

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



République du Mali
Un Peuple - Un But - Une Foi

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

**Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie
(F.M.O.S)**

Année académique : 2012 - 2013

N° 179

Thèse
TUMEURS DE LA LANGUE AU SERVICE
DE STOMATOLOGIE ET DE CHIRURGIE
MAXILLO-FACIALE DU CHU-OS
DE BAMAKO

Présentée et soutenue publiquement le/...../2013
Devant la Faculté de Médecine et
d'Odontostomatologie

Par M. Modibo Mamadou DIALLO

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine
(DIPLOME D'ETAT)

Jury

President: Pr Mamadou Lamine DIOMBANA
Membre: Dr Ousseynou DIAWARA
Co-directeur: Dr Boubacar BA
Directeur: Pr Tiémoko Daniel COULIBALY

FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

ANNEE UNIVERSITAIRE 2012 - 2013

ADMINISTRATION

DOYEN : ANATOLE TOUNKARA † - PROFESSEUR
VICE-DOYEN : IBRAHIM I. MAIGA - PROFESSEUR
SECRETARE PRINCIPAL : IDRISSE AHMADOU CISSE - MAITRE DE CONFERENCE
AGENT COMPTABLE : MADAME COULIBALY FATOUMATA TALL - CONTROLEUR DES FINANCES

LES PROFESSEURS A LA RETRAITE

Mr Alou BA †	Ophtalmologie
Mr Bocar SALL	Orthopédie Traumatologie - Secourisme
Mr Yaya FOFANA	Hématologie
Mr Mamadou L. TRAORE	Chirurgie Générale
Mr Balla COULIBALY	Pédiatrie
Mr Mamadou DEMBELE	Chirurgie Générale
Mr Mamadou KOUMARE	Pharmacognosie
Mr Ali Nouhoum DIALLO	Médecine interne
Mr Aly GUINDO	Gastro-Entérologie
Mr Mamadou M. KEITA	Pédiatrie
Mr Siné BAYO	Anatomie-Pathologie-Histoembryologie
Mr Sidi Yaya SIMAGA	Santé Publique
Mr Abdoulaye Ag RHALLY	Médecine Interne
Mr Boulkassoum HAIDARA	Législation
Mr Boubacar Sidiki CISSE	Toxicologie
Mr Massa SANOGO	Chimie Analytique
Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Sanoussi KONATE	Santé Publique
Mr Abdou Alassane TOURE	Orthopédie - Traumatologie
Mr Daouda DIALLO	Chimie Générale & Minérale
Mr Issa TRAORE	Radiologie
Mr Mamadou K. TOURE	Cardiologie
Mme SY Assitan SOW	Gynéco-Obstétrique
Mr Salif DIAKITE	Gynéco-Obstétrique
Mr Abdourahmane S. MAIGA	Parasitologie
Mr Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Amadou DIALLO	Biologie
Mr Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R. & PAR GRADE

D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS

Mr Kalilou OUATTARA	Urologie
Mr Amadou DOLO	Gynéco-Obstétrique
Mr Alhousseini Ag MOHAMED	O.R.L.
Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale
Mr Abdel Kader TRAORE Dit DIOP †	Chirurgie Générale, Chef de D.E.R
Mr Gangaly DIALLO	Chirurgie Viscérale
Mme TRAORE J. THOMAS	Ophtalmologie
Mr Nouhoum ONGOIBA	Anatomie & Chirurgie Générale

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Abdoulaye DIALLO	Ophtalmologie
Mr. Mamadou TRAORE	Gynéco-Obstétrique
Mr Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale
Mr Sékou SIDIBE	Orthopédie. Traumatologie
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie - Réanimation
Mr Tiéman COULIBALY	Orthopédie Traumatologie

Mr Sadio YENA
 Mr Youssouf COULIBALY
 Mr Zimogo Zié SANOGO
 Mr Mohamed KEITA
 Mr Mady MACALOU
 Mme TOGOLA Fanta KONIPO †
 Mr Ibrahim ALWATA
 Mr Sanoussi BAMANI
 Mr Tiemoko D. COULIBALY
 Mme Diénéba DOUMBIA
 Mr Bouraïma MAIGA
 Mr Niani MOUNKORO
 Mr Zanafon OUATTARA
 Mr Adama SANGARE
 Mr Aly TEMBELY
 Mr Samba Karim TIMBO
 Mr Souleymane TOGORA
 Mr Lamine TRAORE
 Mr Issa DIARRA
 Mr Djibo Mahamane DIANGO

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Youssouf SOW
 Mr Moustapha TOURE
 Mr Mamadou DIARRA
 Mr Boubacary GUINDO
 Mr Moussa Abdoulaye OUATTARA
 Mr Birama TOGOLA
 Mr Bréhima COULIBALY
 Mr Adama Konoba KOITA
 Mr Adégné TOGO
 Mr Lassana KANTE
 Mr Mamby KEITA
 Mr Hamady TRAORE
 Mme KEITA Fatoumata SYLLA
 Mr Drissa KANIKOMO
 Mme Kadiatou SINGARE
 Mr Nouhoum DIANI
 Mr Aladji Seïdou DEMBELE
 Mr Ibrahima TEGUETE
 Mr Youssouf TRAORE
 Mr Lamine Mamadou DIAKITE
 Mme Fadima Koréïssy TALL
 Mr Mohamed KEITA
 Mr Broulaye Massaoulé SAMAKE
 Mr Yacaria COULIBALY
 Mr Seydou TOGO
 Mr Tioukany THERA
 Mr Oumar DIALLO
 Mr Boubacar BA
 Mme Assiatou SIMAGA
 Mr Seydou BAKAYOKO
 Mr Sidi Mohamed COULIBALY
 Mr Adama GUINDO
 Mme Fatimata KONANDJI
 Mr Hamidou Baba SACKO
 Mr Siaka SOUMAORO
 Mr Honoré Jean Gabriel BERTHE
 Mr Drissa TRAORE
 Mr Bakary Tientigui DEMBELE
 Mr Koniba KEITA
 Mr Sidiki KEITA
 Mr Soumaïla KEITA
 Mr Alhassane TRAORE

Chirurgie Thoracique
 Anesthésie – Réanimation
 Chirurgie Générale
 ORL
 Orthopédie/Traumatologie
 ORL
 Orthopédie - Traumatologie
 Ophtalmologie
 Odontologie
 Anesthésie/Réanimation
 Gynéco/Obstétrique
 Gynécologie/Obstétrique
 Urologie
 Orthopédie - Traumatologie
 Urologie
 ORL
 Odontologie
 Ophtalmologie
 Gynéco-Obstétrique
 Anesthésie-réanimation

Chirurgie Générale
 Gynécologie/Obstétrique
 Ophtalmologie
 ORL
 Chirurgie Générale
 Chirurgie Générale
 Chirurgie Générale
 Chirurgie Générale
 Chirurgie Générale
 Chirurgie Pédiatrique
 Odonto-Stomatologie
 Ophtalmologie
 Neuro Chirurgie
 ORL-Rhino-Laryngologie
 Anesthésie-Réanimation
 Anesthésie-Réanimation
 Gynécologie/Obstétrique
 Gynécologie/Obstétrique
 Urologie
 Anesthésie Réanimation
 Anesthésie Réanimation
 Anesthésie Réanimation
 Chirurgie Pédiatrique
 Chirurgie Thoracique et Cardio Vasculaire
 Gynécologie
 Neurochirurgie
 Odontostomatologie
 Ophtalmologie
 Ophtalmologie
 Ophtalmologie
 Ophtalmologie
 Ophtalmologie
 ORL
 ORL
 Urologie
 Chirurgie Générale
 Chirurgie Générale
 Chirurgie Générale
 Chirurgie Générale
 Chirurgie Générale
 Chirurgie Générale

4. ASSISTANTS

Mr. Drissa TRAORE

Anatomie

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS

Mr Ogobara DOUMBO
Mr Yénimégué Albert DEMBELE
Mr Anatole TOUNKARA †
Mr Adama DIARRA
Mr Sékou F.M. TRAORE
Mr Ibrahim I. MAIGA

Parasitologie – Mycologie
Chimie Organique
Immunologie
Physiologie
Entomologie Médicale **Chef de DER**
Bactériologie – Virologie

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Amadou TOURE
Mr Mahamadou A. THERA
Mr Djibril SANGARE
Mr Guimogo DOLO
Mr Cheik Bougadari TRAORE
Mr Bokary Y. SACKO
Mr Bakarou KAMATE

Histoembryologie
Parasitologie -Mycologie
Entomologie Moléculaire Médicale
Entomologie Moléculaire Médicale
Anatomie-Pathologie
Biochimie
Anatomie Pathologie

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Bakary MAIGA

Immunologie

4. ASSISTANTS

Mr Mamadou BA
Mr Moussa FANE
Mr Issa KONATE
Mr Hama Abdoulaye DIALLO
Mr Mamoudou MAIGA
Mr Harouna BAMBA
Mr Sidi Boula SISSOKO
Mr Bréhima DIAKITE
Mr Yaya KASSOUGUE
Mme Safiatou NIARE
Mr Abdoulaye KONE
Mr Bamodi SIMAGA
M. Aboubacar Alassane Oumar
M. Seidina Aboubacar Samba DIAKITE

Biologie, Parasitologie Entomologie Médicale
Parasitologie Entomologie
Chimie Organique
Immunologie
Bactériologie
Anatomie Pathologie
Hysto-Embryologie
Génétique
Génétique
Parasitologie
Parasitologie
Physiologie
Pharmacologie
Immunologie

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS

Mr Mahamane MAIGA
Mr Baba KOUMARE
Mr Moussa TRAORE
Mr Hamar A. TRAORE
Mr Dapa Aly DIALLO
Mr Moussa Y. MAIGA
Mr Somita KEITA
Mr Boubakar DIALLO
Mr Toumani SIDIBE
Mr Mamady KANE
Mr Adama D. KEITA
Mr Sounkalo DAO
Mr Siaka SIDIBE

Néphrologie
Psychiatrie
Neurologie
Médecine Interne
Hématologie
Gastro-entérologie – Hépatologie
Dermato-Léprologie
Cardiologie
Pédiatrie
Radiologie
Radiologie
Maladies Infectieuses **Chef de DER**
Radiologie

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Abdel Kader TRAORE
Mr Mamadou DEMBELE

Médecine Interne
Médecine Interne

Mr Saharé FONGORO
Mr Bakoroba COULIBALY
Mr Bou DIAKITE †
Mr Bougouzié SANOGO
Mme SIDIBE Assa TRAORE
Mme TRAORE Mariam SYLLA
Mr Daouda K. MINTA
Mr Souleymane DIALLO
Mr Seydou DIAKITE
Mr Mahamadou TOURE
Mr Idrissa Ah. CISSE
Mr Mamadou B. DIARRA
Mr Moussa T. DIARRA
Mme Habibatou DIAWARA
Mr Cheick Oumar GUINTO
Mr Anselme KONATE
Mr Kassoum SANOGO
Mr Boubacar TOGO
Mr Arouna TOGORA
Mr Souleymane COULIBALY
Mme KAYA Assétou SOUCKO

Néphrologie
Psychiatrie
Psychiatrie
Gastro-entérologie
Endocrinologie
Pédiatrie
Maladies Infectieuses
Pneumologie
Cardiologie
Radiologie
Rhumatologie/Dermatologie
Cardiologie
Hépatogastro-entérologie
Dermatologie
Neurologie
Hépatogastro-entérologie
Cardiologie
Pédiatrie
Psychiatrie
Psychologie
Médecine Interne

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Mahamadou GUINDO
Mr Ousmane FAYE
Mr Yacouba TOLOBA
Mme Fatoumata DICKO
Mr Boubacar DIALLO
Mr Youssoufa Mamoudou MAIGA
Mr Modibo SISSOKO
Mr Ilo Bella DIALL
Mr Mahamadou DIALLO
Mr Adama Aguisa DICKO
Mr Abdoul Aziz DIAKITE
Mr Boubacar dit Fassara SISSOKO
Mr Salia COULIBALY
Mr Ichaka MENTA
Mr Souleymane COULIBALY
Mr Japhet Pobanou THERA

