 ans, tout service confondu sans distinction d'âge ni de sexe.

Ces chiffres peuvent être doublés si le nombre de données manquantes n'étaient pas aussi importantes (320 cas avec une forte suspicion de malignité sans résultats anatomo pathologique).

L'âge se situe entre 4 ans et 84 ans, le ratio homme femme est de 1,6. Les ivoiriens constituent la majorité de l'échantillon. L'origine des ivoiriens était marquée par les régions du Sud, du Nord-Ouest et du Centre Ouest. Le niveau socio-économique, des patients vivant dans la majorité des cas à Abidjan, était relativement bas.

Les facteurs étiopathogéniques, qui sont liés aux types de cancers, n'existaient pas dans 64 % des cas en dehors du tabac 16,4 %. Cependant, deux facteurs comme la kola et le vin de palme, qui ne sont pas relevés dans la littérature, doivent faire l'objet de recherche.

**Concernant les carcinomes buccaux*

La prévalence absolue est de 115 cas retenus parmi les 223 cas de cancers confirmés histologiquement, soit un taux de 51,6 %. Parmi les 115 cas, nous avons 97 cas de carcinomes épidermoïdes et 18 cas de carcinomes glandulaires.

Au titre des carcinomes épidermoïdes

Ils représentent 55,8 % des carcinomes des VADS, taux nettement supérieur à celui de la France qui est de 30 %.

L'âge moyen est de 53 ans avec des extrêmes allant de 21 à 82 ans : c'est un cancer du sujet adulte car il n'y a pas d'atteinte chez les sujets de moins de 20 ans. La tranche d'âge la plus touchée est située entre 40 et 60 ans, taux inférieur à celui de la France.

Le ratio homme / femme est de 1, 25 soit 5 hommes pour 4 femmes. Les régions les plus touchées en Côte d'Ivoire sont le Sud, le Centre, le Nord et le Centre-Ouest.

En dehors du tabac et de l'alcool, il n'existe aucun facteur étiopathogénique dans la moitié des cas.

Les tests d'analyse statistiques n'ont pas permis d'établir une corrélation entre certains paramètres comme le sexe, l'âge et d'autres comme la localisation les types histologiques, les facteurs étiopathogéniques et la région d'origine. Ils n'ont montré que les moyennes d'âge des sujets par rapport aux différents types histologiques.

Au titre des carcinomes glandulaires

L'âge moyen est de 50 ans avec des extrêmes allant de 26 à 75 ans et une prédominance entre 40 à 60 ans.

Dans la majorité des cas il n'y a aucun facteur étiopathogénique. Le vin de palme et la kola ont été cités parmi ces facteurs.

APPROCHE CLINIQUE ET ANATOMOPATHOLOGIQUE

Les cas de cancers buccaux de notre échantillon ont été confirmés histologiquement. Les patients sont, en général sans antécédents personnels particuliers. Les localisations préférentielles de ces pathologies sont le palais, l'os maxillaire, le plancher buccal, la langue, les glandes salivaires sub-mandibulaires et accessoires. Les tumeurs étaient très évoluées voire déformantes, sous forme de tuméfaction associée à une ulcération buccale bourgeonnante, profil spécifique aux pays sous développés expliquant les retards de diagnostic. Elles s'accompagnent quelquefois d'adénopathies cervico faciales .et de signes buccodentaires. Le bilan d'extension n'a pas pu être mentionné dans l'étude à cause des données manquantes.

Les premières manifestations bucco dentaires de la maladie furent le motif de consultation chez l'odontologiste.

Les différents types de cancers se rapprochent de ceux de la littérature :

carcinomes épidermoïdes 61 %,
 carcinomes glandulaires 7.5 %,
 sarcomes 3,8 %,
 maladie de Burkitt à localisation Maxillo faciale 18, 2 %,
 autres lymphomes 5,1 %,
 manifestations buccales du sarcome de Kaposi 3,8 %,
 processus malin de nature indéterminée 0,6 %.

Une étude particulière a porté sur les carcinomes buccaux qui représentent 68,5% de l'ensemble des cancers buccaux. Les différents types histologiques sont :

concernant les types carcinomes épidermoïdes : Les carcinomes épidermoïdes très différenciés 78,1,
 -----moyennement différenciés 0 %
 -----indifférenciés 9,6 % Les autres variantes des carcinomes épidermoïdes 12,3 %,

concernant les types histologiques des carcinomes glandulaires:

- adénocarcinomes 38,9 % :

- les cylindromes ou les carcinomes adénoïdes kystiques 38,9 %
- l'extension buccale d'un adénome parotidien 5,6 %
- les autres variantes 16,6 % qui sont représentés par les carcinomes à petites cellules et les carcinomes mucco épidermoïdes.

Les facteurs de pronostic sont en faveur d'un pronostic défavorable.

APPROCHE THERAPEUTIQUE

Concernant la prise en charge des cancers buccaux en milieux hospitaliers. Elle est guidée par les différents types de cancers. En général, elle est dominée par la chimiothérapie 49 % des cas traités dans les 3 centres et la chirurgie 35 % dans les services de Stomatologie et de Chirurgie Maxillo- Faciale. Il n'existe pas de service de radiothérapie.

Les services de pédiatrie, de dermatologie, l'USAC et de dermatologie prennent en charge respectivement les lymphomes, les tumeurs de kaposi à manifestations buccales. L'observance des traitements et le suivi des patients sont difficiles à apprécier, à cause des données manquantes et des perdus de vue. Dans tous les cas, le non respect de ces paramètres est lié aux problèmes financiers des malades, aussi l'évolution de la maladie après traitement est elle défavorable, dans l'ensemble et il y a eu 14 décès.

Concernant la prise en charge des cancers buccaux dans les cabinets dentaires, l'enquête rétrospective nous a révélé que les traitements des cancers buccaux au stade de début sont assurés par les chirurgiens dentistes dans 20 % des cas. Ceux-ci ont pratiqué des avulsions dentaires dans 65 % des cas des actes bucco-dentaires réalisés.

L'enquête transversale, confirme le contraire de ce constat clinique et montre plutôt des odontologistes consciencieux qui, malgré leur niveau de connaissance moyen en cancérologie buccale et leur manque d'expérience en la matière, se sont abstenus d'actes chirurgicaux non indiqués dans 21 % des cas et leur attitude face à ces cancers étaient la référence des patients à 67 % et dans le service de stomatologie de préférence, à 57 %. Quant à leurs interventions dans la prise en charge des traitements carcinologiques, elles

restent médiocres (16 % des odontologistes sollicités) montrant ainsi le manque de collaboration interdisciplinaire. A côté de cela, les odontologistes s'intéressent vivement à la prise en charge en exprimant leur volonté d'approfondir leur connaissance en cancérologie buccale.

Même si l'enquête transversale révèle que la majorité des odontologistes ivoiriens sont de bonne foi et motivés, il nous faut reconnaître que le manque d'informations et de sensibilisation de ces derniers face à cette maladie, fait partie des facteurs de mauvais pronostic. De ce fait, les odontologistes ivoiriens doivent se considérer comme des spécialistes des pathologies buccales à part entière pour mieux participer à la prise en charge les cancers buccaux.

Les études que nous venons de réaliser ont fait apparaître de façon manifeste, l'importance capitale que revêt le domaine de la cancérologie en particulier, buccale qui doit être le centre de nos préoccupations.

Cependant il nous faut reconnaître l'évidence des difficultés inhérentes à la prise en charge et au secteur de la recherche sur les cancers.

Notre travail n'a point pour ambition de dévoiler tous les aspects de cette recherche même si nous nous sommes intéressés à cette pathologie. Le champ de la réflexion reste donc toujours largement ouvert, et notre souhait le plus ardent est de voir cette démarche, susciter d'autres études plus approfondies afin d'élargir l'éventail de cette littérature très limitée.

C'est dans cet optique et fortement animé par le seul souci de partage et d'efficacité, que nous voudrions faire des suggestions pour une meilleure prise en charge des cancers buccaux en Côte d'Ivoire.



SUGGESTIONS

Malgré la fréquence relativement basse des cancers de la cavité buccale par rapport à l'ensemble des pathologies pris en charge dans les CHU, les pathologies néoplasiques restent des maladies graves car elles touchent une tranche d'âge relativement jeune donc la plus active dans la société. Aussi nous paraît-il opportun d'interpeller les autorités administratives, les professionnels de santé et les patients pour une meilleure prise en charge des cancers buccaux en Côte d'Ivoire.

1. A l'adresse des autorités

Nous suggérons de :

- augmenter le budget de la santé en fonction des besoins des hôpitaux,
- équiper les services en matériel informatiques afin d'assurer une meilleure gestion des dossiers et leur suivi des patients,
- équiper constamment les laboratoires d'anatomie pathologie et d'histologie en plateau technique,
- créer un centre anti-cancer doté d'équipements spécialisés modernes (en particulier en radiothérapie),
- créer des services d'anatomie pathologie, et de spécialités tête et cou dans les centres hospitaliers régionaux,
- rechercher des partenaires économiques pour mieux soutenir la lutte contre le cancer et la prise en charge en Côte d'Ivoire au même titre que la lutte contre le SIDA afin de minimiser les coûts des traitements de tous les cancers,
 - mettre l'accent sur la formation des spécialistes et encourager la recherche dans le domaine du cancer en matière surtout d'épidémiologie et de traitements. A cet effet, nous lançons un appel aux autorités compétentes afin d'encourager la recherche sur les facteurs étiologiques tels que le vin de palme et la kola qui ont été signalés par les patients et qui sont des produits de consommation des populations respectivement des régions du Sud, du Centre Ouest, et du Nord-Ouest, régions dans lesquelles nous avons trouvé une fréquence élevée de cancers buccaux. Cette découverte doit nous amener à initier des campagnes de dépistage au sein de ces populations cibles,

- soutenir les actions de la ligue ivoirienne et le programme de lutte contre le cancer, qui doivent élargir leurs actions aux autres cancers en particulier buccaux.
- améliorer le cadre de vie des populations les plus démunies par la lutte contre la pollution, l'insalubrité, le tabac, l'alcool, la malnutrition, et les maladies endémiques, en particulier le paludisme.

2. A l'adresse des professionnels de la santé

** Aux professionnels médicaux*

Nous suggérons de :

- initier des campagnes de sensibilisations et de dépistages des cancers buccaux dans une équipe pluridisciplinaire incluant les odontologistes,
- rechercher une franche collaboration avec les odontologistes pour la prise en charge des cancers buccaux,
- ne pas hésiter à demander une mise en état et un contrôle bucco-dentaire systématique avant, pendant et après les traitements de cancers.

** Aux odontologistes*

Concernant la formation de base.

Nous suggérons de :

- faire la promotion des études des sciences odontologiques,
- mettre l'accent sur le programme de pathologies buccales en affectant plus d'heures de cours au Département de Pathologie et Chirurgie, et Thérapeutique, d'Anesthésiologie de Radiologie et de Réanimation,
- initier les étudiants au diagnostic des cancers buccaux en augmentant le nombre de stage dans les services de Stomatologie, de Cancérologie d'Anatomie pathologique et Cytologie,
- lutter pour la mise en place d'un bloc opératoire de chirurgie en ambulatoire pour réaliser certains actes délicats dans la prise en charge bucco-dentaire en odontologie chirurgicale,
- créer des diplômes post universitaires avec des stages pratiques où les odontologistes

pourront se spécialiser en cancérologie buccale,

- initier des ateliers de formations sur les biopsies afin de permettre à tous les odontologistes de pouvoir dépister les cancers buccaux quel que soit leur lieu d'exercice,
- organiser souvent des enseignements post universitaires sur les cancers buccaux par le Cercle Ivoirien de Formation Continue en Odonto-Stomatologie où prendront, une part active, les cancérologues, stomatologistes et les oto-rhino-laryngologistes.

Concernant la contribution des odontologistes dans la prise en charge des cancers buccaux en Côte d'Ivoire.

Notre rôle n'est en aucun cas de traiter les cancers buccaux mais de savoir les détecter, les prévenir, les orienter, de préparer la cavité buccale afin de recevoir les traitements de ces pathologies et enfin de suivre les malades après ces traitements.

Détecter les cancers buccaux

La détection des cancers buccaux est très importante car elle permet d'éviter non seulement leur évolution dramatique mais surtout les extractions intempestives dans les territoires atteints.

Elle consiste par conséquent :

- à dépister les cancers buccaux par des campagnes de sensibilisation à travers le pays,
- à poser un diagnostic clinique précis en se basant sur les signes pathognomoniques ou en se basant sur des tests de diagnostic simples tels que le bleu de toluidine, et à faire, dans la mesure du possible, au moins un bilan radiographique de débrouillage et à savoir l'interpréter.

Pour nous odontologistes, ce dépistage semble limité et très souvent nous nous posons toujours la question de savoir si nous sommes habilités à faire des biopsies.

La réponse à cette question est possible aujourd'hui. En effet, le programme de formation des odontologistes a beaucoup évolué notamment celui du CES en odontologie chirurgicale qui est remplacé par le diplôme supérieur de chirurgie buccale dont le programme d'enseignement sur 4 ans est superposable au CES de stomatologie réservé aux médecins et actuellement supprimé.

Si la biopsie ne peut être à la portée de tous les odontologistes, il existe des méthodes tout aussi simples et fiables comme celles de la cytologie exfoliative qui ont été décrites dans la littérature et qui permettent de poser un diagnostic histologique.

Il serait donc plus simple d'avoir le matériel approprié dans notre service et d'apprendre aux étudiants pendant leur formation odonto-stomatologique, la technique et aussi leur interprétation. Le plus important est de collaborer avec le service de cytologie de la faculté de médecine pour l'étude spécifique.

Prévenir les cancers buccaux

En dehors des initiations aux campagnes de dépistage proposés, nous suggérons aux confrères de :

- sensibiliser les patients sur l'hygiène de vie, l'hygiène bucco dentaire, sur l'importance des consultations régulières aux cabinets dentaires,
- dépister et surveiller les lésions précancéreuses surtout chez les sujets à risque.

Orienter les patients

Atteints de cancers buccaux le plus tôt possible dans les services spécialisés tout en ayant suspecté un cancer ou au mieux posé un diagnostic clinique précis.

Nous devons dans tous les cas être humbles donc savoir nos limites pour éviter de tenter des traitements et des actes inutiles qui ne feront qu'aggraver et de retarder le diagnostic, car certains cancers comme les carcinomes buccaux sont de pronostic acceptable, s'ils sont traités à leur début.

Mise en état de la cavité buccale et suivi post thérapeutique de patients


Ces dernières recommandations sont très importantes ; elles doivent être systématiques et connues de tous. Pour ce faire, l'odontologiste doit pouvoir s'intégrer dans l'équipe pluridisciplinaire pour la prise en charge des cancers buccaux et assurer un suivi tout aussi indispensable pour dépister les récurrences et les deuxièmes cancers.

Ainsi, ces actions élargies à l'ensemble du territoire ivoirien permettront d'éviter aux patients et à leur famille des déplacements difficiles et coûteux.

3. A l'adresse des patients

Nous proposons de :

- minimiser les concepts traditionnels et coutumiers qui conduisent à la fatalité et au détriment de la médecine moderne et accepter de se faire soigner le plus tôt possible en cas de cancers buccaux,
- changer les habitudes de vie : prendre soins de l'hygiène bucco dentaire, lutter contre l'insalubrité, avoir une alimentation équilibrée et surtout consulter régulièrement le chirurgien dentiste.



**REFERENCES
BIBLIOGRAPHIQUES**

1-ABBATUCCI JS.

Prévention en cancérologie.
Concours Méd. P 10-2, p 23-06-1979.

2- AHNOUX A.; ADOUBI I.

Chimiothérapie anticancéreuse : Bases et principes.
Presses des universités de Côte-d'Ivoire 1988.

3- ALTAB M; KOLBEN D; LURIE P

International cigarette labelling practices.
Tob control, 8 :368-372, 1999

4- AMSEL Z. ; ENGSTROM PF. et STRAWITZ JG.

The dentist as referral source of first episode head and neck patient.
J. Amer. Dent. Ass. 106 n°1, p 195-197, Février 1983.

5- AMSTRONG JP. ; HARRISON L. B. ; THALER H. T

The indications for elective treatment of the neck in cancer of the major salivary gland.
Cancer 6 , p 615-619, 1992.

6- ANDRE K.; SCHRAUB S.; MERCIER M.; BONTEMPS P

Role of alcohol and tobacco in the aetiology of head and neck cancer: a case-control in the Doubs region of France.
Oral oncol, Eur, cancer, 31B, n°5, 301-309, 1995.

7- ANGOH Y. ; AKA GF ; GADEGBEKU S. ; ASSA A, VILLASCO J.

119 cas de tumeurs bucco maxillo-faciales (tumeurs de Burkitt exclues) : étude statique et thérapeutique.
33^e conférence annuelle du collège Ouest Africain des Chirurgiens (West African College of Surgs : WACS). COTONOU-BENIN 23, 30 Janvier 1993.

8- ANGOH Y. ; TOURE S. H.; BROU E. ; BAKAYOKO L. R.; EGNANKOU K. ; VILLASCO J.

Les cancers de la cavité buccale et des maxillaires.
Rev. Med. De Côte d'Ivoire, n° 75; p 20-22; 18 janvier 1986.

9- ANTONSSON B; MARTINOU JC

The bcl-2 protein family.
Exp Cell Res, 256 : 5-57 2000.

10- AKA GF ; KOUAKOU KR ; N'TCHO NJC ; DJEMO BR ; GADEGBEKU SA

Réhabilitation faciale par les prothèses maxillo-faciales; une alternative à la chirurgie plastique dans 3 cas de lésions complexes la face
43eme congrès national de stomatologie et chirurgie maxillo-faciale. Caen 26, 27, 28, septembre 2007.

11- ARDIET JM

Irradiation des cancers limités T1-T2 de la cavité buccale (langue mobile et plancher buccal) bulletin de cancers ; radiothérapie
Société française de radiothérapie oncologique vol. 79 n°4, pp 375-378, 1992.

12- ASSA A.; ANGOH Y.; AKA GF.; ADOU A.; CREZOIT G. ; KONAN E. ; VILASCO J. ; GADEGBEKU S.

