

**Ministère de l'Enseignement Supérieur et de
la Recherche Scientifique**

**République du Mali
Un Peuple-Un But-Une Foi**



U.S.T.T-B



F.M.O.S

**UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES ET DES
TECHNOLOGIES DE BAMAKO**

FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

Année Universitaire : 2023-2024

MEMOIRE

N° :

**CARCINOME ADENOÏDE KYSTIQUE DU
PLANCHER BUCCAL SUR TERRAIN GRAVIDIQUE :
PRISE EN CHARGE AU CENTRE NATIONAL
D'ODONTO-STOMATOLOGIE PROFESSEUR
HAMADY TRAORE**

Présenté par : Dr Sidiki DIARRA

**Pour Obtenir le Diplôme d'Etudes Spécialisées
en Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale**

JURY

Président : M. Drissa TRAORE, Professeur

Directeur de mémoire : M. Amady COULIBALY, Maître de Conférences Agrégé

Co-directeur : M. Saliou ADAM, Maître de Conférences Agrégé

Membre du jury : M. Boubacar BA, Maître de Conférences

REMERCIEMENTS



REMERCIEMENTS :

Nous rendons grâce :

- A **Allah** Le Tout-Puissant, Le Clément et Le Miséricordieux ! Tout commence par Lui et tout finit par Lui. Nous Lui rendons grâce de nous avoir donné la vie, le courage et la santé qui nous ont permis de réaliser ce travail.
- **Au prophète Mohamed (PSL)** : que la paix de Dieu soit sur lui !
- **A toute notre famille et aux familles alliées** : DIARRA, SAMAKE, TRAORE. Ce travail est l'exaucement de vos prières. Merci pour vos soutiens, votre affection et le respect à mon égard. Que le bon DIEU nous donne le courage, d'être reconnaissants, qu'Il soit le garant de notre fraternité.
- **Au personnel du Centre National d'Odonto-Stomatologie, Centre Hospitalier Universitaire de Bamako Pr HT.**
- **Hommage à notre Maître** : Pr Hamady TRAORE, Dieu Le Tout Puissant par sa volonté n'a pas voulu que vous soyez parmi nous en ce moment. Vos conseils resteront gravés dans nos mémoires. Dormez en paix Cher Maître. Amine !
- **A notre Maître** : Pr Amady COULIBALY, recevez ici toute notre gratitude. Ce travail est à votre honneur, sans vous il n'aurait pas eu lieu, merci pour tout, que Dieu Le Tout Puissant vous le rende au centuple.
- **A nos Chers Maîtres** : Pr Drissa TRAORE, Pr Boubacar BA, Pr Ousseynou DIAWARA, Pr Alphousseïny TOURE, Dr Abdoulaye KASSAMBARA, Dr Hapssa KOITA, Dr Rokiatou KONE, Dr Yaya SISSOKO, Dr Kadia KEITA et tout le personnel. Vous nous avez adopté dès le premier jour de notre stage, nous avons beaucoup appris auprès de vous. Merci pour l'ambiance conviviale. Merci Chers Maîtres.
- **A notre Maître** : Pr Saliou ADAM, nous tenons à vous témoigner toute notre gratitude et vous adresser nos sincères remerciements pour votre participation à notre encadrement malgré vos multiples occupations.

- **A tous nos aînés du service de S-CMF** ; Merci pour vos contributions dans la réussite de notre formation.
- **A tous nos collègues Docteurs en Spécialisation** : Merci pour votre collaboration.
- **A nos Maîtres du service de traumatologie orthopédique du CHU-GT, du service de Neurochirurgie de l'hôpital du Mali, de l'unité de S-CMF de l'hôpital du Mali.** Merci pour les enseignements reçus.
- **A nos Maîtres de la Faculté** : nous réitérons nos remerciements plus particulièrement à ceux du service de SCMF du CHU-CNOS Pr HT, qui n'ont ménagé aucun effort pour nous rassurer dans la réalisation de ce travail.
- **A notre patrie, le Mali** : merci chère patrie pour nous avoir accordé la chance de bénéficier de la meilleure des richesses qu'un homme puisse posséder et de nous avoir facilité l'apprentissage en nous octroyant les moyens humains, matériels et financiers indispensables.

SOMMAIRE

SOMMAIRE

1. INTRODUCTION .	1
2. GENERALITES.....	4
3. OBERVATION CLINIQUE.....	38
4. DISCUSSION.....	46
5. CONCLUSION.....	50
6. RECOMMANDATIONS	52
7. REFERENCES.....	54
8. ANNEXES.....	59

SIGLES ET ABREVIATIONS

SIGLES ET ABREVIATIONS

AG : Anesthésie Générale

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

CAK : Carcinome Adénoïde Kystique

CHU-GT : Centre Hospitalo-Universitaire Gabriel Touré

CHU Centre Hospitalo-Universitaire

CNOS : Centre National Odonto-Stomatologie

CTV : *Clinical Target Volume*

FDG : Fluorodésoxyglucose

FIG : Figure

FMOS : Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

G.S.A : Glandes Salivaires Accessoires

G.S.P : Glandes Salivaires Principales

GTV : *Gross Tumor Volume*

Gy : Gray

Hb : Hémoglobine

Ht : Hématocrite

INTG : Intubation Nasotrachéale Gauche

IRM : Imagerie par Résonance Magnétique

IMRT : Radiothérapies avec Modulation d'Intensité

RCP : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire

ORL : Otorhinolaryngologie

PCNA : Antigène Nucléaire de Prolifération Cellulaire

Pr HT : : Professeur Hamady TRAORE

REFCOR : Réseau d'Expertise Français des Cancers ORL Rares

SA : Semaines d'Aménorrhées

SCMF : Stomatologie et Chirurgie maxillo-faciale

TDM : Tomodensitométrie

TEP : Tomographie par Emission de Positons

TSH : *Thyroid Stimulating Hormone*

VADS : Voie Aéro-Digestive Supérieure

VGM : Volume Globulaire Moyen

INTRODUCTION

1. INTRODUCTION :

Le carcinome adénoïde kystique (CAK), anciennement appelé cylindrome, est une tumeur maligne rare. Il représente 1 % des tumeurs de la tête et du cou [1]. Il se développe le plus fréquemment au niveau des cellules sécrétrices de la muqueuse des glandes salivaires. Les CAK ont également été rapportés dans la cavité buccale, le palais dur, la base de la langue ou comme tumeurs de la base du crâne, à partir des glandes salivaires accessoires [2]. Plus rarement, des CAK ont été retrouvés en dehors des régions de la tête et du cou et au niveau des voies aériennes plus distales, à type de masses endo-bronchiques [2].

Le CAK est une tumeur à malignité atténuée, caractérisée par une croissance lente, une évolution clinique progressive, une tendance à la récurrence locale et à une évolution métastatique à distance tardive [3]. Le diagnostic est évoqué cliniquement devant une tuméfaction dure et plus ou moins douloureuse évoluant progressivement chez un sujet de 40-50 ans avec des signes évocateurs : la fixité par rapport aux plans profonds, l'envahissement cutané ou muqueux, la présence d'une ou plusieurs adénopathies satellites.

L'histologie est l'examen qui donne le diagnostic de certitude. Le scanner ou l'IRM est particulièrement intéressant pour évaluer l'extension exacte de la tumeur, notamment en profondeur. La prise en charge thérapeutique repose sur une résection chirurgicale la plus large possible, parfois associée à une résection endoscopique préalable et à la radiothérapie, en fonction de facteurs tels que la localisation, l'extension et le profil histo-pathologique du CAK [4]. Il n'existe actuellement aucune chimiothérapie efficace dans le traitement du CAK même si des protocoles de recherche en cours montrent des résultats encourageants. Son histoire naturelle est connue pour son évolution prolongée, sa tendance aux récurrences ainsi qu'aux métastases tardives à distance, principalement pulmonaires. L'efficacité des différentes thérapies sur la survie à long terme reste difficile à prévoir [5].

La grossesse, bien qu'étant un processus physiologique dynamique transitoire destiné à la formation et à la maturation d'une nouvelle vie, s'accompagne de modifications hormonales, neurologiques, cardiovasculaires, hématologiques

et respiratoires qui doivent faire l'objet d'une attention particulière. Cette attention concerne notamment l'utilisation des rayonnements ionisants, la prise en charge de la douleur, le choix des médicaments et la gestion du stress. Les cancers buccaux représentent environ 2 % de toutes les tumeurs malignes pendant la grossesse et la probabilité d'avoir une tumeur maligne pendant la grossesse est d'environ 0,1% [6]. Les modifications physiologiques qui surviennent pendant la grossesse peuvent influencer la tumeur de diverses manières. Par exemple, il existe de nombreux facteurs immunosuppresseurs dans le sérum des femmes enceintes, en particulier liés à l'inhibition de l'immunité cellulaire, tels que les lymphocytes T CD8 ; cela entraîne une augmentation des cellules effectrices antitumorales au fur et à mesure de la progression de la grossesse [7]. Le CAK diagnostiqué pendant la grossesse est rare, limité aux rapports de cas dans la littérature. E.N. Feltrim et Yongguo Xie ont respectivement rapporté un cas cancer buccal chez la jeune femme enceinte[8] et un cas d'obstruction trachéale primaire causée par un carcinome adénoïde kystique pendant la grossesse [9].

L'objectif de ce travail était de décrire les particularités de la prise en charge d'un CAK chez une femme enceinte et faire la revue de la littérature.

GENERALITES

2. GENERALITES

2.1. DEFINITIONS :

Le carcinome adénoïde kystique (CAK) ou cylindrome est une tumeur maligne développée aux dépens des cellules sécrétrices de la muqueuse des glandes salivaires[2].

Le plancher buccal correspond à la région anatomique en forme de croissant située entre la gencive inférieure et la face ventrale de langue [10].

La grossesse est un processus physiologique dynamique transitoire destiné à la formation et à la maturation d'une nouvelle vie humaine.

2.2. RAPPELS ANATOMIQUES [10]

La cavité orale comprend différentes parties : les lèvres, les gencives supérieures et inférieures, les trigones rétro-molaires, les faces internes de joue, le palais, le plancher buccal et la langue mobile. Cette dernière représente les deux tiers antérieurs de la langue, en avant du « V lingual » et des papilles caliciformes. Le tiers postérieur, correspondant à la base de langue, appartient à l'oropharynx. La muqueuse de recouvrement de la cavité buccale comprend en surface un épithélium pavimenteux pluristratifié non kératinisé, d'où se développe la majorité des cancers de la cavité buccale, notamment au niveau de la langue mobile et du plancher buccal, qui en constituent les points de départ les plus fréquents.

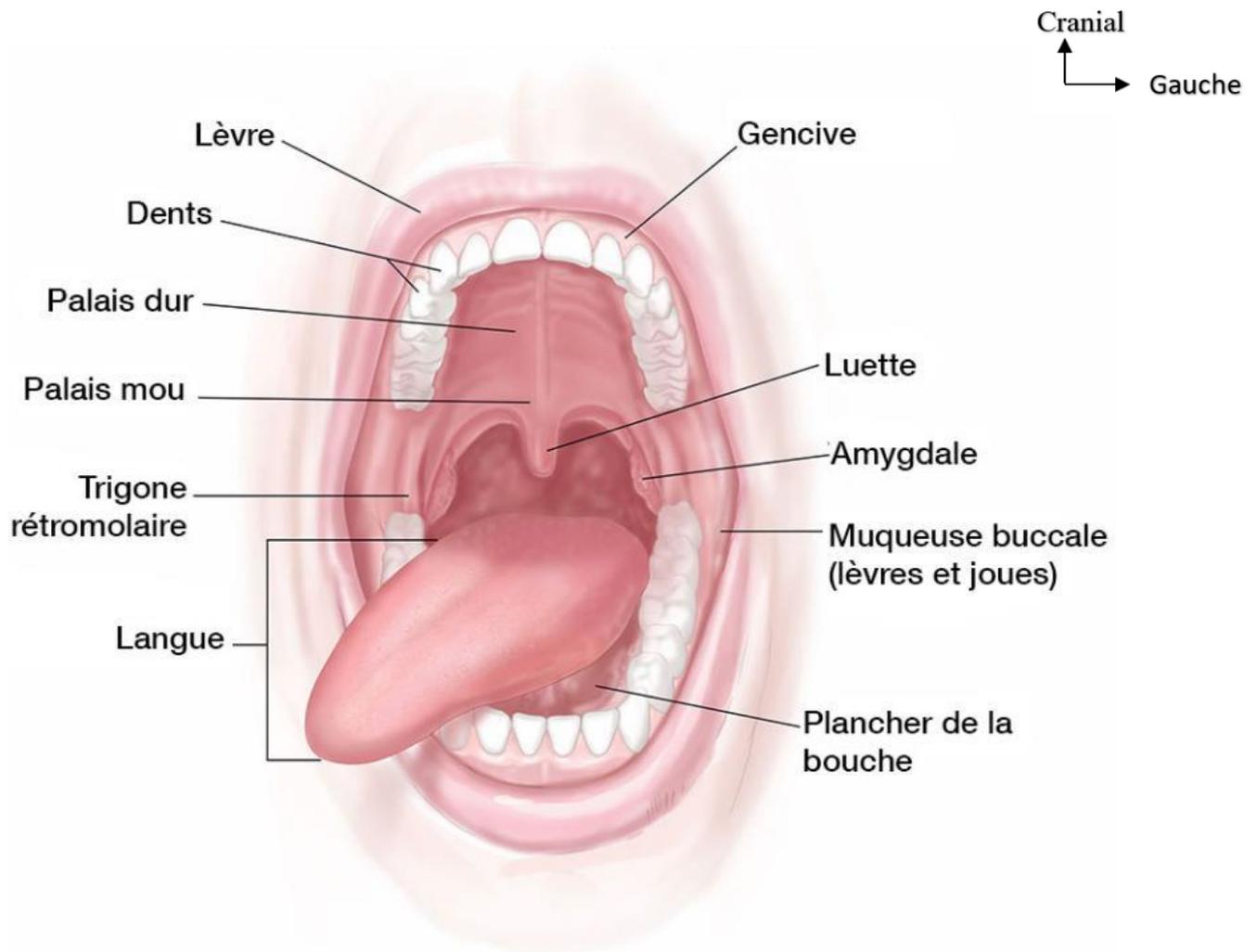


Figure 1 : schéma d'une vue endo-buccale des éléments de la cavité buccale [11]

Sur le plan clinique, on distingue habituellement le plancher buccal antérieur et médial du plancher buccal postérieur et latéral, mais il n'existe pas de limite anatomique précise séparant ces deux unités.