Radiologie
Dermatologie
Pneumo-Phtisiologie
Pédiatrie
Médecine Interne
Neurologie
Psychiatrie
Cardiologie
Radiologie
Dermatologie
Pédiatrie
Pneumologie
Radiologie
Cardiologie
Cardiologie
Médecine Légale/Ophtalmologie

4. ASSISTANTS

Mr Drissa TRAORE

Anatomie

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

1. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Mamadou Souncalo TRAORE
Mr Jean TESTA
Mr Massambou SACKO
Mr Seydou DOUMBIA
Mr Samba DIOP
Mr Hamadoun SANGHO
Mr Adama DIAWARA

Santé Publique
Santé Publique
Santé Publique
Epidémiologie, **Chef de D.E.R.**
Anthropologie Médicale
Santé Publique
Santé Publique

2. MAITRES ASSISTANTS

Mr Hammadoun Aly SANGO
Mr Ousmane LY
Mr Cheick Oumar BAGAYOKO

Santé Publique
Santé Publique
Informatique Médecine

3. ASSISTANTS

Mr Oumar THIERO
Mr Seydou DIARRA
Mr Abdrahamane ANNE
Mr Abdrahamane COULIBALY

Biostatistique
Anthropologie Médicale
Biblioeconomie-Bibliographie
Anthropologie médicale

CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mr Souleymane GUINDO
Mme DEMBELE Sira DIARRA
Mr Modibo DIARRA
Mme MAIGA Fatoumata SOKONA
Mr Cheick O. DIAWARA
Mr Ousmane MAGASSY
Mr Ahmed BAH
Mr Mody A CAMARA
Mr Bougadary
Mr Jean Paul DEMBELE
Mr Rouillah DIAKITE
Mme Djénéba DIALLO
Mr Alou DIARRA
Mr Ousseynou DIAWARA
Mme Assétou FOFANA
Mr Seydou GUEYE
Mr Abdoulaye KALLE
Mr Amsalah NIANG
Mr Mamadou KAREMBE
Mme Fatouma Sirifi GUINDO
Mr Alassane PEROU
Mme Kadidia TOURE
Mr Oumar WANE

Gestion
Mathématiques
Nutrition
Hygiène du Milieu
Bibliographie
Biostatistique
Chirurgie dentaire
Radiologie
Prothèse scellée
Maladies infectieuses
Biophysique et Médecine Nucléaire
Néphrologie
Cardiologie
Parodontologie
Maladies infectieuses
Chirurgie buccale
Gastroentérologie
Odonto-Préventive et sociale
Neurologie
Médecine de Famille
Radiologie
Médecine dentaire
Chirurgie dentaire

ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr. Lamine GAYE

Physiologie

DEDICACE

A mon père Mamadou Sega

Toi qui m'as inspiré, guidé, encouragé et toujours soutenu.
Tu as toujours pris part à mes peines, mes joies, mes moments de doute et de crainte.

Merci pour la confiance que tu as placée en moi.

Tu es l'artisan de ce chemin parcouru, ton courage, ta rigueur dans notre éducation nous servent aujourd'hui.

Puisse ce travail t'honorer à la hauteur de tous les sacrifices consentis durant ces longues années.

Que le Tout-Puissant te préserve afin que tu puisses encore me tenir la main sur les chemins à venir.

A ma mère Mariatou Samaké

Mère exemplaire, tu es la meilleure des possessions que Dieu m'ait offertes.

Ton amour pour tes enfants n'a jamais fait défaut.

En m'amenant à accepter les autres avec leurs différences, tu as cultivé en moi les vertus de la tolérance et l'amour du prochain sur le fond de tendresse et d'affectivité.

Tu n'as jamais ménagé tes efforts pour les nombreux sacrifices que tu as consentis pour mes frères et moi.

Tes conseils et ton optimisme pour ma réussite dans la vie ont permis l'aboutissement de mes études.

Trouve ici chère mère l'expression de toute ma reconnaissance.

Que Dieu te garde longtemps en bonne santé auprès de nous !

A mon frère et mes sœurs : Oumou, Séga, Mariam

Votre soutien ne m'a jamais fait défaut, ce travail est aussi le vôtre.

Que nos liens fraternels se resserrent davantage.

A ma tante Fily Diallo

Merci pour vos soutien moral et bénédictions.

REMERCIEMENT

A tous mes oncles, tantes

Merci pour vos prières, soutien et conseils ; que Dieu vous récompense ; ce travail est le vôtre.

A tous mes cousins et cousines

Merci pour vos conseils, aides et prières, ce travail est le vôtre.

A mes maîtres des écoles fondamentales et secondaires

Plus particulièrement à Sidi Mohamed Diarra et Ali Koné.

A mes Professeurs de la FMOS pour la qualité de l'enseignement que j'ai reçu

Plus particulièrement au Pr Cheick O Guinto

Au personnel du Centre Hospitalier Universitaire d'Odontostomatologie

A l'ensemble du personnel du Centre Hospitalier Universitaire d'Odontostomatologie (CHUOS), particulièrement le personnel des cabinets 03, 07, 09 et du service de stomatologie.

Vous êtes pour moi des tantes, oncles, frères et sœurs. Merci pour votre humanisme et disponibilité. Trouvez ici ma profonde reconnaissance.

A mes amis, camarades de promotion :

Ibrahim Diawara, Bokary Kampo, Amadou Berthé, Saharou Doucouré, Dr Amara Konaté, Moulaye Traoré, Dr Ousmane Sanogo, Mahamadou konaté, Ali Dembélé, Ali Diakité, Boukadary Traoré, Cheick O Kamissoko, Boubacar Traoré, Mamadou FK Traoré, Daoulata Touré.

A mes complices de tous les temps :

Youssouf Traoré, Dr Bréhima Emmanuel Cissoko, Dr Cheick O Sanogo, Dr Jérémie Dioné.

A mes collègues et camarades de promotion du service de stomatologie:

Moussa Kouyaté mon complice, Daoulata Touré et Siriman Traoré.

**HOMMAGES AUX
MEMBRES DU
JURY**

**HOMMAGES AUX
MEMBRES DU
JURY**

A notre maître et président de jury :

Professeur Mamadou Lamine DIOMBANA

- Maître de conférences d'odontostomatologie et de chirurgie maxillo-faciale ;
- Ancien Directeur Général du CHU-OS de Bamako ;
- Ancien chef de service de stomatologie et chirurgie maxillo-faciale du CHU-OS de Bamako ;
- Ancien chef de service de stomatologie et chirurgie maxillo-faciale de l'hôpital de Kati;
- Médaille du mérite de la santé du Mali.

Cher Maître,

Vous nous avez fait un grand honneur en acceptant de présider le jury de cette thèse.

Nous avons eu le plaisir d'apprécier vos nombreuses qualités humaines, et le privilège de bénéficier de l'immense richesse de vos enseignements.

Votre simplicité, votre disponibilité et surtout votre souci constant pour notre formation font de vous un maître de référence.

Veillez accepter cher Maître nos sincères remerciements.

A notre maître et juge :

Docteur Ousseynou DIAWARA

- Diplômé de la faculté de stomatologie de l'institut d'état de médecine de krasnodar
- Ancien Directeur adjoint de l'hôpital secondaire de San
- CES d'odontologie préventive et sociale à l'Université Cheikh Anta Diop de Dakar
- Certifié de parodontologie à l'Université Cheikh Anta Diop de Dakar
- Chef de service de parodontologie

Cher Maître,

Nous sommes très touchés par la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de siéger dans ce jury.

Nous sommes très honorés de pouvoir bénéficier de votre apport pour l'amélioration de la qualité de ce travail.

Votre rigueur scientifique et votre disponibilité font de vous un grand maître que nous gardons en mémoire.

Permettez-nous cher Maître de vous exprimer toute notre profonde gratitude et notre respect.

A notre maître et codirecteur de thèse :

Docteur Boubacar BA

- Certifié de chirurgie buccale.
- Maître Assistant en Odontostomatologie et chirurgie maxillo-faciale à la FMOS ;
- Praticien hospitalier au Centre Hospitalier Universitaire d'OdontoStomatologie (CHU-OS) de Bamako;

Cher Maître,

Vous nous avez fait un grand honneur en acceptant de codiriger ce travail.

Votre rigueur scientifique, votre disponibilité et surtout votre expérience professionnelle ont été pour nous un facteur déterminant dans la réalisation de ce travail.

Soyez rassuré cher Maître de notre profonde gratitude.

A notre maître et directeur de thèse :

Professeur Tiémoko Daniel COULIBALY

- Maître de conférences d'odontostomatologie et de chirurgie maxillo-faciale FMOS;
- Chef de service de l'odontologie chirurgicale du CHU-OS de Bamako ;
- Coordinateur du CES de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale.
- Coordinateur de la filière odontologie et du CES de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale.

Cher Maître,

Vous nous avez fait un grand honneur en acceptant de nous confier ce travail.

Nous sommes très fiers d'être comptés parmi vos élèves.

Vous avez accepté de nous guider avec beaucoup de patience tout au long de ce travail.

Votre grande disponibilité, vos qualités humaines et votre érudition sont autant de caractères qui forcent en vous respect et admiration.

Veillez accepter ici, cher Maître, l'expression de notre profonde gratitude.

ABREVIATIONS

ABV : adriamycine+bléomycine+vincristine

ADN : Acide désoxyribonucléique

ARN : acide ribonucléotique

AN : Assemblée nationale

BW : Bordet Wassermann

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CHU-OS : Centre Hospitalier Universitaire d'Odonto-Stomatologie

CNOS : Centre National d'Odonto-Stomatologie

CVC : cathéter veineux central

ECBU : Examen Cyto-Bactériologique des Urines

E.P.A : établissement public à caractère administratif

E.P.H : Etablissement Hospitalier Public

GE : Goutte Epaisse

Hb : Hémoglobine

HHV8 : Herpès Virus Humain type 8

HPV: Humain Papilloma Virus

IM : Injection Intra-musculaire

IRM : Imagerie par Résonance Magnétique

LCR : Liquide Céphalo-Rachidien

NFS : Numération Formule Sanguine

ORL : Oto-Rhino-Laryngologie

PED : Pays en développement

POK : Parasite Œuf Kyste

RM : République du Mali

RMS : Rhabdomyosarcome

SDRA : Syndrome de Détresse Respiratoire Aigu

SK : Sarcome de Kaposi

SRV : Sérologie retro-virale

TCA : Temps de céphaline activée

TP : Taux de prothrombine

TNM : Tumeur ganglion métastase

VADS : Voie aéro-digestive Supérieure

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION.....	1
• Preambule.....	2
• Intérêt.....	4
• Généralités.....	5
II. OBJECTIFS.....	44
III. METHODOLOGIE.....	46
IV. RESULTATS.....	50
V. DISCUSSION ET COMMENTAIRES.....	63
VI. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....	70
VII. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	75
RESUME.....	80
ANNEXES.....	82

INTRODUCTION

PREAMBULE

Le fonctionnement de la langue est intimement lié aux structures voisines, en particulier le voile du palais et du larynx. Elle constitue un élément clef au sein de plusieurs appareils fonctionnels [1].

Au sein de la muqueuse malpighienne de l'organe deux structures peuvent donner naissances à des tumeurs :

- les glandes sero-muqueuses enracinées dans le muscle ;
- les îlots lymphoïdes sous épithéliaux (amygdale linguale).

Les tumeurs de la langue se placent au quatrième rang des cancers des voies aérodigestives supérieures, après les carcinomes du larynx, de l'hypopharynx et de l'oropharynx [1].

Il s'agit d'une tumeur lymphophile (l'envahissement ganglionnaire conditionne en effet en grande partie le pronostic).

Il existe des facteurs intervenant dans la survenue de la pathologie entre autres le tabac, l'alcool, la mauvaise hygiène bucco-dentaire et l'avitaminose notamment C [2].

En France, les études sur les tumeurs de la langue en 2009 restent parcellaires. G. Kersenti dans sa thèse sur la place du lambeau antérolatéral de la cuisse dans la reconstruction linguale a eu 23 cas [5].