La chirurgie réparatrice après exérèse carcinologique des lèvres.
33^{ème} Conférence annuelle de WACS 23, Cotonou Bénin, 30 Janvier 1993.
Rév. COSA CMF Vol. 2 n°3 1995.

13- AUBRY PIERRE

Lymphomes de Burkitt et lymphomes viro-associés.
Diplôme de Médecine Tropicale des Pays de l'Océan Indien, Actualités 2006.
Mise à jour le 13/01/2007

14- AZERAD

Physiologie de la mastication.
Edition MASSON 1991

15- BADOU E. I.

Cancers buccaux : Diagnostic et prévention.
Thèse. Doct. Chir. . Dent. Côte d'Ivoire, 1990.

16- BAHREN W.

Computer tomography in the diagnostic of malignant oral tumours.
H.N.O., 32 n°11, p 467-475, Nov. 1984.

17- BAILLET F

Résultats d'une étude multicentrique concernant 966 cas de carcinomes épidermoïdes du plancher de la bouche.
J. Europe radiother 3,p 147-155, 1982.

18- BAILLET J.W. ; ABE MAYOR E. ; JABOUR B.A.

Position emission tomography : Anew precise imaging modality for detection of primary and neck tumour and assessment of cervical adenopathy.

Europ. J of Laryngo, 10, p 281-288, 1992.

19 -BARELIER P. ; GRANON

Epidémiologie des cancers de la cavité buccale.

EMC, Elsevier, stomatologie 22-063-B-10 Paris 1997.

20- BASTIAN R. J.R. ; READE P.C.

The effects of tobacco smoking on oral and dental tissues.

Austr. Dent. J. 21, 308, 1976.

21- BELLI E. ; PERSICO M. ; FRIGIERI M.

Attentibilità della citologia esfoliativa nelle neoplasie del cavo orale.

Minerva stomatol., 38, n°11, p 1197.1199, Novembre 1989.

22- BENOIST M

Réhabilitation et Prothèses maxillo-faciales.

Julien Prélat, Paris 1986.

23- BERNARD JP. ; LOMBARDI T. ; SAMSON H

Use of fibrin sealant for dental extractions in irradiated jaws.

Maxillo-fac. Surg. Vol.4, 1994.

24- BERTOIN P.

Diagnostic précoce des cancers de la cavité buccale.

Inf. Dent. (Paris), , 65, n°12, p 1055-1065, 24 Mars 1983.

25 -BERTOIN P.

Cancers de la cavité buccale.

EMC (Paris- France), Stomatol., vol4, I 22063 A10, 1984.

26- BERTOIN P.

Indication thérapeutique dans les cancers de la cavité buccale.

EMC Stomatol. Vol. 4 22065 G10, 1984

27- BERTOIN P.

Contribution du chirurgien dentiste au diagnostic des affections malignes de la cavité buccale.

Chir. Dent. De Franc ; 58, n°444, p 44-49, 27 Oct. 1988.

28- BERTOIN P; BLONDET R.

Thérapeutique des cancers de la cavité buccale.
EMC. (Paris-France), Stomatol. 22065A03, 11, 2p, 1984.

29 -BERTOIN P; BLONDET R.

Traitements chirurgicaux des cancers de la cavité buccale.
EMC. Stomatol. Vol. 4, 22065A05, 1984.

30 -BESSEDE JP. ; NAJID A. ; SAUVAGE JP ; RIGEAU M.

Données récentes sur les oncogènes et oncoprotéines dans les cancers des voies aérodigestives supérieures.
Lett. D'O.R.L. et de Chir. Cervico-fac. , n°158 Mai 1993.

31- BIOUR CR.

Anatomie de la muqueuse buccale.
Act. Odonto. Stomatol. n°60, , p 452, 1982.

32- BIOUR CR.

Manuel de Chirurgie buccale.
Edit. Masson, p 228, 1978.

33- BISHOP MJ.

Molecular themes in oncogenesis in cell.
Vol. 64, 2, p 235-248, 1991.

34 -BLANCHARD JM.

Un nouvel éclairage pour les mécanismes de la transformation oncogénique.
Bull cancer : 86 (1) ,p 9-14, 1999.

35- BONFILS P. CHEVALIER JM

Anatomie ORL : médecine et sciences.
Edition flammarion 1998.

36- BONNETERRE J.

Alcool, tabac et cancers. : Revue générale et bibliographique.
Thès. Méd. Lille 1976.

37- BOURHIS J.

Cinétique de prolifération tumorale et radiothérapie accélérée.
La lettre du cancérologue : Vol. 1, n°3, p 141-144, Sept. 1992.

38- BOURHIS J. ; ESCHWEGE F.

Radiotherapy-chemotherapy combination in head and neck squamous cell carcinoma : overview of randomized trials.

Anticancer Research 16, p 2397-2402 (1996).

39- BOURHIS J. ; GOSSET J.

Transfert génétique et radiothérapie.

Bull cancer/ Radiothérapie, : 83, p 001-007, 1996.

40- BOURHIS J. ; JANOT F

Facteurs biologiques prédictifs de la réponse à la radio et à la chimiothérapie dans les carcinomes des voies aérodigestives supérieures.

Bull Cancers / Radiothérapie, : 83,p 308-313, 1996.

41- BOURHIS J. ; WIBAULT P. ; LUSINCHI A. ; BOBIN ; LUBOINSKI B. ; ESCHWEGE F.

Statut of accelerated fractionation radiotherapy in head and neck squamous cell carcinoma.

Radiation oncologic institut Gustave Roussy rue Camille DESMOULIN 94805 , curent opinion in oncology, 9 : p 262-266, 1997.

42- BOROWSKI B.

Aspects cliniques des lésions précancéreuses et des carcinomes débutants de la cavité buccale périodique.

Scien. ; Vol. 93, n°1, p 46-50, 1983.

43- BOROWSKI B.

Les soins bucco-dentaires du malade cancéreux.

Edit. Masson, p3-26 ; 48, 1986.

44- BRIZEL DM. ; WASSERMAN TH.

Phase III Randomized trial of manifesting as a radio protector in head and neck cancer.

J. Clini. Oncol. 1 : 18 (19) : p 3339-45, 2000°; Erratum in J. Clini. Oncol. ;15 :18 (24) 4110-1, 2000.

45-BROUSSE C

Projet des nomenclatures des categories sociales.

Dossiers de l'Insee France, idées 147, les classifications sociales, p 7-8, 3-2007.

46- BULLETIN DU CANCER

Tooth avulsion after radiotherapy.
Vol 89, Number 4, 365-8, Avril 2002, Syntheses.

47- BULLETIN DU CANCER

Prise en charge des patients atteints de tumeurs malignes des glandes salivaires (lymphomes, sarcomes, mélanomes exclus).
Volume 91, numéro spécial, Janvier 2004.

48- BUNDGAARD T; TANDRUP O. ; EL BROND O.

A functional evaluation of patients treated for oral cancer : a prospective study international journal of oral and maxillo-facial.
Surg. : Vol.22 ; n°1 p 28-34, 1993.

49- CACHIN Y.

Epidémiologie des cancers des VADS (Sphère ORL et Buccale).
Méd. Int. Spécial cancer ; n°4 bis, p 31-38, 1977.

50- CACHIN Y.

Les Cancers de la Langue.
Rév. Stomatol. 1971.

51- CALHOUN KH ; STANLEY D. ; STIERNBERG CM. ; AHMED AE.

Vitamins A et E to protect against oral carcinoma.
Arch. Oto Laryng. Head Neck Surg., n° 6 p 484-488, Av. 1989.

52 - CAPPELAERE P.

Chimiothérapie des épithélioma de la cavité buccale.
EMC. Stomatol. 22065, 11-1984 4p, 1984.

53- CAPPELAERE P. ; CHAUYERGNE J. ; ARNAUD JP.

Manuel pratique de chimiothérapie anticancéreuse.
Edit. Spring. Verlag.1989

54- CARL W; SAKO K.

Cancer and the oral cavity.
Quintessence Plublishin co, inc 1986.

55- CARRIE C.

Les combinaisons : Chimiothérapie, Radiothérapie, Chirurgie.
Manuel pratique d'hémato-cancérologie et de chimiothérapie.
GORIN N-C, PHILP T., SYMAN M. Edit. Frison Roche.

56- CAROLUS S; CAROLUS J; KOZMINS KP. ; BARBIER PAGEL C.

Intérêt de la coloration au bleu de Toluidine dans le dépistage, le diagnostic et la surveillance des cancers de la cavité buccale : A propos d'une série de 112 cas.

Ann. Méd. Nancy : 26 n°1, p67-71, 1987.

57- CATALA M ; ANDRE JM ; KATSANIS G

Histologie : organes, systèmes et appareils.

Service d'Histologie- Embryologie faculté de Médecine Pierre Marie Curie, Université Paris-VI Polycopiés mise à jour 2007

58 - CHIRAT E ; GERBAULET A; LUSINCHI A; HAIE C

La curiethérapie dans le cancer de la lèvre : A propos de 231 cas traités à l'IGR.

Format. Cont. Inst. Gust. Rous., 94805 Ville juif, France polycopiés 2003.

59 - CHOMETTE G;

Histologie de la muqueuse buccale.

EMC. Stomatol vol. 1 ; 22007 M-10, 6-1979

60- CHOMETTE G. ; AURIOL M.

Histopathologie buccale et cervico-faciale.

Edit. Paris Masson, 1986.

61- CHOMETTE G. ; AURIOL M. ; LECLERC JP. ; SZPIRGLAS M.

Dépistage cytologique des carcinomes épidermoïdes de la cavité buccale : Intérêt de la microscopie électronique à balayage.

Arch. Soc. Méd., 77 n°11 ; p 928-931, Nov. 1984.

62- CHRISTIAN J L

Actualités sur les mécanismes moléculaires de la carcinogénèse.

Bull Cancer; 85 (1) :9-19, 1998 .

63- CIVANTOS FJ.

Sentinel mode biopsy in oral cavity cancer : Correlation whit PET scan and immunohistochemistry.

Head and Neck ; 25 p 1-9, 2003.

64- COCHE-DEQUEANT B. ; MADELAIN M.

La radiothérapie des cancers de la cavité buccale.

EMC Stomatol. Vol. 4, 22065D10, 1984.

65 -COMMISSION DES DISPOSITIFS MEDICAUX D'ASSOCIATION DENTAIRE FRANÇAISE

Le chirurgien dentiste face au cancer: du diagnostic précoce du cancer buccal à la prise en charge du patient cancéreux.

A D F dossiers, Éd Sagim Canal n°11156, novembre 2008.

66- CONESSA C. ; PONCET G.L.

Tomographie par émission de position dans les cancers des voies aérodigestives supérieures : Dans Cancers des voies aérodigestives. Données actuelles de P. Marandas.

Edit. Masson P 43-48, 2004.

67- DE CONNO F. ; RIPAMONTI C. ; SBANOTTO A. ; VENTAFRIDDA V.

Oral complications in patients with advanced cancer.

J. PALLIAT Care ; : 5 (1), 1989 Mars.

68- DE JONG R. JB. ; GULLANE PG. ; FREEMAN JC.

The significance of false positive mode in patients with oral cancer :

Journal of Otolaryngology ; Vol. 22 n° 3 p 154-159, 1993.

69- DEMARD F.

Facteurs de pronostics des carcinomes des voies aérodigestives supérieures.

Actualités de carcinologies cervico-faciale n°22. Masson Paris, 1995.

70- DE THE G.

L'épidémiologie dans la recherche des virus dans les cancers humains.

Bulletin du cancer ; 62 (2) 151, 1975.

71- DE THE G.

L'herpès virus d'Epstein Barr (EBV) est-il le premier virus oncogène chez l'homme ?

Bull. Inst. Pasteur ; 173, 33, 1975.

72- DE VITA J.R.

Biologic therapy of cancer.

Edit. Lippincott-Raven, 1994.

73 - DE VITA J.R. T.V.

Principales and practice of oncology.

Edit. Lippincott-Raven 4th, 1993.

74- DIDIER MAURICE, COURRIER JF, AUGIER M

Reconstruction maxillo-faciale et prothèses après chirurgie carcinologique des tumeurs tête et cou.

Cancérologie. Aujourd'hui n°1 Vol. 7 Janvier, Février 1988 p 34-42.

75 - DIOMANDE I. ; D'HORPOCK AF. ; HEROIN P

Evolution des cancers en Côte d'Ivoire.

Rév. Méd. C.I. 75, p 81-84, 1986.

76 – DIOP R. ; DIENG MM. ; GAYE M. ; DIALLO A. ; SY M. ; TOURE S. ; DANGOU JM. ; YOUNES Y

Profil des carcinomes épidermoïdes de la cavité buccale : à propos de 103 observations au service de stomatologie de l'hôpital A Le Dantec de dakar.

Rév Sénégalaise d'Odontostomatologie et de Chirurgie Maxillo faciale, vol 1 n°1 p 2-6, 2004.

77 - DUBACH J.; SITZMANN F. ; PESCH H.J.

Diagnostic procedure for a suspected malignant growth of the oral cavity under special consideration of exfoliative cytology.

DTSCHT Zahnart n°11 p697-700. 31 nov 1981.

78- ECHIMANE K A.; AHNOUX AA.; ADOUBI I.; HIEN S.; KOUASSI M.; D'HORPOCK.; DIOMANDE.; ANONGBA D.; MENSAH-ADOH I.; PARKIN M D

Cancer incidence in Abidjan, Ivory Cost

First resultats from cancer registry 1995-1997

American Cancer Society; volume 89; number 3; p 653-663. August 1 2000.

79- ELIA D.

La chirurgie dite de réduction tumorale mythe ou réalité.

WB Saunders, 1995.

80- ELWOOD JM.; PEARSON P.; SKIPPER D H.; JACKSON SM

Alcohol, smoking and occupational factor in the etiologic of the oral cavity, pharynx and larynx.

Int J Cancer; 34; p 603-612 1984.

81- ERCEVILLE T. ; KHARRAT N. et CHRZAVZEL G.

Méthode de dépistage des lésions malignes de la cavité buccale : Utilisation du bleu de Toluidine.

Concours Méd; 106, n° 38, p 3733-3736., 27 Oct. 1984.

82- ETTIEN LS ;

Côte d'Ivoire, analyse de l'enquête du niveau de vie 2002.

Mémoire de DESS-ASAD, ENSEA, Abidjan, 2003.

83- ETIENNE P. ; HERVE R.

Lésions blanches de la muqueuse buccale et des lèvres.

EMC ; Traité de stomatologie : 22-045-k10, 199.

7

84- FAIVES ; TEMAS

La chimiothérapie dans les cancers des voies aérodigestives supérieures dans les cancers des voies aérodigestives supérieures : Données actuelles.

Collect. ORL. Edit. Masson p 57- 66, 2004.

85- FAUCON M.; FONTANIERE B.

Valeur de l'examen cytologique dans le diagnostic précoce des cancers buccaux.

Med. et hyg. (Genève), 40, n°1487, 3429-3433, 13 Octobre 1982.

86- FAUCON M. ; FONTANIERE B.

Cytologie et diagnostic des cancers buccaux : Résultats.

Méd. et Hyg.(Genève), , 42, n° 1576, p 2754-2756, 12 Sept. 1984.

87- FLAMANT R.

L'épidémiologie des cancers : De l'ombre à la lumière.

Prospective et Santé n° 10-11 ,p 86-97, 1979.

88- FLAMANT R. ; PEY Y.

Etudes épidémiologiques sur le rôle du tabac dans les différents cancers humains.

Bull. Cancer, 62, p 93-102, 1975.

89 -FLAMM W.G.

The need of quantifying risk exposures to chemical carcinogens.

Preventives Med. 4-5, 1976.

90- FOLKMAN JUDAH

Tumour angiogenesis in molecular basis of cancer.

WB Saunders, 1995.

91- FORASTIERE AA. ; METCH B

Randomized comparison of cisplatin and 5 fluoro-uracil versus carboplatin 5 F U Versus methotrexate in advanced squamous cell carcinoma of the head and neck.

J. Clin. Oncol, 10, p 1245-125., 1992.

92- FRAME JW. ; GUPTA AR. ; DALTON GA.; EVAN PH.

of the carbon dioxide laser in the management of the premalignant lesions of the oral Mucosa.

J. Laryng., Dec, 98, n° 12, p 1251-1260., 1984.

93- GALAIS G. ; GOGA D. ; LEFLOCH O. ; BALLON G.

Chimiothérapie d'induction des carcinomes de la cavité buccale et de l'oropharynx : études de la faisabilité, des taux et facteurs de réponse au traitement. A propos de 135 cas.

Rev. Stomatol. Chir. Maxillofac. 88, n°5, p359 à 364 ; 1987, 1988

94 - GARNIER M. ; DELAMARE V. ; DELAMARE-RICHE T

Dictionnaire des termes de médecine.

22^e édition, Paris Maloine, 1989.

95- GAUZERAN D

Dépistage des cancers de la cavité buccale.

Les cahiers de l' ADF, n° 16, 3^e trimestre 2003.

96- GILLISON ML. ; KOCH WM. ; SHAH KU

Human papillomavirus in head and neck squamous cell carcinoma : are some head and neck cancer sexually transmitted diseases ?

Curry Opin. Oncol.; 11 : p 191-199, 1999.

97- GOLDBERG M.

Tissus mous non minéralisés en milieu buccal.

Histologie et biologie. Ed. Masson 1993.

98 – GRAPIN G

Maladie de Burkitt.

EMC Stomatologie, vol 4, 22066 A¹⁰, 6- 1977.

99- GUICHAR M. et LARTIGAN E.

L'effet oxygène : Bilan des connaissances et applications pratiques.

Bull. Cancer / Radiothérapie, p 441-453 Elsevier, Paris, 1991.

100- GUILBERT F. ; HOXE G.

Traitement chirurgical des tumeurs malignes de la cavité buccale et des maxillaires.

EMC Paris, France, Stomatologie 4, 22065A10 11-1973.

101- GUILBERT F. ; SOUBIRAN J.M.

Carcinomes des maxillaires.