La principale structure de soutien du plancher buccal est formée par le muscle mylohyoïdien. Celui-ci prend son origine à la face interne de la mandibule sur la ligne mylohyoïdienne, depuis la 3^e molaire en arrière jusqu'à la symphyse en avant. Il s'agit d'un muscle plat et triangulaire, qui rejoint son homologue controlatéral sur la ligne médiane, pour former une structure en « écharpe » entre les faces médiales des branches horizontales droite et gauche de la mandibule. Les fibres antérieures et moyennes s'insèrent sur un raphé médian fibreux, alors que les fibres postérieures s'insèrent sur le corps de l'os hyoïde.

Sous le muscle mylohyoïdien chemine le ventre antérieur du muscle digastrique, qui se dirige en avant et médialement depuis son tendon d'insertion sur l'os hyoïde, jusqu'à la fosse digastrique située à la face inférieure de la mandibule, en regard de la région mentonnière. Le muscle géniohyoïdien s'étend dans le plan sagittal, à la face orale du muscle mylohyoïdien, du tubercule génien situé à la face inférieure de la symphyse mandibulaire en avant, jusqu'au corps de l'os hyoïde en arrière. Il chemine de façon contiguë et parallèle à son homologue controlatéral.

Le muscle mylohyoïdien sépare la partie inférieure de la cavité orale en deux régions anatomiques distinctes : la région sublinguale et la région sous-mandibulaire. La région sublinguale est située à la face profonde du muscle mylohyoïdien et contient l'extension antérieure du muscle hyoglosse, le nerf lingual, le nerf grand hypoglosse (XII), l'artère et la veine linguales, la glande sublinguale, la portion profonde de la glande sous-mandibulaire et le canal de Wharton. La région sous-mandibulaire contient le ventre antérieur du muscle digastrique, la portion superficielle de la glande sous-mandibulaire, l'artère et la veine faciales, la boucle inférieure du nerf grand hypoglosse et les nœuds lymphatiques sous-mentaux (secteur IA) et sous-mandibulaires (secteur IB). En arrière, au niveau du bord libre du muscle mylohyoïdien, la région sous-mandibulaire communique librement avec la région sublinguale et la partie inférieure de l'espace parapharyngé.

À la jonction du plancher buccal antérieur et de la base du frein de la langue se situe la région des caroncules, qui correspond à l'abouchement des canaux de Wharton droit et gauche, expliquant les fréquents problèmes de rétention salivaire au niveau des glandes sous-mandibulaires rencontrés dans les tumeurs du plancher buccal.

Le plancher buccal est une région très lymphophile qui se draine préférentiellement dans les nœuds lymphatiques de la région sous-mentale et sous-mandibulaire (secteurs IA et IB), puis vers la région sous-digastrique (secteur IIA). Ce drainage est souvent bilatéral, en particulier pour toute la région du plancher buccal antérieur située à proximité de la ligne médiane.

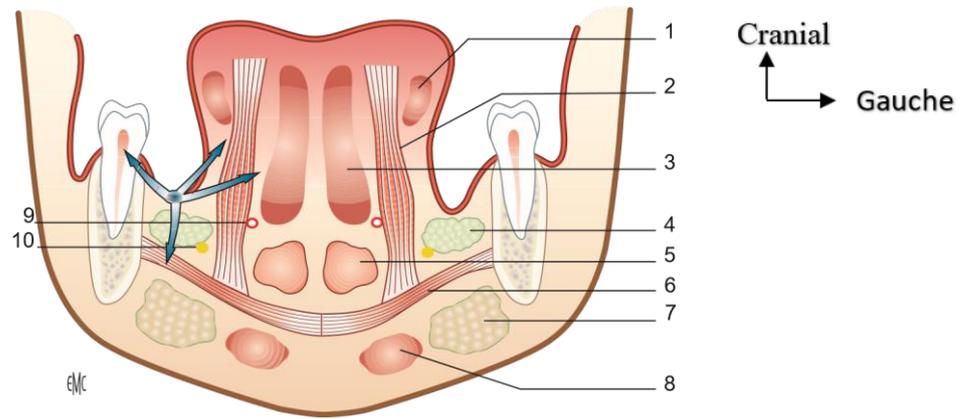


Figure 2 : anatomie du plancher buccal et modalités d'extension tumorale[10]. 1. Muscle styloglosse ; 2. muscle hyoglosse ; 3. muscle génioglosse ; 4. glande sublinguale ; 5. muscle géniohyoïdien ; 6. muscle mylohyoïdien ; 7. glande sous-mandibulaire ; 8. muscle digastrique ; 9. artère linguale ; 10. nerf lingual.

La sécrétion salivaire est assurée par :

- Les glandes salivaires accessoires (G.S.A), réparties sur le pourtour de la cavité buccale, et notamment sur le palais et la face interne des joues et des lèvres.
 - Trois paires de glandes principales (G.S.P) : Les glandes parotides, Les glandes submandibulaires, et les glandes sublinguales.
- **La parotide** est constituée de plusieurs lobules drainés par des canaux qui se jettent dans le canal de Sténon. Celui-ci se termine dans la cavité buccale au niveau de la face interne de la joue en regard de la deuxième molaire supérieure.
- **La glande submandibulaire** est drainée par le canal de Wharton qui s'ouvre au niveau du plancher buccal antérieur juste en dehors du frein de la langue.
- **La glande sublinguale** : est constituée par un amas d'une vingtaine de lobules glandulaires allongés entre la branche horizontale de la mandibule en dehors et les muscles de la langue en dedans. Elle se draine directement par plusieurs petits canaux.

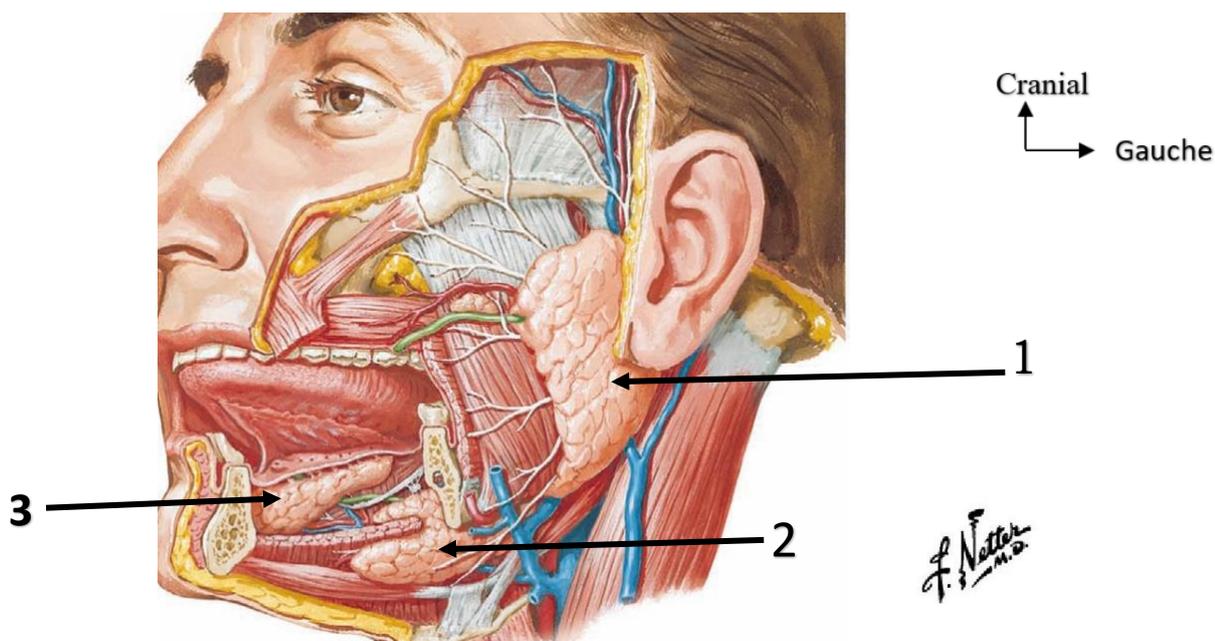


Figure 3 : schéma des glandes salivaires principales [12]

1. Glande parotide 2. Glande submandibulaire 3. Glande sublinguale

2.3. CLASSIFICATION :

Tableau 1. Classification des carcinomes salivaires selon l'OMS 2022[13]

Tumeurs malignes	ICD-O codes*
Carcinome muco-épidermoïde	8430/3
Carcinome adénoïde kystique	8200/3
Carcinome à cellules acineuses	8550/3
Adénocarcinome polymorphe	8525/3
Carcinome à cellules claires	8310/3
Adénocarcinome à cellules basales	8147/3
Carcinome intra-canaulaire	8500/2
Adénocarcinome SAI (sans autre indication)	8140/3
Carcinome des canaux salivaires	8500/3
Carcinome myoépithélial	8982/3
Carcinome épithélial-myoépithélial	8562/3
Carcinome ex adénome pléomorphe	8941/3

Carcinome sécrétoire	8502/3
Adénocarcinome sébacé	8410/3
Carcinosarcome	8980/3
Carcinome peu différencié	
Carcinome indifférencié	8020/3
Carcinome neuroendocrine à grandes cellules	8013/3
Carcinome neuroendocrine à petites cellules	8041/3
Carcinome lymphoépithélial	8082/3
Carcinome épidermoïde**	8070/3
Carcinome à cellules oncocytaires	8290/3
Lésion de pronostic indéterminé	
Sialoblastome	8974/1

* La codification correspond à la classification internationale des maladies en oncologie (ICD-O). Le comportement est codé 0 pour les tumeurs bénignes, 1 pour les lésions border line ou au comportement incertain ou inconnu et 3 pour les tumeurs malignes.

** Le diagnostic de carcinome épidermoïde primitif salivaire ne peut être porté qu'après avoir formellement éliminé une métastase ganglionnaire d'un carcinome épidermoïde de la tête et du cou.

Histopathologie : selon l'agencement des cellules tumorales, il est classique de distinguer trois variétés de tumeurs : le type cribriforme ou glandulaire, le type tubulaire et le type massif. Trois grades histologiques ont été définis reposant sur les critères suivants : grade I : tumeur bien différenciée sans aucun aspect solide ; grade II : tumeur d'aspect polymorphe avec moins de 30% de zone d'aspect solide et grade III : prédominance à plus de 30 % de zone d'aspect solide.

Son histoire naturelle est connue pour son évolution prolongée, sa tendance aux récurrences ainsi qu'aux métastases tardives à distance, principalement pulmonaires. C'est une tumeur redoutable par son extension via les gaines

péri-nerveuses. L'efficacité des différentes thérapeutiques sur la survie à long terme reste difficile à prévoir [14].

2.4. Diagnostic positif [10]

2.4.1. Circonstances de découverte

Les circonstances de découverte d'une tumeur maligne du plancher buccal sont variables. Il est fréquent que le patient lui-même ou un de ses proches ait constaté l'existence d'une lésion anormale, ce qui conduit à la première consultation. Des modifications d'aspect d'une lésion précancéreuse connue, qui devient ulcéreuse ou infiltrante, peuvent également alerter le patient. Une simple gêne locale, voire une douleur, souvent majorées lors de la déglutition sont habituelles. La consommation d'alcool ou de certains aliments acides ou épicés peuvent augmenter ou déclencher une douleur au contact de la lésion. Les tumeurs du plancher antérieur peuvent donner lieu à des épisodes de rétention salivaire par obstruction tumorale de l'orifice du canal de Wharton. Les tumeurs plus postérieures peuvent engendrer des douleurs irradiant vers l'oreille homolatérale, mais également un trismus par infiltration du muscle ptérygoïdien médial. Même si les adénopathies cervicales métastatiques sont habituelles au moment du diagnostic, il est rare qu'elles constituent à elles seules le mode de découverte du cancer du plancher buccal, comme c'est plus fréquemment le cas avec les lésions pharyngées de développement plus profond et donc non découvertes par le patient lui-même.

2.4.2. Interrogatoire

Il doit tenter de préciser la date de début des troubles afin d'apprécier la durée d'évolution de la maladie et ainsi la cinétique de croissance tumorale, ce qui peut avoir une importance dans la prise en charge thérapeutique du patient. Il n'est pas rare que ce type de tumeur soit encore découvert tardivement, après plusieurs mois d'évolution chez un patient jusque-là négligent. Il convient de rechercher les facteurs de risque de ces cancers et en premier lieu une intoxication alcool-tabagique, ancienne ou active, qui devra être quantifiée. Le passé médical du patient doit être défini, en portant une attention particulière aux antécédents de tumeurs des VADS, de l'œsophage ou des bronches, et aux comorbidités, notamment cardiovasculaires,

respiratoires ou hépatiques, pouvant influencer sur la prise en charge ultérieure du patient.

Les capacités du patient sur le plan alimentaire doivent être déterminées, de même que la perte pondérale, qui est souvent constatée au moment du diagnostic de cancer des VADS, et qui peut justifier une prise en charge nutritionnelle spécifique. La recherche d'une asthénie et d'une diminution de l'activité quotidienne permet d'apprécier l'impact de la maladie sur l'état général du patient, qui peut être quantifié par les indices de Karnovsky ou de l'Organisation mondiale de la santé (OMS, performans status), souvent utilisés en cancérologie[10].

2.4.3. Examen physique (Fig. 4, 5)

Sur un plan général, il convient de rechercher des signes de dénutrition, phénomène habituel devant une tumeur évoluée, d'apprécier les fonctions cardiaques et respiratoires du patient et de rechercher des signes d'extension à distance de la maladie (métastases pulmonaires, hépatiques et osseuses en particulier).

L'examen exo-buccal recherche une tuméfaction sous-mentale se poursuit par la palpation des aires ganglionnaires cervicales de façon bilatérale. Les lésions du plancher buccal étant très lymphophiles, la constatation de métastases ganglionnaires cervicales est fréquente au diagnostic, en particulier au niveau des secteurs IA, IB et IIA. La taille, la localisation précise et la mobilité des éventuelles adénopathies par rapport aux plans profonds doivent être notées. Au niveau de la loge sous-mandibulaire, il n'est pas toujours aisé de distinguer une adénopathie métastatique d'une glande salivaire en rétention, éventualité fréquente du fait de l'envahissement potentiel de l'orifice du canal de Wharton par les tumeurs du plancher antérieur.