Dans le service ORL du CHU de Dakar ; M.D. MOHAMOUDOU signale une fréquence de 3,05% pour les tumeurs de la langue et du plancher entre 1976 et 1981[4].

Au Mali, en 1996 Diombana M.L. et Mohamed A.A. dans la revue de médecine d'Afrique noire ont effectué une étude rétrospective sur les tumeurs de la langue de 1981 à 1993 qui a relevé 25 cas sur 12 ans [3].

A l'heure actuelle la chirurgie et la radiothérapie sont les seuls traitements curatifs, la chimiothérapie étant un adjuvant [2].

En dépit des progrès chirurgicaux et de la radiothérapie, le traitement est souvent un échec pour de nombreux patients à risque (tumeurs T3- T4, extension métastatique ganglionnaire cervicale avec effraction capsulaire...) et une survie à 5 ans n'est obtenue que pour 30% à 50% d'entre eux [1].

A travers cette observation, on peut remarquer que la tumeur de la langue constitue une entité nosologique assez rare au monde et qui pose de nombreuses difficultés tant sur le plan étiologique, diagnostique que thérapeutique pour les médecins.

INTERET :

L'intérêt du sujet réside dans le fait :

- Le diagnostic et la prise en charge posent de nombreuses difficultés à savoir :
 - *le mauvais contrôle local expliquant le pronostic le plus souvent défavorable
 - *le manque de précision dans le bilan d'extension permettant de poser correctement les différentes indications thérapeutiques
 - *la mortalité et la morbidité opératoire des interventions
 - La pathologie n'est pas perçue comme telle chez les patients, ce qui conduit à une consultation tardive
 - Le traitement chirurgical, vu sa lourdeur entraîne souvent des mutilations qui se répercutent sur le fonctionnel.
 - La tumeur de la langue constitue une pathologie chirurgicale dont le diagnostic reste encore tardif ; dû d'une part à la similitude des signes cliniques de début avec des affections banales comme l'ulcération, la plaie sans aucune expression douloureuse.
 - La proximité du cerveau organe de commande de l'être humain montre l'importance des pathologies au niveau de cette région.

D'où toute l'importance de ce travail afin de comprendre le problème.

❖ ANATOMIE CLINIQUE DE LA LANGUE [1 ; 3]:

A. DEFINITION :

La langue est un organe musculomucosquelettique qui occupe la plus grande partie de la cavité buccale. Elle est implantée sur un squelette ostéofibreux et soutenue par une sangle musculaire, le plancher buccal. Par ses nombreux muscles, elle possède une grande mobilité, participant à la mastication, la déglutition, la succion, l'articulation des sons. Sa muqueuse est le siège d'organes sensoriels à l'origine de la perception gustative et d'un réflexe sécrétoire salivaire des glandes annexées à la cavité orale.

B. EMBRYOLOGIE :

La langue mobile et la base de la langue ont une origine embryologiquement différente. La langue mobile est d'origine ectoblastique provenant de la réunion de deux bourgeons latéraux, tandis que la base de la langue est endoblastique rejoignant les deux bourgeons antérieurs.

C. LA CONFIGURATION EXTERIEURE:

La langue comprend deux parties : la langue mobile orale, et la base de la langue, oropharyngée.

a) la base de la langue :

La base ou racine de la langue, fixe, correspond, au tiers postérieur de l'organe, siège de nombreux follicules lymphoïdes constituant la tonsille linguale. Elle est orientée presque verticalement, ce qui rend son exploration visuelle difficile et sa palpation primordiale. Elle appartient à l'oropharynx antérieur et les lésions, notamment cancéreuses envahissent rapidement les autres éléments du carrefour aérodigestif.

b) La langue mobile :

Le corps de langue, mobile, représente les deux tiers antérieures et se termine par la pointe linguale. Ces deux parties sont séparées par le V lingual ouvert en avant, marquées par le sillon terminal en arrière, les papilles gustatives caliciformes ou circumvallées en avant. L'apex du V lingual répond au foramen caecum, vestige du canal thyroïdienne, à l'origine de kyste ou de fistule.

La langue présente une face dorsale avec les papilles gustatives basilinguales en arrière du V lingual pour la perception amère, les papilles gustatives médianes pour la perception sucrée.

Le frein de la langue est situé à la face ventrale ou inférieure avec les caroncules sublinguales de part et d'autre où s'abouchent les orifices des glandes submandibulaire et sublinguale. Le bord latéral porte les papilles gustatives foliées analysant la perception salée. La pointe de la langue est la réunion des bords latéraux, des faces dorsale et ventrale.

D. LE SQUELETTE OSTEOFIBREUX :

Il est formé de l'os hyoïde, impair, médian à hauteur de la 4^e vertèbre cervicale, de la membrane hypoglosse verticale, haute de 1cm et du septum lingual.

a) L'os hyoïde :

Il est situé dans la concavité de l'arc mandibulaire, à hauteur de la 4^{ème} vertèbre cervicale. Il est formé d'un corps antérieur médian, prolongé à ses extrémités postérieures par une paire de petites cornes et de grandes cornes. En dedans de leur base, naissent les petites cornes, presque verticales, obliques en haut et en arrière.

b) La membrane de l'hypoglosse verticale :

Il s'agit d'une lame fibreuse qui s'insère en bas sur l'os hyoïde (entre les deux petites cornes) et qui se perd progressivement en haut dans l'épaisseur des masses musculaires de la langue.

c) Le septum lingual :

Lame fibreuse falciforme et verticale tendue de la membrane hyoglosse en bas jusqu'à la pointe de la langue en haut. Le septum lingual n'est qu'une barrière relative vis-à-vis d'une progression carcinomateuse.

E. LES MUSCLES DE LA LANGUE :

Dix-sept muscles constituent la langue : huit pairs et symétriques, un seul impair, le muscle longitudinal supérieur. Tous ces muscles sont fortement intriqués les uns aux autres difficiles à différencier. Ils sont tous innervés par le nerf hypoglosse (XII) à l'exception des muscles palato-glosses, innervés par le nerf facial [1]. Ces muscles peuvent être divisés en deux groupes :

a) Les muscles extrinsèques de la langue:

Ce sont des muscles pairs qui prennent naissance à l'extérieur de la langue et s'insèrent sur elle.

Ils sont au nombre de quatre paires qui sont :

- ✓ Le muscle génioglosse : il prend naissance au niveau de la mandibule et joue le rôle de protrusion et de dépression de la partie centrale de la langue ;
- ✓ Le muscle hyoglosse : prend son origine à l'os hyoïde et assure la dépression de la langue ;
- ✓ Le muscle styloglosse prend son origine à l'apophyse styloïde et assure l'élévation et la rétraction de la langue ;

- ✓ Le muscle palatoglosse prend son origine à l'aponévrose palatine et assure l'élévation en arrière de la langue.

b) Les muscles intrinsèques de la langue :

Ces muscles ont leurs points d'origine et d'insertion dans le tissu conjonctif de la langue elle-même. Ils changent la forme et la taille de la langue pour permettre l'élocution et la déglutition. Il existe un muscle impair et 3 paires de muscles :

- ✓ Le muscle longitudinal supérieur (impair) ;
- ✓ Les muscles longitudinaux inférieurs ;
- ✓ Les muscles transverses ;
- ✓ Les muscles verticaux.

F. LA MUQUEUSE LINGUALE :

Elle est formée d'un épithélium, pavimenteux, stratifié, non kératinisé et d'un chorion dense. La muqueuse est épaisse et adhérente aux muscles sous-jacents à la face dorsale. Elle est plus mince et non adhérente à la base, très clivable et transparente à la face inférieure, expliquant la formation des œdèmes de la base de la langue et du plancher buccal.

La muqueuse linguale forme quatre types de papilles :

- ✓ Les papilles filiformes, courtes soies kératinisés autour d'un axe conjonctif ;
- ✓ Les papilles fongiformes, globuleuses disséminées parmi les papilles filiformes et présentant des bourgeons gustatifs. Les glandes de séreuses de Von Ebner s'ouvrent dans le fond vallum, favorisant la dissolution des substances gustatives ;
- ✓ Les papilles caliciformes entourées d'un sillon ou d'un vallum et d'un bourrelet ;

Les papilles foliées sont inconstantes et constituent des crêtes muqueuses parallèles.

G. VASCULARISATION ARTERIELLE :

Très développée, elle est sous la dépendance de l'artère linguale principalement, plus accessoirement de l'artère palatine ascendante et l'artère pharyngienne ascendante.

a) Artère linguale :

Elle assure la majeure partie de la vascularisation de la langue.

Elle naît de l'artère carotide externe dans le triangle de Farabeuf et se porte en avant et en dedans, à la face externe du constricteur moyen du pharynx, un peu au dessus de la grande corne de l'os hyoïde. Elle chemine ensuite avec le nerf hypoglosse (XII), croise le muscle lingual inférieur et se divise en 2 branches terminales : l'artère sublinguale (vascularise la glande et le frein de la langue) et la rénine (qui s'enfonce dans l'épaisseur de la langue et vascularise la langue mobile).

Elle donne également une collatérale : l'artère dorsale de la langue qui vascularise la base de la langue, le pilier antérieur du voile et l'épiglotte.

b) Artère pharyngienne ascendante :

C'est une branche de l'artère carotide externe, elle est plaquée à la paroi pharyngée et donne quelques collatérales pour la base de la langue.

c) L'artère palatine ascendante :

Branche collatérale de l'artère faciale, elle naît au niveau de la loge sous amygdalienne et remonte vers le voile du palais entre le stylo-glosse et stylo-pharyngien. Elle vascularise la partie latérale de la base de la langue.

H. VASCULARISATION VEINEUSE :

La langue est drainée par deux réseaux veineux superficiels et profonds, mais la seule veine profonde est celle qui accompagne l'artère linguale.

Cinq courants veineux peuvent être décrits, par ordre d'importance décroissante, basée sur le diamètre des veines et leur territoire :

- ✓ Les veines satellites du nerf hypoglosse (en général deux veines) ;
- ✓ La veine valléculaire épiglottique ;
- ✓ La veine satellite du nerf lingual ;

- ✓ La veine du sillon amygdaloglosse ;
- ✓ La veine satellite de l'artère lingual.

De nombreuses valves sont présentes sur l'ensemble de ces veines. Ces courants veineux se drainent en règle dans un tronc commun, le tronc veineux linguofacial de Fara-beuf, qui rejoint la veine jugulaire interne.

G. DRAINAGE LYMPHATIQUE:

Les lymphatiques de la pointe de la langue se drainent vers les nœuds lymphatiques submentaux et submandibulaires bilatéraux ; ceux du corps de la langue vers les nœuds submandibulaires ; les lymphatiques de la base de la langue se drainent dans les nœuds submandibulaires et jugulocarotidiens. Les zones médiolinguales ont un drainage bilatéral.

H. INNERVATION :

La langue possède trois types d'innervation : motrice, sensitive, sensorielle.

a) L'innervation motrice :

L'innervation motrice est assurée par le nerf hypoglosse (XII), à l'exception du muscle styloglosse et du muscle palatoglosse, innervés par le nerf facial (VII) et le nerf glossopharyngien (IX).

b) L'innervation sensitive :

L'innervation sensitive des deux tiers antérieurs de la langue dépend du nerf lingual (V3). Le nerf glossopharyngien (IX) assure l'innervation de la base de la langue, et le nerf vague (X) celui du repli glossoépiglottique.

c) L'innervation sensorielle :

L'innervation sensorielle gustative des deux tiers antérieurs de la langue est sous la dépendance du nerf gustatif supérieur, dont les fibres empruntent le nerf lingual, la corde du tympan, le nerf facial et rejoignent le ganglion géniculé et le nerf intermédiaire de Wrisberg, connecté au noyau gustatif supérieur du plancher du 4ème ventricule. La gustation basilinguale dépend du nerf gustatif inférieur, dont les fibres empruntent le nerf glossopharyngien connecté au noyau gustatif inférieur.

❖ **PHYSIOLOGIE DE LA LANGUE [6] :**

A. PHONATION :

La phonation décrit non seulement l'apparition d'une vibration sonore au niveau des cordes vocales, mais aussi ses modifications par les cavités aériennes sus-jacentes (ou résonateurs anatomiques), la langue et les lèvres.