EMC (Paris-France) 22063B1010,tome 4 6p, 1972.

102-GUSTAVSSON P , JAKOBSSON R , JUHANSSON H , LEWIN F , NORELL S , RUTKUIST LE

Occupational exposures and squamous cell carcinoma of the cavity, pharynx, larynx, and œsophagus: a case control study in Sweden.

Occ Environ med; 55: p 393-400, 1998.

103- HALL GL. ; MELROSE RJ. ; ABRAMS AM.

Education in early detection of oral squamous celled carcinoma a community outreach program.

J. Amer. Dent. ASS., 100, n° 3, p 362-365, Mars 1980.

104 - HAMMOND EC

Smoking in relation to death rates of one million men and women.

Epidemiological approaches to the study of cancer and other chronic diseases.

Nat. Cancer inst.Monog. ; 19 , p 127 – 204, 1966.

105 - HAMMOND EC ; AUERBACH O. ; KIRMAND ; GARFINKEL L.

Effects of cigarette smoking on dogs.

C.A., 21, p 78, 1971.

106- HAMMOND EC. ; GARFINKEL L. ; SEIDMAN ; LEW E.A.

« Tar » and nicotine content of cigarette smoke in relation to death rates.

Environ. Res., 12 ,p 263, 1976.

107- HANSEN LA. ; SIGMAN CC

Retinoid in chemoprevention and differentiation therapy.

Carcinogenesis, 21 : p 1271-1279, 2000.

108- HARA H. ; OZEKI S. ; NAGATA T. ; OKAMOTO ; SASAGNOR I. and all.

Pulmonary tuberculosis in patients with oral cancer.
Gan Norinsho ; 34 (12) : p 1647-1653, Octobre 1988.

109- HARNBERGER-HR

Head and neck imaging.

Year Book Medical Publishers, Chicago, ; p 112-137, 1990.

110- HARVEY C.J.

Cancer surgery.

Ed. Edward J. 1997.

111- HARWARD J.R. ; REGEZI J.A.

Oral dysphasia and carcinoma « in situ » : Clinic pathologic coorelation of eight patients.

J. Oral Surg. ; 35, 756, 1997.

112-HIDDEN G.

Drainage lymphatique de la tête et du cou.

In anatomie clinique tome 3 : tête et cou. SPRINGE VERLAG ; p 431-443, 1996.

113- HIGGINSON T.

Importance des facteurs environnementaux dans le cancer humain.

Bull. Cancer, 64, p 365, 1977.

114- HOWALDT HP. FRENZ M. PITZ H.

Proposal for a T. modified classification for oral cancer.

Journal of cranio-facial surgery ; Vol. 21 n°3, pp 96-101, 1993.

115- IGR

Formation continue en carcinologie buccale cervico-faciale.

Inst. Gustave Roussy de la recherche de la vie.

Polycopiés 2003-2004.

116- IGR

Protocole thérapeutique de cancers des voies aéro-digestives supérieures.

Inst. Gustave Roussy, 1980

polycopiés.

117- INSER M

Atlas de la mortalité
cancer periode 1986-1993 Paris 1997

118- INSERM

Statistiques des cancers médicaux, des décès en fonction de l'âge et du sexe.
Tome 1.

119- IRO H, NITSCHKE N.

End oral sonography of carcinomas of oral cavity and base of the tongue.
HNO, 37, n°8, p 329-332, Août 1989.

120 - JAYANT K. ; BALAKRISHMAN V. ; SANGHUI L.D ; JUSSAWALLA DJ.

Quantification of the role smoking and chewing tobacco in oral, pharyngeal and oesophageal cancer.
Brit. J. Cancer, p 35, 232, 1977.

121- KAMINA P.

Précis d'anatomie clinique.
Edition Maloine tome II, 2002.

122- KOLB F.

Approches actuelles de la réparation des pertes de substances de l'étage moyen de la face dans les cancers des voies aérodigestives supérieures : Données actuelles.
Collect. ORL. P. Marandas, Ed. Masson, p115-119, 2004.

123- KOUAKOU R ; AKA GK ; OUATTARA B ; ANGOH YJJ ; GADEGBEKU SA

Métastase, cranio-maxilo-faciale du cancer du sein : à propos d'un cas
Revue de la littérature Rev, Ivoir, odonto-stomatologie, vol 8, n°1 P -44 2006

124- LAISON F; GAUDY JP

Anatomie cranio-faciale
Edition masson 1993.

125- LAUDENBACH P. ; DEBOISE A.

Dépistage des cancers des glandes salivaires.
Act. OdontoStomatol. 137, p 65-72, 1982.

126- LAUDENBACH P. VAILLANT J.M.

Maladies des glandes salivaires : Tumeurs des glandes salivaires, étude clinique et traitements.

EMC (Paris-France) Stomatol. 5, 22060A10, p 20, 1974.

127- LE CHARPENTIER Y ; AURIOL M

Histopathologie buccodentaire et maxillo-faciale.

Masson, Paris, 1997.

128- LES ATLAS JEUNE AFRIQUE

Atlas de la Côte d'Ivoire.

CEDA Abidjan, Les éditions Jeune Afrique Paris, 2è édition, p77, 1978.

129- LEZY J.P. ; PRINC G.

Stomatologie et Pathologie maxillo-faciale.

Edit. Masson 1987; 3^{ème} Edition, 2004.

130- LI SL ; KIM MS

Sequential combined tumorigenic effects of HPV 16 and chemical carcinogens.

Carcinogenic 13 : p 445-450, 1992.

131- MADELAIN M.

Radiothérapie des cancers de la cavité buccale.

EMC Paris, France, Stomatol. 22065 D10, 4, 8p, 1985.

132- MAIRE F. ; LOUIS J.P. ; et FINDORI C.

Prophylaxies des caries postradiothérapeutiques. Intérêt d'une pâte dentaire fluorée.

Inf. Dent., 64, n° 64, p 23-24, 1982.

133- MAMELLE G. ; TEMAM S

Technique des ganglions sentinelles : Application dans les carcinomes épidermoïdes T1, T2, N0, de la cavité buccale et perspective d'avenir : Dans cancers des voies aérodigestives supérieures – données actuelles.

P. Marandas Edit. Masson p 4954, 2004.

134- MARANDAS P

Les cancers des voies aérodigestives supérieures : Données actuelles.

Edit. Masson ,p 3-19, 2004.

135- MARTINE BAUDET-POMMEL ; GUEROULT J.M. ; MONDIE J.M.

Tumeur du palais : Quel diagnostic, quel traitement ?
Actual. Odontostomatol. n°189 ; p 117-124, Mars 1995.

136-MELESS GD

Etude épidémiologique des affections bucco-dentaires chez 930 adolescents scolarisés âgés de 15 à 19 ans de la région d'Abidjan.
Thèses , UFR Odonto-stomatol 2000-20001.

137- MENEGOZ F ; MACE LESEC'H J ;. RAME J.-P ; REYT E ; BAUVIN E ; ARVEUX P ; BUEMI A ; RAVERDY N ;. SCHAFFER P ;

Les cancers de la lèvre , de la cavité buccale et du pharynx en France : Incidence, mortalité et tendance (période 1975-1995).
Bull. Cancer ; 89 (4) : 419-429, 2002.

138- MERCHAT A. ; HUSAIN S.S. ; HOSAIN M

Pan without tobacco and independent risk factor for oral cancer.
Int. J. Cancer, 86 : 128-131, 2000.

139- MONDIE JM.

Cancer de la langue : Epidémiologie, diagnostic, traitement.
Rév. Du praticien ; Vol. 43 n°6 p 781-786, 1993.

140 – MONTEUIL R

Europe contre le cancers bucaux.
Ass dent française. chirurgi- et pathologie. 1999

141- MOZILLO N.

Sentinel mode biopsy in head and neck cancer.
Ann. Surg. Oncol.; 8: p 1038-1058, 2001.

142- MUIR CS; KIRK R.

Betel, tobacco and cancer of the mouth.
Brit. J. Cancer, 14,597, 1960.

143- MUIR CS.; WATHER HOUSE J.; MACK T.

Cancer incidence in five continents.
IARC scientific publications n°88, vol V, Lyon IARC 1987.

144- MYOKEN Y. ; MROYAMA T. ; MIYAUCHI S. ; TAKADA H. ; NAMBA M.

Monoclonal antibodies against human oral squamous cell carcinoma reacting with keratin protein.

Cancer 15, 60, n°12, 2927-2937, Decembre 1987.

145- NENAY M. ; ESHETE S. ; MINASSE M.

Orofacial tumours in Ethiopian patient's clinical analysis of 108 cases and review of the literature.

J. Cranio-fac. Maxillo-fac. Surg ; n°2, 1994.

146- OBOUFEEGUE BC.

Le traitement du cancer des maxillaires par Hans Pichler.

Thès. Univers. Bordeaux II, UFR D'Odontostomatologie Univers. Abidjan ; 27 Mars 1998.

147- OH Y. ; MAO L.

Cancer pain relief and palliative care.

Geneva, Who 1996.

148- OMS

Classification internationale des maladies.

Adaptation à l'Odontostomatologie CIM. AO. OMS. Genève 1978.

149- OMS

Traitement de la douleur cancéreuse.

1987. 80 (page).

150- OMS

Framework Convention Tobacco Control.

Technical briefing series paper in proving public health through an Interventional Framework Convention on tobacco control (tobacco-free initiative).

Geneva, OMS 1992.

151- OMS

Régime alimentaire, nutrition et prévention des maladies chroniques.

Rapport d'un groupe d'étude de l'OMS, série de rapport ethniques n°797; 1990.

152- OMS

152.a- IARC (International Agency for research on cancer)

Tobacco habits other than smoking, betel quid and is ca-nut chewing ;
and some related nitrosamines .

IARC monographs on the evaluation of carcinogenic risk to human, Vol. 37, Lyon, IARC Press 1985.

152.b- IARC

Alcohol drinking.

IARC monographs on the evaluation of risk chemical to human, Vol. 38, Lyon IARC Press 1986.

152.c- IARC

Non steroid anti-inflammatory drug.

IARC Hand Book OF Cancer prevention, Vol 1, Lyon, IARC Press, 1997.

152.d- IARC

Carotenoid.

IARC Hand Book OF Cancer prevention, Vol. 2, Lyon, IARC Press, 1998.

152.e- IARC

Vitamin A.

IARC Hand Book OF Cancer prevention, Vol 3, Lyon, IARC Press, 1998.

152.f- IARC

Retinoid.

IARC Hand Book OF Cancer prevention, Vol 4, Lyon, IARC Press, 1999.

153- OMS

Centre International de Recherche sur le Cancer (C.I.R.C).

Cancer dans le monde, sous la direction de Bernard W. Stewart et Paul Kleihaus ; IARC Press 2005.

154- PARKIN DM . WHELAN SL . FERLAY J . RAYMOND J . YOUNG I

Cancer incidence in five continents .

IARC Scientific Publications vol 7 n° 143 LYON , 1997.

155- PELISSIER A. ; LEGENS M. ; ALANTAR SA.

Cytologie exfoliatrice et biopsie en pratique Odontostomatologie courante.

Chir. Dent. De France ;, 58, n°441, 51-55, 6Oct. 1988.

156- PETERSON DE, SONIS ST.

Oral complications of cancer therapy.

Bost. Martin us Nijhoff, 1983.

157- PIERQUIN B. ; BAILLET F.

Curiethérapie des tumeurs malignes de la cavité buccale.
EMC (Paris-France), Stomatol. I, ; 22065C10, 8p, 11-1973.

158- PIGNON JP. ; BOURHIS J.

Chemotherapy added to loco-regional treatment for head and neck squamous cell carcinoma : three meta-analyses of updated individual data.

Lancet ; 355 : p 949-955, 2000.

159- PINDBORG JJ.

Atlas des maladies de la muqueuse buccale.
3^{ème} Edit. 1981.

160- PINDBORG JJ.

Epidemiological studies of oral cancer.

Int. Dent. J., 27, p 172, 1977.

161- PINDBORG JJ.

Oral cancer and precancerous.

Bristol journal Wright and sons LDT, 1980.

162- PINDBORG JJ. ; MEHTA FS ;. DAFTARY DK.

Incidence of oral cancer among 30000 villagers in india in a 7 years follow-up study of oral precancerous lesions community dent, oral epidemiology, 3, 86, 1975.

163- POSNER MR. ; GLISSON B..

Multicenter phase I-II trial of Docetaxel, cisplatine and fluorouracil induction chemotherapy for patient with locally advanced squamous cell cancer of the head and neck.

J. Clin. Oncol., 19, p 1096-1104, 2001.

164- POULET

Etude clinique des cancers de la muqueuse buccale : Rôle de l'Odontologiste dans leur dépistage et leur prophylaxie.

Thès. 1975.

165- PRESCOTT MD.

La cellule.

Edit. Flammarion 1989.

166- QUART RM. ; YAMANE O. ; CASTLE US

Epithélioma de la cavité buccale à localisations multiples.

Odontologia, Vol. 4, p7, Juin 1983.

167- RESEAU FRACIM

Le cancer en France : incidence et mortalité. Situation entre 1975-1995.

Documentation Française , Paris 1995.

168- REGEZI JA ; SCIUBBA JJ

Oral pathologie.

WB Saunders Compagny, USA, 1999.

169- REYCHLER H

Epidémiologie et histopathologie du carcinome buccal.

Actual stomatologica Belgica, vol 87, n° 3 1990.

170- REYCHLER H.

Cancer buccal : clinique, Anatomopathologie et diagnostic.

Rév. Actualisée A.O.S. Encycl. Du Praticien;, n°180, p 669-680, 1992.

171- RICBOURG B.

Système lymphatique tête et cou.

EMC stomatologie 22.001-B-40, 2000.

172- RICHARDO TS.

Etiopathologie des cancers des voies aérodigestives supérieures.

Thés. Univers. René-Descartes ; 21 Dec. 1982..

173- ROLLAND J. AUPICION A. MARGINAUD J.P.

Ostéoradionécrose.

Encycl. Méd. Chir. Stomatol. 22077A30, 1980.

174- ROUQUETTE C. SCHWARTZ D.

Méthodes en épidémiologie.

Ed. Flammarion, Paris, 1970

175- ROUVIERE H; DELMAS A.

Anatomie humaine tête et cou.

Edition tome 1 1997

176- ROWE NH.

Epidemiological concepts relative to cancer of oral cavity.

Missouri med., 65, p 660-668, 1968.

177- ROWE NH.

The effect of vitamin A deficiency upon experimental oral carcinogenesis.

J. Dent. Rec., 38, p 72-83, 1959.

178- SAMSOM J; GABIOUD E; KUFFER R

Carcinomes épidermoïdes de la cavité buccale.

Réalités cliniques vol 8, n° 2 1997

179- SCHANTZ SP; GUO-PEI YU

Head and neck cancer incidence trends in young Americans, 1973-1977 with a special analysis for tongue.

Arch. Otolaryngol head and neck surg; 1287, p 268-274, 2002.

180- SCHATZ D. LELLOUCH J. FLAMANT R. DENOIX P.

Alcool et cancer : Résultats d'une enquête rétrospective.

Rév. Franç. Et Clin. Biol., 7, 590, 1962.

181- SCHMID-MEIER E.

Moyens de diagnostic en cas de suspicion de cancer oral.

Schweiz. Mschz. Zahnheilk., 94, n° spécial, 921-927, Octobre 1984.

182- SCHMIPFF SC.

Oral complication of cancer therapies.

Surveillances cultures. NCI monographs ; 1990 (9) 37-42.

183- SHTANNOCK I.F. HILL RICHARD P.

The basic science of oncology.

Mac Gray Hill, édit. 1992.

184- SHWARTZ JL.

Biomarker and molecular epidemiology and chemoprevention of oral cancer.

Crit. Rev. Oral Biol. Med., 11 :92-122, 2000.

185- SHIMA K. KOBAYASHI J. SAITO I

Incidence of human papillomavirus 16 and 18 infection p 53 mutation in patients with squamous cell carcinoma in Japan.

Br. Oral maxillo-fac. Surg. ; 38 : p 445-450, 2000.

186- SILVERBERG E.

Cancer statistics.

Canc Actual, p 26, 27, 1977.

187- SILVERMAN SJR.; GRIFFITH M.

Smoking characteristic of patients with oral carcinoma and the risk for second oral primary carcinoma.

J. Amer. Dent. Ass., 85, p 637, 1972.

188- SIMARAK S.; DE JON VW.; BRESLON N.; DAHL CJ.; RUCKPHAOPONT K.; SCHEELING SP.; LENNAN R.

Cancer of the oral cavity, pharynx, larynx and lung in north Thailand : Case controlled study and analysis of cigar smoke.

Brit. J. Cancer, 36, p 130, 1997.

189- SIMART S.

Les cancers de la cavité buccale et leur traitement.

Le chirurgien dentiste face au malade cancéreux : Rôle et attitude pratique.

Servic. D'Odontol. Départ. De Chir. Cervico-fac. Et ORL Instit. Gustave Roussy 94400 Villejuif, 2006.

190- SIMART S.

Ostéradionécroses des maxillaires : Clinique et traitements.

Format. Ontol. Contin. Inst. Gustave Roussy 1996.

191- SMATT V.

Le cancéreux et sa prise en charge bucco-dentaire.

Unit. De Stomatol. Centre René Huguenin Saint Cloud I.

Inf. Dent. n°8, p561-573, 25 Février 1988.

192- SMITH CJ.

Global epidemiologic and ethiology of oral cancer.

Int. Dent. J 10, p 350, 1960.

193- SPIRGLASS H

Intérêt d'une corticothérapie injectable au long cours dans les cancers stomatologiques.

Rév. Odontostomatol, n° 3, p 253-255, 1994.

194- SPIRGLASS H; BEN SLAMA L

Pathologies de la muqueuse buccale.

Edition scientifique et médicale Elsevier, Paris 1999.

195- STEINMETZ KA. POTTER JD.

Vegetables, fruit and cancer.

I. Epidemiol. Cancer causes control, 2 : 325-357, 1991.

196- TAYLOR RJ.

Sentinel node localization in oral cavity and oropharynx squamous cell cancer.