L'examen endo-buccal met facilement en évidence les tumeurs siégeant au niveau du plancher antérieur, se présentant le plus souvent sous la forme de lésions ulcéro-infiltrantes et plus ou moins végétantes. Les lésions plus postérieures peuvent passer inaperçues et nécessitent un examen minutieux à l'aide d'une instrumentation adaptée (abaisse-langue, miroir, dispositif d'éclairage, etc.). Il faut préciser la taille de la lésion et son caractère infiltrant

en profondeur, ce qui représente un critère pronostique majeur de ces tumeurs. Il convient pour cela de palper la lésion, au mieux à l'aide d'un doigt endo-buccal et en réalisant un contre-appui dans la région sous-mandibulaire. Il est fréquent que ces tumeurs se développent « en feuillet de livre » au niveau de la face ventrale de la langue mobile adjacente, et il faut donc apprécier le degré d'envahissement du massif lingual. Sur ce plan, l'existence d'une diminution de la mobilité linguale est un signe habituellement rencontré en cas d'infiltration profonde de la tumeur dans la musculature pelvi-linguale vers la base de langue, voire jusqu'à l'os hyoïde. L'ouverture buccale est appréciée à ce stade. Sa limitation est en faveur d'un envahissement des muscles masticateurs et se rencontre essentiellement dans les volumineuses lésions du plancher buccal postérieur qui envahissent en profondeur le muscle ptérygoïdien médial. L'examen doit également préciser les rapports de la tumeur avec l'os mandibulaire. L'envahissement osseux peut être évident cliniquement, mais souvent la tumeur vient au contact de la mandibule, et il est difficile d'affirmer s'il existe ou non un réel envahissement tumoral. L'examen de la cavité orale ne serait complet sans un bilan dentaire précis, particulièrement dans la perspective d'une radiothérapie. Le patient doit être confié pour cela à un chirurgien-dentiste expérimenté[10].

L'examen des VADS ne doit pas se limiter à celui de la cavité buccale ; en effet nous avons déjà mentionné le risque de seconde localisation tumorale, qui justifie un examen complet de l'ensemble du pharyngo-larynx. Celui-ci peut être mené au miroir et à l'abaisse-langue, mais il est souvent plus commode et plus fiable d'utiliser un naso-fibroscope souple, si besoin après une simple anesthésie de contact (pulvérisation de Xylocaïne®). Cet examen permet également de s'assurer de l'absence de trouble de la mobilité et de la sensibilité laryngées avant traitement, ce qui peut avoir une importance sur le plan médico-légal[10].

L'ensemble des données de l'examen locorégional est consigné sur un schéma daté et signé.



Figure 4 : photographie de la cavité buccale visualisant une tumeur ulcéro-bourgeonnante du plancher buccal antérieur [10].

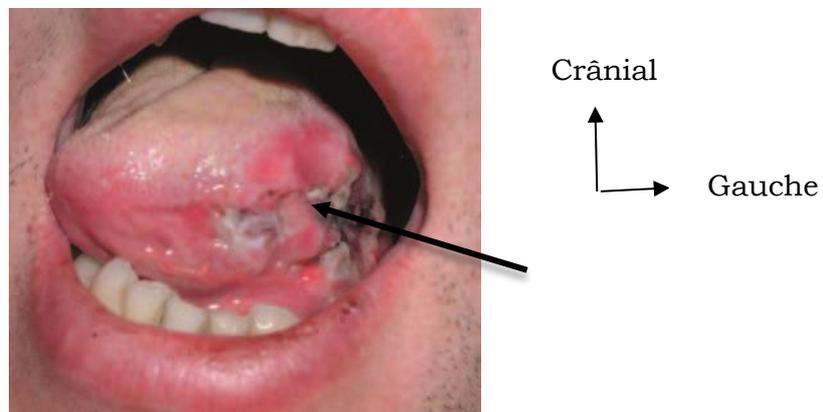


Figure 5 : photographie de la cavité buccale visualisant une tumeur ulcéro-infiltrante pelvi-linguale gauche [10].

2.4.4. Examen anatomopathologique

La nature exacte de la lésion est précisée par l'examen anatomopathologique des biopsies, qui doivent être multiples et suffisamment profondes pour mettre en évidence le caractère infiltrant de la lésion. Elles sont en général effectuées lors du bilan endoscopique sous anesthésie générale, mais elles peuvent être également réalisées dès la première consultation sous simple anesthésie locale ou de contact. L'obtention d'une preuve histologique est bien sûr impérative en cancérologie et nécessite parfois de répéter les biopsies lorsque les premières n'ont pas été concluantes.

2.4.5. Bilan d'extension et classification « tumor nodes metastase » (TNM)

8^e édition 2017

Ce bilan a pour but de préciser l'extension tumorale sur le plan local, régional (métastases ganglionnaires cervicales) et à distance. Cela aboutit à la

classification *tumor nodes metastase* (TNM) de la tumeur, qui constitue un des éléments clés du pronostic et détermine pour une grande part l'attitude thérapeutique. Au terme de ce bilan, le caractère résécable ou non de la tumeur (et des éventuelles adénopathies) doit être précis

T : caractéristiques de la tumeur

- T1** Tumeur ≤ 2 cm dans sa plus grande dimension et ≤ 5 mm d'invasion en profondeur
- T2** Tumeur ≤ 2 cm dans sa plus grande dimension et > 5 mm d'invasion en profondeur, mais ≤ 10 mm ou Tumeur dont sa plus grande dimension est > 2 cm mais ≤ 4 cm et ≤ 10 mm d'invasion en profondeur
- T3** Tumeur > 4 cm dans sa plus grande dimension ou > 10 mm d'invasion en profondeur
- T4a** Tumeur envahit la corticale osseuse mandibulaire ou le sinus maxillaire, ou la peau de la face

- T4b** Tumeur envahit l'espace masticateur, les apophyses ptérygoïdes, la base du crane, ou engaine l'artère carotide interne

N : envahissement ganglionnaire

- N0** Pas d'adénopathies
- N1** Adénopathie homolatérale ≤ 3 cm
- N2a** 1 adénopathie homolatérale entre 3 cm et 6 cm
- N2b** Adénopathies multiples homolatérales ≤ 6 cm
- N2c** Adénopathies bilatérales, controlatérale ≤ 6 cm
- N3** Adénopathie(s) > 6 cm

M : métastases

- M0** Pas de métastases
- M1** Présence de métastase

Imagerie

- Tomodensitométrie (TDM) (Fig. 6, 7)

Elle constitue un des piliers du bilan d'imagerie des cancers des VADS. En effet, les scanners modernes permettent d'étudier l'extrémité cervico-céphalique, le thorax et l'abdomen, de façon précise et complète, en quelques secondes seulement. L'imagerie est réalisée en coupes fines, sans et avec

injection de produit de contraste. Il est possible de réaliser des reconstructions dans le plan coronal ou sagittal afin de mieux apprécier l'extension tumorale dans les trois dimensions de l'espace. La tumeur prend généralement le contraste de façon modérée. Lorsqu'elle est volumineuse, elle présente souvent un aspect hétérogène. Il n'est pas toujours facile d'en apprécier les limites précises dans la musculature pelvi-linguale, d'autant plus que la qualité de l'examen est souvent altérée par les artefacts liés à la présence d'amalgames dentaires. L'extension tumorale à la mandibule est au mieux évaluée à l'aide des fenêtres osseuses, voire du denta scanner. Elle est visible sous la forme d'une interruption ou d'une érosion de la corticale de l'os mandibulaire, structure apparaissant normalement en hyperdensité à la TDM. Il convient également de s'assurer de l'absence d'autre lésion visible au niveau des VADS du fait de la possibilité de second cancer synchrone[10].

La TDM est également performante dans la recherche de métastases ganglionnaires cervicales. Outre l'augmentation de taille, le caractère sphérique et la prise de contraste, c'est surtout la présence d'une zone hypodense au sein de l'adénopathie qui signe son envahissement. Cependant, comme les autres techniques d'imagerie, la TDM est généralement dans l'impossibilité de mettre en évidence les micro-adénopathies (< 1 cm) métastatiques.

Un des principaux intérêts de la TDM est d'effectuer lors du même examen à la fois le bilan locorégional et celui à distance de la tumeur. L'exploration se concentre notamment sur le thorax afin d'éliminer la présence de métastases pulmonaires, mais aussi d'un second cancer primitif au niveau bronchique ou œsophagien. En règle générale, des coupes sous-diaphragmatiques sont également effectuées dans l'éventualité de métastases hépatiques[10].

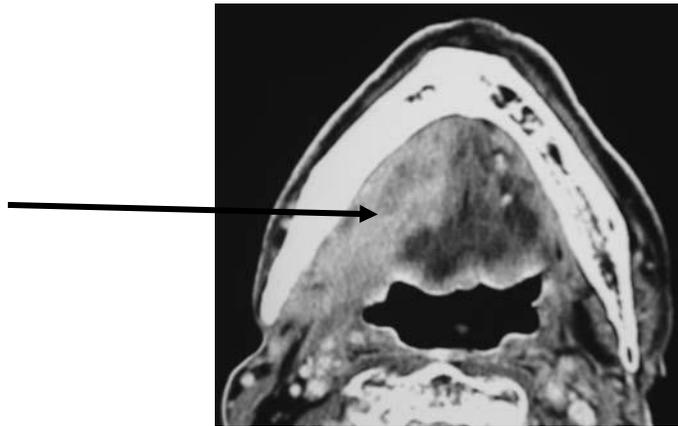


Figure 6 : image tomodensitométrique en coupe axiale avec injection illustrant une lésion pelvi-linguale droite prenant le contraste, envahissant l'ensemble du plancher antérieur et postérieur droit, ainsi que la langue mobile droite sans franchissement de la ligne médiane, ni atteinte osseuse[10].

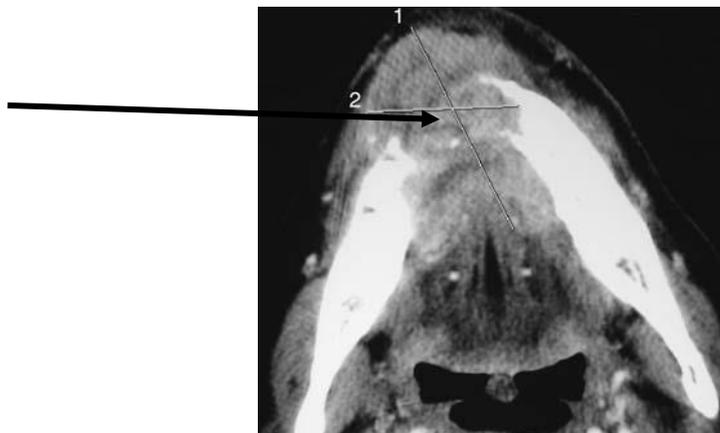


Figure 7 : image tomodensitométrique en coupe axiale avec injection montrant une volumineuse lésion hétérogène du plancher buccal antérieur avec atteinte transfixiante de la mandibule et envahissement des téguments mentonniers[10].

- **Imagerie par résonance magnétique (IRM) (Fig. 8, 9)**

L'IRM est souvent effectuée en complément de la TDM dans le bilan des tumeurs de la cavité buccale et notamment du plancher. En effet, elle est réputée plus performante que la TDM pour déterminer les limites précises de l'extension de la tumeur dans la musculature pelvi-linguale. La tumeur apparaît généralement en isosignal en T₁ (comparable au signal de la musculature pelvi-linguale), et ce signal se rehausse après injection de gadolinium. Les séquences en T₁ avec injection de gadolinium et saturation de graisse (*fat sat*) peuvent aider à mieux définir les limites de la tumeur. En T₂,

la lésion est habituellement en hyper signal, ce qui permet de bien la distinguer des tissus sains environnants. La recherche d'un envahissement mandibulaire constitue également un des principaux intérêts de cet examen. En effet, en cas d'édentement complet ou au moins partiel, ce qui est commun chez les patients atteints d'un cancer du plancher buccal, l'envahissement osseux se fait le plus souvent à partir de la face occlusale de la mandibule et gagne rapidement la médullaire osseuse. Or ce phénomène est bien visible en IRM sur les séquences pondérées en T_1 , où la tumeur en iso- ou hypo signal vient remplacer la médullaire osseuse normale qui est en hyper signal. L'IRM est jugée généralement plus performante que la TDM pour déterminer l'importance de l'invasion de la médullaire osseuse, et peut donc guider les limites de la résection osseuse en cas d'interruption de la continuité mandibulaire. En revanche, elle semble moins performante en cas d'atteinte focalisée de la corticale osseuse, qui peut être néanmoins visualisée sur les séquences pondérées en T_1 , sous la forme d'une interruption de la continuité de l'hyposignal correspondant à la corticale mandibulaire[10].

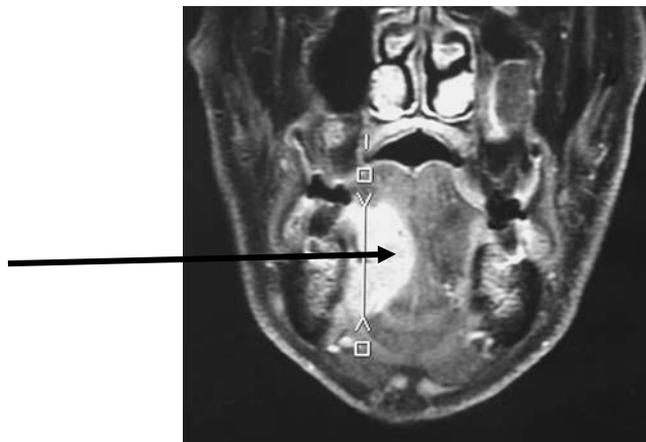


Figure 8 : imagerie par résonance magnétique en coupe coronale, séquence pondérée en T_2 illustrant une lésion pelvi-linguale droite en hyper signal, atteignant la ligne médiane en dedans sans la dépasser ; absence d'envahissement mandibulaire[10].

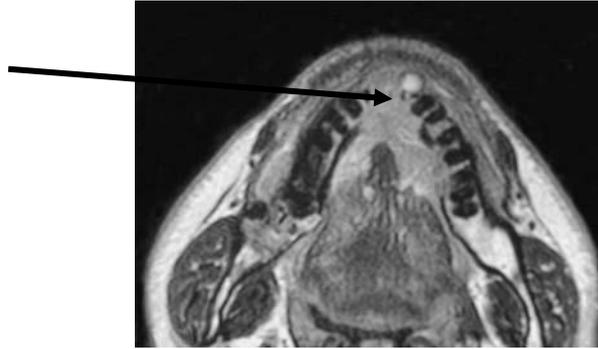


Figure 9 : imagerie par résonance magnétique en coupe axiale, séquence pondérée en T₁ avec injection de gadolinium illustrant une lésion du plancher buccal antérieur prenant modérément le gadolinium, avec envahissement de la symphyse mandibulaire[10].

Même si l'IRM est un examen fiable pour la recherche de métastases ganglionnaires cervicales, son utilisation reste moins commune que celle de la TDM dans cette indication. En effet, si les performances de ces deux examens sont globalement similaires, la moindre habitude des praticiens dans l'interprétation des images IRM au niveau cervical privilégie la TDM.