Elle comprend donc la transformation de la voix en éléments de la parole par le biais de plusieurs structures anatomiques, ce qui explique sa grande variabilité non seulement entre les individus, mais aussi chez un même individu selon les circonstances physiologiques ou pathologiques.

B. LA GUSTATION :

Le goût est une sensation permettant d'apprécier la sapidité d'une substance alimentaire. Il existe classiquement quatre types de saveurs élémentaires : le sucré, salé, amer, acide.

La sapidité d'une saveur ne peut être perçue qu'à l'état liquide, donc les aliments doivent être dissous dans un liquide ou dans la salive. C'est la condition indispensable pour que les molécules soient véhiculées vers les récepteurs gustatifs.

Les récepteurs gustatifs sont situés en majorité sur la langue (80%). La quasi-totalité de ces récepteurs sont situés dans l'épithélium des papilles gustatives fongiformes, circumvallées et foliées.

Leur répartition est inégale : les deux tiers antérieurs de la langue sont constitués majoritairement de récepteurs du sucré et du salé, tandis que le tiers postérieur est riche en récepteur amer. La perception acide est préférentiellement extra-linguale, vélaire.

C. LA MASTICATION ET LA DEGLUTITION :

Elle est constituée par l'ensemble des mécanismes qui permet la progression des aliments de la cavité buccale vers l'estomac.

La mastication va jouer le rôle de rassemblement du bol alimentaire pour le soumettre aux faces triturantes des dents.

Elle correspond donc à la préhension des aliments, leur préparation dans la bouche puis leur propulsion de l'oropharynx et de l'hypopharynx vers l'œsophage et l'estomac.

❖ TUMEUR :

1. DEFINITION [7]

Actuellement le terme de tumeur tend à être employé au sens ex-æquo de (néoplasme ou de néoplasie) c'est-à-dire toute nouvelle malformation tissulaire plus ou moins volumineuse ressemblant plus ou moins au tissu normal homologue (adulte ou embryonnaire) au dépens duquel elle s'est développée ; qui a tendance à persister et à s'accroître tout en échappant aux règles biologiques de la croissance et de la différenciation cellulaire.

Cette définition permet de rendre compte de plusieurs caractères d'une tumeur :

- Il s'agit d'une prolifération qualitativement et quantitativement anormale des éléments cellulaires d'un tissu organisé.
- Il existe un accroissement excessif de la tumeur par rapport aux tissus voisins.
- La prolifération tumorale se poursuit après arrêt de stimulus qui lui a donné naissance.
- La prolifération tissulaire est biologiquement autonome.

Anciennement dans la littérature anglo-saxonne, on désignait par tumeur ou tumor toute augmentation de volume localisée d'un organe ou d'une région du corps.

Cette augmentation pouvait correspondre à des processus pathologiques de nature différente : tumeur vraie, pseudotumeur inflammatoire, dysembryoplasie et hypertrophies.

Selon **Rougeaud et Chellont (1968)**, la tumeur est définie comme une néoformation tissulaire (plus ou moins volumineuse) qui correspond plus ou moins au tissu normal homogène et qui a tendance à persister et à croître.

Elle échappe aux règles biologiques de la croissance et de la différenciation tissulaire.

D'après **Amiel et Rouesse**, la tumeur est un trouble de la croissance tissulaire caractérisé par une prolifération excessive des cellules, sans rapport avec les lésions physiologiques de l'organe atteint.

Willis voit dans la tumeur une masse anormale de tissu dont la croissance est en excès. Cette masse persiste et continue à croître même à l'arrêt des stimuli qui ont provoqué son apparition [8].

2. HISTOIRE NATURELLE DU DEVELOPPEMENT DE LA TUMEUR :

L'homme est un organisme multicellulaire regroupant plus de 1014 types de cellules organisées en tissus, organes et en systèmes.

Le développement et la croissance sont conditionnés par des processus complexes de régulation, de la prolifération, la différenciation et la mort cellulaire.

Ces phénomènes sont également mis en jeu au cours du renouvellement des cellules à durée de vie limitée, de la régénération des cellules parenchymateuses détruites et de la cicatrisation des plaies et des lésions inflammatoires.

La bonne régulation de ces processus est à l'origine de l'homéostasie tissulaire.

Des anomalies moléculaires de cette régulation sont à l'origine de prolifération mal contrôlée de groupes de cellules dont l'accumulation aboutit à la formation d'une tumeur macroscopique observable ou palpable [7].

Quatre phases caractérisent l'évolution naturelle d'une tumeur : une phase préclinique, une phase infra clinique, une phase clinique et une phase terminale [9].

a. Phase préclinique

Résulte de la présence d'une anomalie génomique acquise ou transmise, incapable à elle seule de transformer une cellule normale en cellule cancéreuse, mais qui réduit le nombre de phénomènes acquis nécessaires à la transformation cellulaire.

b. Phase infra clinique

Comporte une étape d'initiation aboutissant à une transformation cellulaire (acquisition d'un phénotype de cellule maligne). Il s'agit d'une étape acquise par action conjointe sur le génome d'agents carcinogènes (initiateurs=mutagènes) et d'agents cocarcinogènes.

L'étape de promotion entraîne l'apparition d'une émergence d'un phénotype cellulaire tumoral indépendant des contrôles tissulaires. L'étape de promotion

est associée à une étape de progression infra clinique lente initiale puis exponentielle.

c. Phase clinique

Apparaît lors du développement de plus de 10^9 cellules tumorales.

Une progression métastatique apparaît après une première phase d'invasivité locale. Le phénomène métastatique résulte de multiples étapes toutes mitotiques.

- Croissance de la tumeur primitive (angiogénèse)
- Invasion (sécrétion d'enzymes protéolytiques et migration cellulaire)
- Survie dans la circulation générale
- Arrêt dans les organes cibles (adhésion spécifique à l'endothélium vasculaire et aux membranes basales)
- Extravasation (sécrétion d'enzymes protéolytiques et migration cellulaire)
- Croissance dans l'environnement tissulaire spécifique au sein de l'organe cible, de la métastase primaire (récepteurs aux facteurs de croissance, phénomène d'autocrinie)
- Métastases secondaires

d. Phase terminale

Elle est le résultat d'un échappement thérapeutique. Les cellules tumorales sont caractérisées par une autonomie de croissance, une adaptabilité métabolique cellulaire, des phénomènes de pharmacorésistance.

3. CARACTÈRES GÉNÉRAUX DE LA CELLULE TUMORALE [10]

a. Caractères résiduels

La cellule garde un certain degré de différenciation caractéristique du tissu original.

b. Caractères morphologiques acquis

Anomalies du noyau : volumineux, multiples, nucléoles visibles, hyperploïdie.

Anomalies de la taille des cellules : hétérogènes

Anomalies cytoplasmiques : augmentation du rapport cyto-nucléaire

Anomalies de la membrane cytoplasmique : perte de l'inhibition de contact, modification de l'adhésivité, modifications des antigènes de surface.

c. Caractères dynamiques acquis

Taux élevé, autonome, anarchique et indéfini de mitoses. Mort cellulaire par hypoxie.

d. Anomalies biochimiques

Moindre différenciation (diminution des activités de synthèse, de sécrétion, d'excrétion).

Synthèse de substances en quantité et de qualité anormales : immunoglobulines.

Hormones (syndromes paranéoplasiques).

Troubles de l'induction enzymatique.

4. NOTION DE CROISSANCE TUMORALE [11]

La tumeur comporte 3 compartiments

- Le compartiment des cellules en division ;
- Le compartiment des cellules quiescentes ;
- Le compartiment des cellules incapables de se diviser (mort cellulaire).

Trois paramètres définissent la cinétique de croissance tumorale

- Le coefficient de prolifération tumorale (nombre de cellules engagées en division),
- Le coefficient de perte cellulaire,
- La durée du cycle cellulaire (paramètre de moindre importance).

5. MODES DE PROPAGATION DE LA TUMEUR [11]

- Une phase d'extension locale initiale

Les cellules cancéreuses adoptent des caractéristiques de mobilité accrue, de perte de l'inhibition de contact, de moindre cohésion intercellulaire.

Des substances favorisant cette progression sont sécrétées. Il s'agit de facteurs d'angiogénèse, de facteurs toxiques induisant une nécrose tissulaire,

de facteurs protéolytiques à l'origine d'une destruction de l'élastine et du collagène, d'une activation des phénomènes de lyse locale.

- **L'extension régionale**

Résulte de facteurs mécaniques (compression tumorale sur les organes de voisinage), de modifications de la vascularisation régionale.

L'extension régionale est liée à la nature du tissu d'origine (stroma péri tumoral, réaction inflammatoire). Une progression locale peut se propager anatomiquement le long des gaines des nerfs, des vaisseaux, des aponévroses.

- **L'extension métastatique**

Repose le plus souvent sur les deux voies de dissémination décrites ci-dessous.

- **Dissémination hématogène**

Cette voie est particulièrement fréquente pour les sarcomes, ainsi que pour beaucoup de carcinomes (poumon, colorectal, estomac, rénal, prostate, endocrinien).

Parmi les grandes voies de dissémination hématogènes :

- **Grande circulation** (à partir du poumon)
- **Poumon** (à partir du système cave)
- **Foie** (à partir du système porte)

Cette multiplicité de voies de dissémination reflète celle des sites métastatiques.

6. Etiologies [5]

Les agents étiologiques sont nombreux dans le cancer de la langue, certains plus spécifiques à certaines localisations.

a) TABAC

Le rôle carcinogène du tabac dans le cancer de la langue est établi depuis plus de 50 ans de façon statistiquement significative.

Il existe plusieurs variétés de feuilles de tabac.

Le tabac à fumer sont constitués de plusieurs espèces auxquelles on rajoute des additifs leur conférant alors un arôme spécifique.

La toxicité du tabac est donc variable. C'est la combustion incomplète du tabac qui crée la fumée de cigarette : celle-ci contient de nombreuses substances, que l'on peut schématiquement séparer en 4 groupes :

- La nicotine, responsable du phénomène d'accoutumance.
- Le monoxyde de carbone.
- Les irritants : phénols, aldéhydes, acroléine.
- Les hydrocarbures aromatiques polycycliques, en particulier le 3-4 benzopyrène. Cette substance cancérigène se retrouve en proportion variable dans les mélanges de tabac, allant d'un facteur 1 à 10

b) ALCOOL

Le risque de cancer de la langue est plus élevé chez les buveurs excessifs que chez les patients abstinentes.

L'alcool seul n'induit pas de cancer, il possède un rôle carcinogène en association avec le tabac.

- Il est solvant des produits cancérigènes du tabac et favorise la pénétration de ces produits.
- Il peut être associé à des produits carcinogènes, comme les nitrosamines dans la bière.
- Il perturbe les systèmes enzymatiques comme les cytochromes P450.
- Il irrite les muqueuses ce qui entraîne une diminution de leur protection par la salive.
- Il induit des déficiences nutritionnelles dont l'impact sera étudié par la suite.

Toutes les boissons alcoolisées sont néfastes lorsqu'elles sont consommées de façon importante.

c) FACTEURS NUTRITIONNELS

- **Déficit en fer**

Des modifications histologiques de la muqueuse de la cavité buccale ont été rapportées secondairement à une carence martiale, qui favoriserait l'action des facteurs carcinogènes.

- **Carences vitaminiques**

Qu'elles soient spontanées ou secondaires à la consommation d'alcool, elles favorisent la survenue des cancers, en particulier le déficit en vitamine A et en vitamine C.

d) FACTEURS VIRAUX

Le papillomavirus

Son rôle carcinogène dans la survenue du cancer du col utérin est déjà établi, justifiant une vaccination préventive chez les jeunes filles. Son implication dans les cancers des VADS est plus récente.

En pratique, il est indispensable de faire des recherches virales lorsqu'il existe un cancer de la langue ou de l'amygdale de type épidermoïde chez un patient sans facteur de risque.