Arch. Otolaryngology head neck Surg. ; 127, p 970-974, 2001.

197 – TENAM S. JANOT E

Facteurs de pronostic des carcinomes des VADS.

Dans cancers des VADS : données actuelles de Patrick Marandas collection ORL, Ed Masson, P21-26, 2004.

198- THOMAS L. PIGNEUX J.

Les petites tumeurs de la portion mobile de la langue et du plancher traitées par curiethérapie seule.

J. Eur. Radiothér., 9, p 9-15 ; 1988.

199- TOVARU S. BEN SLAMA L. BOISINIC S.

Lichen plan buccal et cancer : A propos de 2 cas.

Rév. De Stomatol. et de Chir. Maxillo-fac.; Vol. 94 n°1 p 46-50, 1993.

200- UETA E. OSAKI T. YONEDA K. YAMAMOTO T.

Functions of salivary polymorph nuclear leucocytes and peripheral blood polynuclear leucocytes from healthy individuals and oral cancer patients.

Clinical immunology and immunology, Vol. 66, n°3, pp273-278, 1993.

201- UNION INTERNATIONALE CONTRE LE CANCER (UICC)

Classification TNM des tumeurs malignes.

3^{ème} Edit., Genève, 1979.

6^{ème} Edit A John Wiley & sons, INC, publication 2002

202- VAILLANT L. GOGA D.

Dermatologie buccale.

Edit. Doin Paris 1999.

203- VAINIO H. MORGAN G. KLEIHNES P.

And international evaluation of the cancer-preventive potential of on steroid anti inflammatory drugs.

Cancer Epidemiol Biomarker Prev, 6 : p 749-753, 1997.

204- VAINIO H. RAUTALAHTI M.

International evaluation of the cancer preventive potential of carotenoid.
Cancer Epidemiol. Biomarker Prev 6 : p 749-753, 1998.

205- VAN DUVREN B.L.

Carcinogenic and tumour : Promoting agents in tobacco carcinogenesis.
J. Nat. Cancer Inst., 56, p 1237, 1976.

206- VERCHERE L. BODIN P.

Dictionnaire des termes Odontostomatologiques.
3^{ème} Edit. Paris-Masson, p 853, 1992.

207- VILIASCO J

Maladie de Burkitt en Côte D'Ivoire.
Rév SESDA, 7 p 7-9, 1974.

208- WAGNER G.

Epidemiologie der malignome der mundschleimhaut.
Und der rachen hauarzt, 25, 110, 1974.

209- WINGARD J.R.

Oral complications of cancer therapies infections and non infections
systematic consequences.
NC.I. monograph (9) : p 21-6, 1990.

210- WODA A.

Physiologie oro-faciale.
Abrégé d'Odontologie et de Stomatologie, Edit. Paris Masson.

211- WOOD NK; GOAZ PW

Differential diagnostic of oral and maxillo-facial lesions.
Mosby, USA, 1997.

212- WORD HEALD ORGANISATION

Cancer pain relief and palliative care.
Geneva Who 1996.

213- WU Q. ; MANNIGG

The potential for sparing of parotides and escalation of biologically
effective dose with intensity. Modulated radiation treatments of head and
neck cancers. A treatment design study.
Int. J. Radiat. Oncol. Boil phyd ; 46 (1), p 195-205, 2000.

214- WYNDER EL; HOFFMAN D.

The prevention of cancer.

London, Butter Worth's, 1967.

215- YEBOUA KOFFI DJ.

Rôle de l'Odontologiste dans le dépistage des cancers de la cavité buccale.

Thés. UFR Odonto-Stomal, Abidjan 19 Dec. 1997.

216 – ZATTERSTRÖM UK WENNERBERG j; EWRES SB, WILLEN R; ETTEWELL R

Pronostic factors in head and neck histologic grading. DNA ploid and nodal status.

Head and neck, 13, p 477- 487, 1997.

217- ZIMMERMAN E.R.

Effects of race, age, smoking habits, oral and systemic disease on oral ease foliative cytology.

J Dent. Res.; 44, p 627-631, 1965.

218 – ZWETYENGA N

Les carcinomes épidermoïdes de la langue : résultats du traitement et pronostic.

Rév, Stomatol Chir Maxillo-faciale. 104 (1) p 10-17, 2003.



ANNEXES

ANNEXES 1 : FICHES D'ENQUETE



FICHES D'ENQUETE N°1

APPROCHE EPIDEMIOLOGIQUE ET ATTITUDE PRATIQUE FACE AUX CANCERS BUCCAUX

N° Dossier :

Date d'ouverture du dossier : / /

RENSEIGNEMENT D'ORDRE GENERAL

1-Centre hospitalier :

CHU Cocody CHU Treichville
 CCTOS CS de Cancérologie

2-Age ans

3-Sexe : Masculin Féminin

4-Nationalité : Ivoirienne Etrangère précisé :

5-Profession :

6-Région d'origine :

7-Domicile (commune):

ANTECEDENTS

8-Médicaux :

HTA Diabète Maladies antérieures

9-Chirurgicaux : Oui Non

10-Familiaux: Oui Non

11-Itinéraire thérapeutique :

a) date de début des signes : / /

b) attitude face l'apparition des 1ers signes (classer de façon chronologique)

Rien (observation)
 Automédication traditionnelle
 Automédication moderne
 Médecin
 Chirurgien-dentiste
 Autre précisez.....

12-Habitudes nocives

Tabac (chiqué prisé fumé)
 Alcool
 Autres.....

EXAMEN CLINIQUE

13-Patient conscient à l'arriver : Oui Non

14-Siège de la tumeur :(question à choix unique ou multiple)

Plancher Lèvre
 Langue Palais
 Joue Autre précisez.....

15-Taille de la tumeur :

Très volumineuse
 Volumineuse
 Très peu volumineuse
 Renseignements insuffisants pour classer la tumeur primitive

16-Signes dentaires : :(question à choix unique ou multiple)

Mobilité
 Carie
 Douleur
 Asymptomatique

Autres.....
17-Adénopathies : Oui Non

18-Diagnostic cliniques :
 Carcinomes épidermoïdes
 Adénocarcinomes
 Autres tumeurs

19-Biopsie : Oui Non

20-Diagnostic histologique :

a) carcinomes épidermoïdes

Différenciés
 Moins différenciés

c) Autres

b) adénocarcinomes

Différenciés
 Moins différenciés

Bilan biologique :

TRAITEMENT

21-Type de traitement :

Chirurgie
 Chimiothérapie
 Radiothérapie
 Autres.....

22-Pronostic : Favorable

Défavorable

23-Evolution : récurrence

pas de récurrence

24-Surveillance : à 6 mois

à 1 an autre

25-Survie : moins de 2 ans

à 5 ans

plus de 5 ans

FICHES D'ENQUETE N°2

ATTITUDES DES CHIRURGIENS-DENTISTES FACE AUX CANCERS BUCCAUX

I-RENSEIGNEMENTS D'ORDRE GENERAL

- 1-Sexe : F M
2-Nombre d'années d'exercice :
3-Secteur d'activité : privé public
4-Lieu d'exercice :.....
5-Etes vous odontologiste spécialiste ? Oui Non
6-Si oui quelle est votre spécialité?.....

II-CONNAISSANCES DES CRITERES DE MALIGNITE

- 7-Pensez-vous pouvoir suspecter facilement un cancer buccal ?
 Oui Non
- 8-Selon vous les lésions buccales cancéreuses se localisent préférentiellement :
 Palais lèvres
 Langue joues
 Muqueuse gingivale
 Plancher
- 9-Quelles sont les habitudes nocives qui favorisent chez les patients l'apparition de lésions cancéreuses en bouche :
 Alcool
 Tabac
 Alcool+tabac
 Autres précisez.....
- 10-Selon vous une lésion buccale cancéreuse se présente sous forme :
 Ulcéreuse
 Bourgeonnante
 Fissurée
 Tuméfaction
- 11-La lésion cancéreuse en bouche présente-t-elle des limites bien définies ?
 Oui Non
- 12-La douleur peut-elle constituée un signe d'appel au cancer buccal ?
 Oui Non
- 13-Les caractères de malignité se rapportant à une lésion buccale cancéreuse sont :
 Lésion mal limitée
 Lésion molle
 Lésion indurée
 Lésion douloureuse
 Lésion qui saigne facilement au contact
- 14-Certains signes locorégionaux peuvent accompagner les lésions buccales cancéreuses, lesquels ?
 Otalgie
 Dysphagie
 Adénopathies cervico-faciales
 Surdité
 Epitaxis
 Autres préciser.....

15-Quels sont selon vous les signes dentaires prépondérants qui accompagnent une lésion buccale cancéreuse :

- Mobilité d'une ou de plusieurs dents
- Trouble de la sensibilité au niveau de la région muqueuse
- Algie dentaire
- Asymptomatique
- Carie

16-Avez-vous déjà rencontré une lésion buccale cancéreuse au décours de vos différentes consultations ?

- Oui
- Non

17-A combien estimez-vous le nombre de cas de cancers que vous avez rencontré au cours de des dix dernières années ?

III-CAT

A- Face aux lésions cancéreuses

18-Quelle thérapeutique mettez-vous en place lorsque vous suspectez une lésion buccale cancéreuse chez un patient ?.....

19-Avez-vous déjà référé un patient présentant une telle lésion buccale ?

- Oui
- Non

19/a Si oui à l'avez-vous adressé :

- service de stomatologie
- un confrère
- centre spécialisé en cancérologie
- autre

B- Face aux dents situées dans les territoires atteints

20-Quelles attitudes thérapeutiques adoptez-vous vis-à-vis d'une dent ou d'un groupe de dents mobiles ou non, isolé sans lésions parodontales apparentes ?

- Avulsion
- Traitement parodontal
- Traitement médical
- Abstention

21- Avez-vous faites des examens complémentaires avant tout traitement?

- Oui
- Non

22-Si oui lesquels ?

23-Si une avulsion dentaire a été faite, avez-vous constaté des complications post-opératoires ?

- Oui
- Non

24-Si oui, lesquelles ?.....

25-Quelle a été votre attitude face à ces complications ?

-Avez-vous tenté un traitement ? Oui Non

-Avez-vous référer le patient dans un service spécialisé ? Oui Non

Si oui - Lequel ?.....

28-Quel était l'état général du patient ?

- Bon
- Assez bon
- Mauvais
- Très mauvais

C- Face à la mise en état de la cavité buccale avant, pendant, et après le traitement cancérologiques

29- Selon vous, quels sont les traitements carcinologiques parmi les traitements ci-contre :

- Scarification de la tumeur
- Tatouage
- Chimiothérapie
- Laser
- Cryothérapie
- Chirurgie
- Radiothérapie

30- Avez-vous été sollicités pour une mise en état de la cavité buccale dans la prise en charge thérapeutique des carcinomes buccaux en général ?

- Oui Non

31- Si oui, par quel spécialiste ?.....

32- Etes-vous intervenus ?

	Chirurgie	chimiothérapie	radiothérapie
Avant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pendant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Après	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

33- Quels sont les actes que vous avez eu à faire ?

- Extractions dentaires
- Soins conservateurs
- Soins parodontaux
- Prise empreinte pour modèles d'études
- Prothèses immédiates
- Implantologie
- Gouttière porte gel
- Equilibration occlusale

34- Avez-vous eu des difficultés pendant les soins ? Oui Non

35-si oui les quelles ?

36-quelles précaution avez vous eu à prendre.....

37- Souhaitez-vous compléter vos connaissances en cancérologie buccale ?

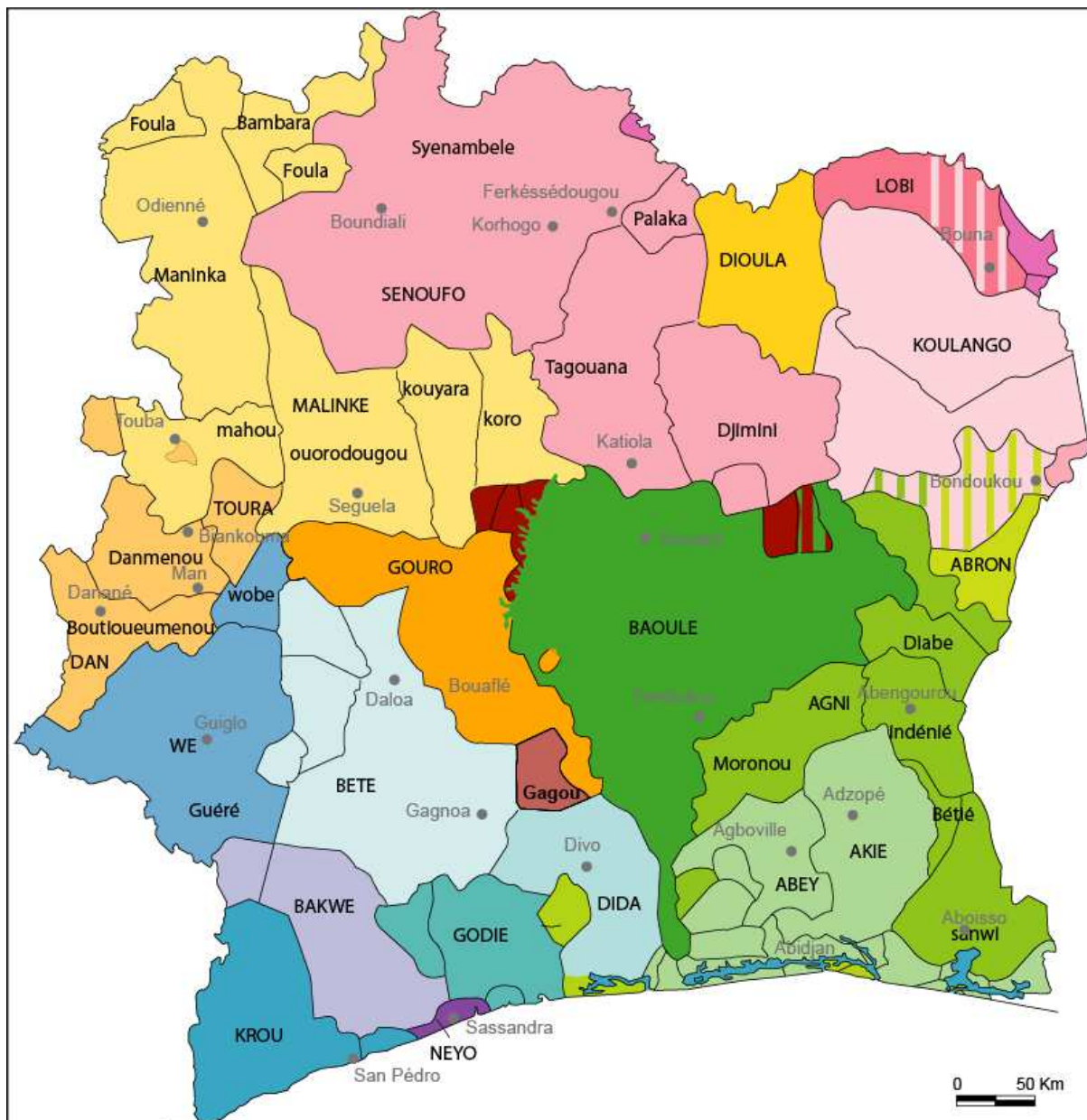
- Oui Non

38- Quelles sont vos suggestions pour une formation en cancérologie buccale ?

.....

ANNEXE 2 : DOCUMENTS ADMINISTRATIFS





Source: Atlas de Côte d'Ivoire, 1978

Groupe Krou

- Wé
- Bété, Kouya, Niaboua, Niédéboua et Kouzié
- Bakwé et Oubi
- Krou et Wané
- Neyo
- Dida, Godié, Kodia et Kotrohou

Groupe Mandé

- Malinké
- Dioula
- Dan (Yacouba) et Toura
- Gouro
- Gban (Gagou)
- Ouan, Mouan et Gan