- **Échographie**

L'échographie peut être utilisée, si besoin en préopératoire, pour apprécier l'extension de la tumeur en profondeur dans la musculature pelvi-linguale, ce qui constitue un critère pronostique majeur. Peu d'équipes ont cependant recours à cet examen dans cette indication. En revanche, l'échographie reste très utilisée pour la recherche de métastases ganglionnaires cervicales. Entre des mains entraînées, elle peut apporter des informations complémentaires à la TDM, en particulier devant des petites adénopathies dont le caractère spécifique est difficile à affirmer. La taille des éventuelles adénopathies constitue bien sûr un élément majeur, un diamètre supérieur à 8 mm étant à considérer comme suspect (ganglion de Küttner exclu) ; cependant d'autres critères en faveur de la malignité, de fiabilité variable, ont été décrits (forme, vascularisation, regroupement de plusieurs ganglions de taille limite, etc.). Afin d'augmenter la spécificité de l'examen, il est possible de réaliser une cytoponction au niveau d'une adénopathie potentiellement suspecte. L'échographie permet alors de guider le geste de ponction avec précision. De plus, l'échographie est particulièrement utile pour définir le rapport des

adénopathies avec les éléments vasculaires et notamment la veine jugulaire interne qui peut être comprimée, voire thrombosée[10].

- **Tomographie par émission de positons (TEP)-scan (Fig. 10)**

Il s'agit d'une méthode d'imagerie qui repose sur la différence d'activité métabolique entre cellules tumorales et cellules saines.

Le radiotracteur utilisé : le 18-fluorodésoxyglucose (FDG) est capté de façon préférentielle par les cellules tumorales à haute activité métabolique. L'inconvénient majeur de cet examen, outre son coût élevé, est son manque de spécificité. Les faux positifs sont nombreux et représentés essentiellement par les foyers inflammatoires, qui sont fréquents au niveau buccodentaire (foyer infectieux dentaire, radionécrose, etc.). Son indication précise reste à définir dans le bilan initial des cancers des VADS, dans lequel il ne trouve pas encore de place systématique. Il peut apporter des compléments d'information par rapport aux autres méthodes d'imagerie dans la recherche d'adénopathies cervicales métastatiques ou de lésions secondaires à distance. Le principal intérêt de cet examen et le mieux validé actuellement est la recherche d'une récurrence après traitement. En effet, il est souvent difficile d'interpréter une anomalie clinique ou tomodynamométrique constatée au cours de la surveillance du patient en raison de modifications anatomiques et de lésions fibreuses cicatricielles habituelles en terrain post-chirurgical et/ou post-radique. Le TEP-scan, réalisé classiquement au moins 4 mois après la fin du traitement, permet souvent de trancher entre récurrence (ou maladie résiduelle) et lésion séquellaire. L'intensité de fixation du FDG (*standardized uptake value* [SUV]) est un critère utile dans l'interprétation de ce type d'image.

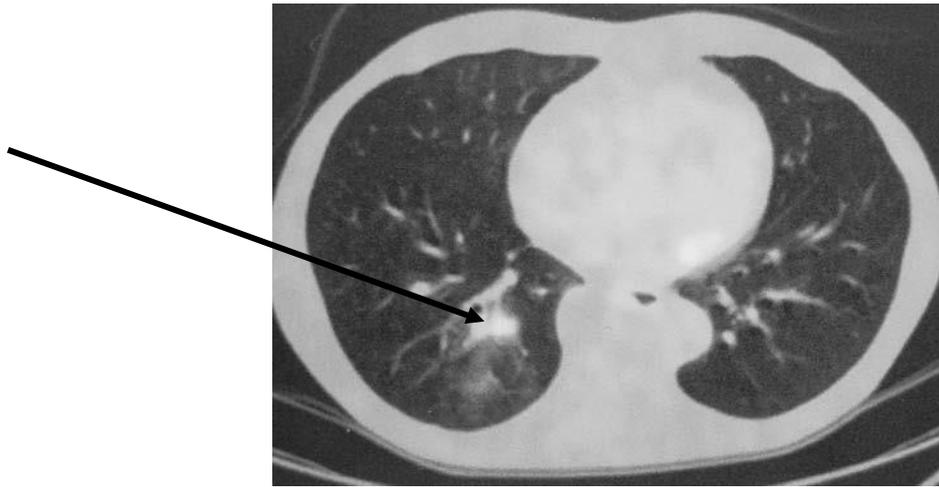


Figure 10 : tomographie par émission de positons (TEP)-scan, coupe axiale au niveau thoracique, chez une patiente traitée d'un cancer du plancher buccal 2 ans auparavant : mise en évidence d'un foyer hyper fixant thoracique droit suspect de localisation secondaire[10].

- **Explorations endoscopiques**

Elles constituent le second volet du bilan d'extension de la tumeur. Elles sont idéalement réalisées après le bilan d'imagerie, qui peut guider les gestes endoscopiques et les biopsies.

Panendoscopie oto-rhino-laryngologique (ORL)

C'est un examen quasi systématique dans le bilan d'un cancer des VADS. Il est réalisé sous anesthésie générale, mais l'intubation du patient n'est généralement pas nécessaire. Ses objectifs sont d'une part la réalisation de biopsies multiples et suffisamment profondes pour permettre un diagnostic de certitude, et d'autre part, l'appréciation précise de l'extension locale de la tumeur. La recherche de facteurs pronostiques comme le niveau d'expression du récepteur à l'*epidermal growth factor* (REGF) peut être réalisée à partir des biopsies. L'inspection minutieuse de l'ensemble des VADS permet également la recherche d'autres lésions suspectes (lésions précancéreuses, second cancer synchrone), qui doivent être systématiquement biopsiées.

Fibroscopie bronchique et œsophagienne[10]

Elles peuvent être réalisées lors de la même anesthésie que celle de la panendoscopie ORL (triple endoscopie). Elles se justifient essentiellement en raison du risque de second cancer synchrone au niveau bronchique et œsophagien. Certaines équipes réalisent systématiquement ce bilan

endoscopique complet alors que d'autres le réservent aux patients présentant une anomalie clinique ou tomодensitométrique au niveau thoracique. En effet, il n'est pas toujours aisé de programmer ces examens, souvent réalisés par des opérateurs différents, au même moment. De plus, pour certains auteurs, le rapport coût/ bénéfices ne serait pas en faveur de son utilisation systématique en raison de la faible fréquence de découverte d'un second cancer après un bilan d'imagerie négatif. Certaines équipes utilisent une solution à base de bleu de toluidine afin de mieux repérer d'éventuelles lésions suspectes au niveau de la muqueuse œsophagienne, mais également au niveau des VADS.

2.4.6. Bilan dentaire (Fig. 11)

Un bilan dentaire complet effectué par un chirurgien-dentiste expérimenté doit être proposé au patient, et ce d'autant plus qu'une radiothérapie est envisagée. Les difficultés et les risques (ostéoradionécrose mandibulaire) rencontrés lors des soins et extractions dentaires en situation postradique justifient une remise en état buccodentaire avant traitement. Il est possible de profiter de l'anesthésie nécessaire au bilan endoscopique pour effectuer les extractions jugées nécessaires. Lorsqu'une irradiation est prévue, des gouttières doivent être confectionnées pour permettre la prévention fluorée, qui devra être poursuivie après traitement. Un orthopantomogramme sera systématiquement réalisé lors du bilan pré-thérapeutique afin de dépister d'éventuels foyers infectieux dentaires, de rechercher des signes d'envahissement mandibulaire, de guider le chirurgien lorsqu'une résection mandibulaire est jugée nécessaire, et enfin de servir de référence pour le suivi buccodentaire ultérieur. Une équipe de chirurgiens-dentistes compétents est un atout précieux dans la prise en charge de patients atteints de cancer de la cavité buccale, en particulier pour la réhabilitation dentaire ultérieure (prothèses, implants, etc.).

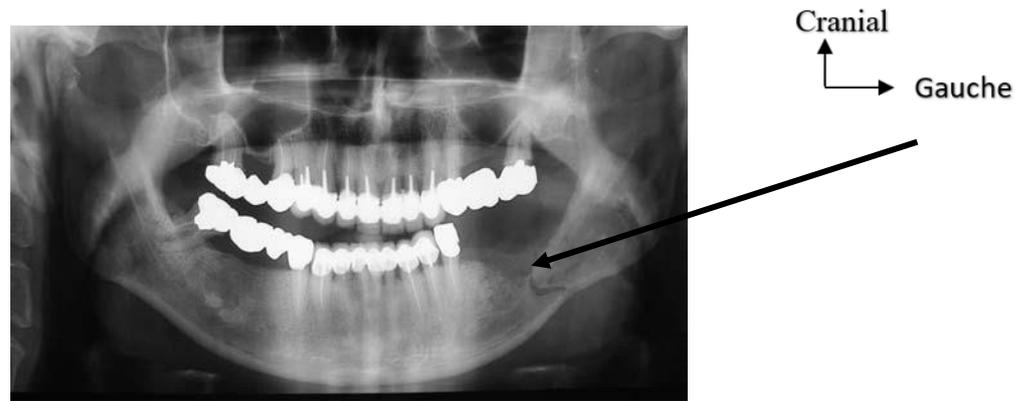


Figure 11 : orthopantomogramme réalisé lors du bilan pré-thérapeutique chez un patient présentant une volumineuse tumeur du plancher latéral et postérieur gauche, illustrant une lyse et une fracture pathologique de la branche horizontale gauche de la mandibule[10].

2.4.7. Bilan d'opérabilité

La majorité des patients atteints de cancer du plancher buccal relève le plus souvent d'un traitement chirurgical. Le bilan d'opérabilité constitue l'étape préalable essentielle, qui doit définir les possibilités d'effectuer le geste chirurgical envisagé en toute sécurité. Le médecin anesthésiste y tient un rôle central ; il doit faire le point sur les comorbidités du patient, celles-ci étant susceptibles de compromettre l'intervention chirurgicale et surtout les suites opératoires. En effet, la chirurgie des cancers du plancher buccal, en particulier pour les tumeurs avancées, est une chirurgie « lourde », dont les suites sont marquées par de fréquentes complications, que ce soit sur le plan local (lâchage de suture, fistule, infection, etc.) ou général (complications cardiaques et respiratoires notamment) [10].

Le terrain de survenue des cancers du plancher buccal est caractérisé par une fréquente intoxication alcoolo-tabagique et par les pathologies qui y sont associées. L'état cardiovasculaire doit être apprécié avec précision, en ayant si besoin recours à un avis spécialisé. Une échographie cardiaque peut être nécessaire chez l'insuffisant cardiaque afin de déterminer la fonction ventriculaire gauche. Un bilan vasculaire (écho-doppler artériel, voire angioscanner) peut être nécessaire chez certains patients afin de rechercher une artériopathie évolutive au niveau des vaisseaux du cou ou des membres inférieurs, en particulier lorsqu'une chirurgie réparatrice par lambeau libre est envisagée. Le bilan est particulièrement attentif à l'état bronchopulmonaire

du patient, qui est fréquemment marqué par un certain degré de bronchopneumopathie obstructive et d'insuffisance respiratoire. Il est donc souvent préférable de contrôler la fonction respiratoire par des explorations fonctionnelles adaptées. En effet, les troubles de la déglutition, fréquents en postopératoire, sont responsables d'infections bronchopulmonaires, qui peuvent mettre en péril un patient dont la fonction respiratoire est déjà diminuée. La trachéotomie qui est souvent nécessaire et ses éventuelles difficultés de sevrage, les phénomènes de toux et de sécrétions qui y sont liés, sont également susceptibles de déstabiliser l'état respiratoire du patient. Les complications de l'éthylisme chronique sont également communes, en particulier la cirrhose et l'insuffisance hépatocellulaire, et peuvent aussi se décompenser dans les suites de l'intervention. Il est important de préciser le caractère encore actif de la consommation d'alcool, qui doit conduire à une prévention adaptée du delirium tremens en postopératoire. Ce dernier point est à prendre en considération car la nécessité de sédation du patient peut conduire à une aggravation de son état respiratoire[10].

2.5. Diagnostic différentiel

Dans la majorité des cas, la question du diagnostic différentiel se pose peu.

L'ulcération traumatique d'origine dentaire ou prothétique intéresse habituellement plutôt la langue, n'est généralement pas indurée, et disparaît en quelques jours à moins que la cause ne soit pas corrigée. Il appartient à l'anatomopathologie de distinguer les lésions précancéreuses plus ou moins dysplasiques du cancer invasif devant le franchissement de la membrane basale.

Syphilis et tuberculose sont exceptionnelles au niveau de la cavité buccale et nécessitent une confirmation biologique, anatomopathologique et/ou bactériologique.

Les tumeurs bénignes (papillome, fibrome, neurinome, etc.) sont également possibles, mais elles ne sont habituellement ni ulcérées, ni infiltrantes, et seront de toute façon écartées par l'anatomopathologie.

La grenouillette sublinguale est, quant à elle, facilement distinguée à l'examen du cancer du plancher buccal.

Les cancers développés à partir des glandes salivaires accessoires se présentent généralement sous la forme d'une lésion sous-muqueuse. Ils peuvent donc plus facilement être confondus avec une **formation kystique ou une tumeur bénigne**. La présence d'une ulcération superficielle témoigne alors d'une lésion particulièrement évoluée, traumatisée ou préalablement biopsiée.

2.6. Traitement

a. But

Procéder à l'exérèse de la tumeur et des aires ganglionnaires

Améliorer le confort et la qualité de vies

Eviter les récurrences et les complications

b. Moyens et méthodes thérapeutiques

- Chirurgie

La chirurgie garde une place centrale dans le traitement des cancers du plancher buccal. Elle intéresse la tumeur primitive et les aires ganglionnaires cervicales, et fait souvent appel à des techniques de chirurgie réparatrice plus ou moins complexes.

Chirurgie de la tumeur primitive

Elle doit permettre l'exérèse complète de la lésion avec des marges de sécurité suffisantes. La voie d'abord et le geste chirurgical réalisés dépendent de la localisation exacte de la tumeur et de ses extensions.

Une pelvectomie antérieure ou latérale, en fonction de la localisation tumorale, par voie endo-buccale, est réalisée pour les petites tumeurs limitées au plancher buccal. L'envahissement du massif lingual doit conduire à une exérèse linguale dont l'ampleur dépend de l'extension tumorale appréciée grâce au bilan d'imagerie mais également aux constatations peropératoires (palpation de la tumeur). Ainsi, l'exérèse peut intéresser le plancher latéral et l'hémi-langue adjacente, réalisant une hémi-pelvi-glossectomie, ou encore le plancher antérieur et une partie plus ou moins importante, voire la totalité de la langue mobile, réalisant ainsi une pelvi-glossectomie antérieure transversale. La conservation en arrière d'une hémibase de langue fonctionnelle (nerf XII et artère linguale préservés) constitue le garant d'un résultat fonctionnel acceptable. Dans ces cas d'extension importante au

massif lingual, la voie endo-buccale n'est pas toujours suffisante pour obtenir une exposition correcte, et l'exérèse peut nécessiter un deuxième abord par voie cervicale sus-hyoïdienne, « accouchant » la tumeur dans le cou (*pull-through*). Plus rarement actuellement, l'extension postérieure de la tumeur peut justifier d'un abord trans-mandibulaire[10].