Le pronostic des cancers liés au papillomavirus est meilleur.

e) AUTRES FACTEURS ASSOCIES

La consommation de marijuana favoriserait les cancers de la langue mobile. On retrouve dans sa fumée certains facteurs carcinogènes de la fumée du tabac, mais en quantités plus importantes.

Les traitements immunosuppresseurs

Les syndromes de déficits immunitaires congénitaux ou acquis.

Les tumeurs oro-pharyngées surviennent plus fréquemment chez les patients infectés par le VIH que dans la population générale.

Les radiations ionisantes

g) FACTEURS GENETIQUES

Tous les consommateurs assidus de tabac ne développent pas de cancer de la langue. De façon plus générale, il existe des prédispositions génétiques aux cancers qui expliquent la pénétrance variable dans les populations à risque, voire l'apparition d'un cancer en l'absence de facteur de risque.

- Les prédispositions génétiques majeures au cancer : syndromes héréditaires et formes familiales.
- Les prédispositions génétiques mineures au cancer : elles mettent en jeu des gènes avec faible pénétrance qui expliquent l'absence de tableau familial évident. Ces facteurs mineurs modulent probablement l'influence de l'environnement sur l'organisme.

7. LESIONS PRECANCEREUSES EPITHELIALES OU LESIONS EPITHELIALES PRECURSEUSES [5 ; 12]

Ce sont des altérations épithéliales qui peuvent ou non évoluer vers un carcinome épidermoïde. Elles sont observées généralement chez les hommes âgés de plus de 50 ans et sont associés à la consommation alcool-tabagique.

L'aspect macroscopique est variable : épithélium d'aspect normal, plaques blanches plus ou moins surélevées (leucoplasies), taches rouges saignantes au contact (érythroplasies), zones irrégulières liées à l'épaisseur inégale de l'épithélium, aspect aminci ou verruqueux. Le plus souvent, le cancer est découvert à un stade évolué avec une langue fixée, dysarthrie, otalgies réflexes et stomatorragies. Parfois une tuméfaction cervicale chronique correspond soit à une adénopathie cervicale sous-digastrique métastatique soit au pôle inférieur de la tumeur en est le signe révélateur.

Si le carcinome épidermoïde reste de loin le plus fréquent (80% de cas), les tumeurs malignes développées sur les organes lymphoïdes de la base de la langue ne sont pas rares. Très lymphophiles les métastases ganglionnaires régionales sont souvent bilatérales. Seule l'analyse histologique par réalisation d'une biopsie permet de classer ces lésions.

❖ TUMEURS BENIGNES DE LA LANGUE [13]

Les tumeurs bénignes de la langue sont très nombreuses et très variées.

Leur incidence est extrêmement variable et quelques unes seulement se rencontrent fréquemment.

La recherche de signes de malignité doit constituer le premier temps de la démarche diagnostique.

Le recours à l'examen histologique est systématique. Le traitement chirurgical est indiqué pour toutes les lésions sauf pour les tumeurs vasculaires qui doivent faire l'objet d'examens complémentaires.

A. LES TUMEURS EPITHELIALES : Elles sont presque exclusivement représentées par les papillomes.

1. LES PAPILOMES :

Il s'agit d'une croissance exophytique saillante où elle s'implante par un pied étroit ou large. Le papillome survient à n'importe quel âge, fréquent chez la femme. Sa couleur est blanche parfois grisâtre, sa surface est constituée de nombreuses petites digitations lui offrant un aspect en chou-fleur. Il est souvent kératinisé en surface.

Histologiquement le papillome est constitué par un épithélium épaissi.

2. LA VERRUE VULGAIRE :

Elle ne diffère du papillome que par son origine virale.

L'immunohistochimie pourrait confirmer la présence de HPV 2 et 4 dans les cellules.

3. LE CONDYLOME ACUMINE

4. HYPERPLASIE EPITHELIALE FOCALE (maladie de HECH)

5. LE MOLUSCOM CONTAGISUM

6. XANTOME VERRUCIFORME

7. LES NAEVI CELLULAIRES

B. LES TUMEURS CONJONCTIVES : Elles sont polymorphes, pouvant simuler la structure de tous les types tissus conjonctifs.

1. Fibrome : Le fibrome est une lésion nodulaire, le suivant sessile, ferme, recouverte d'une muqueuse lisse ou discrètement kératosique, il s'observe à tout âge mais le plus suivant entre la 3eme et la 5eme décade ; sa croissance est lente.

Histologiquement, le fibrome est constitué de fibroblastes et de fibrocytes agencées en faisceaux, dissociés par des bandes faites de fibre collagène, l'épithélium de recouvrement est d'aspect normal.

Le traitement est chirurgical, non suivi de récurrence, si l'exérèse est complète.

2. Le myxome : Il est rare et il existe deux variétés :

Le myxome muqueux et le myxome sous muqueux.

Le myxome est principalement constitué par une substance fondamentale mucoïde contenant quelques cellules étoilées ou fusiformes de collagènes et de réticuline.

La lésion est bénigne ne donne pas de métastases bien qu'elle infiltre fréquemment les tissus voisins.

3. Le lipome : c'est une tumeur d'origine graisseuse, rare et molle. Elle est faite d'adipocytes.

4. Hyperplasie fibreuse : C'est une hyperplasie fibro-épithéliale due à un traumatisme prothétique. Fréquente chez l'édenté dans le vestibule au contact de la fausse gencive d'une prothèse ancienne, mal adaptée et traumatisante. C'est une tuméfaction qui double la crête alvéolaire en avant de celui-ci et parallèle à cette crête, elle est sessile plus que pédiculée, parfois elle est double, en feuillets de livre ; elle est revêtue par une muqueuse normale, mais parfois ulcérée par la prothèse.

Le traitement consiste en l'excision chirurgicale de la tumeur mais les récurrences peuvent se produire si la prothèse responsable n'est pas réadaptée à la crête alvéolaire.

5. Le polype fibro-épithélial

6. Les kystes

C. LES TUMEURS VASULAIRES :

1. L'hémangiome : C'est une tumeur bénigne, caractérisée par une prolifération de vaisseaux sanguins, elle peut être de nature congénitale.

2. Le lymphangiome : C'est une tumeur bénigne, caractérisée par une prolifération des vaisseaux sanguins et lymphatiques, il est beaucoup moins fréquent que les hémangiomes.

D. LES TUMEURS MUSCULAIRES :

1. **Rabdomyome** : C'est une tumeur qui se développe aux dépens de muscles striés.

2. **Le Meiomyome** : C'est une tumeur rare au niveau de la cavité buccale. Elle se développe aux dépens de muscles lisses des parois vasculaires.

❖ LES TUMEURS MALIGNES DE LA LANGUE

1. CARCINOME EPIDERMOÏDE [13]

Le terme de carcinome recouvre 80% des cancers. Un carcinome est une tumeur maligne (cancéreuse) qui se développe aux dépens des tissus de revêtement, comme la peau ou les muqueuses. De nombreux organes possèdent des muqueuses : l'intestin, l'appareil génital, l'appareil urinaire, l'estomac, les poumons, etc.

Le nom carcinome épidermoïde signifie que les cellules touchées par ce type de cancer reproduisent une structure semblable à l'épiderme. On le retrouvera donc essentiellement au niveau de la peau, de la bouche, des poumons, de l'anus, du vagin et du col de l'utérus.

1.1. DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES ET CARCINOGENES [14]

Par leur fréquence, les carcinomes épidermoïdes de la tête et du cou sont au sixième rang des cancers des populations occidentales.

En France en 1995, chez l'homme, les carcinomes de la cavité buccale et de la langue se plaçaient aux quatrième et cinquième places des cancers des voies aérodigestives supérieures, après les carcinomes du larynx, de l'hypopharynx et de l'oropharynx.

Les carcinomes épidermoïdes représentent plus de 90% des cancers de la langue, touchant les deux tiers des cas la langue mobile et dans un tiers des cas la base de la langue.

L'incidence annuelle en France est estimée à 1 800 nouveaux cas masculins et 200 féminins, avec un âge moyen de 55 ans pour les hommes, 60 ans pour les femmes.

Les carcinomes de la langue mobile représentent 30% des carcinomes de la cavité buccale, et ceux de la base de la langue 20% des carcinomes de l'oropharynx.

Les deux facteurs favorisants les mieux connus sont le tabac et l'alcool, agissant en synergie, à l'origine d'une augmentation du risque sur un mode multiplicatif.

Alors que l'incidence des carcinomes de la tête et du cou paraît stable, plusieurs études épidémiologiques récentes soulignent l'augmentation de mortalité par cancer de la langue, notamment chez les sujets jeunes : aux Etats-Unis, entre

1960 et 1985, les hommes de 30 à 39 ans du **Connecticut** ont présenté quatre fois plus de cancer de la cavité orale que pendant la période équivalente précédente.

Au Texas, le pourcentage de patients jeunes atteints d'un cancer de la totalité de la langue est passé de 4% en 1971 à 18% en 1993.

A partir de la banque de données du National Cancer Institute Surveillance aux Etats-Unis, les cancers de la langue des adultes des deux sexes de moins de 40 ans ont augmenté de 60 % entre les périodes 1973-1984 et 1985-1997, alors que les méthodes diagnostiques n'ont pas radicalement changé et que la consommation de tabac et d'alcool tend à diminuer depuis le milieu des années 1960 parmi les jeunes américains.

En Europe, les certificats de décès d'hommes de moins de 44 ans enregistrés de 1955 à 1989 montrent une incidence multipliée par deux des cancers de la cavité buccale, surtout en Autriche, Allemagne, Hongrie, Pologne et Bulgarie.

En France, durant la période 1993-1997, les chiffres d'incidence des carcinomes de la cavité buccale et du pharynx, sont situés entre 30 et 50 pour 100 000 chez l'homme, et apparaissent comme les taux mondiaux les plus élevés.

1.2. HISTOLOGIE [14]

L'étude histologique simple à l'aide d'une coloration par l'HES (Hématéine éosine-safran) est le plus souvent suffisante.

Il s'agit de carcinomes épithéliaux invasifs, avec des degrés de différenciation variables. Celle-ci est définie par le polymorphisme nucléaire, l'activité mitotique et le nombre de mitoses anormales. Les tumeurs indifférenciées présentent des cellules immatures avec mitoses nombreuses et atypiques.

Le degré de kératinisation de ces tumeurs est variable, mais ne présente pas un caractère pronostic.

Ces tumeurs évoluent sur un mode végétant, infiltrant, voire parfois les deux. Lorsque les îlots tumoraux sont bien limités, le pronostic est meilleur. Par contre, le mode infiltrant est caractérisé par des cellules tumorales isolées ou de petits cordons irréguliers et dispersés sans limite bien définie. Elles sont alors plus agressives.

Ces lésions sont associées avec une réaction stromale (prolifération du Myofibroblaste) et dépôt de matrice extracellulaire et une néo-vascularisation.

L'étude histologique recherche des facteurs de mauvais pronostic : embolies néoplasiques, engrainements perinerveux, index mitotique élevé, différenciation cellulaire pauvre, berges chirurgicales envahies.

1.3. IMMUNOHISTOCHEMIE [14]

Le carcinome épidermoïde exprime des cytokératines, variables selon le grade histologique et le degré de différenciation. Les carcinomes de bas grade expriment les médium-high molecular weight cytokératines, ce qui n'est pas le cas des carcinomes de haut grade qui expriment plutôt la vimentine.

2. LE CARCINOME VERRUQUEUX (OU TUMEUR D'ACKERMAN OU PAPILOMAVIRUS ORAL FLORIDE) [15]

Il s'agit d'un sous type de carcinome épidermoïde, très bien différencié, qui est le plus souvent présent dans la cavité buccale (15 à 35% des cas).

Il se présente sous la forme d'une tumeur exophytique de croissance lente, le plus souvent développée sur une lésion leucoplasique. Il s'observe le plus souvent chez les hommes de 60 à 70 ans.

Histologiquement, il s'agit d'une tumeur malpighienne d'architecture papillaire. Ces papilles sont de grande taille en tapis de haute laine, recouverte par une kératose. Les mitoses sont rares et observées au niveau de la couche basale.

Ces carcinomes ne métastasent pas mais peuvent se transformer en authentique carcinome infiltrant.