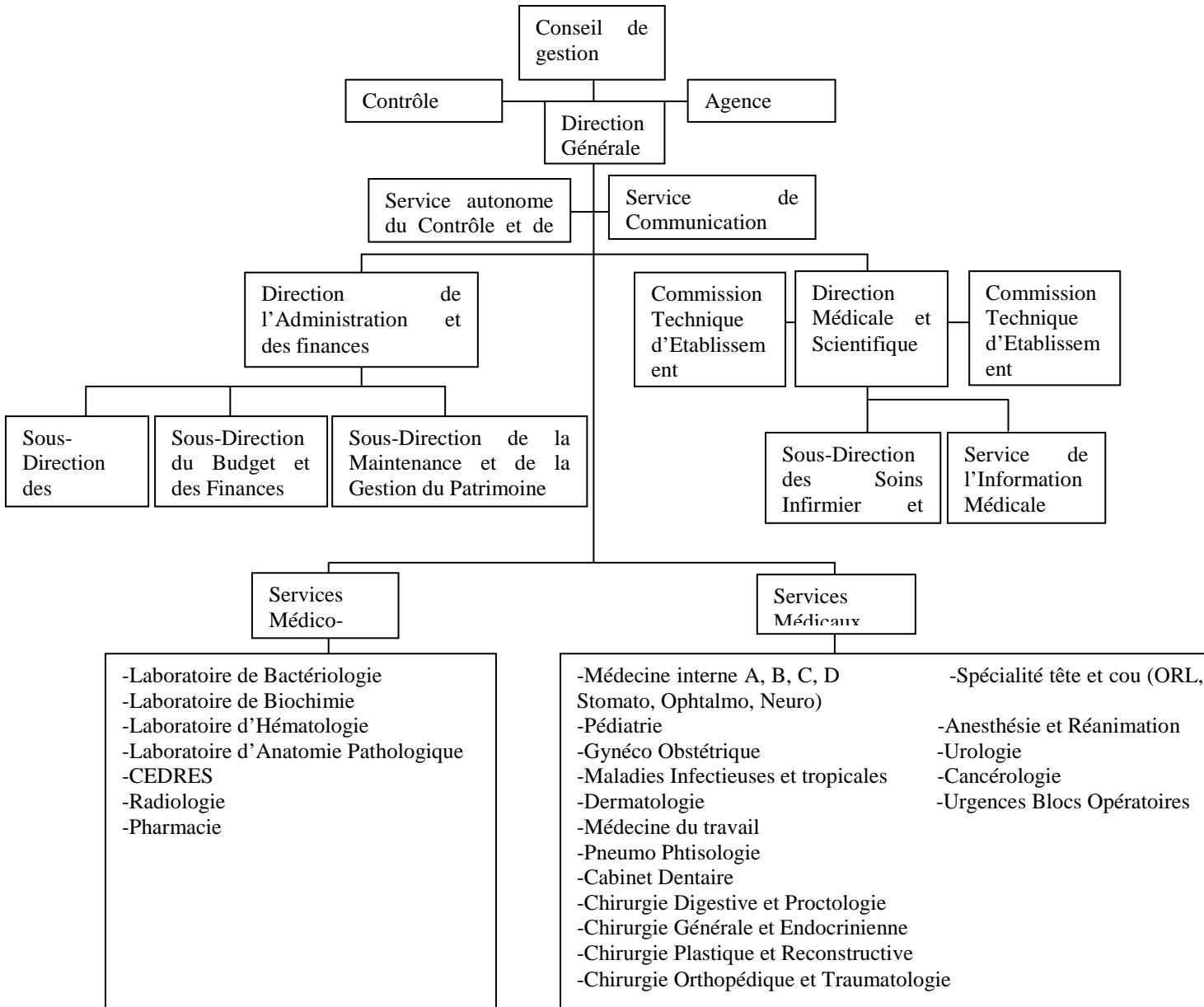
Groupe Voltaïque

- Lobi et Gouin
- Borifor et Siti
- Koulango
- Senoufo

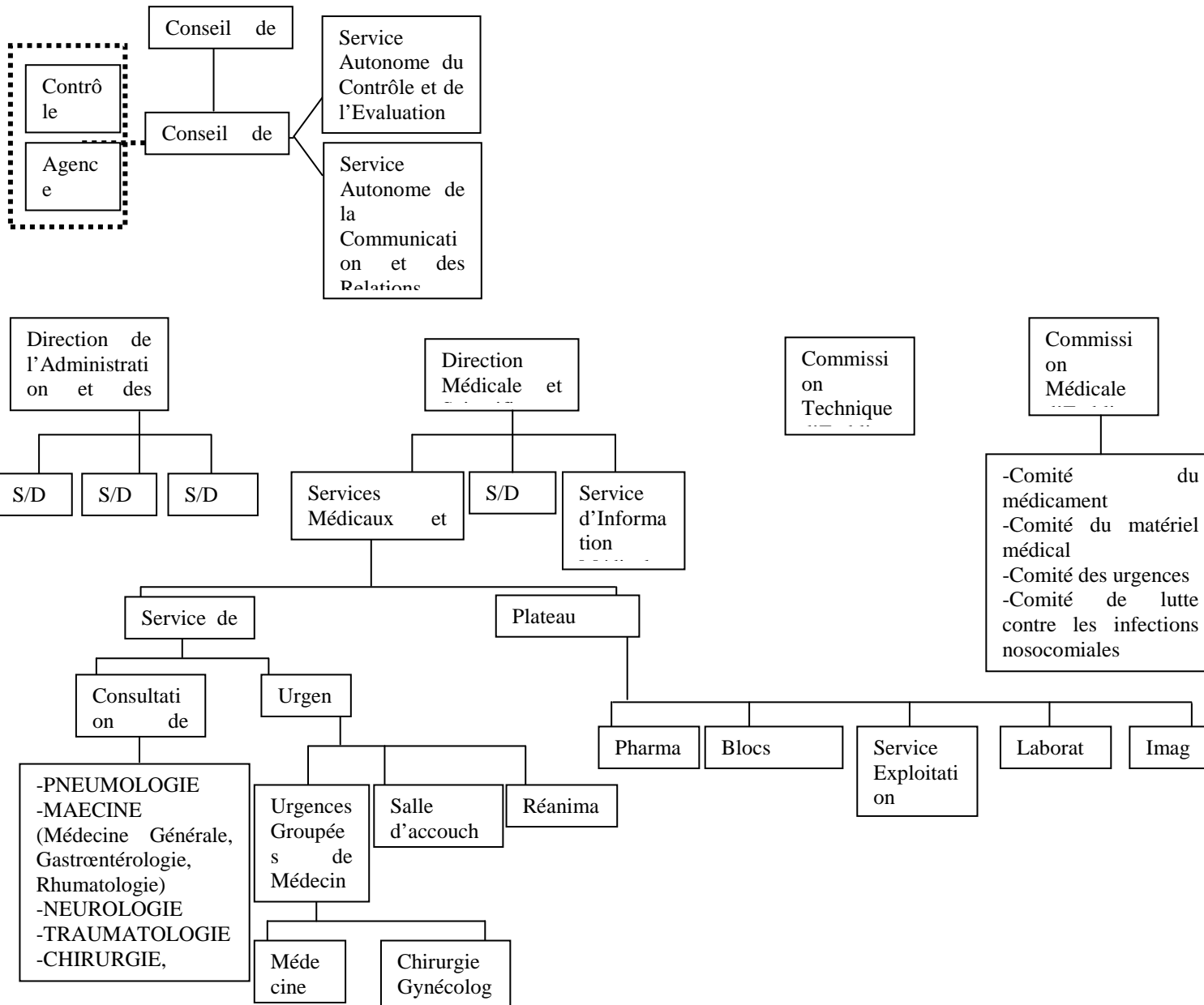
Groupe Akan

- Abron
- Agni
- Baoulé
- Lagunaire

ORGANIGRAMME DU CENTRE HOSPITALIER ET UNIVERSITE DE TREICHVILLE



ORGANIGRAMME DU CHU DE COCODY



1.3 DEVIS ESTIMATIFS DES TRAITEMENTS DES CANCERS BUCCAUX DANS LES DIFFERENTS CENTRES

DEVIS ESTIMATIFS DES TRAITEMENTS DES CANCERS BUCCAUX DANS LE SERVICE DE STOMATOLOGIE ET DE CHIRURGIE MAXILLOFACIALE DU CH DE COCODY

• 1 cure CHOP

Endoxan 500 mg injectable (2 boîtes)

950 mg en IVD à J1

Soit 5750 F x 2 = 11 500 F

Oncovin 1mg injectable (2 boîtes)

1,5mg en IVD à J1

Soit 6000 F x 2 = 12 000 F

Adriblastine 50mg, 10mg injectable (2boîtes)

60mg en IVD à J1

Soit 50000 F x 2 = 100 000 F

Prednisone 50mg injectable (2 boîtes)

100mg en IVD à J1 et J5

Soit 2500 F x 2 = 5 000 F

Total pour 1 cure = 128 500 F

Total pour 12 cures = 1 737 000 F

TOTAL 1 = 1 737 000 F

• Réanimation hématologique

Transfusion de culot globulaire 250cc x 2

Soit 8000 F x 2 = 16 000 F

Total pour 12 cures = 192 000 F

TOTAL 2 = 192 000 F

• **Réanimation hydro-électrolytique**

SGI 500cc (5fl) 910 F x 5	=	4 550	F
Ringer L. 500cc (5fl) 910 F x 5	=	4 550	F
Bicar 1,4 % 250cc (5fl) 1290 F x 5	=	6 450	F
Séringue (6 E.O) 135 F x 6	=	990	F
Séringue 2cc 55F x 2	=	110	F
Perfuseur 565 F x 5	=	2 825	F
Intranule G24 785 F x 5	=	3 925	F
Total pour 1 cure	=		23 400 F
Total pour 12 cures	=		280 800 F
TOTAL 3			= 280 800 F

• **Coût de l'hospitalisation**

Durée de l'induction = 40 jours

Durée des autres cures = 7 jours x 9 = 63 jours

Coût journalier de la chambre = 3 000 F

Coût global de l'hospitalisation

= 3000 F x 103 jours = 309 000 F

TOTAL 4 = 309 000 F

• **Divers**

Examens de contrôle et prescriptions pendant les cures = 60 000 F

TOTAL 5 = 60 000 F

COUT TOTAL PROTOCOLE CHOP

Total 1 + total 2 + total 3 + total 4 + total 5 = 2 578 000 F

- **1 cure de EM**

Endoxan 500 mg injectable (2 boites)

950 en IVD à J1

Soit 5750 F x 2 = 11500 F

Méthotrexate 25 mg (2 boites)

25 mg en IVD à J1

Soit 3900 F x 2 = 7800 F

HSHC 100 mg : 1 boite

17mg en intrathecale

Soit 2290 F x 1 = 2290 F

Total d'une cure EM = 21595 F x 15 = 21595 F

Total pour 15 cures = 21595 F x 15 = 322225 F

TOTAL 1 = 322225F

- **Réanimation hématologique**

Transfusion de culot globulaire 250 cc (2 poches)

Soit 8000 F x 2 = 16000 F

Total pour 15 cures = 16000 F x 15 = 240000 F

TOTAL 2 = 240000 F

- **Réanimation hydro-électrolytique**

SGL 500 cc (1 flacon) = 900 F

Ringer lactate 500 cc (1 flacon) = 910 F

Bicarbonate de sodium 1,4% 250 cc (1 flacon) = 1290 F

séringue 2 cc = 55 F x 2		= 110 F
Perfuseur = 565 F x 2		= 1 030 F
Intranule G24 = 785 F x 2	=	=1 570 F
Total	=	=6 200 F
Total pour 15 cures	=	= 93 000 F
TOTAL 3		= 93 000 F
• Coût de l'hospitalisation		
Durée de l'hospitalisation = 2 jours	x 15 cures = 30 jours	
Coût journalier de la chambre (3 ^{ème} catégorie)	= 3 000 F	
Coût global de l'hospitalisation	= 30 x 3000 F = 90 000 F	
TOTAL 4		= 90 000 F
• Divers		
examens de contrôle et prescriptions pendant les cures	=	= 20 000 F
TOTAL 5		= 20 000 F
COÛT TOTAL DU PROTOCOLE DE VILASCO		
Total 1 + total 2 + total 3 + total 4 + total 5		=765525
F		

DEVIS ESTIMATIFS DES TRAITEMENTS DES CANCERS BUCCAUX DANS
LE SERVICE DE CANCEROLOGIE DU CHU DE TREICHVILLE

PROTOCOLE PF Une cure PP

(Cisplatyl – 5 Fluoro-Uracile)

– Cisplatyl $100/m^2$ (J1)

– 5 Fluoro-uracile 700mg (J1 à J5)

Coût d'une cure du protocole cent soixante quinze mille (175 000) Francs CFA

PROTOCOLE NP Une cure NP (Naelbine-Cisplatyl)

– Cisplatyl $100mg/m^2$ (J1) – Navelbine $25mg/m^2$ (J1-J5)

Coût d'une cure du protocole deux cent soixante mille (325 310) Francs CFA

PROTOCOLE TCF Une cure TCF

(Taxotère – Cyclophosphamide – 5 Fluoro-Uracile)

Taxotère 75mg/m x (120mg) Cyclo phosphamide 500mg/m x

(1g) 5 Fluorouracile 500mg/m x (1g)

**Coût d'une cure du protocole trois cent trente trois mille six cent cinq
(333 605) Francs CFA**

DEVIS ESTIMATIFS DES TRAITEMENTS DES CANCERS BUCCAUX
DANS LE SERVICE DE STOMATOLOGIE ET DE CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE
DU CHU DE TREICHVILLE

CARCINOME MAXILLAIRE DROIT

DESIGNATION	MONTANT	
1/ Bilan pré thérapeutique + scanner	100 000	F CFA
II/ Actes Chirurgicaux (K 200)	100 000	F CFA
III/ Nécessaires pour intervention	150 000	F CFA
IV/ Soins post opératoires	150 000	F CFA
V / Prothèse obturatrice	200 000	F CFA
VI / Hospitalisation		
– 3 ^e Catégorie		
– Durée : 20 jours	45 000	F CFA
– Coût : 2.000 F CFA / J + 5000 F caution		
TOTAL	745 000	FCFA

CARCINOME ÉPIDERMOÏDE DU PLANCHER BUCCAL

DESIGNATION	MONTANT
<i>1/ Bilan pré thérapeutique, scanner</i>	100 000 F CFA
<i>et consultation pré anesthésique (K200+ K150/2 = K 275) 137 500 F CFA</i>	
<i>III/ Nécessaires pour intervention</i>	250 000 F CFA
<i>V / Hospitalisation en Réanimation</i>	
<i>75 000 F/ J x 10 j</i>	750 000 F
<i>VI / Hospitalisation en Stomato</i>	
<i>– 1^{ere} Catégorie</i>	
<i>– Durée : 30 jours</i>	
<i>– Coût : 10 000 F CFA / J</i>	
<i>– Caution 5000 F CFA</i>	305 000 F CFA
TOTAL	1 792 500 FCFA

<p>CARCINOME ADÉNOÏDE KYSTIQUE MAXILLAIRE DROIT</p>
--

DESIGNATION	MONTANT	
1/ Bilan pré thérapeutique	100 000	F CFA
II/ Actes Chirurgicaux K 200	100 000	F CFA
III/ Prothèse obturatrice	200 000	F CFA
IV/ Nécessaires d'intervention + 4 poches de sang	150 000	F CFA
V/ Soins post opératoires	150 000	F CFA
VI/ Hospitalisation en Réanimation (durée : 3 jours = 15 000 F)	45 000	F CFA
VII / Hospitalisation en Stomato – 2 ^e Catégorie – Durée : 20 jours – Coût : 6 000 F CFA / J	120 000	F CFA
VII / Bon d'admission	5 000 F CFA	
TOTAL	870 000 F CFA	

SARCOME MANDIBULAIRE

TRACHEOTOMIE

RESECTION MANDIBULAIRE

RECONSTRUCTION PAR ENDOPROTHESE METALLIQUE

LAMBEAU DU GRAND DORSAL

DESIGNATION	MONTANT	
1/ Bilan pré thérapeutique + CPA + scanner	70 000	F CFA
II/ Actes Chirurgicaux (K 120)	60 000	F CFA
III/ Nécessaires pour intervention + 4 poches de sang	100 000	F CFA
IV/ Matériels spécifiques pour la reconstruction provisoire de la mandibule (1 endoprothèse métallique 4 vis + 1paquet de fil d'acier) voir fournisseur	150 000	F CFA
V/ Soins post opératoires,	100 000	F CFA
VI/ Hospitalisation en Réanimation (durée : 3 jours = 15 000 F)	45 000	F CFA
VI/ Hospitalisation en Stomato – 3 ^e Catégorie – Durée : 10 jours – Coût : 2 000 F CFA / J	20 000	F CFA
VII / Bon d'admission	10 000	F CFA
TOTAL	555 000	F CFA

les atlas  ^{jeune}afrique

Atlas de la Côte d'Ivoire

(2^e édition)

SOUS LA DIRECTION DE

Pierre Vennetier

directeur de recherche au Centre national de la recherche scientifique (CNRS)

ET SOUS LE PATRONAGE DE

Georges Laclavère

ancien directeur de l'Institut géographique national

AVEC LA COLLABORATION DE

J.-C. Arnaud

maître-assistant de géographie à l'Université de Rouen

S. Arnaud

professeur agrégé de géographie au lycée Camille Saint-Saëns, à Rouen

H. Berron

docteur ès-lettres, professeur à l'Institut d'aménagement régional d'Aix-en-Provence

M. Champroux

professeur agrégé de sciences naturelles à l'École normale supérieure d'Abidjan

S. Diarra

chargé d'enseignement de géographie à l'Université nationale de Côte d'Ivoire

L. Dobé

maître-assistant de géographie à l'Université nationale de Côte d'Ivoire

J. Koffi N'zian

professeur certifié d'histoire et géographie au lycée d'Abengourou

G. Lecomte

ingénieur des travaux géographiques et cartographiques de l'Etat, Institut géographique national, Paris

J. Le Strat

expert en planification, Ministère de l'Éducation nationale de Côte d'Ivoire

J.-N. Loucou

maître-assistant d'histoire à l'Université nationale de Côte d'Ivoire

N. Monnier

cartographe à l'Université nationale de Côte d'Ivoire

Y. Monnier

docteur ès-lettres, professeur à l'Université de Paris XII-Créteil

G. Sournia

géographe au Bureau pour le développement de la production agricole, Paris

ET LA PARTICIPATION DU DEPARTEMENT GEOGRAPHIE DES ÉDITIONS JEUNE AFRIQUE

Anne Lerebours Pigeonnière

géographe

PREFACE DE

Ange François Barry-Battesti

ministre de l'Enseignement technique et de la formation professionnelle

ÉDITION REVUE ET MISE À JOUR PAR PIERRE VENNETIER ET GENEVIEVE DAVERAT



centre d'édition et de diffusion africaines

B.P. 541 ABIDJAN



les éditions jeune afrique

117 ROQUEPINE, 75008 PARIS

**EXAMENS PAR SPECIALITES DANS LES HOPITAUX REGIONAUX
2006**

District	Spécialités						Total	
	Autres spécialités	Bactériologie	Biochimie	Hématologie	Histologie	Immunologie		Parasitologie
ABENGOUROU	2730	35095	87301	79239	0	105060	66268	377193
ABOISSO	0	0	0	20508		61795	3810	86113
ADZOPE		0	0	0		0	0	0
AGNIBILEKROU	0	76730	10280	22012		21340	20180	150542
BONGOUANOU		0	0	0		0	0	0
DABOU	0	56360	80	2230		0	7610	66280
GAGNOA		19920	600	240		39370	6208	66338
GUIGLO		180		640		1420	490	2730
LAKOTA		9300	4279	3800		3105	10780	31264
OURAGAHIO		0	0	0		0	0	0
SAN-PEDRO	0	0	0	0	0	0	0	0
Séguéla		260	20	10		160	50	500
SOUBRE	4430	22695	4335	4390	0	7550	17865	63011
TABOU	0	1995	3340	2490		2700	5640	16165
TANDA - KOUN FAO		0	0	0		0	0	0
Tourmodi		6900	33080	56370		48543	12000	156893
YAMOOUSSOUKRO	16500	80	5830	44920	0	37224	3660	108434
Total	17660	229515	149645	236849	7966	329267	154561	1125463