Un problème essentiel est celui de la conduite à tenir vis-à-vis de la mandibule. Le bilan d'imagerie préopératoire aide à préciser l'existence d'un envahissement osseux, et le cas échéant, à définir son extension. Un envahissement de la mandibule impose généralement la réalisation d'une mandibulectomie segmentaire, qui doit prendre des marges de sécurité osseuses suffisantes et nécessairement larges compte tenu de l'impossibilité de réaliser des contrôles histologiques extemporanés des limites osseuses. On réalise ainsi une pelvi-mandibulectomie interruptrice antérieure et/ou latérale, ce qui a une importance en termes d'impératifs de reconstruction. La prise en charge des tumeurs transfixiantes, qui détruisent la mandibule de part en part pour envahir les téguments mentonniers, nécessite en plus de la résection mandibulaire un sacrifice des téguments antérieurs, voire si besoin de la lèvre inférieure. Lorsque la tumeur est à proximité de la mandibule mais qu'il n'existe pas de signes d'envahissement osseux, il est prudent de réaliser une résection osseuse horizontale et non interruptrice en regard de la lésion, afin d'obtenir une marge de sécurité antérieure ou latérale suffisante. On réalise ainsi une mandibulectomie marginale qui intéresse la partie supérieure de la mandibule et respecte la continuité osseuse inférieure. On parle alors de pelvi-mandibulectomie non interruptrice.

Quel que soit le geste réalisé, les règles carcinologiques doivent être impérativement respectées. L'exérèse en monobloc de la tumeur est toujours préférable, et la chirurgie ne se conçoit que si elle permet l'exérèse complète de la lésion, la radiothérapie ne rattrapant malheureusement pas les chirurgies insuffisantes. Le contrôle histologique extemporané de la qualité de l'exérèse (hormis les limites de section osseuse) est vivement recommandé[10].

Chirurgie des aires ganglionnaires cervicales

Les évidements ganglionnaires cervicaux restent une nécessité dans la très grande majorité des cas. En règle générale, ils sont réalisés de façon bilatérale.

Seules les tumeurs limitées et bien latéralisées du plancher buccal postérieur, chez un patient N0 clinique, peuvent parfois justifier d'un curage ganglionnaire unilatéral. Les évidements ganglionnaires doivent être complets (secteurs I à V) dès lors qu'il existe des adénopathies envahies. Il est souvent possible de conserver les principaux éléments vasculonerveux (évidement cervical modifié de type III, dit « fonctionnel »), ce qui peut être utile dans la perspective d'une reconstruction par lambeau libre, et assure un meilleur résultat fonctionnel au patient. Cependant, il ne faut pas hésiter à réaliser les sacrifices jugés nécessaires sur le plan carcinologique (muscle sterno-cléido-mastoïdien, veine jugulaire interne, nerf spinal, etc.) pour réaliser alors un évidement cervical traditionnel ou modifié (type I ou II). Devant une tumeur très infiltrante au niveau de la musculature du plancher buccal, il peut être judicieux d'emporter la partie supérieure du curage (secteur sous-mandibulaire : IB) en monobloc avec la tumeur primitive[10].

La question de la prise en charge chirurgicale adaptée des patients N0 clinique reste sujette à discussion. Lorsqu'un évidement est réalisé, il est en général sélectif et se limite aux triangles antérosupérieurs (évidement supra-omohyoïdien : secteur I à III). Cette attitude reste la plus classique et ne se discute pas devant une tumeur localement avancée (T3 et T4). Pour les petites tumeurs, chez des patients N0 clinique, plusieurs auteurs ont étudié la faisabilité et l'intérêt de la technique du ganglion sentinelle. Une lymphoscintigraphie préopératoire, après injection péri-tumorale d'un radiotracer colloïdal (Nanocyst®), quelques heures avant l'intervention, permet le repérage peropératoire du ganglion sentinelle à l'aide d'une sonde de détection gamma. Son exérèse permet d'adapter l'attitude thérapeutique (curage ou surveillance) en fonction de son statut histologique. L'utilisation de cette technique nécessite un certain temps d'apprentissage, reste encore peu répandue et sujette à discussion. Enfin, de façon très exceptionnelle, il est parfois possible de s'abstenir de tout geste ganglionnaire devant une tumeur millimétrique et très superficielle, en particulier chez le sujet âgé, mais au prix d'une surveillance rigoureuse[10].

Chirurgie réparatrice

Elle joue un rôle capital dans la prise en charge chirurgicale des tumeurs du plancher buccal. En effet, le résultat fonctionnel ultérieur dépend essentiellement de la qualité de la reconstruction, et en premier lieu du maintien d'une bonne mobilité linguale, élément déterminant des performances ultérieures du patient en termes de déglutition et de phonation. Les techniques disponibles sont nombreuses et plus ou moins complexes en fonction de la nature et de l'importance de la perte de substance.

Les petites pertes de substances muqueuses du plancher buccal avec extension limitée au massif lingual peuvent bénéficier d'une fermeture directe bord à bord, en particulier lorsqu'elles sont latérales. La fermeture directe des pertes de substances antérieures n'est que très rarement possible sans entraîner de fixation linguale. On peut alors soit laisser la zone cruentée pour obtenir une cicatrisation dirigée, ce qui peut être facilité par la conservation de la glande sublinguale afin de recouvrir une partie des du muscle mylohyoïdien, puis leur palette cutanée est suturée aux berges de la perte de substance muqueuse[10].

La réparation des pertes de substances extensives résultant de l'exérèse de tumeurs localement avancées (T3 et T4) nécessite le plus souvent, lorsque l'état général du patient le permet, le recours aux lambeaux libres. Les pertes de substances muqueuses sont généralement réparées à l'aide de lambeaux libres fascio-cutanés. Le lambeau antébrachial à pédicule radial (lambeau chinois) est de loin le lambeau le plus utilisé dans cette indication. Ses avantages, unanimement reconnus, sont nombreux : grande surface de tissu disponible, qualités plastiques remarquables (finesse, souplesse, pliability, etc.), longueur du pédicule vasculaire, diamètre adéquat des vaisseaux donneurs, possibilité de réinnervation, fiabilité et faible morbidité. Il peut être prélevé sous la forme d'un lambeau bifolié afin de préserver au mieux la mobilité de la langue mobile par rapport au plancher buccal adjacent. Le lambeau de face antéro-externe de cuisse est un autre lambeau fascio-cutané, dont le principal avantage par rapport au lambeau antébrachial est une plus faible morbidité en raison de la possibilité de fermeture directe du site donneur. Cependant, l'épaisseur de ce lambeau est souvent trop importante pour réparer de façon adéquate les pertes de substances pelvi-linguales, en

particulier chez les sujets caucasiens, du fait de l'épaisseur du panicule adipeux sous-cutané au niveau de la cuisse. Ainsi, ce lambeau demeure peu employé en Europe et en Amérique du Nord, contrairement aux pays asiatiques, où son utilisation est largement développée. La reconstruction mandibulaire constitue une des difficultés majeures de la chirurgie reconstructive cervico-faciale. Dans le cadre des tumeurs du plancher buccal, le problème de cette réparation se pose après intéressant la symphyse mandibulaire, en raison des conséquences fonctionnelles et esthétiques majeures qui en découlent. Si cette reconstruction reste préférable pour les pertes de substances mandibulaires latérales, elle est considérée comme optionnelle dans la mesure où les préjudices fonctionnels et cosmétiques sont moindres[10]. Le lambeau libre de fibula (péroné) constitue pour la très grande majorité des auteurs la solution de choix dans cette indication. Les principaux avantages de ce lambeau sont la longueur (jusqu'à 25 cm) et la qualité (composition essentiellement corticale, proche de celle de la mandibule) de l'os disponible, idéales pour la mise en place éventuelle d'implants dentaires ostéo-intégrés, la possibilité de conformer le lambeau pour reproduire les contours mandibulaires (par le biais de résections osseuses cunéiformes par ostéotomies) et de prélever un lambeau composite, présentant une palette cutanée de bonne qualité (pour réparer la perte de substance muqueuse ou cutanée associée), la relative facilité et rapidité de prélèvement au prix d'une morbidité faible, et enfin, un site donneur éloigné de la région cervico-faciale, ce qui est idéal pour un travail en double équipe. Le lambeau de scapula constitue une alternative intéressante, en particulier en cas de contre-indications au lambeau de fibula (artérite des membres inférieurs notamment), ou lorsque la perte de substance muqueuse et/ou cutanée associée est particulièrement étendue. En effet, le lambeau de scapula apporte en quantité des éléments musculaires et fascio-cutanés, dont les propriétés plastiques sont remarquables, et qui présentent l'avantage d'une grande autonomie spatiale par rapport à la composante osseuse du lambeau. En revanche, la fragilité relative de l'os par rapport au lambeau de fibula, ce qui rend difficile la réalisation d'implants dentaires, et l'impossibilité d'un

prélèvement en double équipe, ce qui allonge la durée d'intervention, font que ce lambeau reste souvent proposé en seconde intention[10].

- **Radiothérapie**

La radiothérapie des cancers du plancher buccal peut être envisagée de façon exclusive ou en association à la chimiothérapie et/ou à la chirurgie. On distingue la radiothérapie externe de la curiethérapie.

Radiothérapie externe

Elle utilise les rayonnements de haute énergie (photons et/ou électrons) issus des accélérateurs linéaires. Le traitement intéresse la tumeur primitive et les aires ganglionnaires de drainage. Il délivre habituellement une dose de l'ordre de 65 à 70 Gy sur une tumeur ou des adénopathies en place. Une dose d'environ 50 Gy est utilisée lorsqu'elle est réalisée en complément de la chirurgie, avec un surdosage de 10 à 15 Gy en cas de marges chirurgicales focalement envahies ou de rupture capsulaire au niveau d'une adénopathie métastatique. Le volume irradié dépend du volume tumoral mesuré (clinique et imagerie) définissant le *gross tumor volume* (GTV), de la zone de sécurité liée aux prolongements microscopiques de la tumeur déterminant le *clinical target volume* (CTV), ainsi que des possibilités techniques. Ce volume doit être défini avec précaution afin de ménager les organes à risque (moelle épinière), et il convient de protéger (caches plombés) les structures qui ne doivent pas être irradiées (arcades dentaires, larynx, etc.). Les évolutions techniques actuelles portent sur les techniques conformationnelles d'irradiation en trois dimensions et la modulation d'intensité (radiothérapies avec modulation d'intensité [IMRT]) qui permettent de mieux cibler le volume tumoral et d'épargner les tissus sains, et notamment la parotide, afin de limiter les conséquences de l'irradiation sur le plan salivaire. Les modifications du fractionnement (radiothérapie bifractionnée) et de l'étalement (radiothérapie accélérée), de même que l'association concomitante à la chimiothérapie, font partie des avancées récentes qui ont montré un bénéfice en termes de contrôle locorégional, voire de survie[10].

Curiethérapie

Elle utilise les rayonnements gamma de sources radioactives (fils d'iridium 192) placées au sein de la lésion ou sur les berges de l'exérèse tumorale. Elle

permet de délivrer de façon continue et sur quelques jours une dose élevée au niveau d'un volume bien délimité. Un débit de dose de l'ordre de 0,3 à 0,6 Gy/h est généralement utilisé, il doit être bien défini afin d'éviter l'échec du traitement lorsqu'il est trop faible ou la nécrose tissulaire lorsqu'il est trop fort. Des vecteurs inertes (tubes plastiques ou gouttières vectrices) sont placés directement au sein du volume cible, puis sont chargés à l'aide de la source radioactive après vérification de leur bon positionnement. La dose totale délivrée, le débit de dose et le volume tumoral sont les éléments déterminants du contrôle local. La curiethérapie peut être utilisée en association à la radiothérapie externe ou en complément de la chirurgie réalisant une irradiation focalisée des berges de l'exérèse (curiethérapie dite de barrage).

Conséquences de l'irradiation des tumeurs du plancher buccal [10].

Malgré les progrès techniques accomplis récemment en radiothérapie, les effets secondaires de l'irradiation de la cavité buccale restent encore problématiques. Ils sont généralement majorés par la réalisation d'une chimiothérapie concomitante, de même que par la poursuite d'une intoxication alcool-tabagique. L'hyposialie, la candidose chronique et les altérations dentaires sont habituelles et constituent des éléments particulièrement invalidants, qui altèrent la qualité de vie des patients. D'autre part et surtout, la proximité de la mandibule rend l'irradiation des tumeurs du plancher buccal, qu'il s'agisse d'une radiothérapie externe ou d'une curiethérapie, à haut risque d'ostéoradionécrose mandibulaire. Les foyers ostéoradionécrotiques sont généralement le siège d'une surinfection bactérienne chronique (actinomyose notamment). Lorsque l'irradiation ne peut être évitée, il convient donc de prendre toutes les mesures de prévention nécessaires afin de limiter ses conséquences sur le plan buccodentaire (remise en état buccodentaire préalable, prévention fluorée quotidienne, etc.).

- **Chimiothérapie**

Dans le cadre des traitements à visée curative des cancers du plancher buccal, la chimiothérapie se conçoit essentiellement en association concomitante à la radiothérapie. Le cisplatine ou l'association carboplatine – 5-fluorouracile sont alors le plus souvent proposés. La radiochimiothérapie concomitante a montré son efficacité en termes de contrôle locorégional et de survie par rapport à la

radiothérapie exclusive, notamment en postopératoire. Ce bénéfice diminue avec l'âge du patient, et la chimiothérapie est donc rarement associée à la radiothérapie au-delà de 65 ans. Sur le plan général, la toxicité rénale des sels de platine est à prendre en considération, de même que la nécessité d'une hyperhydratation, qui impose une bonne fonction cardiaque. La chimiothérapie palliative fait appel le plus souvent à l'association cisplatine – 5-fluorouracile, si l'état général du patient le permet. Un des progrès récents accomplis dans le cadre des chimiothérapies conventionnelles est celui de l'association des taxanes et en particulier du docetaxel (Taxotère®) au cisplatine et au 5-fluorouracile. En effet, cette triple association (« TPF ») a montré sa supériorité en termes de contrôle locorégional et de survie par rapport à l'association cisplatine 5-fluorouracile dans le cadre des traitements d'induction (avant radiothérapie ou radiochimiothérapie) de tumeurs localement avancées. L'utilisation du docetaxel (Taxotère®) est désormais validée en association au cisplatine et au 5-fluorouracile dans le traitement d'induction des tumeurs des VADS localement avancées et inopérables. Si la chimiothérapie d'induction est utilisée essentiellement dans le cadre des protocoles de préservation laryngée, elle est également employée par de nombreuses équipes dans le traitement de tumeurs non résecables d'autres localisations et notamment de la cavité buccale[10].