3. CARCINOME EPIDERMOIDE DE TYPE BASALOIDE [15]

Il s'agit d'une variante rare et agressive, de haut grade, avec une double population cellulaire basaloïde et malpighienne mature.

Il s'observe le plus souvent au niveau de la base de langue et prédomine chez les hommes entre 60 et 80 ans. Les cellules sont basaloïdes, régulières, en noyau ovalaire et s'agencent en lobules, bordés par des cellules en palissade. Au centre des lobules, on trouve des plages de nécrose (aspect de Comedonecrose).

Cette composante basaloïde est associée à un contingent de carcinome épiloïde conventionnel. Ce type de carcinome possède un fort pouvoir métastatique, en particulier au poumon.

4. CARCINOME EPIDERMOÏDE INDIFFERENCIÉ [1]

Il représente seulement 0,8 à 2% des cancers de la langue et de l'oropharynx. Il s'agit d'un carcinome épiloïde indifférencié accompagné d'un infiltrant lympho-plasmocytaire réactif important. Il envahit dans 90% des cas la loge amygdalienne et la base de langue.

C'est un carcinome très lymphophile et radiosensible.

Carcinome sarcomatoïde (ou carcinome à cellules fusiformes ou pseudo sarcome ou carcinosarcome), il s'agit d'une variante du carcinome épidermoïde, constitué de cellules fusiformes, de mauvais pronostic. Il est le plus souvent situé dans le larynx ou l'hypopharynx. Le diagnostic différentiel est celui du sarcome.

5. ADENOCARCINOME ET TUMEURS DES GLANDES SALIVAIRES (CARCINOME ADENOÏDE KYSTIQUE) [15]

Il s'agit du second type le plus fréquent des tumeurs malignes des glandes salivaires : il représente 35 à 50% des tumeurs malignes des glandes salivaires accessoires et jusqu'à 60% des glandes sublinguales.

Elles présentent fréquemment un envahissement périneural ou périvasculaire.

Ce sont des tumeurs biologiquement agressives qui peuvent donner des métastases même des années après l'exérèse de la lésion primitive.

Le pronostic est influencé par la forme histologique de la tumeur, sa taille et l'importance des marges chirurgicales.

6. MALADIE DE KAPOSI [16]

La SK peut se définir comme un processus prolifératif mésenchymateux concernant les cellules des systèmes sanguin et lymphatique, induit par des facteurs de croissance viraux, notamment l'interleukine 6 de l'HHV8.

Quatre formes de maladies de Kaposi sont identifiées :

Une forme classique méditerranéenne décrite en 1872 par Kaposi à Vienne en Autriche, maladie cutanée maligne, rare, atteignant surtout l'homme âgé,

Une forme endémique décrite en 1950 en Afrique Centrale et de l'Est, maladie de l'homme adulte et de l'enfant,

Une forme dite poste transplant liée à une immunodépression acquise iatrogène, décrite en 1970 chez des patients greffés traités par immunosuppresseurs,

Une forme épidémique liée au Sida décrite en 1981, chez les personnes infectées par le VIH. C'est une des affections opportunistes les plus fréquentes et le premier cancer chez les sidéens. La Maladie de Kaposi pose en Afrique de l'Est et Centrale un véritable problème de santé publique (elle représente dans certaines régions 20 à 50% de tous les cancers diagnostiqués).

Depuis 1994, un nouvel agent viral, l'*HHV-8* est identifié comme agent étiologique de toutes les formes de Maladie de Kaposi (classique, endémique, post transplantation, et épidémique liée au VIH). Toutes ces formes ont en commun une même image histologique.

❖ ETUDE CLINIQUE

1. L'ATTEINTE CUTANEE (dans 90 % des cas)

Elle se manifeste soit par :

- macules brun violet ou marron sur peau pigmentée,
- papulonodules pigmentés
- nodule angiomateux
- placard infiltré ou verruqueux ou ulcéropapuleux

De nombreux diagnostics différentiels cliniques se posent devant ces lésions élémentaires, mais la diffusion des lésions, la fréquence des autres localisations, en particulier muqueuses, leur topographie faciale attire l'attention.

Toutes ces lésions peuvent atteindre l'ensemble des téguments en particulier le tronc, les membres (extrémités : mains, pieds) et le visage (nez et paupières).

Un lymphoedème du membre atteint peut être révélateur.

2. L'ATTEINTE MUQUEUSE (50 % des cas)

Nous notons des :

- Atteintes bucco-pharyngées : palatine, gingivale, labiale, jugale, linguale, amygdalienne pouvant s'ulcérer et se surinfecter (champignons, bactéries) ;
- Atteintes génitales ;
- Atteintes oculaires.

3. L'ATTEINTE GANGLIONNAIRE

4. L'ATTEINTE VISCERALE

- Atteinte digestive :

Elle se rencontre dans 50 % des sarcomes de Kaposi. Asymptomatique ou révélée par des douleurs, une diarrhée, des hémorragies digestives. L'examen endoscopique montre des papules ou nodules angiomateux, rouges, siégeant au niveau de l'estomac, du duodénum, du colon, du rectum ;

- Atteinte pulmonaire (20 % à 50%) :

Elle se manifeste par une toux sèche, une dyspnée, un SDRA évoquant une pneumocystose avec des signes radiologiques non spécifiques (infiltrat interstitiel ou alvéolaire bilatéral et images nodulaires mal limitées) ;

- Autres atteintes :

Tous les organes peuvent être atteints.

L'évolution :

Elle est rapidement progressive vers une forme polyviscérale, associée à des infections opportunistes qu'il faut systématiquement rechercher en absence de traitement antirétroviral.

5. DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT

5.1. DIAGNOSTIC DE LA MALADIE DE KAPOSI

La confirmation du diagnostic repose sur l'histologique qui montre une prolifération de fentes vasculaires irrégulièrement anastomosées, s'insinuant entre les amas de collagène et s'étendant autour des vaisseaux dermiques normaux ainsi que les annexes, mêlées à des faisceaux de cellules fusiformes, à un infiltrat inflammatoire mononuclé à prédominance lymphocytaire avec des

globules rouges extravasés prenant, une fois phagocytés, l'aspect de globules hyalins.

L'immuno-marquage *HHV8* est positif.

5.2. DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

Se pose en Afrique entre la forme épidémique liée au Sida et la forme endémique, avec des lésions cutanées florides infiltrantes. Chez l'enfant africain, le SK se caractérise par une atteinte ganglionnaire, sans signe cutané, mais avec des atteintes viscérales et une évolution rapidement disséminée et une survie brève (en 1 à 3 ans).

Le diagnostic différentiel entre la forme épidémique et les autres formes repose sur la recherche d'autres éléments cliniques en faveur du sida et sur la sérologie VIH.

5.3. TRAITEMENT

Le traitement de la Maladie de Kaposi liée au sida repose d'abord et essentiellement sur le traitement antirétroviral qui a considérablement modifié le pronostic de la Maladie de Kaposi.

5.3.1 LE TRAITEMENT SPECIFIQUE DE LA MALADIE DE KAPOSI

Repose sur des moyens locaux et généraux :

Locaux : chirurgie sur lésions limitées, peu nombreuses, permettant l'examen histologique ; cryothérapie à l'azote liquide ; cryochirurgie au protoxyde d'azote ; radiothérapie à doses fractionnées ; chimiothérapie locale à la vinblastine ;

Généraux : monothérapie par bléomycine ; vincristine, épirubicine, étoposide, surtout anthracyclines liposomiales et taxones qui tendent désormais à remplacer la polychimiothérapie de type ABV.

5.3.2 LES INDICATIONS

Si les lésions cutanées sont peu étendues, le traitement est local,

Si les lésions cutanées sont étendues et les lésions viscérales peu évolutives, le traitement repose sur une mono-chimiothérapie par bléomycine, 5 mg x 3 IM/14 jours.

Si les lésions cutanées sont oedématiées et les lésions viscérales graves, il repose classiquement sur une poly-chimiothérapie associant adriamycine, bléomycine, vincristine, mais avec le risque d'infections opportunistes et une toxicité hématologique. La réalisation d'une chimiothérapie systémique n'allonge pas la survie. Ces traitements sont difficiles à appliquer dans les PED. Un traitement non agressif par monothérapie est préférable devant ce processus prolifératif et non tumoral.

En pratique, le traitement de la Maladie de Kaposi repose sur les antirétroviraux.

6. RHABDOMYOSARCOME [17]

Le corps humain comprend 2 types de cellules musculaires différents : celles des muscles lisses et celles des muscles squelettiques. Les muscles lisses contrôlent les activités involontaires tandis que les muscles squelettiques contrôlent les activités volontaires.

Les rhabdomyosarcomes (RMS) sont des tumeurs malignes ("cancer") qui se développent à partir du tissu musculaire squelettique normal. Les raisons de cette transformation d'une cellule normale en cellule cancéreuse restent à être élucidées. Puisque l'on trouve du tissu musculaire squelettique dans l'ensemble du corps humain, un rhabdomyosarcome peut se développer presque dans n'importe quelle partie du corps humain.

Le RMS est un cancer très rare. Seulement 350 nouveaux cas de RMS sont diagnostiqués chaque année aux Etats-Unis chez les jeunes de moins de 21 ans. Environ 4 enfants pour un million d'enfants de moins de 15 ans en bonne santé développent un RMS chaque année.

Ce cancer touche les garçons légèrement plus que les filles et est plus fréquent chez les jeunes enfants de moins de 5 ans.

6.1. MODES DE PROPAGATION [18]

Les Rhabdomyosarcomes peuvent se propager localement, de façon régionale ou à distance.

Une propagation locale signifie que la tumeur infiltre ou envahit le tissu à proximité immédiate de l'emplacement initial.

Une propagation régionale signifie que la tumeur a atteint les ganglions qui drainent la zone dans laquelle elle est apparue. Une telle propagation est le plus probable chez les enfants atteints de tumeurs aux membres et chez les garçons plus âgés (10 ans ou plus) atteints de tumeurs para-testiculaires.

Une propagation à distance signifie que la tumeur a voyagé dans les vaisseaux sanguins et atteint une partie différente du corps. Dans ce cas, les destinations les plus probables sont les poumons, les os et la moelle osseuse.

Les Rhabdomyosarcomes se propagent rarement au cerveau ou aux autres organes tels que le foie ou la rate. Les tumeurs qui ont visiblement atteint des localisations distantes sont appelées "métastases". Seulement un enfant sur cinq développe des métastases distantes.

Une gamme de tests est nécessaire pour analyser la tumeur d'origine et la présence de métastases. La première évaluation passe toujours par un historique complet et un examen physique.

Généralement, la meilleure technique d'imagerie pour l'évaluation de la tumeur initiale est l'IRM. Elle fournit une image en 3 dimensions et est fréquemment utile pour la préparation de la radiothérapie ou de la chirurgie. Les scanners du thorax sont régulièrement utilisés pour vérifier si des métastases ont atteint les poumons.

Suivant l'emplacement de la tumeur d'origine, des scanners de l'abdomen et du pelvis sont parfois utilisés pour vérifier si les ganglions sont atteints.

Une scintigraphie osseuse est une technique d'imagerie de médecine nucléaire qui permet d'étudier la totalité du squelette pour voir si la tumeur s'est propagée aux os. Un autre test de médecine nucléaire qui est de plus en plus utilisé, est la tomographie. Ce test est relativement unique car il donne une image du corps complet montrant les os et les tissus mous et permet de clarifier les résultats ambigus d'un scanner ou d'une IRM et peut également aider à évaluer la réponse à un traitement.

Etant donné que les rhabdomyosarcomes peuvent se propager à la moelle osseuse, des ponctions et des biopsies de moelle osseuse sont également faites chez les patients atteints de rhabdomyosarcome. Une aiguille est placée au niveau des os de la hanche et un échantillon de moelle est prélevé pour être testé.

Ces tests sont toujours réalisés au moment où l'anesthésie est administrée pour la biopsie de la tumeur ou pour l'insertion du cathéter veineux central (CVC). Les patients dont les tumeurs se développent dans une des localisations paraméningées doivent toujours subir une ponction lombaire pour l'obtention d'un échantillon du LCR dans le but de vérifier si la tumeur a infiltré l'enveloppe du cerveau.