Sur la base des activités déclarées dans le SIG en 2006

CONSULTATIONS PAR SERVICES DANS LES HOPITAUX REGIONAUX
 Sur la base des activités déclarées dans le SIG en 2006

Districts	Activités										Total
	Consul.Autres	Consul.Chirurgie	Consul.Gyneco	Consultations Méd.Gle	Consul.Neuro-Psy.	Consul.Ophtalmo.	Consul.ORL	Consul.Pédiatrie	Consul.PPH		
ABOISSO	147	281	110	1276	0	0	0	0	0	0	4708
ADZOPE	1117	533	1362	4543	0	0	0	2894	0	0	7655
AGNIBILEKROU	76	220	19	921	0	0	0	0	0	0	1236
BONGOJANOU	0	50	0	522	0	0	0	0	0	0	1521
DABOU	288	0	0	3259	0	0	0	949	0	0	3557
DANANE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
GAGNOA	0	525	1918	1077	0	0	0	0	0	0	0
SAN-PEDRO	123	894	1331	1226	0	0	0	730	0	0	4250
Sassandra	332	860	0	3196	0	0	0	2936	0	0	6510
SOUBRE	74	374	368	2296	0	0	0	0	0	0	4388
TABOU	0	270	0	877	0	0	0	314	0	0	3426
TANDA - KOUN FAO	0	184	420	415	0	0	0	366	0	0	1513
TÓUBA	0	1046	32	1293	0	0	0	669	0	0	1688
Toumodi	499	1105	2276	3955	0	0	0	0	0	0	2371
YAMOOUSSOUKRO	62	480	2253	1756	0	0	0	1738	0	0	9573
Total	2718	6922	10089	26622	546	0	0	2371	0	0	7468
					546	0	0	12967	0	0	59864

Consul. : Consultations

LISTE DES CABINETS DENTAIRES PRIVÉS D'ABIDJAN

Commune	Établissement	Date d'ouverture	Quartier	Avenue	Rue	Boite postale	Cod postal	Téléphone
Plateau	Cabinet Dentaire Bombo Joseph	01-janv-74				Bp 708	08	20 21 78 65
Plateau	cabinet Dentaire le Manguier	01-janv-97			Angoulvant	Bp 1685	06	20 21 86 85
Plateau	Cabinet Kouamé Afiba	01-janv-94			Commerce	Bp 1241	01	20 32 81 81
Plateau	Cabinet Dentaire du Plateau	01-janv-92	plateau	6 Lamblin		Bp 2052	08	20 33 11 80
Plateau	Cabinet Dentaire du Rail	01-juil-99	Plateau	Carde		Bp 721	06	20 22 66 19
Plateau	Cabinet Dentaire du Commerce	01-janv-95			Commerce	Bp 1362	01	20 32 11 73
Plateau	Cabinet Aka Koffi	01-janv-87		06	Goungas	Bp 8664	01	20 21 28 34
Plateau	Cabinet Dentaire Fanny	01-janv-95		12	Delafosse	Bp 1163	18	20 33 30 83
Plateau	Cabinet Dentaire Diama	01-mai-90	15	Franchet	d'Esperey	Bp 1745	08	20 21 99 71
Plateau	Cabinet Dentaire Dro Augustin	01-nov-69		5	La Grosse	Bp 1988	01	20 33 28 82
Marcory	Cabinet Dentaire	01-juin-92	Zone 4		C. face	Bp 2095	08	
Marcory	Cabinet Dentaire Sahyoun Georges	01-août-83	Valéry					21 26 17 74
Marcory	Cabinet Dentaire Saint Joseph		Zone 4					
Marcory	Cabinet Dentaire	22-mai-84			G 177			
Marcory	Cabinet Dentaire de la Zone 4		Zone 4			Bp 55	11	21 26 97 68
Treich-Ville	cabinet dentaire du pont de gaule	01-janv-85		01	Clément Ader	Bp 722	11	21 24 42 42
Treich-Ville	cabinet dentaire Honorine DJANKALE Félicie			05		Bp 2179	05	21 24 18 16
Yopougon	Cabinet Dentaire Rhina	08-déc-99	GFCI		Iocodjoro	Bp 3946	09	21 24 07 65
Yopougon	Cabinet Dentaire La Messie		Selmer		Pharmacie			23 51 95 74
Treich-Ville	Garomet Dentaire du Rond Point CHU Treichville	02-janv-96	Treichville			Bp 390		21 25 72 81
Treich-Ville	Cabinet de la Gare de Bassam	01-janv-89	Arras	Giscard	Roche	Bp 315	22	21 25 38 05
Treich-Ville	La Divine Providence		Marseille					05 61 02 91
Abobo	Cabinet Dentaire du Dokui	03-janv-00	Abobo Dokui			Bp 1639	11	05 95 81 61
Cocody	Cabinet Dentaire		II Plateaux		Latrille	Bp 1022	06	05 04 70 47
Cocody	Cabinet Dentaire Choumali Ekra	10-fevr-00	Dominicain		C 3	Bp 279	08	22 48 69 02
Cocody	Cabinet Dentaire Flory	01-janv-97	II Plateaux		Latrille	Bp 225	06	22 41 27 39
Cocody	Cabinet Dentaire CD Boissy	05-oct-87	Latrille			Bp 741	16	22 44 18 96
Cocody	Cabinet Dentaire du Lycée Technique	01-oct-88	Dangah		Lycée	Bp 485	02	22 44 38 82
Cocody	Cabinet Dentaire DIEVAL	01-janv-87	Cité des Arts		Washington	Bp 2729	01	22 44 11 21
Cocody	Cabinet Dentaire Cissé Alpha	01-mars-99		France	PDCI RDA	Bp 1783	22	22 48 79 10
Cocody	Cabinet Dentaire Ivoire	02-juin-86	Saint Jean			Bp 1075	22	22 44 20 99
Cocody		01-mars-87	Saint Jean	France				

LISTE DES CABINETS DENTAIRES PRIVES D'ABIDJAN

Commune	Etablissement	Date d'ouverture	Quartier	Avenue	Rue	Boite Postale	Code Postal	Telephone
Yopougon	Cabinet Dentaire la Grace	01-août-00	Port Bouët II		Dabou	Bp 2629	23	07 88 71 65
Yopougon	Cabinet Dentaire Yopougon Sable	06-oct-98	Wassakara			Bp 3466	23	23 45 75 22
Cocody	Cabinet Dentaire de la Riviera II	30-oct-00	Riviera II					22 43 13 97
Adjamé	Cabinet Dentaire Liberté	18-févr-89	Logements	Gaule	SGBCI	Bp 488	20	20 37 25 57
Adjamé	Cabinet Dentaire du Boulevard Nagui Abrogoua	13-oct-00	Village	Réboul		Bp 612	22	20 33 53 35
Adjamé	Cabinet Dentaire Boukheir	20-nov-00	Mairie			Bp 583	03	20 33 59 00
Adjamé	Cabinet Dentaire du Docteur Kouassi François	01-janv-96	Indénié	Jean Paul II	Louverture	Bp 1328	08	20 21 60 81
Cocody	Cabinet Dentaire St Michel	10-nov-97	II Plateaux			Bp 5	06	22 41 90 99
Cocody	cabinet Dentaire des Jardins	01-janv-94	II Plateaux		(J87)			22 41 49 19
Plateau	cabinet Dentaire du Studios	01-janv-97		la République		Bp 4	25	20 21 89 76
Plateau	Cabinet Dentaire du Verdier	01-oct-99	neuf	Houamé		Bp 4809	01	20 21 41 41
Plateau	Cabinet Dentaire du Longchamp	01-janv-99	Plateau Nord	Marchand		Bp 6443	06	20 21 41 03
Plateau	Cabinet Dentaire Azur	23-mars-95		Groset		Bp 2033	22	20 22 28 44
Plateau	Cabinet Dentaire Trade Center	01-janv-98	Plateau Sud	Nogues		Bp 1268	01	20 21 57 40

LISTE DES SERVICES DE SANTE SCOLAIRES ET UNIVERSITAIRES

Sous préfecture	Localité	Libellé	Statut	Fonct.	Data Ouv1
ABENGOUROU	ABENGOUROU	Service de Santé Scolaire et Universitaire	public	F	1970
ADJAME	ADJAME	Service de Santé Scolaire et Universitaire Est	public	F	1960
ADJAME	ADJAME	Service de Santé Scolaire et Universitaire Nord	public	F	1956
ADJAME	ADJAME	Service de Santé Scolaire et Universitaire Centre	public	F	1956
PLATEAU	PLATEAU	Service de Santé Scolaire et Universitaire	public	F	1954
COCODY	COCODY	Service de Santé Scolaire et Universitaire (Sud)	public	F	1950
COCODY	COCODY	Service de Santé Scolaire et Universitaire (Campus)	public	F	1965
COCODY	COCODY	Service de Santé Scolaire et Universitaire (ENS)	public	F	1950
BINGERVILLE	BINGERVILLE	Service de Santé Scolaire et Universitaire	public	F	1973
COCODY	COCODY	Service de Santé Scolaire et Universitaire (L.Tech)	public	F	1948
ABOBO	ABOBO	Service de Santé Scolaire et Universitaire	public	F	1988
YOPOUGON	YOPOUGON	Service de Santé Scolaire et Universitaire	public	F	
MARCORY	MARCORY	Service de Santé Scolaire et Universitaire Marcory	public	F	1989
TREICHVILLE	TREICHVILLE	Service de Santé Scolaire et Universitaire (Centre)	public	F	1957
KOUMASSI	KOUMASSI	Service de Santé Scolaire et Universitaire (Sicogi)	public	F	1982
PORT-BOUET	PORT-BOUET	Service de Santé Scolaire et Universitaire	public	F	1974
PORT-BOUET	PORT-BOUET	Service de Santé Scolaire et Universitaire	public	F	
ABOISSO	ABOISSO	Service de Santé Scolaire et Universitaire	public	F	1980
ADZOPE	ADZOPE	Service de Santé Scolaire et Universitaire	public	F	1970
AGBOVILLE	AGBOVILLE	Service de Santé Scolaire et Universitaire	public	F	1964
BEOUMI	BEOUMI	Service de Santé Scolaire et Universitaire	public	NF	
BIANKOUMA	BIANKOUMA	Service de Santé Scolaire et Universitaire	public	F	1993
BONDOUKOU	BONDOUKOU	Service de Santé Scolaire et Universitaire	public	F	1974
BOUAFLE	BOUAFLE	Service de Santé Scolaire et Universitaire	public	F	1973
BOUAKE	BOUAKE	Service de Santé Scolaire et Universitaire Commerce1	public	F	1958
BOUAKE	BOUAKE	Service de Santé Scolaire et Universitaire Nimbo 1	public	F	1970
BOUAKE	BOUAKE	Service de Santé Scolaire et Universitaire Dar-es-salam	public	F	1978
BOUNA	BOUNA	Service de Santé Scolaire et Universitaire	public	F	1982
BOUNDIALI	BOUNDIALI	Service de Santé Scolaire et Universitaire	public	F	1975
DABOU	DABOU	Service de Santé Scolaire et Universitaire	public	F	1972
DALOA	DALOA	Service de Santé Scolaire et Universitaire	public	F	1952
DANANE	DANANE	Service de Santé Scolaire et Universitaire	public	F	1970
DIMBOKRO	DIMBOKRO	Service de Santé Scolaire et Universitaire	public	F	1971
DIVO	DIVO	Service de Santé Scolaire et Universitaire	public	F	1978
DUEKOUE	DUEKOUE	Service de Santé Scolaire et Universitaire	public	F	1983

LISTE DES SERVICES DE SANTE SCOLAIRES ET UNIVERSITAIRES

Sous préfecture	Localité	Libellé	Statut	Fonct.	Date Ouv1
FERKESSEDOUGOU	FERKESSEDOUGOU	Service de Santé Scolaire et Universitaire	public	F	1982
GAGNOA	GAGNOA	Service de Santé Scolaire et Universitaire	public	F	1972
GRAND BASSAM	GRAND BASSAM	Service de Santé Scolaire et Universitaire	public	F	1953
GUIGLO	GUIGLO	Service de Santé Scolaire et Universitaire	public	F	
ISSIA	ISSIA	Service de Santé Scolaire et Universitaire	public	F	1975
KATIOLA	KATIOLA	Service de Santé Scolaire et Universitaire	public	F	1980
KORHOGO	KORHOGO	Service de Santé Scolaire et Universitaire	public	F	1970
MAN	MAN	Service de Santé Scolaire et Universitaire	public	F	1985
M'BAHIAKRO	M'BAHIAKRO	Service de Santé Scolaire et Universitaire	public	F	
ODIENNE	ODIENNE	Service de Santé Scolaire et Universitaire	public	F	1991
SAN PEDRO	SAN PEDRO	Service de Santé Scolaire et Universitaire	public	F	1974
SASSANDRA	SASSANDRA	Service de Santé Scolaire et Universitaire	public	F	1970
SEQUELA	SEQUELA	Service de Santé Scolaire et Universitaire	public	F	1975
TENGRELA	TENGRELA	Service de Santé Scolaire et Universitaire	public	F	1971
TOUBA	TOUBA	Service de Santé Scolaire et Universitaire	public	F	1984
YAMOUSOUKRO	YAMOUSOUKRO	Service de Santé Scolaire et Universitaire	public	F	1980

ANNEXE 3 : PUBLICATION 1



**APPROCHES EPIDEMIOLOGIQUE ET THERAPEUTIQUE DES CANCERS BUCCAUX
EN COTE D'IVOIRE : A PROPOS DE 159 CAS COLLIGIES DANS LES CENTRES HOSPITALIERS
UNIVERSITAIRES D'ABIDJAN.**

**THERAPEUTICAL AND EPIDEMIOLOGICAL APPROACHES OF ORAL CANCERS IN IVORY
COAST: ABOUT 159 CASES COLLECTED IN THE TEACHING HOSPITALS OF ABIDJAN.**

AKA ADOUKO J.A., SOUAGA K., KOUAME A.P., ADOU A., ANGOH Y.J.J.

Service de Chirurgie Pathologie et Théraputique
Centre de Consultation et de Traitements Odonto-Stomatologiques (CCTOS)
CHU de Cocody-Abidjan

Correspondance : Dr AKA ADOUKO Jeannette
Chirurgien-dentiste, Service de Chirurgie Pathologie et Théraputique (CCTOS)
BP 612 Abidjan - Côte d'Ivoire

RÉSUMÉ

L'épidémiologie et les traitements des cancers buccaux en Côte d'Ivoire, en dehors des tumeurs de Burkitt à localisation maxillo faciale, sont peu connus, à cause des problèmes de mise à jour du registre du cancer, de l'insuffisance de travaux en matière de recherche et des moyens techniques de prise en charge. Aussi, cette étude rétrospective sur la période de 1996 à 2006 portant sur 159 cas de cancers buccaux confirmés histologiquement, nous permet d'approcher la fréquence, l'étiologie et les traitements des cancers de la cavité buccale en milieux hospitaliers et cabinets dentaires à Abidjan.

Les résultats de l'étude montrent que les carcinomes épidermoïdes représentent 61% des cancers buccaux, les lymphosarcome de Burkitt à localisation maxillo-faciale pour 13,8% et les carcinomes glandulaires à 11,3%. Cette étude a aussi relevé que les cancers buccaux touchent les sujets relativement jeunes sans étiologie connue dans la majorité des cas dans l'échantillon, les hommes étant plus atteints que les femmes avec un ratio de 1,6. Les traitements, basés uniquement sur la chirurgie et la chimiothérapie, doivent motiver les autorités ivoiriennes à plus s'investir dans la prise en charge des cancers en général.

MOTS CLÉS : CANCERS, CAVITÉ BUCCALE, ÉPIDÉMIOLOGIE,
TRAITEMENTS, CÔTE D'IVOIRE.

SUMMARY

The epidemiology and treatments of oral cancers apart from the tumours of Burkitt with a maxillofacial location are hardly known because of updating problems of the register of cancer, the insufficiency of works as research is concerned, and technical means for care-taking. So this retrospective survey over the period of 1996 to 2006 about 159 cases of oral cancers confirmed histologically, enabled us come nearer the frequency, the aetiology and the treatments of oral cavity cancers in hospital and dental practice environments in Abidjan.

This survey also pointed out that oral cancers affect relatively young subjects with an unknown aetiology in most cases in the sample, men are more affected than women with a ratio of 1.6. Oral cancers are represented at 61% by epidermoidic carcinomas, at 13.8% by the lymphosarcoma of Burkitt with maxillofacial location included and at 11.3% by glandular carcinoma. In Ivory Coast, the treatments are only based on surgery and chemotherapy. Ivorian authorities should improve the caretaking of the patients by equipping Teaching Hospitals (CHU) with radiotherapy materials.

KEY WORDS : CANCERS, ORAL CAVITY, EPIDEMIOLOGY,
TREATMENTS, IVORY COAST.

INTRODUCTION

Le cancer de la cavité buccale est le onzième cancer le plus fréquent dans le monde. On estime à environ 390000 nouveaux cas par an selon les données de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)⁹. Cette pathologie dominée à 90% par les carcinomes épidermoïdes, est due au tabagisme associé à l'alcoolisme chronique. Elle touche particulièrement les hommes âgés de plus de 60 ans^{4,9}. Ces données épidémiologiques concernent surtout les pays où il y a une forte consommation de tabac et d'alcool^{3,7}. En France⁸ par exemple, on recense environ 6000 nouveaux cas par an ; cependant selon les registres de cancers de l'année 2000, le taux de mortalité a diminué depuis les 15 dernières années. Les traitements sont basés sur la chirurgie, la radiothérapie et la chimiothérapie². En Côte d'Ivoire, hormis quelques travaux^{1,6}, la situation des cancers buccaux, en dehors des lymphosarcomes de Burkitt à localisation maxillo faciale, est difficile à connaître à cause des problèmes de mise à jour du registre du cancer. Cette étude vise donc à renseigner sur la fréquence, les facteurs étiologiques et les traitements des cancers buccaux en milieux hospitaliers et cabinets dentaires à Abidjan.