- **Thérapeutiques moléculaires ciblées**

Ces nouvelles molécules font actuellement l'objet d'un intense effort de recherche. Celles ciblant le REGF sont parmi les plus avancées au plan clinique. Elles appartiennent généralement à deux grandes catégories de molécules : les anticorps monoclonaux, qui entrent en compétition avec l'EGF au niveau de la partie extracellulaire du récepteur, et les petites molécules inhibitrices de l'activité tyrosine kinase, qui agissent sur la partie intracellulaire du récepteur. Bien que de nombreux protocoles de recherche impliquant différentes molécules soient en cours, seul un anticorps monoclonal, le cétuximab (Erbix®) a actuellement reçu l'AMM en France, dans le cadre du traitement de patients atteints de cancer des VADS. En effet, une étude publiée par Bonner et al., chez des patients présentant une tumeur des VADS de stade avancé, a démontré la supériorité de l'association

cetuximab – radiothérapie par rapport à la radiothérapie seule, en termes de contrôle locorégional mais également de survie. Par ailleurs, plusieurs travaux ont montré son intérêt, combiné avec le cisplatine, dans le traitement de patients métastatiques, mais il n'y a pas aujourd'hui d'AMM pour cette indication. De même, il n'a pas encore de place bien validée en association avec la radiothérapie postopératoire. Son association à la radiochimiothérapie concomitante fait l'objet de nombreux protocoles de recherche. Enfin, il est probable que les futurs développements intègrent les agents anti-angiogéniques, qui inhibent le développement de néovaisseaux au sein de la tumeur, aux anti-REGF et à la radiothérapie[10].

c. Indications thérapeutiques

La décision thérapeutique se prend de façon collégiale au cours d'une réunion de concertation pluridisciplinaire, en fonction de l'extension tumorale, mais également des antécédents et comorbidités du patient. Le choix du patient est bien évidemment pris en considération après une information éclairée. La possibilité d'inclure le patient dans un protocole de recherche adapté, et notamment un essai thérapeutique prospectif, doit être évoquée à chaque fois que possible.

Patient opérable et tumeur résécable

Pour la très grande majorité des auteurs, le traitement initial est chirurgical ; il intéresse la tumeur primitive et les aires ganglionnaires cervicales. L'indication de la radiothérapie postopératoire, si besoin associée à une chimiothérapie concomitante, est posée en fonction du stade TNM de la tumeur et de l'analyse anatomopathologique des pièces opératoires.

Les petites tumeurs (T1 ou T2) sans métastase ganglionnaire cervicale sont ainsi traitées par chirurgie exclusive. Le contrôle carcinologique est obtenu dans la majorité des cas et les suites fonctionnelles sont généralement excellentes. Cette attitude permet de conserver l'option de la radiothérapie dans la perspective d'une nouvelle localisation tumorale au niveau des VADS. Devant une première exérèse douteuse ou insuffisante, la reprise chirurgicale est également préférable à la radiothérapie complémentaire.

Les tumeurs plus avancées font généralement appel à l'association chirurgie et radiothérapie postopératoire. Les critères habituellement reconnus pour

justifier l'irradiation postopératoire sont le caractère localement avancé de la tumeur (T3 ou T4) ou la présence d'adénopathie(s) cervicale(s) métastatique(s). L'existence d'une seule adénopathie envahie, lorsqu'elle est de petite taille, sans rupture capsulaire et qu'elle siège au niveau des premiers relais ganglionnaires, ne constitue pas en soi une indication formelle d'irradiation. L'association concomitante de la chimiothérapie à la radiothérapie postopératoire se justifie devant la présence de marges histologiques envahies ou d'adénopathie(s) cervicale(s) métastatique(s) en rupture capsulaire. Son bénéfice n'a pas été démontré chez le sujet âgé de plus de 70 ans [10].

Patient inopérable et/ou tumeur non résécable

Les tumeurs peu avancées (T1 ou T2, N0) survenant chez un patient inopérable sont traitées par radiothérapie exclusive. L'irradiation de la tumeur primitive peut alors faire appel à la radiothérapie externe et/ou à la curiethérapie. Les tumeurs non résécables sont traitées généralement par radiochimiothérapie concomitante à base d'un sel de platine. Il est également possible d'associer le cetuximab (Erbix[®]) à la radiothérapie, en particulier lorsque l'état général du patient n'est pas en faveur d'une chimiothérapie conventionnelle. Plusieurs études sont actuellement en cours pour tester l'intérêt d'une chimiothérapie d'induction avant radiochimiothérapie concomitante, du fait des résultats prometteurs obtenus par l'association du docetaxel au cisplatine et au 5-fluorouracile (protocole TPF).

Récidives locorégionales

Le rattrapage chirurgical doit être envisagé à chaque fois qu'il est techniquement possible chez les patients opérables. Une radiothérapie (éventuellement associée à une chimiothérapie) est pratiquée en postopératoire chez les patients non irradiés précédemment.

Une radiochimiothérapie concomitante est réalisée d'emblée lorsque le rattrapage chirurgical n'est pas possible. Chez les patients non rattrapables chirurgicalement et déjà irradiés, une chimiothérapie est généralement proposée à visée palliative. Certains protocoles de réirradiation sont parfois envisageables techniquement, en sachant que les chances de contrôle carcinologique sont minimales et la tolérance souvent problématique. Par exemple, l'équipe de Vokes à Chicago a montré la faisabilité d'un protocole de

radiochimiothérapie concomitante associant hydroxyurée et 5-fluorouracile, administrée en quatre à six cycles, pour des récives survenant en terrain irradié [10].

Prise en charge des patients métastatiques

Une chimiothérapie est proposée, lorsque l'état général du patient le permet, dans un but purement palliatif. L'intérêt d'un tel traitement doit être bien pesé en particulier chez un patient asymptomatique. Lorsque des métastases à distance sont découvertes lors du bilan initial de la tumeur, un traitement local, généralement par radiothérapie, peut être proposé au niveau de la tumeur primitive, en plus de la chimiothérapie, afin d'éviter ou de limiter l'évolution cervico-faciale toujours pénible de la maladie.

d. Surveillance d'un patient traité d'un cancer du plancher buccal

Elle répond à plusieurs impératifs. Le principal consiste à s'assurer du contrôle carcinologique, en recherchant une éventuelle récive locorégionale ou métastatique, et en dépistant la survenue d'un second cancer au niveau des VADS, des bronches ou de l'œsophage. Elle fait également le point sur les conséquences du traitement, ses séquelles à long terme, et le retentissement sur la qualité de vie du patient. Elle apprécie l'impact sur le plan psychologique et social de la maladie. Elle évalue le statut actuel du patient vis-à-vis des facteurs de risque alcool-tabagiques.

Les modalités de surveillance d'un patient atteint d'un cancer des VADS ont fait récemment l'objet de recommandations de la part de la Société française d'ORL. Le premier bilan clinique est généralement effectué au 2^e mois, puis tous les 2 mois la 1^{re} année. Une imagerie de référence post-thérapeutique peut être proposée au 3^e mois. L'examen clinique est renouvelé ensuite tous les 3 mois la 2^e année, tous les 4 mois la 3^e année, puis enfin tous les 6 mois. Un examen dentaire est réalisé tous les 6 mois. Une radiographie du poumon et un dosage de la *thyroid stimulating hormone* (TSH) sont proposés tous les 6 mois les 2 premières années, puis une fois par an. L'échographie cervicale systématique n'a de place que dans la surveillance des rares patients NO n'ayant pas bénéficié de traitement des aires ganglionnaires cervicales. La panendoscopie ORL et les autres examens d'imagerie (TDM, IRM, TEP-scan,

etc.), en dehors d'un éventuel premier bilan de référence, n'ont pas d'indication de principe, et sont prescrits uniquement en cas de point d'appel clinique[10].

e. Résultats et pronostic

Tous stades confondus, la survie globale à 5 ans est de l'ordre de 40 à 45 %. Les petites tumeurs T1 ou T2, N0, sont généralement de très bon pronostic ; à 5 ans, le contrôle locorégional est obtenu dans 70 à 90 % des cas, et la survie globale se situe aux alentours de 65 à 85 % suivant les séries. Dans le cadre des tumeurs de stade avancé (T3, T4 ou $N \geq 1$, M0), plus de la moitié des patients présente une récurrence locorégionale, qui survient le plus souvent lors des 2 premières années après le traitement initial, et la survie globale à 5 ans est généralement comprise entre 15 et 35 % suivant les auteurs. Les patients traités à visée palliative dans le cadre d'une récurrence locorégionale ou d'une évolution métastatique ont un pronostic sombre. Leur survie médiane n'excède pas 6 à 12 mois.

En dehors du stade tumoral (classification TNM), la présence d'une rupture capsulaire au niveau d'adénopathie(s) cervicale(s) métastatique(s), l'épaisseur de la tumeur et le caractère complet ou non de l'exérèse tumorale sont également des facteurs pronostiques bien établis. La présence d'envahissements périnerveux et d'embolies vasculaires au niveau de l'analyse histologique de la pièce opératoire a été également corrélée à un mauvais pronostic. En revanche, l'âge et le sexe n'apparaissent pas avoir d'influence pronostique. En particulier et contrairement à ce qui est parfois énoncé, les cancers survenant chez les sujets jeunes (< 40 ans) ne semblent pas présenter un plus mauvais pronostic[10].

Certains sous-types histologiques comme les carcinomes basaloïdes sont caractérisés par un fort potentiel métastatique et un mauvais pronostic, ce qui justifie des séquences thérapeutiques agressives. Dans le cadre des carcinomes des glandes salivaires accessoires, le pronostic dépend essentiellement du stade de la maladie et du grade histologique, qui permettent de poser l'indication d'irradiation postopératoire.

Les tumeurs faiblement différenciées et à haut degré de prolifération (niveau élevé d'expression de l'antigène nucléaire de prolifération cellulaire [PCNA] et du Ki67) présentent généralement une évolution plus péjorative. Certains

facteurs moléculaires ont un impact pronostique bien établi. La surexpression du REGF qui est fréquemment retrouvée dans les cancers des VADS est un puissant facteur de mauvais pronostic. Il en résulte le développement de thérapies moléculaires ciblées anti-REGF qui trouvent aujourd'hui une place grandissante dans l'arsenal thérapeutique. Des mutations de la protéine p53 (codée par un gène dit « suppresseur de tumeur ») ont également été corrélées à un pronostic péjoratif [10].

OBERVATION CLINIQUE

3. OBERVATION CLINIQUE

Il s'agissait de madame SK âgée de 35 ans, mariée, ménagère résidant à Sirakoro dans le district de Bamako. Elle avait consulté le service de stomatologie et chirurgie maxillo-faciale (SCMF) du centre hospitalier universitaire centre national d'odontostomatologie professeur Hamady TRAORE (CHU-CNOS Pr HT) pour stomatorragie.

Le début de la symptomatologie remonterait à 2 ans marqué par une tuméfaction du plancher buccal d'apparition spontanée sans signes fonctionnels associés. L'évolution a été marquée par une augmentation progressive du volume de la tuméfaction accompagnée de saignements spontanés à répétition, d'une asthénie et d'un amaigrissement. Devant ce tableau, elle a fait des traitements traditionnels sans succès.

La patiente était sans antécédents médicochirurgicaux contributifs et avait un antécédent obstétrical de G6P4A1V4D0. Il y avait une notion d'aménorrhée de 5 mois. Elle n'avait pas de notion d'intoxication alcool-tabagique ni d'exposition aux rayonnements ionisants.

L'examen dans le service avait retrouvé.

A l'examen général : état général altéré, classé OMS score=2, les conjonctives pâles, la conscience conservée. Il y avait des plis déshydratations et de dénutrition.

Les constantes hémodynamiques : TA : 150/80 mmhg, fréquence cardiaque : 83 bts/mn, saturation : 99%, Température : 37°C, poids : 53Kg, taille : 1,67m et IMC à 15,9

A l'examen stomatologique :

Exo buccal (Fig. 12) : tuméfaction sous mentale recouverte d'une peau d'aspect sain, indolore, ferme, mobile par rapport au plan superficiel et fixe par rapport au plan profond. Il n'y avait pas d'hypoesthésie labio-mentonnaire, ni d'adénopathie cervico-faciale palpable.

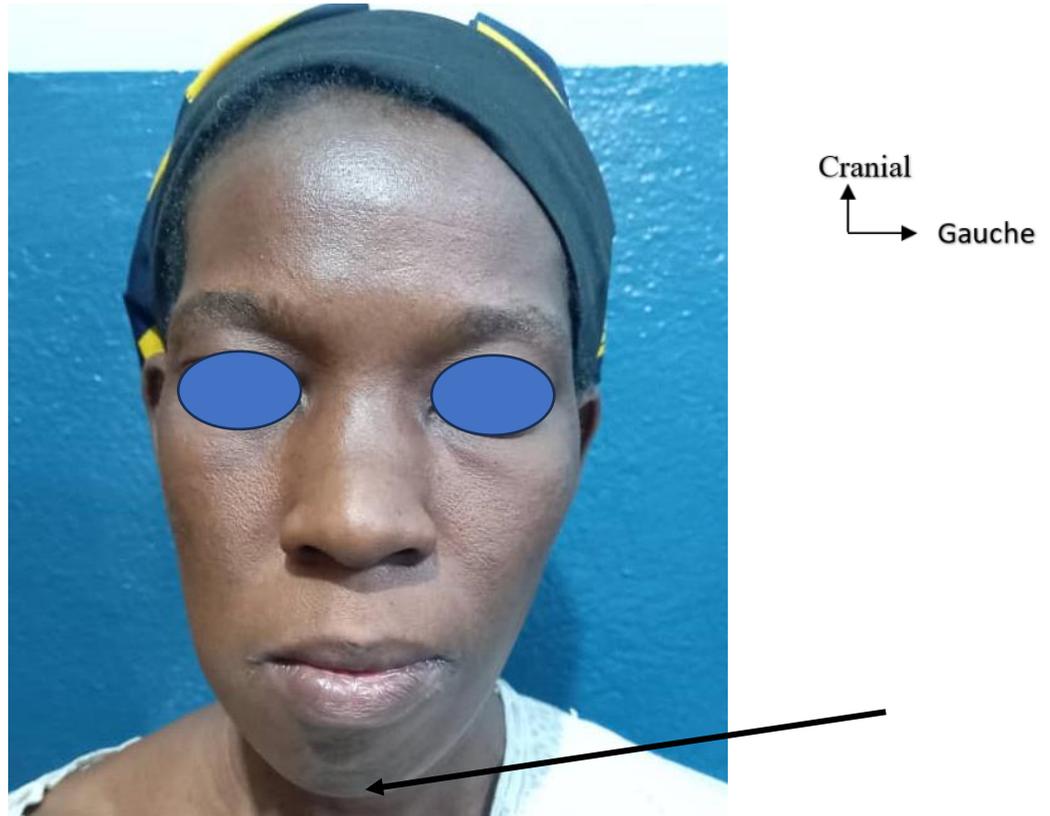


Figure 12 : photographie montrant la face et une légère tuméfaction sous-mentale

(Source : Photothèque du CHU-CNOS)

Endo buccal (Fig. 13) : articulé dentaire conservé, ouverture buccale était à 40 mm, mauvaise hygiène buccodentaire due à des dépôts de tartre. On notait une tuméfaction du plancher buccal antérieur à droite, recouverte d'une muqueuse ulcérée par endroit refoulant la langue vers le côté gauche. La langue était libre. La tuméfaction était mal limitée mesurant 7 centimètres de grand axe, ferme, indolore, non saignante au contact. Il y avait la présence d'un diastasis entre les dents (31, 41) avec mobilité des dents 45, 46, 47.