6.2. ANATOMO-PATHOLOGIE DES RMS [19]

Après biopsie, la tumeur est étudiée sous le microscope dans un laboratoire. Les caractéristiques qui permettent de conclure à un diagnostic de RMS doivent porter la preuve que la tumeur appartient à la lignée du muscle squelettique, soit par son apparence sous le microscope, soit par sa réponse à l'immunomarquage. Il existe deux catégories de RMS : embryonnaire et alvéolaire. Environ 2/3 des enfants souffrant d'un RMS sont atteints du type embryonnaire (ou de la variante à cellule fusiforme ou botryoïde). Ces tumeurs sont plus fréquentes chez les enfants plus jeunes, en particulier lorsque les tumeurs se développent au niveau de la tête ou du cou (ce qui inclut les localisations paraméningées) et au niveau du système génito-urinaire (ce qui inclut la vessie et la prostate). Les cellules ont tendance à être plus longues et se présentent en moindre densité.

Les cellules des RMS embryonnaires sont typiquement moins denses et plus fusiformes. L'appartenance à la lignée musculaire squelettique peut ne pas être évidente lors de l'examen de routine sous le microscope.

Environ 20 à 25% des enfants atteints de RMS présentent le type alvéolaire (ou la variante alvéolaire de forme solide). Ces tumeurs sont beaucoup plus communes chez les adolescents et se présentent le plus souvent au niveau des membres. Les cellules tumorales ont tendance à être plus petites et rondes, souvent avec une densité cellulaire plus importante, et sont ainsi nommées à cause de leur ressemblance avec les petits sacs d'air des poumons (les "alvéoles"). Les tumeurs alvéolaires sont souvent considérées plus "agressives" ou à "risque plus élevé" que les tumeurs embryonnaires, en particulier pour les tumeurs qui se présentent dans une des localisations favorables.

Les cellules des RMS alvéolaires sont typiquement plus petites et plus rondes et de plus forte densité cellulaire. Du point de vue architectural, elles peuvent sembler s'aligner le long de pseudo-espaces qui rappellent les petits sacs d'air dans les poumons (alvéoles).

Environ 5 à 10% des enfants ont des tumeurs qui ne peuvent pas être placées dans une de ces catégories et sont considérées soit "indifférenciées" ou "rhabdomyosarcomes non spécifiés".

Lorsqu'un échantillon d'une tumeur a été prélevé par biopsie et l'anatomopathologiste (le médecin qui étudie la tumeur dans le laboratoire) soupçonne un RMS, celui-ci procède généralement à des tests appelés « immunomarquages » pour confirmer le diagnostic.

Ceux-ci emploient des réactions chimiques qui "marquent" les différentes structures des cellules tumorales.

Une dernière série de tests est parfois effectuée sur les cellules tumorales des RMS. Il s'agit des tests de diagnostic moléculaire. Bien que l'on ne sache pas trop pourquoi une cellule du muscle squelettique normale devient cancéreuse, les changements génétiques qui se produisent dans la cellule une fois qu'elle devient cancéreuse sont plutôt bien connus. Dans pratiquement tous les cas de RMS embryonnaires, une anomalie peut être détectée dans les cellules cancéreuses (et seulement dans les cellules cancéreuses ce qui veut dire que cette anomalie n'est pas héritée génétiquement).

6.3. TRAITEMENT DES RHABDOMYOSARCOMES [20]

Le traitement des patients atteints de RMS est pluridisciplinaire :

- **CHIRURGIE** basée sur l'exérèse de la tumeur
- **CHIMIOThERAPIE**

Les traitements de chimiothérapie pour les RMS sont toujours administrés par voie intraveineuse.

En, général, un type spécial de perfusion intraveineuse "permanente" est placé avant le début du traitement. La plupart des patients atteints de RMS reçoivent des traitements de chimiothérapie durant 6 à 12 mois (rarement plus, bien que selon la gravité des effets secondaires, un traitement qui est prévu durer six mois peut parfois durer 15 mois). La chimiothérapie est généralement administrée en deux à cinq (ou parfois dix) jours par "cycles" tous les trois à quatre semaines.

Certains médicaments de chimiothérapie peuvent être donnés toutes les semaines.

Les effets secondaires de la chimiothérapie peuvent être "spécifiques" au médicament (c'est-à-dire, vus avec un ou deux médicaments) ou « globaux » (c'est-à-dire, vus avec de nombreux médicaments). Voici une liste des médicaments les plus communément utilisés pour traiter les RMS aux Etats-Unis et en Europe :

- Vincristine
- Dactinomycine
- Cyclophosphamide
- Topotécan
- Irinotécan
- Etoposide
- Ifosfamide
- Doxorubicine
- Carboplatine

Les effets indésirables fréquents qui peuvent être vus (à des degrés plus ou moins importants) avec pratiquement tous les médicaments de chimiothérapie qui sont utilisés pour traiter les RMS, comprennent la perte de cheveux, les nausées et vomissements, la perte d'appétit, la fatigue, l'inflammation des muqueuses (mucite) et une diminution du nombre de cellules sanguines. La diminution du nombre de cellules sanguines est l'effet secondaire qui limite le plus la capacité d'administrer une chimiothérapie en permanence (tel qu'une serait traitée) et est l'un des effets secondaires les plus dangereux.

- **RADIOTHERAPIE**

Tous les patients atteints de RMS alvéolaires, même ceux dont les tumeurs ont été complètement enlevées avant le début de la chimiothérapie, doivent être traités par radiothérapie pour maximiser leur chance de guérir.

La radiothérapie est généralement administrée après 4 à 5 cycles de chimiothérapie (c'est-à-dire après environ 12 semaines) bien que dans certains cas, la radiothérapie peut être administrée en même temps (ou aussitôt que possible) après la chimiothérapie.

Idéalement, le traitement doit être envisagé en se fondant sur l'imagerie tridimensionnelle de la tumeur effectuée avant la biopsie et la chimiothérapie.

Quelques uns des groupes européens de coopération qui traitent les enfants atteints de RMS ont essayé de réduire ou d'éliminer l'utilisation de la radiothérapie chez les très jeunes enfants ou chez les enfants dont les tumeurs ont disparu complètement après une période de chimiothérapie ou qui ont été visuellement totalement réséquées avant le début de la chimiothérapie.

Malheureusement, bien que certains enfants puissent être guéris de cette façon, le risque de rechute est bien plus élevé et il n'est pas clair si les chances de guérison sont par la suite aussi bonnes.

❖ DIAGNOSTIC CLINIQUE D'UNE TUMEUR DE LA LANGUE [21]

1. DIAGNOSTIC CLINIQUE

L'accès facile à la cavité buccale permet aux médecins non spécialistes ou aux dentistes de poser le diagnostic, ou tout du moins d'orienter le patient vers une structure adaptée.

Le symptôme fonctionnel le plus souvent mis en avant est la douleur, parfois irradiée (otalgie réflexe).

Viennent ensuite la sensation de corps étranger, une tuméfaction, une ulcération, un saignement aux traumatismes mineurs.

Dans les formes évoluées, il peut s'agir d'une adénopathie cervicale, d'un trismus, d'une fracture mandibulaire, d'une altération de l'état général.

L'examen clinique recherche alors la localisation de la tumeur et précise son extension aux structures de voisinage, que ce soit dans la cavité ou les différents étages du pharynx.

La palpation et la recherche d'une induration tissulaire péri-lésionnelle permet d'évaluer l'extension tumorale en profondeur. Etude de la protraction linguale. La palpation des aires ganglionnaires recherche une extension locorégionale, et un examen clinique complet recherche d'éventuelles métastases symptomatiques buccales.

Un diagnostic différentiel toutefois peut être évoqué, l'ulcération traumatique sur une dent délabrée ou un crochet de prothèse mal adaptée. Mais l'ulcération

est douloureuse on ne trouve pas une base indurée. Surtout la guérison est acquise dans 10 à 15 jours qui suivent la suppression de la cause traumatisante.

2. LE DIAGNOSTIC HISTOLOGIQUE

La confirmation du diagnostic est basée sur l'examen anatomo-pathologique.

3. BILAN PRE-THERAPEUTQUE [21]

Il comprend le bilan d'extension locorégionale et à distance de la maladie, ainsi que le bilan de l'état général du patient (opérabilité, tolérance d'une éventuelle chimio ou radiothérapie).

4. CLASSIFICATION TNM [21]

Après la réalisation de ces examens, il doit être possible de classer le patient selon la **classification TNM** (classification internationale proposée par le chirurgien français Pierre Denoix en 1946, remaniée périodiquement par l'IUCC) :

T0 : pas de tumeur primitive décelable.

Tis : carcinome in situ.

T1 : tumeur < 2cm dans son plus grand axe.

T2 : tumeur dont le grand axe est compris entre 2 et 4cm.

T3 : tumeur > 4cm.

Le stade T4 diffère pour les tumeurs malignes de la base de langue et celles de la langue mobile.

4.1 T4 LANGUE MOBILE

T4a :

Envahissement de la lèvre, du nerf alvéolaire inférieur, du plancher buccal ou de la peau.

Envahissement de la cavité orale, muscles extrinsèques profonds, sinus maxillaire, peau.

T4b :

Envahissement de l'espace masticateur, des apophyses ptérygoïdes, de la base du crâne, de l'artère carotide interne

4.2 T4 BASE DE LANGUE

T4a : tumeur maligne envahissant la musculature linguale profonde (génio-glosse, hyo-glosse, palato-glosse et stylo-bille), le larynx, le muscle ptérygoïdien médial, palais, mandibule.

T4b : tumeur envahissant le muscle ptérygoïdien latéral, les apophyses ptérygoïdes, le rhinopharynx latéral, la base du crâne ou l'artère carotide.

N0 : pas de signe d'atteinte ganglionnaire.

N1 : 1 ganglion homolatéral < 3cm du grand axe.

N2a : 1 ganglion homolatéral de 3 à 6cm.

N2b : ganglions multiples homolatéraux < 6cm.

N2c : ganglions bilatéraux < 6cm.

N3 : ganglion(s) > 6cm.

M0 : absence de métastase à distance.

M1 : présence de métastase à distance.

❖ PLACE DU TRAITEMENT

A. LA CHIMIOThERAPIE [22]

La majorité des substances chimiothérapeutiques fonctionnent par arrêt de la mitose (division cellulaire), en ciblant efficacement les cellules se divisant trop rapidement. Comme ces substances peuvent endommager les cellules, elles sont dites « cytotoxiques ».

Certaines de ces molécules provoquent un véritable « suicide cellulaire » : l'apoptose. La plupart des antinéoplasiques utilisés aujourd'hui ne sont pas des médicaments récents ni à effet spécifique sur les cellules néoplasiques bien qu'ils touchent également les cellules saines.

La majorité des médicaments en chimiothérapie, peuvent se subdiviser en agents alkylants, anti-métabolites, alcaloïdes végétaux, inhibiteurs de la topoisomérase, et antibiotiques antitumoraux.

Tous ces médicaments affectent à un certain point la mitose ou la synthèse et la fonction de l'ADN.

Agents alkylants :

Ils arrêtent la croissance de la tumeur en liant ensemble les nucléotides guanines dans la double hélice d'ADN, attaquant ainsi directement l'ADN. Les deux brins ne peuvent ainsi pas se dérouler ni se séparer, entraînent pour la cellule une incapacité à répliquer son ADN : la cellule ne peut alors plus se diviser. Exemples : cisplatine ; carboplatine (ou paraplatine) ; ifosfamide ; chlorambicil ; busulfan ; thiotépa.

Anti-métabolites :

Preennent la place des purines ou des pyrimidines qui sont les composants élémentaires de l'ADN, les nucléotides. Ces éléments ne peuvent alors pas s'incorporer à l'ADN lors de la phase du cycle cellulaire, arrêtant ainsi le développement et la division cellulaire. Les anti-métabolites se répartissent en trois groupes selon le type de cible qu'ils atteignent.

Alcaloïdes végétaux :

Bloquent la division cellulaire en empêchant la synthèse des microtubules et la formation du fuseau mitotique.