MATERIEL ET METHODE

Il s'agit d'une étude rétrospective, couvrant la période du 1^{er} janvier 1996 à décembre 2006. Elle a porté sur les dossiers de patients atteints de cancers buccaux tous confirmés, sur un examen anatomopathologique. Ces dossiers ont été colligés dans les services de :

- Cancérologie et de Stomatologie et Chirurgie Maxillo Faciale du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Treichville,

- de Stomatologie et Chirurgie Maxillo Faciale du CHU de Cocody et de Chirurgie de Pathologies et Thérapeutique du Centre de Consultation et de Traitements Odontostomatologiques du CHU de Cocody.

Les données ont été recueillies sur des fiches d'enquête. Le traitement statistique simple, a été fait à l'aide des logiciels EpiInfo version 6 04 et EpiData version 3.1.

RESULTATS

Un total de 159 dossiers a été retenu sur la période de 11 ans prise en compte. La fréquence est de 159 sur 11, soit 14,5 cas par an.

RÉPARTITION DES MALADES EN FONCTION DE L'ÂGE ET DU SEXE

Tableau I : Répartition des malades en fonction du sexe

Tranches d'âge	Femmes	Hommes
]0-20]	6 (3,8%)	21 (13,2%)
]20-40]	8 (5,0%)	19 (11,9%)
]40-60]	33 (20,8%)	37 (23,3%)
]60 et plus	14 (8,8%)	21 (13,2%)
Total	61 (38,4%)	98 (61,6%)

Les hommes sont plus atteints que les femmes avec une proportion respective de 98, soit 61,6% contre 61 (38,9%). Le ratio est de 1,6 en faveur des hommes.

Sur 159 patients, il y a 156 patients pour qui l'âge a été précisé. L'âge moyen est de 45 ans avec des extrêmes de 4 ans et 82 ans. La tranche d'âge la plus touchée se situe entre 40 ans et 60 ans.

RÉPARTITION DES MALADES EN FONCTION DE LA CLASSE SOCIALE

Tableau II : Répartition des malades en fonction de la classe sociale

Catégorie socio économique	Effectif	Pourcentage
Elevée	3	2,6%
Moyenne	20	17,1%
Basse	94	80,3%
Total	117	100%

80 % des patients sont de classe socio-économique basse.

RÉPARTITION DES MALADES EN FONCTION DE LA RÉGION D'ORIGINE DES MALADES

Tableau III : Répartition des malades en fonction de la région d'origine des malades

Région d'origine	Effectif	Pourcentage
Nord	7	4,6%
Sud	37	24,3%
Ouest	10	6,6%
Centre	22	14,5%
Nord-ouest	21	13,8%
Nord-est	3	2,0%
Sud-ouest	8	5,3%
Centre nord	1	0,6%
Centre ouest	22	14,5%
Centre est	0	0,0%
Etranger	21	13,8%
Non précisé	7	4,4%
Total	159	100%

Le Sud (24,3%) le Centre (14,5%), le Centre ouest (14,5%) et le Nord ouest (13,8%) semblent être les plus touchés par les cancers buccaux.

RÉPARTITION DES FACTEURS ÉTIOLOGIQUES PROBABLES

Tableau IV : Répartition des facteurs étiologiques probables

Facteurs étiologiques	Effectif	Pourcentage
Aucun	68	42,8
Alcool et/ou tabac	34	21,3
VIH SIDA	7	4,4
Autres*	7	4,4
Non précisé	43	27,1
Total	159	100,0

* Autres :

- morsure = 1
- kola = 1
- irritation par prothèse dentaire = 1
- irritation par épines dentaires = 2
- lésions précancéreuses = 2

Aucun facteur étiologique n'est retrouvé dans la majorité des cas. Sinon, le tabac et ou l'alcool restent les facteurs les plus importants. Ils représentent 21,3% de l'ensemble des facteurs.

RÉPARTITION DES TYPES HISTOLOGIQUES DANS L'ÉCHANTILLON.

Tableau V : Répartition des types histologiques dans l'échantillon

Diagnostic histologique	Effectif	Pourcentage
Carcinome épidermoïde	97	61,0%
Carcinome glandulaire	18	11,3%
Sarcome	6	3,8%
Maladie de Burkitt à localisation maxillo faciale	22	13,8%
Autres lymphomes	8	5,1%
Maladie de kaposi à manifestations buccales	7	4,4%
Processus malin de nature indéterminée	1	0,6%
Total	159	100%

Les types histologiques sont dominés par les carcinomes épidermoïdes (61%) la maladie de Burkitt à localisation maxillo-faciale (13,8%), les carcinomes glandulaires (11,3%).

RÉPARTITION DES MALADES EN FONCTION DU TYPE DE TRAITEMENTS REÇUS

Tableau VI : Répartition des malades en fonction du type de traitements reçus

Traitement	Effectif	Pourcentage
Chirurgie	35	22,5
Chimiothérapie	49	30,8
Radiothérapie	4	2,5
Traitement palliatif	25	15,7
Abstention	28	17,6
Orienter vers un autre service	29	18,2

Parmi les traitements reçus, la chimiothérapie (30,8%) et la chirurgie (22,5%) prédominent.

RÉPARTITION DES MALADES SELON L'ÉVOLUTION APRÈS TRAITEMENT

Tableau VII : Répartition des malades selon le taux de mortalité

Patients	Effectif	Pourcentage
Décédés	14	8,8%
Non décédés	3	1,9%
Perdus de vue	142	89,3%
Total	159	100%

Hormis le nombre important des perdus de vues, le taux de décès est estimé à 8,8%.

DISCUSSION

FRÉQUENCE DES CANCERS BUCCAUX

L'étude qui a été réalisée a montré que les cancers de la cavité buccale sont des pathologies apparemment peu fréquentes, puisque la fréquence est d'environ 14 cas par an. En 2000, ECHIMANE et Al.⁶ ont rapporté une incidence de deux nouveaux cas par an pour 100.000 habitants. Cette incidence est très basse en comparaison avec à celle de la France qui est d'environ 6.000 nouveaux cas par an pour uniquement les carcinomes épidermoïdes³. Cependant, cette fréquence des cancers en Côte d'Ivoire pourrait être beaucoup plus élevée si le dépistage des malades était effectué de façon systématique et que l'étude avait pris en compte les cas de cancers dans tous les hôpitaux du pays.

Ces cancers sont dominés par les carcinomes épidermoïdes (61%), la maladie de Burkitt à localisation maxillo-faciale (13,8%), les carcinomes glandulaires (11,3%). Ces résultats ne peuvent être comparés avec les données de la littérature car en réalité la fréquence des lymphomes, particulièrement la maladie de Burkitt à localisation maxillo faciale est beaucoup plus importante dans les pays d'Afrique sub-saharienne singulièrement en Côte d'Ivoire^{1,9,10}.

SEXE ET ÂGE

Les hommes sont plus atteints que les femmes avec un ratio H/F de 1,6, soit 5 hommes pour 3 femmes. Les cancers buccaux touchent les sujets à tout âge avec des extrêmes d'âge allant de 4 à 82 ans. Ils se manifestent le plus souvent chez les adultes puisque, l'âge moyen est de 45 ans, et la tranche d'âge la plus touchée est située entre 40 et 60 ans dans les deux sexes. Cependant, on note une portion non négligeable (11,3%) de sujets âgés de 20 à 40 ans. La fréquence des cancers chez l'enfant et l'adolescent (17%) s'explique par l'inclusion dans l'étude, de la maladie de Burkitt qui se manifeste chez l'enfant et l'adolescent africains^{9,10}.

NIVEAU SOCIOÉCONOMIQUE ET RÉGION D'ORIGINE DES MALADES

Le niveau socio-économique des malades est relativement bas (80% des cas). Cette situation inhérente aux pays pauvres s'explique par le manque de moyens financiers^{5,9}. Ce facteur limite l'accès aux soins de santé primaire, l'amélioration de l'hygiène de vie cause de certaines maladies telles que le paludisme qui est l'un des facteurs favorisant de certains cancers comme la maladie de Burkitt^{2,10}. Cette pauvreté galopante aggravée par la guerre en Côte d'Ivoire, touche toutes les régions mais elle est plus marquée dans certaines localités où la fréquence des cancers buccaux semble plus élevée. IL s'agit du Sud (24,3%), du centre (14,5%), du Centre-Ouest (14,5%), et du Nord-Ouest (13,8%) du pays.

FACTEURS ÉTIOLOGIQUES

L'absence de facteurs étiologiques retrouvée dans 42,8 % des cas pourrait être liée aux conséquences de la pauvreté, mais aussi, aux déficiences immunitaires au cours de l'infection au VIH retrouvées chez 7 patients. DIOP et Al.⁵ citent comme facteurs favorisant des carcinomes épidermoïdes, l'anémie chronique liée à la multiparité chez la femme Sénégalaise.

En dehors de ce constat, la consommation d'alcool et/ou de tabac représentait 21,3% de l'ensemble des facteurs étiologiques. Elle est liée à la fréquence élevée des carcinomes épidermoïdes (61%) dans l'échantillon. Ces données qui rejoignent celles de la littérature montrent que le tabac et l'alcool sont les facteurs les plus importants des étiologies des carcinomes épidermoïdes^{1,2,3,7,9}.

La présence de la kola mâchée pendant de longues années, retrouvée chez 1 patient ayant présenté un carcinome épidermoïde pourrait constituer un facteur étiologique. Cependant, la littérature ne relève pas l'effet toxique de cette substance sur la muqueuse buccale. La kola pourrait donc constituer une voie de recherche dans l'étude étiologique des cancers buccaux en Afrique.

TRAITEMENT ET L'ÉVOLUTION DES CANCERS BUCCAUX APRÈS TRAITEMENT

Le traitement basé uniquement sur la chimiothérapie (30,8%) et la chirurgie (22,5%) montre à quel point les moyens thérapeutiques sont limités en Côte d'Ivoire : il n'existe même pas de radiothérapie. Or dans les pays industrialisés comme la France, ces moyens thérapeutiques sont très développés pour assurer une prise en charge totale des malades^{7,9}. La mortalité a été difficile à apprécier à cause du nombre élevé de perdus de vue. Cependant, on a pu noter 8,8% de décès dans l'échantillon.

CONCLUSION

Il ressort de cette étude que les cancers de la cavité buccale sont des pathologies fréquentes en milieux hospitaliers à Abidjan. Ils touchent de façon prédominante les sujets adultes de sexe masculin. Les patients proviennent de toutes les régions de la Côte d'Ivoire avec une prédominance au Sud et au Centre. Ils sont dominés par les carcinomes épidermoïdes pour lesquels l'alcoolisme et le tabagisme chroniques sont les facteurs étiologiques les plus fréquents.

En l'absence de la radiothérapie, le traitement se fait par la chimiothérapie et la chirurgie. Ce qui limite l'efficacité de la prise en charge et entraîne une mortalité dont le taux, même difficile à déterminer à cause des perdus de vue, est somme toute important. C'est pourquoi, il urge que les Autorités ivoiriennes dotent les CHU d'équipements de radiothérapie.

BIBLIOGRAPHIE

- 1- ANGOH Y ET AL. Les cancers de la cavité buccale et des maxillaires. *Rev. Med. de Côte d'Ivoire*, N° 75 ; pp : 20-22 ; 18 janvier 1986.
- 2- BERTOIN P. Cancers de la cavité buccale. *EMC , Stomatol., (Paris- France)*, vol.4, I 22063 A10, 1984.
- 3- CACHIN Y. Etio-épidémiologie des cancers des VADS (sphère ORL et buccale). *Méd. Int. Special Cancer*, N° 4 bis ; pp : 31-38, Avril 1977
- 4- CHOMETTE G., AURIOL M. Histopathologie buccale et cervico faciale. *Ed. Paris Masson*, 1986.
- 5- DIOP ET AL. Profil des carcinomes épidermoïdes de la cavité buccale : à propos de 103 observations au service de stomatologie de l'hôpital Aristide Le Dantec de Dakar. *Rev Sénégalaise d'Odontostomatologie et de Chirurgie Maxillo faciale*, vol., 1 n°1, p p : 2-6, 2004.
- 6- ECHIMANE ET AL. Cancer in Ivory Cost *Cancer 1, volume 89, number 3*, pp : 653-654, Aug., 2000.
- 7- MARANDAS P. Cancers des voies aéro-digestives supérieures. Données actuelles. *Collection ORL. Ed. Masson, Paris*, 2004.
- 8- MENEGOS F ET AL. Les cancers de la lèvre, cavité buccale et du pharynx en France : incidence, mortalité et tendance (période de 1975-1995). *Bull Cancer*, 89 (4), p.419-29, 2002.
- 9- OMS. Centre International de Recherche sur le Cancer (C.I.R.C). Cancer dans le monde. *Sous la direction de BERNARD W. STEWART ET PAUL KLEI-HAUS ; IARC Press* 2005.
- 10- VILASCO J. Maladie de Burkitt en Côte d'Ivoire. *Rev. SESDA*, 7, pp : 7-9, 1974.

ANNEXE 4 : PUBLICATION 2



CANCERS BUCCAUX EN CÔTE D'IVOIRE : APPROCHES CLINIQUE ANATOMOPATHOLOGIQUE ET ATTITUDES DES ODONTOLOGISTES

AKA-ADOUKO J.A., SOUAGA K., KOUAME A.P., ADOU A., ANGOH Y.

Service de Pathologie Chirurgie et Thérapeutique
Centre de Consultation et de Traitements Odontostomatologiques (CCTOS)
Université de Cocody Abidjan - Côte d'Ivoire

Correspondance : Dr AKA ADOUKO J A
Chirurgien-dentiste 22 BP 612 Abidjan 22, Côte d'Ivoire

RÉSUMÉ

Il s'agit d'une étude rétrospective qui avait pour objectif de présenter les aspects locorégionaux, et les types histologiques des cancers buccaux ainsi que l'attitude pratique des odontologistes face à ces pathologies, en Côte d'Ivoire.

Les résultats ont montré que : la majorité des tumeurs étaient de taille supérieure à 4 centimètre voire inappréciables. Elles se présentaient sous des formes ulcéreuses et ulcéro-bourgeonnantes associées très souvent à des mobilités dentaires. Les adénopathies cervico-faciales étaient présentes dans 53,5% des cas. Les localisations préférentielles des tumeurs étaient le palais (24,5%), l'os maxillaire (22,6%) et le plancher buccal (19,5%). Les tumeurs étaient constituées de : carcinomes épidermoïdes (61,0%), carcinomes glandulaires (7,5%), sarcome (3,8%), maladie de Burkitt à localisation maxillo faciale (18,2%), autres lymphomes (5,1%), maladie de kaposi à manifestations buccales (3,8%), processus malin de nature indéterminée (0,6%). Par rapport aux premiers signes de ces pathologies, les patients ont consulté dans un délai de 1 mois à 8 ans des spécialistes parmi lesquels il a été noté 20% d'odontologistes. Ceux-ci ont effectué des soins dont 70% d'actes chirurgicaux (extractions dentaires etc.). Ce qui a eu pour conséquence une flambée tumorale dans la majorité des cas. Cette étude montre une fois de plus que l'odontologiste a un rôle important à jouer dans la prise en charge des cancers buccaux. Il doit, entre autre, éviter les gestes intempestifs et permettre un diagnostic précoce de ces affections aussi graves. Cela suggère le renforcement de la formation de base notamment en cancérologie buccale des odontologistes. Les autorités sanitaires sont interpellées sur la nécessité pour le Côte d'Ivoire de disposer d'au moins un centre de cancérologie.

MOTS CLÉS : CANCERS, CAVITÉ BUCCALE, CLINIQUE, ANATOMOPATHOLOGIE, ODONTOLOGISTES, CÔTE D'IVOIRE.

SUMMARY

It is about a retrospective study which aimed at presenting the locoregional aspects and the histological types of oral cancers as well as the practical attitude of odontologists in the face of those pathologies in Ivory Coast. Oral cancers are characterized by their local and regional aspects and orodental signs that can sometimes bring about problems of differential diagnosis with the other complaints of the oral cavity.

The results pointed out that: most of the tumours were bigger than 4 centimetres even impossible to measure. They were in ulcer or ulcer pimple forms very often associated with dental motilities. Cervicofacial adenopathies were present 53.5% of the cases. The preferential locations of tumours were the mouth palate (24.5%), the bone of the maxilla (22.6%), the floor of the mouth (19.5%). The tumours comprised: epidermoidic carcinoma (61.0%), glandular carcinoma (7.5%); sarcoma (3.8%); the disease of Burkitt with a maxillofacial location (18.2%); other lymphomas (5.1%); the disease of Kaposi with oral manifestations (3.8%); malignant evolution of undetermined nature (0.6%). In the view of the first signs of the disease, the patients consulted within a period of 1 month to 8 years, experts among which were 20% of odontologists. Those ones performed practices among which 70% surgical acts (tooth extractions, etc...). Which caused consequently tumours boom in the majority of cases. This study, once again shows that the odontologist has an important role to play in the caretaking of oral cancers. He must, among others, avoid the frequent gestures and enable a precocious diagnosis of those so serious affections. That supposes the reinforcement of the odontologists' background namely in oral cancerology. Health authorities have been called to the necessity for Ivory Coast to have at least a center of cancerology.

KEY WORDS : CANCERS, ORAL CAVITY, CLINICAL, ANATOMOPATHOLOGY, ODONTOLOGISTS, IVORY COAST.

INTRODUCTION

Les cancers buccaux sont des pathologies graves qui touchent ou prennent origine dans l'une des parois de la cavité buccale¹. Ils font partie des cancers des voies aérodigestives supérieures et sont représentés à 95% par les carcinomes buccaux et à 5% par les autres cancers (sarcomes, lymphomes)^{2,6}. Leur profil anatomo clinique est connu dans les pays développés. Par contre, en Côte d'Ivoire, la situation des cancers buccaux n'est pas connue à cause de l'insuffisance de travaux en matière de recherche. Il nous a paru donc intéressant de présenter ces cancers à travers cette étude rétrospective, de façon à relever l'attitude pratique de l'odontologiste face à ces pathologies.