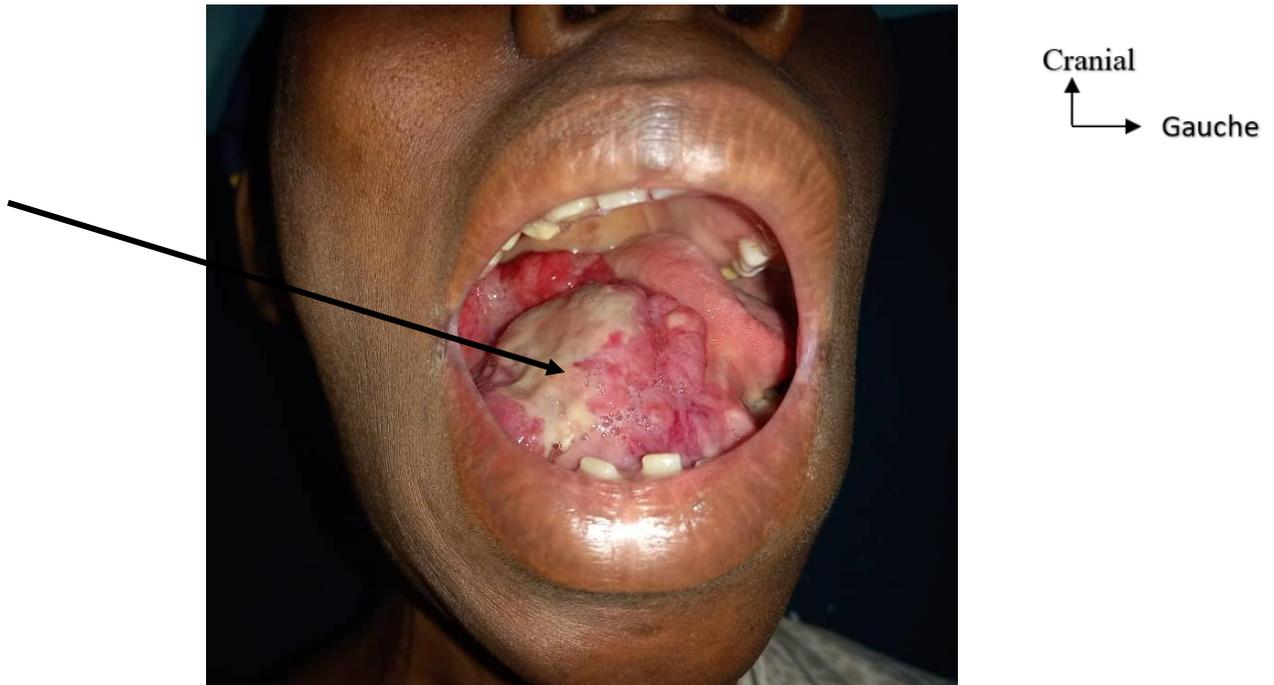


Figure 13 : photographie de la cavité buccale montrant l'ulcération du plancher et le refoulement de la langue à gauche

(Source : Photothèque du CHU-CNOS)

A l'examen de l'appareil digestif : l'examen abdominopelvien avait mis en évidence un utérus gravidique de 15 cm.

A l'examen des autres appareils : il n'y avait pas de particularité

Devant ce tableau les hypothèses diagnostiques suivantes avaient été évoquées :

- Tumeur du plancher buccal d'allure bénigne sur grossesse ;
- Tumeur du plancher buccal d'allure maligne sur grossesse.

✓ **Une biopsie** a été réalisée sur la tumeur et le résultat de l'examen histologique a permis de conclure à un carcinome adénoïde kystique de grade II.

✓ **Une TDM maxillofaciale (Fig. 14, 15)** a été réalisée et a mis en évidence une masse tumorale nécrotique maligne pelvi-linguale droite envahissant les muscles extrinsèques homolatéraux, buccinateur et la gencive. Il n'y avait pas d'envahissement ganglionnaire.

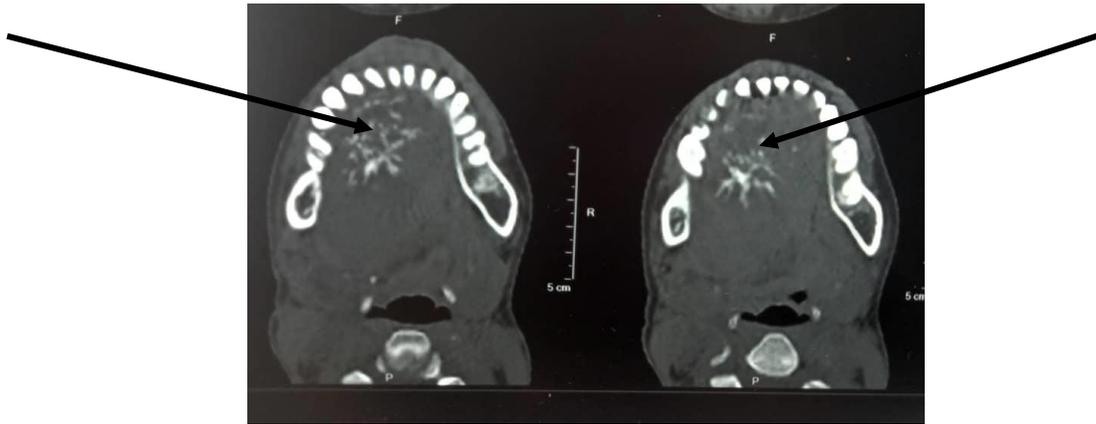


Figure 14 : TDM en coupe axiale fenêtre osseuse montrant des calcifications au niveau du plancher buccal droit.

(Source : Photothèque du CHU-CNOS)

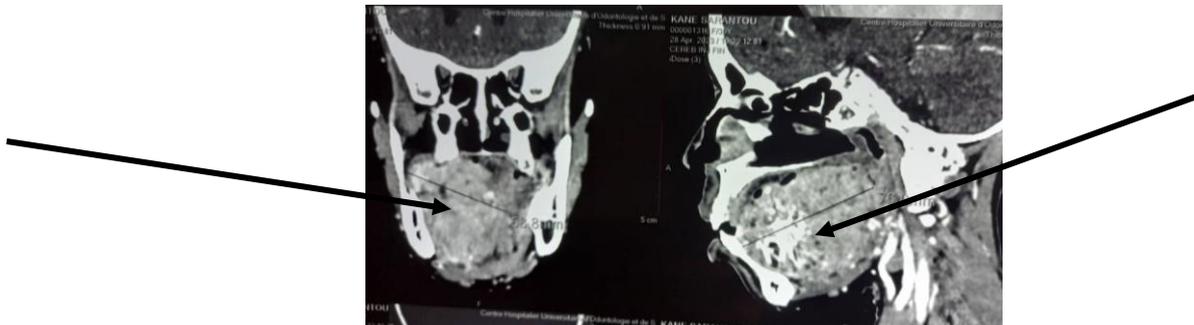


Figure 15 : TDM en coupes coronale et sagittale avec injection illustrant une lésion du plancher buccal prenant le contraste, envahissant le plancher antérieur

(Source : Photothèque du CHU-CNOS)

- ✓ **Le Bilan sanguin** réalisé a mis en évidence une anémie microcytaire, hypochrome taux d'hémoglobine de 4,9 g/dl ; un taux d'hématocrite à 14,8% ; un volume globulaire moyen (VGM) de 54,7 fl ; un CCMH de 33,3% ; un groupage B rhésus + ; une sérologie VIH négative.
- ✓ **L'Echographie abdominopelvienne** a objectivé une grossesse évolutive mono-fœtale intra-utérine de 27 SA et 04 jours.
- ✓ **La radiographie du thorax** était sans particularité.

Le carcinome adénoïde kystique de grade II du plancher buccal sur grossesse classé T3N0M0 a été retenu.

La patiente a bénéficié d'une renutrition intense, d'une réhydratation et a reçu 04 poches de concentrés globulaires avant son intervention amenant le taux d'hémoglobine à 10g/dl.

Un protocole de tocolyse a été instauré à base de spasfon.

La prise en charge chirurgicale a été planifiée en RCP.

L'intervention a consisté en une exérèse de la tumeur avec des marges de 1 cm par voie endo-buccale sous AG avec INT. Après hémostase soignée, des feuilles de tulle gras ont été appliquées sur la perte de substance du plancher et laissée en cicatrisation dirigée.

CRO (Fig. 16, 17, 18, 19)

L'exérèse tumorale a été précédée d'un curage ganglionnaire triangulaire par voie de Sébileau.

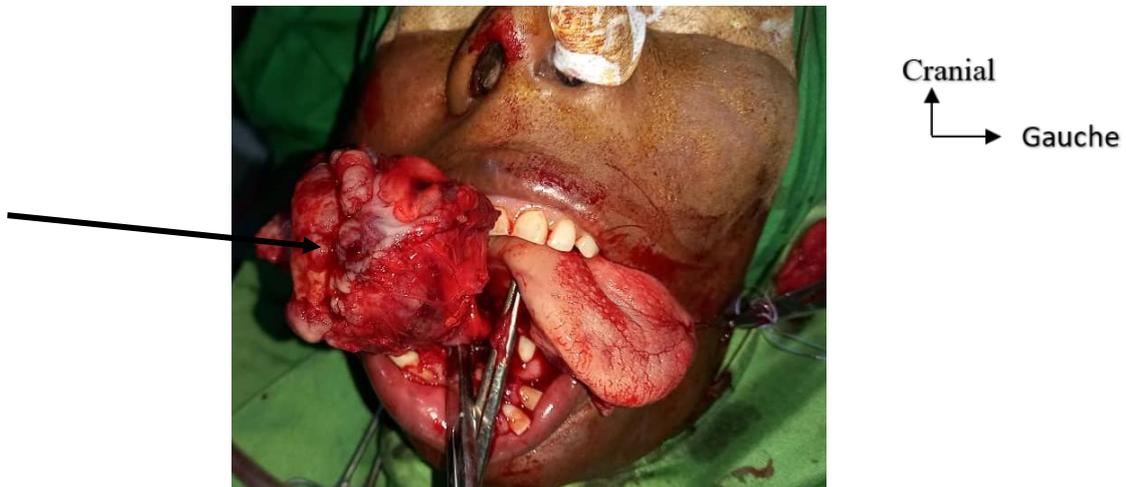


Figure 16 : photographie de la cavité buccale en per opératoire montrant l'exérèse de la masse tumorale du plancher buccal

(Source : Photothèque du CHU-CNOS)



Figure 17 : photographie de la pièce opératoire
(Source : Photothèque du CHU-CNOS)



Figure 18 : photographie de la cavité buccale montrant le lit de la masse tumorale du plancher buccal

(Source : Photothèque du CHU-CNOS)

Les suites opératoires avaient été simples.

L'examen histologique de la pièce opératoire a confirmé le diagnostic de CAK avec des marges d'exérèse saines et n'avait pas retrouvé d'envahissements ganglionnaires.

La grossesse a évolué normalement et la patiente a accouché par voie basse sans particularité.

Avec un recul de 16 mois, nous n'avons pas noté de récurrence locale.



Figure 19 : photographie de la cavité buccale montrant le plancher buccal avec un recul 16 mois

(Source : Photothèque du CHU-CNOS)

DISCUSSION

4. DISCUSSION

Nous avons mené une étude sur un cas de CAK sur terrain gravidique avec comme objectif de décrire les particularités de la prise en charge et faire la revue de la littérature.

La probabilité d'avoir une tumeur maligne pendant la grossesse est d'environ 0,1%, et environ 2 % de toutes les tumeurs malignes pendant la grossesse sont des cancers buccaux [6]. Notre observation clinique a concerné une femme de 30 ans, gestante de 27 SA. L'âge de survenue le plus fréquent des CAK se situe dans la sixième décennie pour la majorité des auteurs, cependant, des extrêmes existent avant 20 ans et après 80 ans [15,16]. Le CAK est une tumeur à malignité atténuée, caractérisée par une croissance lente et une évolution clinique progressive [3]. Cette observation nous a permis de confirmer l'évolution clinique assez lente de cette tumeur. En effet, la maladie évoluait depuis deux années sans traitement médical approprié.

Le délai de consultation dans la littérature varie de 25 à 30 mois [17,18]. Dans notre observation, le délai avant la consultation était de 24 mois. Cela pourrait s'expliquer par le recours au radiothérapeute en premier.

La symptomatologie fonctionnelle n'est pas spécifique et dépend de la localisation et des extensions tumorales. La douleur, bien que caractéristique du CAK, n'est présente que dans la moitié des cas soit 50% [19]. Dans notre observation le motif de consultation de notre patiente était une stomatorragie associée à une altération de l'état général.

Une étude réalisée en 2019 par Sato K a trouvé, deux patientes qui fumaient avant la grossesse sur 4 [20]. Dans notre observation, la patiente n'a consommé ni alcool ni tabac car dans notre société il est mal vu (ou mal su) de voir une femme qui fume ou qui boit de l'alcool.

La taille tumorale au moment du diagnostic est reconnue depuis longtemps comme un facteur déterminant du contrôle local et de la survie [14,21]. Dans notre observation, la tumeur a été classée T3 au moment du diagnostic. En revanche dans une étude multicentrique 42 % de tumeurs étaient classées T4[5]. Wiseman, Lupinetti et Rhee ont trouvé dans leurs études respectives 73,4 %, 65 %, 50 % de tumeurs classées T4 [16,22,23].

Le type histologique de notre observation était de grade II de pronostic assez bon alors que de nombreux auteurs rapportent le type histologique massif ou grade III qui est un facteur de mauvais pronostic [21,22,24]. Sur le plan histologique, il existe trois sous types histologiques des CAK : tubulaire, cribriforme et solide [25]. La forme cribriforme est la forme la plus fréquente dans 50 à 60 % des cas et elle a été la forme histologique dans notre observation.

L'envahissement ganglionnaire est rare au moment du diagnostic [26]. Ce qui concorde avec notre observation où il n'y avait pas d'atteinte ganglionnaire. Il semblerait que les métastases ganglionnaires soient plus fréquentes dans les localisations submandibulaires, par envahissement lymphatique de proximité [15], mais la base de langue, la langue mobile et le plancher buccal sont également concernés [27].