MATERIEL ET METHODE

L'étude rétrospective, couvrant la période du 1er janvier 1996 au 31 décembre 2006, a porté sur 159 dossiers de patients atteints de cancers buccaux tous confirmés au plan anatomopathologique. Ces dossiers ont été colligés dans les services de stomatologie et de Chirurgie Maxillo Faciale des Centres hospitaliers universitaires de Cocody et de Treichville, de cancérologie du CHU Treichville et de chirurgie Pathologie et thérapeutique du CCTOS* de l'Université de Cocody.

Les données recueillies ont été saisies et traitées à l'aide des logiciels EpiInfo version 6.04 et EpiData version 3.1.

RESULTATS

L'étude des 159 dossiers a permis de recueillir les données cliniques et anatomopathologiques.

DONNÉES CLINIQUES

L'histoire de la maladie a révélé que la période entre le début de la maladie et la première visite chez un spécialiste variait entre 1 mois et 8 ans avec une moyenne d'environ 4 ans. Face aux premiers signes de la maladie :

- 50% des patients ont consulté un médecin généraliste, 20%, un chirurgien dentiste,

- 17,1% des patients ont fait de l'auto médication

- et 9,1 % se sont abstenus de tout traitement.

Les actes posés par les chirurgiens dentistes pendant ces premières visites ont été les suivants :

- 14 extractions dentaires, soit 65% de ces actes,

- 1 gingivectomie, soit 5%,

- 1 antibiothérapie, soit 5%,

- 4 références dans un service de Stomatologie, soit 20% des actes.

Les conséquences de ces actes chirurgicaux étaient :

- 11 flambées tumorales, soit 61,5% des cas,

- 2 communications bucco sinusiennes, soit 15,4% des cas.

Signes locorégionaux

Tableau I : Répartition en fonction des manifestations bucco dentaires des tumeurs

Signes dentaires	Effectif	Pourcentage
Mobilité	42	36,8
Carie dentaire	2	1,8
Mobilité et carie dentaire	4	3,5
Odontalgie	5	4,3
Mobilité et odontalgie	14	12,3
Mobilité, carie dentaire et odontalgie	1	0,9
Asymptomatique	1	0,9
Mobilité et asymptomatique	1	0,9
Autres	44	33,6
Total	114	100,0

Tableau II : Répartition des autres manifestations bucco dentaires des tumeurs dans l'échantillon.

Autres signes	Effectif	Pourcentage
Parodontopathie	3	6,8
Déplacement et désordres dentaires	7	15,9
Limitation de l'ouverture buccale	8	18,2
Mauvaise hygiène buccodentaire associée à autres signes	6	13,6
Trouble de l'articulé dentaire	7	15,9
Stomatorragies	3	6,8
Déviations linguales	3	6,8
Expulsion dentaire	1	2,3
Troubles de la sensibilité cutanéomuqueuse	3	6,8
Dysphagie	1	2,3
Mortification pulpaire	1	2,3
Nécrose pulpaire	1	2,3
Total	44	100,0

Tableau III : Répartition des patients en fonction des manifestations loco-régionales des tumeurs

Adénopathies	Effectif	Pourcentage
Présence	85	82,5
Absence	18	11,5
Total	103	100,0

La forme ulcéro-bourgeonnante associée ou non à une tuméfaction des tumeurs est prédominante. Elles s'accompagnent toujours de signes dentaires (mobilités associées ou non aux odontalgies, malpositions dentaires, les malocclusions et limitation de l'ouverture buccale). A ces signes, s'ajoutent les adénopathies cervico-faciales présentes dans 82,5% des cas.

Tableau IV : Répartition des patients selon la taille des tumeurs

Taille de la tumeur	Effectif	Pourcentage
T3 (Taille > 4 cm)	37	23,3
T4 (Taille > 6 cm)	49	30,8
TX (Taille inappréciable)	70	44,0
Non précisé	3	1,9
Total	159	100,0

Les tumeurs étaient toutes de taille supérieure à quatre (04) centimètres. Toutefois, 44% des tumeurs sont de taille inappréciable.

Tableau V : Répartition topographique des cancers buccaux

Localisation	Effectif	Pourcentage
Palais	39	24,5
Langue	23	14,5
Gencive	26	15,7
Plancher	32	19,5
Lèvres	13	8,2
Joue	18	11,3
Os maxillaire	36	22,6
Mandibule	26	14,5
Autres	26	18,9

Siégeant à différents endroits de la cavité buccale, les tumeurs ont cependant des localisations préférentielles : palais (24,5%), os maxillaire (22,5%) et plancher buccal (19,5%).

Le bilan d'extension n'a pu être établi faute de données manquantes dans la majorité des dossiers.

Tableau VI : Répartition des autres localisations des cancers buccaux

Autres topographies	Effectif	Pourcentage
Vestibule	12	46,2
Loge sous maxillaire	8	30,8
Région rétro molaire	3	11,5
Commisure intermaxillaire	1	3,8
Non précisés	2	7,7
Total	26	100,0

DONNÉES ANATOMOPATHOLOGIQUES

Tableau VII : Répartition des patients selon le diagnostic histologique

Diagnostic histologique	Effectif	Pourcentage
Carcinomes épidermoïdes	97	61,0
Carcinomes glandulaires	18	11,3
Sarcomes	6	3,8
BURKITT à localisation maxillo faciale	22	13,8
Autres lymphomes	8	5,1
KAPCSI à manifestations buccales	7	4,4
Processus malin de nature indéterminée	1	0,6
Total	159	100,0

Le type histologique des cancers buccaux est dominé par les carcinomes épidermoïdes (61% des cas) et les lymphosarcomes de BURKITT à localisation maxillo faciale (13,8% des cas).

DISCUSSION

DONNÉES CLINIQUES

Dans cette étude, l'anamnèse de la maladie a révélé que les cancers buccaux se manifestaient à leur début par des signes bucco-dentaires qui ont amené 3/4 quart des patients à consulter des spécialistes dont 20% d'odontologistes.

A ce stade, le diagnostic clinique de ces pathologies est difficile et des erreurs thérapeutiques sont commises². Ainsi, les actes posés par les odontologistes ont été dans la majorité des cas, des actes chirurgicaux. Ceux-ci ont provoqué des flambées tumorales et compromis la prise en charge précoce en milieux spécialisés. Or, l'un des rôles importants du chirurgien dentiste dans la prise en charge des cancers est le dépistage de la lésion cancéreuse^{1,3,5,11,13}.

Par ailleurs, 17% des malades se sont adonnés à l'automédication; et 9% se sont abstenus de tout traitement. Ces attitudes sont le fait du manque de sensibilisation et d'informations, et montrent à quel point les cancers buccaux demeurent encore méconnus en Côte d'Ivoire. C'est pourquoi, les formes très évoluées (30,8%) voire déformantes (40%) ont été fréquemment retrouvées dans l'échantillon. Les patients n'ont été motivés à consulter que parce qu'ils étaient gênés par des problèmes esthétiques. Ces consultations tardives, avec un délai moyen entre le début de la maladie et la première consultation évalué à quinze (15) ans, sont également dues à l'absence de douleur au début de la pathologie néoplasique buccale, en dehors de quelques manifestations buccodentaires. Dans les pays développés où ces pathologies sont dépistées très tôt, les formes très évoluées des cancers buccaux ne se rencontrent que très rarement^{1,10}.

Les localisations préférentielles des cancers buccaux sont : le palais (24,5%), l'os maxillaire (22,6%) et le plancher buccal (19,5%). Le bilan d'extension n'a pu être étudié à cause du nombre important de données manquantes concernant la taille des ganglions et de l'imagerie.

Les formes cliniques sont dominées par les tumeurs ulcéro-bourgeonnantes associées à des tuméfactions déformant en général le visage. A ces signes, s'ajoutent les adénopathies cervico-faciales dans la majorité des cas (82,5%) et les signes dentaires parmi lesquels les mobilités dentaires, les odontalgies et les malpositions dentaires liées à l'évolution tumorale, prédominent.

Les tumeurs présentaient toutes une taille supérieure à 4 cm. Dans la littérature, l'on décrit plutôt de petites tumeurs inférieures à 2 cm qui ne s'accompagnent pas d'adénopathies^{6,10}.

DONNÉES ANATOMOPATHOLOGIQUES

Une grande variété histologique des tumeurs a été mise en évidence, parmi lesquelles, les carcinomes épidermoïdes (61%) étaient les plus fréquents. Nous avons également identifié des carcinomes glandulaires (7,5%), des sarcome (3,8%), des lymphosarcomes de Burkitt à localisation maxillo-faciale (18,2%), d'autres lymphomes (5,1%), des manifestations buccales de la maladie de kaposi à (3,8%) et des processus malins de nature indéterminée (0,6%).

Ces résultats ne peuvent être comparés aux données de la littérature à cause du nombre réduit de l'échantillon.

Néanmoins, les carcinomes épidermoïdes qui sont les tumeurs les plus importantes parmi les cancers buccaux^{2,6}, présentent le pourcentage le plus élevé de l'échantillon (61%).

Tous ces facteurs à savoir le stade très avancé des cancers, la présence d'adénopathies cervico-faciales, associés aux types histologiques variés des cancers buccaux et aux erreurs thérapeutiques sont en faveur d'un pronostic défavorable.

CONCLUSION

Les approches cliniques et anatomopathologique des cancers de la cavité buccale qui ont été abordées dans cette étude ont montré que : ces pathologies, dominées par les carcinomes et lymphosarcomes de Burkitt à localisation maxillo faciale, sont localisées de préférence au palais, aux maxillaires, et au plancher buccal. Elles se présentent encore de nos jours sous des formes très évoluées s'accompagnant de signes buccodentaires et d'adénopathies cervico-faciales. Ces formes cliniques sont liées au manque de sensibilisation et d'information de la part des patients mais surtout des odontologistes non expérimentés qui ont retardés la prise en charge précoce. Par conséquent, le pronostic des cancers buccaux qui est assez mauvais pour ces tumeurs selon la littérature, reste en Côte d'Ivoire, très sombre. Aussi les suggestions proposées pour une meilleure prise en charge des cancers dans ce pays seraient d'attirer l'attention des autorités ivoiriennes et les professionnels de santé sur la nécessité d'un dépistage précoce.

Ces recommandations visent plutôt l'information, la sensibilisation, la création d'au moins un centre pour le traitement des cancers et enfin la formation de base des odontologistes. Celle-ci se doit de renforcer les programmes de pathologies buccales particulièrement la cancérologie buccale.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1- BERTOIN P. Diagnostic précoce des cancers de la cavité buccale. *Inf. Dent. (Paris)*, 65, n°12, p 1055-1065, 24 Mars, 1983.
- 2-BERTOIN P. Cancers de la cavité buccale. *Encycl.Med.Chir (Paris-France), Stomatol.*, Vol.4, I 22063 A10, 1984.
- 3- BERTOIN P. Contribution du chirurgien dentiste au diagnostic des affections malignes de la cavité buccale. *Chir. Dent. De Franc*; 58, n°444, p. 44-49, 27 Oct. 1988.

- 4- BERTOIN P., BLONDET R. Thérapie des cancers de la cavité buccale. *EMC. (Paris-France), Stomatol.*, 22065A03, 11, 2 p., 1984.
- 5- BOROWSKI B. Les soins bucco dentaires du malade cancéreux. *Ed. Masson*, p. 3-26 ; 48, 1986.
- 6- CHOMETTE G., AURIOL M. Histopathologie buccale et cervico faciale. *Ed. Paris Masson*, 5 p 355 - 365 ; 1986.
- 7- DIOP et Al. Profil des carcinomes épidermoïdes de la cavité buccale : à propos de 103 observations au service de stomatologie de l'hôpital A Le Dantec de dakar. *Rév. Sén. Odontostomatol. et de Chir. Maxillo fac*, Vol.1, n°1, p. 2-6, 2004.
- 8- ECHIMANE et Al. Cancer in Ivory Cost. *Cancer 1*, Vol., 89, N° 3, p. 653-654, Aug. 2000.
- 9- GRAPIN G. Maladie de Burkitt. *EMC Stomatologie*, Vol.4, 22066 A10 ,6- 1977.
- 10- OMS. Centre International de Recherche sur le Cancer (C.I.R.C). Cancer dans le monde. *Sous la direction de Bernard W. Stewart et Paul Kleihaus ; IARC Press*, 2005.
- 11- SMATT V. Le cancéreux et sa prise en charge bucco dentaire. *Inf. Dent*, n°8, pp : 561-573, 25 Février, 1988.
- 12- UNION INTERNATIONALE CONTRE LE CANCER (UICC). Classification TNM des tumeurs malignes. *3ème Edit., Geneva, 1979., 6ème Ed. A John Wiley & sons, INC*, 2002.
- 13- YEBOUA KOFFI D.J. Rôle de l'odontologiste dans le dépistage des cancers de la cavité buccale. *Thés. Univers. Abidjan*, 19 Déc., 1997.
- 14- VILASCO J. Maladie de Burkitt en Côte d'Ivoire. *Rev SESDA*, 7, p. 7-9, 1974.

APPROCHES EPIDEMIOLOGIQUE ANATOMO-CLINIQUE ET THERAPEUTIQUE DES CANCERS BUCCAUX EN COTE D'IVOIRE: ENQUETES RETROSPECTIVE ET TRANSVERSALE DANS LES CENTRES HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES ET CABINETS DENTAIRE A ABIDJAN

RESUME

Notre étude, qui a pour but de sensibiliser les odontologistes ivoiriens à la prise en charge des cancers buccaux, se base sur des enquêtes rétrospective et transversale.

L'enquête rétrospective sur une période de 1996 à 2006 porte sur 159 cas de cancers buccaux confirmés histologiquement et colligés dans les services de stomatologie de chirurgie maxillo-faciale et de cancérologie des CHU de Cocody et de Treichville ; la fréquence moyenne est de 15 cas par an ; la moyenne d'âge de 45 ans ; le ratio homme/femme de 1,6 ; les ivoiriens du Sud, du Nord-Ouest et Centre-Ouest prédominent ; le niveau socio-économique est bas ; les facteurs étiologiques n'existent pas dans 64% des cas ; les tumeurs, en majorité très évoluées voire monstrueuses, se localisent préférentiellement au palais, au plancher buccal et à la langue ; elles s'accompagnent d'adénopathies dans 85,7 % des cas et de signes bucco-dentaires dont les mobilités prédominent ; tous les types histologiques des cancers sont présents avec une prédominance des carcinomes buccaux à 72,3% ; ces cancers touchent les sujets adultes jeunes dont l'âge se situe entre 20 ans et 40 ans dans de 18,6% des cas ; le traitement est basé sur la chirurgie et la chimiothérapie il n'existe pas de radiothérapie ; la prise en charge bucco-dentaire, se limitant à des actes chirurgicaux ayant provoqué une flambée tumorale, est retrouvée dans l'anamnèse des patients ; ce constat conduit à l'enquête transversale pour étudier l'attitude des chirurgiens dentistes face aux cancers buccaux ; l'évolution après traitement est dans l'ensemble défavorable.

L'enquête transversale portant sur 100 odontologistes à Abidjan montre que, ces praticiens malgré leur connaissance moyenne et leur manque d'expérience en matière de cancérologie buccale ont, dans la majorité des cas, orienté les patients vers les services de services de Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale. Cependant, seuls 16 % ont été sollicités pour une mise en état de la cavité buccale.

La contribution des odontologistes dans les traitements des cancers buccaux reste donc limitée et constituerait l'un des facteurs aggravant de la maladie.

Aussi, des suggestions insistant sur l'information, la sensibilisation, la création d'un centre pour le traitement des cancers et la formation de base surtout en matière de pathologies buccales des odontologistes, ont été faites aux autorités et aux professionnels de santé pour une meilleure prise en charge des cancers buccaux en Côte d'Ivoire.

Mots clés: cancers; cavité buccale, épidémiologie, traitements, Côte d'Ivoire.

SUMMARY

Our study which aims at enticing ivorian odontologists in to the caretaking of oral cancers is based on retrospective and cross-sectional surveys. The retrospective survey over the period of 1996 to 2006 covers 159 oral cancers which are histologically confirmed and listed in the services of Stomatology, Maxillofacial Surgery and Cancerology, of the Teaching Hospitals of Cocody and Treichville; the average frequency is 15 cases per year, the average age is 45 years, the male / female ratio is 1.6; Ivorians living in the south, North-West and Central-West predominate; the socio-economic level is low, and aetiological factors do not exist in 64% of cases; tumours, mostly, highly advanced and even monstrous are preferentially located on the palates, on the mouth floor and the tongue; they were associated with adenopathies in 85.7% and of oral signs whose mobilities predominate; all histological types of cancers are present with a predominance of oral carcinomas at 72.3%; these cancers affect young adults whose age is between 20 and 40 years in 18.6% of cases, the treatment is based on surgery and chemotherapy, there is no radiotherapy; the oral caretaking being limited to surgery that caused an outbreak of tumours is found in the patients' anamnesis, that finding leads to a cross-sectional survey to study the attitude of dentists in the face of oral cancers; changes after treatment are generally unfavourable.

The cross-sectional survey of 100 odontologists in Abidjan shows that these practitioners despite their limited knowledge and lack of experience with oral cancer have in most cases, refer patients to the services of Stomatology and Maxillo-Facial Surgery. However, only 16% were asked to keep working in order the oral cavity.

The contribution of odontologists to the treatment of oral cancer remains limited and would be one of the aggravating factors of the disease.

Thus, suggestions emphasising information, education, the creation of a centre to treat cancer and basic training especially in the field of oral pathologies of odontologists, have been made to authorities and health professionals for a better care for oral cancer in Côte d'Ivoire.

Keywords: cancer, oral cavity, epidemiology, treatment, Côte d'Ivoire.

Année : 2009

Auteur : Aka Adouko Jeannette Apoline

BP 331 CIDDEX 1 Abidjan 28 - Côte d'Ivoire.

Directeur de thèse: Professeur Angoh Yapou Jean Jacques.

Lieux d'études : CCTOS, services de Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale, de Cancérologie, laboratoires d'Anatomie Pathologie, des Centres Hospitaliers Universitaires de Treichville et de Cocody, cabinets dentaires à Abidjan.