Le traitement des cancers de la tête et du cou survenant pendant la grossesse dépend du pronostic de la tumeur spécifique (type, site et stade), de l'évolution de la grossesse et des souhaits de la patiente et de son conjoint [28]

La chirurgie est le traitement de référence des CAK quels que soient leur localisation initiale et le type de voie d'abord, avec comme objectif d'obtenir une exérèse complète de la tumeur [29]. Dans notre observation clinique la prise en charge a été chirurgicale avec des marges d'exérèse saines, confirmant ainsi l'importance de la chirurgie dans la stratégie thérapeutique. En ce qui concerne le traitement chirurgical, il est nécessaire d'être conscient que, du fait que l'immunité tant par les cellules que l'immunité humorale est supprimée pendant la grossesse, le risque d'infection postopératoire est élevé [6] cependant nous n'avons pas noté d'infection postopératoire. Au cours du deuxième trimestre, les modifications anatomiques et physiologiques dans le corps de la mère sont relativement légères, ce qui en fait la période la plus sûre pour effectuer une intervention chirurgicale [30 31]. Dans notre observation, l'intervention a été faite début du troisième trimestre parce que la patiente a consulté tardivement.

Nous n'avons pas réalisé de radiothérapie postopératoire qui est également un élément important de la stratégie thérapeutique parce qu'elle n'était pas disponible au moment de la prise en charge. Les recommandations du

REFCOR, dans les tumeurs malignes primitives des glandes salivaires, sont également en faveur d'une radiothérapie postopératoire dans tous les cas où la chirurgie est macroscopiquement ou microscopiquement incomplète, mais également pour les tumeurs de haut grade (CAK avec contingent massif supérieur à 30 %), et au cas par cas dans les tumeurs de grade intermédiaire (CAK cribriforme et/ou trabéculaire) [5]. La grossesse n'est pas une contre-indication absolue à la radiothérapie. Le seuil pour l'avortement, la mort fœtale, la microcéphalie et les malformations fœtales est fixé à 100 mGy ; la probabilité diminue de 50 à 100 mGy et les doses de 50 mGy sont considérées comme sûres [32,33].

La survie globale est de 55 à 90% à 5 ans et de 30 à 70% à 10 ans [34].

Le pronostic à 5 ans varie en fonction du stade TNM, du sous type histologique, des possibilités thérapeutiques et du contrôle locorégional [35,36].

Une étude de 2010 portant sur 99 CAK avait rapporté que le sexe féminin serait un facteur péjoratif de récurrence évoquant une influence hormonale [15], cependant l'évolution a été favorable dans notre observation avec un recul de 16 mois.

CONCLUSION

5. CONCLUSION

Le carcinome adénoïde kystique du plancher buccal est une tumeur rare des glandes salivaires. La prise en charge pendant la grossesse est particulièrement complexe et nécessite une collaboration multidisciplinaire. La chirurgie reste le traitement de référence et doit être suivie de la radiothérapie selon les recommandations. Un suivi à long terme est essentiel en raison du risque de récurrences et de métastases tardives.

RECOMMANDATIONS

6. RECOMMANDATIONS

Au terme de notre étude nous pouvons formuler les recommandations ci-après

A l'attention des autorités publiques

- ❖ Faciliter la prise en charge vu le coût de la prise charge ;
- ❖ Généraliser la couverture sociale de la population particulièrement pour la prise en charge des cancers ;
- ❖ Equiper les structures sanitaires en matériels adéquats.

A l'attention de la population

- ❖ Consulter dans les structures de santé dès l'apparition des premiers signes ;
- ❖ Brosser les dents au moins deux fois par jour.

A l'attention des médecins

- ❖ Référer rapidement les patients auprès du spécialiste qui décidera du type de prise en charge ;
- ❖ Sensibiliser la population sur les signes d'alerte des cancers de la cavité buccale.

REFERENCES

7. REFERENCES

- [1] Kokemueller H, Eckardt A, Brachvogel P, et al. Adenoid cystic carcinoma of the head and neck: a 20 years' experience. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2004; 33:25-31.
- [2] Charlton P, Pitkin L. Airway compromise due to adenoid cystic carcinoma obstructing the distal trachea: a review of current management and clinical trials. *BMJ Case Rep* 2015 [pii:bcr 2014204063].
- [3] Jaso J, Malhotra R. Adenoid cystic carcinoma. *Arch Pathol LabMed* 2011;135:511-5.
- [4] Suzuki T. What is the best management strategy for adenoidcystic carcinoma of the trachea? *Ann Thorac Cardiovasc Surg* 2011;17:535-8.
- [5] M. Meyers^{a,b}, B. Granger^c, P. Hermand, F. Janote, R. Garrelf, N. Fakhry, G. Poisson^d, B. Baujat^{b,*}, et les membres du REFCOR1. Les carcinomes adénoïdes kystiques ORL : une étude multicentrique prospective REFCOR de 95 cas. *Annales françaises d'oto-rhinolaryngologie et de pathologie cervico-faciale* 133 (2016) 11–16
- [6] Lloyd CJ, Paley MD, Penfold CN, Varadarajan V, Tehan B, Gollins SW. Microvascular free tissue transfer in the management of squamous cell carcinoma of the tongue during pregnancy. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2003;41:109–11.
- [7] Watanabe M, Iwatani Y, Kaneda T, Hidaka Y, Mitsuda N, Morimoto Y, et al. Changes in T, B, and NK lymphocyte subsets during and after normal pregnancy. *Am J Reprod Immunol.* 1997;37:368–77.
- [8] Feltrim EN, Montenegro RA, Alves RF. P1.59. Oral cancer in pregnant young woman: Literature review and case study. *Oral Oncology Supplement.* juill 2009;3(1):141-2.
- [9] Xie Y, Qin K, Du X, Ming S, Li L, Huang C. Primary tracheal obstruction caused by adenoid cystic carcinoma during pregnancy: A case report. *Rare Tumors*, 2022, 14 :1-5.

- [10] A.Bozec, G. Poissonnet, P. Mahdyoun, O. Dassonville. Cancers du plancher buccal. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Oto-rhino-laryngologie, 20-627-D-10, 2008.
- [11] Lautroua. Anatomie dentaire, Abrégé d'odontostomatologie. 2ème édition Masson Paris 1997.
- [12] Frank H. Netter. Atlas d'anatomie humaine 5 ème édition, Traduction Pierre Kamina, Elsevier MASSON 2011, p62.
- [13] Skálová A, Hyrcza MD, Leivo I. Update from the 5th Edition of the World Health Organization Classification of Head and Neck Tumors: Salivary Glands. *Head Neck Pathol.* 2022 Mar;16(1):40–53.
- [14] Spiro RH. Salivary neoplasms: overview of a 35-year experience with 2807 patients. *Head Neck Surg* 1986;8:177–84.
- [15] Oplatek A, Ozer E, Agrawal A, et al. Patterns of recurrence and survival of head and neck adenoid cystic carcinoma after definitive resection. *Laryngoscope* 2010;120:65–70.
- [16] Wiseman SM, Popat SR, Rigual NR, et al. Adenoid cystic carcinoma of the para-nasal sinuses or nasal cavity: a 40-year review of 35 cases. *Ear Nose Throat J* 2002;81:510–4.
- [17] Lisan Q, Leclerc N, Kania R, Guichard J-P, Herman P, Verillaud B. Tumeurs de la fosse infratemporale : quand suspecter une tumeur maligne ? Étude rétrospective d'une série de 62 cas. *Ann Fr Oto-Rhino-Laryngol Pathol Cervico-Faciale.* 2018;135(5):3058.
- [18] H Haddad, H Riahi, T Chekrine et al. Carcinome adénoïde kystique de la tête et du cou *Cancer/Radiothérapie* (2007):382–430.
- [19] Gassab E, Krifa N, Harrathi K, Moussa A, Koubaa J, Gassab A. Carcinome adénoïde kystique sous-glottique. *JTun ORL* N° 22. juin 2009: 62-5.
- [20] Sato, K., Shimamoto, H., Mochizuki, Y. *et al.* Traitement des cancers bucco-dentaires pendant la grossesse: discussion au cas par cas. *J d'Otolaryngol - Surtense de tête et de cols* 48, 9 (2019).
- [21] Mendenhall WM, Morris CG, Amdur RJ, et al. Radiotherapy alone or combined with surgery for adenoid cystic carcinoma of the head and neck. *Head Neck* 2004;26:154–62.

- [22] Lupinetti AD, Roberts DB, Williams MD, et al. Sinonasal adenoid cystic carcinoma: the M.D. Anderson Cancer Center experience. *Cancer* 2007;110:2726–31.
- [23] Rhee C-S, Won T-B, Lee CH, et al. Adenoid cystic carcinoma of the sinonasaltract: treatment results. *Laryngoscope* 2006;116:982–6.
- [24] Spiro RH, Huvos AG, Strong EW. Adenoid cystic carcinoma: factors influencing survival. *Am J Surg* 1979;138:579–83.
- [25] Badoual C, Cros J, Roussel H, Wassef M, Cucherousset J. Les carcinomes des glandes salivaires : description histologique des principaux sous-types histologiques. *Rev Francoph Lab. janv* 2013;2013(448):55-61.
- [26] Bosch A, Brandenburg JH, Gilchrist KW. Lymph node metastases in adenoidcystic carcinoma of the submaxillary gland. *Cancer* 1980;45:2872–7.
- [27] Min R, Siyi L, Wenjun Y, et al. Salivary gland adenoid cystic carcinoma withcervical lymph node metastasis: a preliminary study of 62 cases. *Int J OralMaxillofac Surg* 2012;41:952–7.
- [28] Lasaridis N, Tilaveridis I, Karakasis D. Management of a cacinoma of the tongue during pregnancy : report of case. *J Oral maxillofac surg*1996 :54 :221-4.
- [29] Garden AS, Weber RS, Morrison WH, et al. The influence of positive marginsand nerve invasion in adenoid cystic carcinoma of the head and neck treatedwith surgery and radiation. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1995;32:619–26.
- [30] Tagliabue M, Elrefaey SH, Peccatori F, Favia G, Navach V, Pignataro L, et al. Tongue cancer during pregnancy: surgery and more, a multidisciplinary challenge. *Crit Rev Oncol Hematol.* 2016;98:1–11.
- [31] Van De Velde M, De Buck F. Anesthesia for non-obstetric surgery in the pregnant patient. *Minerva Anesthesiol.* 2007;73:235–40.
- [32] Otake M, Schull WJ. Radiation-related small head sizes among prenatally exposed A-bomb survivors. *Int J Radiat Biol.* 1993;63:255–70.

- [33] Stovall M, Blackwell CR, Cundiff J, Novack DH, Palta JR, Wagner LK, et al. Fetal dose from radiotherapy with photon beams: report of AAPM radiation therapy committee task group no. 36. *Med Phys.* 1995;22:63-82.
- [34] Kato H, Kanematsu M, Sakurai K et al. Adenoid cystic carcinoma of the maxillary sinus: CT and MR imaging findings. *Jpn J Radiol.* nov 2013;31(11):744-9.
- [35] Beutter P, Breteau N, Calais G et al. Tumeurs cervicofaciales. Référentiel OncoCentre. Septembre 2014: 39.
- [36] Bera G, DeLaroche R, Bertoïa C, Herve G, Bandini M, Bertaux M, et al. Valeur diagnostique et pronostique de la TEP/TDM au 18F-FDG dans la prise en charge des carcinomes adénoïdes kystiques des glandes salivaires. *Médecine Nucl.* mai 2016;40(3):174.

ANNEXES

8. ANNEXES

FICHE SIGNALETIQUE

Nom : DIARRA

Prénom : Sidiki

Nationalité : malienne

Titre du mémoire : carcinome adénoïde kystique du plancher buccal sur terrain gravidique : prise en charge au centre national d'odontostomatologie professeur Hamady TRAORE

Année Universitaire : 2023-2024

Ville de soutenance : BAMAKO

Pays de soutenance : MALI

Lieu de dépôt : bibliothèque de la FMOS, bibliothèque du CHU-CNOS Pr HT

Secteur d'intérêt : stomatologie et chirurgie maxillofaciale, santé publique, ORL, chirurgie buccale.

RESUME

Le carcinome adénoïde kystique (CAK) est une tumeur maligne rare. Il représente 1 % des tumeurs de la tête et du cou et se développe au niveau des cellules sécrétrices de la muqueuse des glandes salivaires. Les cancers buccaux représentent environ 2 % de toutes les tumeurs malignes pendant la grossesse.

L'objectif de ce travail était de décrire les particularités de la prise en charge d'un CAK chez une femme enceinte et de faire la revue de la littérature.

Nous rapportons le cas de madame SK âgée de 35 ans mariée ménagère, enceinte d'une grossesse évolutive mono-fœtale intra-utérine de 27 semaines d'aménorrhées (SA), admise pour stomatorragie associée à une AEG dont la symptomatologie évoluait depuis deux années marquées par une tuméfaction du plancher buccal d'apparition spontanée, augmentant progressivement de volume avec des saignements spontanés, sans antécédents particuliers.

L'étude anatomopathologique a mis en évidence un aspect histologique évoquant un carcinome adénoïde kystique de grade II. Elle a bénéficié d'une exérèse de la tumeur en monobloc, et d'un curage ganglionnaire triangulaire sous AG.

Les suites opératoires ont été simples. La grossesse a évolué normalement et la patiente a accouché par voie basse sans particularité. Elle n'a présenté aucune récurrence après un recul de 16 mois.

Mots clés : carcinome adénoïde kystique, prise en charge, Bamako, plancher buccal, grossesse.

SUMMARY

Adenoid cystic carcinoma (ACC) is a rare malignant tumour. It accounts for 1% of tumours of the head and neck and develops in the secretory cells of the mucosa of the salivary glands. Oral cancers account for around 2% of all malignant tumours in pregnancy.

The aim of this study was to describe the particularities of the management of a CAC in a pregnant woman and to review the literature.

We report the case of Mrs SK, aged 35, married, housewife, pregnant with a progressive intrauterine mono-foetal pregnancy at 27 weeks' amenorrhoea (SA), admitted for stomatorrhagia associated with an AEG whose symptomatology had been evolving for two years marked by a swelling of the floor of the mouth of spontaneous onset, progressively increasing in volume with spontaneous bleeding, without any particular history.

Pathology revealed a histological appearance suggestive of grade II cystic adenoid carcinoma. She underwent monobloc tumour resection and triangular lymph node dissection under GA.

Post-operative management was straightforward. Pregnancy progressed normally and the patient gave birth vaginally to an unremarkable child. There was no recurrence after 16 months.

Key words: Adenoid cystic carcinoma, management, Bamako, floor of the mouth, pregnancy.