Inhibiteurs de la topoisomérase :

Sont des enzymes essentielles qui maintiennent la topologie de l'ADN.

L'inhibition de la topoisomérase de type I ou de type II gêne à la fois la transcription et la réplication de l'ADN en dérangeant le super enroulement de l'ADN. Exemples d'inhibiteurs du type I : dérivés de la camptothécine. Exemples d'inhibiteurs de type II : amsacrine ; anthracyclines ; dérivés de l'épipodophyllotoxine.

Antibiotiques anti-tumoraux :

Les antibiotiques antitumoraux agissent en empêchant la division cellulaire par 3 moyens :

- liaison à l'ADN en s'intercalant entre deux bases de nucléotides adjacents et en les empêchant de se séparer ;
- inhibition de l'ARN empêchant la synthèse d'enzymes ;
- inhibition de la réplication cellulaire.

B. LA RADIOTHERAPIE [23]

La radiothérapie permet de détruire les cellules cancéreuses en les irradiant et en modifiant le patrimoine génétique des cellules, les empêchant ainsi de se développer. Les différents traitements varient selon le type d'énergie et de rayonnement utilisé.

La radiothérapie peut être utilisée avant l'intervention chirurgicale afin de réduire la taille de la tumeur ou après l'opération pour détruire les cellules cancéreuses qui n'ont pas pu être enlevées, afin d'éviter les récurrences.

La radiothérapie externe consiste à utiliser des appareils émettant des radiations ionisantes. Le malade est situé à distance de la source de radiation.

Les effets secondaires de la radiothérapie [23]

Les effets secondaires varient d'une personne à l'autre. Peuvent apparaître :

- des brûlures plus ou moins fortes
- des vomissements
- une chute des cheveux
- une perte d'appétit.

C. LA CRYOTHERAPIE [23] :

Elle utilise de très basses températures pour la destruction in situ des cellules tumorales.

Son développement a été initialement limité par le manque de fiabilité du contrôle de la congélation et les risques de lésion des organes de voisinage.

Une congélation rapide par de l'azote liquide sous pression, suivie d'un réchauffement lent est la méthodologie la plus létale pour les cellules tumorales.

Malgré des résultats intéressants pour les carcinomes T1-T2 de la langue, en association avec un curage ganglionnaire cervical, son application linguale

reste peu développée, en raison de l'importance de la réaction inflammatoire locale à l'origine de complication respiratoire

3. TRAITEMENT CHIRURGICAL [5]

Il représente le principal traitement des tumeurs malignes de la langue, avec des marges de résection d'au moins 5mm.

a. But

Le but du traitement ici est d'obtenir la guérison. Si la guérison n'est pas possible il aura pour but d'arrêter l'évolution le plus longtemps possible et de permettre au malade de mener une vie proche de la normale en atténuant les symptômes de la maladie.

b. Les différentes techniques et leurs indications

- Patients N0 ou N1 :

Elle est associée à un évidement cervical fonctionnel homolatéral dans les formes latéralisées, et bilatéral lorsque la tumeur se rapproche de la ligne médiane.

- Patients N0 âgés :

Une surveillance simple peut être proposée (bénéfice / risque).

- Patients N2 et N3 :

L'évidement est complet, conservateur ou radical selon la taille et la fixité des adénopathies et l'exploration ganglionnaire controlatérale.

Dans les tumeurs T1 et T2 N0 :

Il est possible de réaliser une technique du ganglion sentinelle de façon à limiter la réalisation d'un évidement cervical fonctionnel : le risque de sous évaluer l'envahissement ganglionnaire des tumeurs malignes de la langue lors du bilan clinique et radiologique conventionnel dans les tumeurs T1 est de 13% et de 34% dans les lésions T2.

Le repérage du ganglion sentinelle est réalisé en préopératoire par lymphoscintigraphie puis repère en per-opératoire par un gamma caméra.

L'examen extemporané du ou des ganglions sentinelles permet de déterminer en per-opératoire s'il faut réaliser un évidement ganglionnaire cervical complet ou non.

Cette exérèse carcinologique sera suivie par une chirurgie reconstructrice lorsque la perte de substance entraîne des séquelles fonctionnelles.

Celui-ci détermine la nature de l'exérèse et recherche des facteurs histologiques de mauvais pronostic : embolies néoplasiques vasculaires et lymphatiques, engrainements périnerveux, index mitotique élevé, différenciation cellulaire pauvre, berges chirurgicales envahies.

L'étude de l'évidement ganglionnaire permet de déterminer le nombre de ganglions envahis et recherche également certains facteurs de mauvais pronostic.

c. Séquelles de la glossectomie

Elles sont proportionnelles à l'exérèse linguale mais aussi à l'extension aux structures de voisinage. On peut distinguer schématiquement les conséquences liées à la langue mobile et à la base de la langue.

Au niveau de la langue mobile [24]

- **Déglutition :**

La langue mobile joue un rôle fondamental lors de la phase labio-buccale et orale de la déglutition. Lors d'une résection, le patient est incapable de garder les aliments dans la cavité buccale, de les faire circuler lors de la mastication, de les regrouper pour constituer le bol alimentaire et de le transporter vers l'arrière.

Les aliments sont donc éparpillés dans la cavité buccale, mal mâchés, créant alors une déglutition fragmentée, prématurée ou au contraire retardée. L'hygiène buccale est altérée.

- **Elocution :**

Impossibilité d'émettre les phonèmes labio ou dentopalatins.

La consonne la plus touchée est « T ».

Les autres consonnes antérieures sont les « D » et le « S ».

La sensibilité de la langue joue un rôle très important dans sa fonction.

- **Gustation :**

Elle est assurée par le nerf lingual (sucre, salé, acide).

- **Mécanismes compensatoires :**

Lorsque la perte de substance dépasse la moitié de la langue mobile, la compensation par la langue restante n'est pas possible.

On constate une compensation par les organes voisins, tels que les muscles péribuccaux et jugaux, pour faire progresser le bol alimentaire vers l'arrière. Le patient réalise un nettoyage de la cavité buccal à l'aide de son doigt ou par l'ingestion de liquides.

L'élocution est compensée par une augmentation de l'activité des lèvres, des dents du palais.

Cependant, les résultats fonctionnels sont largement dépendants du volume de langue restante et de sa partie mobile : lorsque la perte de la substance est supérieure à 50% et en l'absence de construction, les résultats fonctionnels de la glossectomie sont très mauvais.

Au niveau de la base de la langue [5 ; 24]

- **Déglutition :**

De nombreuses études ont souligné l'importance du volume et de la mobilité de la racine de la langue pour déglutir.

La rétraction de la base de la langue entraîne un contact avec l'épiglotte et la paroi postérieure du pharynx, ce qui représente une étape essentielle de la phase pharyngo-laryngée de la déglutition. C'est l'atteinte du nerf grand hypoglosse qui est déterminante.

- **Protection des VADS :**

Ces résections sont parfois associées à des facteurs aggravants. La lésion des nerfs laryngés supérieurs (assurant la sensibilité du larynx et participant à l'arc réflexe contre la déglutition) et la lésion des muscles sus-hyoïdiens (qui participent à la suspension laryngée et à son élévation lors de la déglutition) constituent un handicap fonctionnel supplémentaire et augmentent le risque de fausse route.

- **Elocution :**

L'incompétence lingo-palatine, liée à la perte de volume de la base de langue, gêne l'élocution des syllabes postérieures « G, K, Q, R ».

- **Sensibilité :**

Elle est également fondamentale dans le bon fonctionnement de la base de langue.

- **Mécanismes compensatoires :**

Les études dynamiques de la déglutition chez les patients avec glossectomie totale ont mis en évidence la persistance d'une pompe de propulsion positive, suggérant une augmentation de l'activité des muscles buccaux, palatins et pharyngés postérieurs, permettant une compensation partielle.

D'autre part, la préservation des nerfs laryngés supérieurs, de l'os hyoïde, de certains muscles sus-hyoïdiens (en particulier les muscles digastriques et stylo-hyoïdiens) et des muscles constricteurs du pharynx permet de conserver une élocution du larynx.

**OBJECTIFS
DE
L'ETUDE**

Objectif général :

Etudier le profil épidémio- clinique, anatomo-pathologique, et thérapeutique des tumeurs de la langue.

Objectifs spécifiques :

- Décrire les caractéristiques sociodémographiques des patients présentant des tumeurs de la langue ;
- Déterminer la fréquence des tumeurs de la langue au service de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale ;
- Déterminer les différents types anatomo-pathologiques des tumeurs de la langue rencontrés dans notre étude;
- Décrire les différents moyens thérapeutiques utilisés dans notre étude.

**PATIENTS
ET
METHODES**

Méthodologie

1. CADRE ET LIEU D'ETUDE :

Notre étude s'est déroulée au service de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale du Centre Hospitalier Universitaire d'Odonto-Stomatologie (CHU-OS) de Bamako.

Description du CHU-OS

Il est situé au quartier du fleuve dans la commune III du district de Bamako, du côté de la rive gauche du fleuve Niger, rue Raymond Poincaré, porte N°870.

C'est un centre hospitalier de 3eme niveau spécialisé en Odonto-stomatologie.

Centre de référence national, il a effectivement ouvert ses portes le 10 février 1986.

Erigé en établissement public à caractère administratif (E.P.A) par la loi n° 92-026/ AN-RN du 05 octobre 1992, le CNOS est devenu Etablissement Hospitalier Public (E.P.H) par la loi n° 03-23/ AN-RM du 14 Juillet 2003.

Il a pour objectif d'améliorer l'état de santé des populations en matière de santé bucco-dentaire.

Il assure les missions suivantes :

- Assurer le diagnostic, le traitement des malades et des blessés ;
- Prendre en charge les urgences et les cas référés ;
- Assurer la formation initiale et continue des professionnels de la santé ;
- Conduire les travaux de recherche dans le domaine médicale.

2. TYPE ET PERIODE D'ETUDE

Il s'agissait d'une étude rétrospective, effectuée au service de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale du CHU-OS de Bamako.

L'étude a porté sur tous les patients présentant une tumeur de la langue suivis, hospitalisés entre le 01 Janvier 2007 et le 31 Décembre 2011.

Après l'interrogatoire et l'examen clinique, chaque patient devant faire l'objet d'une intervention a eu à effectuer un examen biologique standard du service, c'est-à-dire : la NFS, le TP, le TCA, le groupe rhésus, la SRV, le BW, la Widal, la glycémie, la créatininémie, l'électrophorèse de l'Hb, la GE, l'ECBU et les selles POK.

La radiographie pulmonaire et d'autres examens radiologiques complémentaires ont été demandés.

3. ECHANTILLONNAGE

Méthode d'échantillonnage :

Nous avons utilisé comme méthode d'échantillonnage la méthode non probabiliste.

Technique d'échantillonnage :

Nous avons utilisé comme technique d'échantillonnage le choix exhaustif.

Taille d'échantillon :

L'étude a porté sur 30 cas.

4. CRITERE D'INCLUSION

Tous les patients présentant une tumeur de la langue dont le diagnostic a été confirmé par l'examen anatomo-pathologique, et qui ont accepté la prise en charge.

5. CRITERE DE NON INCLUSION

Tous les patients qui ont consulté pour toute autre pathologie de la langue dont le diagnostic n'a pas été confirmé par l'examen anatomo-pathologique, et qui n'ont pas accepté la prise en charge.

6. LES SOURCES DES DONNEES

Nous avons utilisé comme source d'information :

- Le registre de consultations du service ;
- Le registre de compte rendu individuel du bloc opératoire ;
- Les dossiers individuels des patients;
- Le registre d'hospitalisations.

7. PROCEDURE DE COLLECTE DES DONNEES

Le recueil des données a été fait à partir d'une fiche d'enquête individuelle portée en annexe.

8. L'ANALYSE ET SAISIE DES DONNEES :

Le traitement du texte et les tableaux ont été réalisés sur le logiciel Microsoft Word 2007.

Les données ont été saisies et analysées sur le logiciel Epi Info 3.5.1. version française.

Les calculs statistiques ont été effectués avec le chi² de Pearson avec un risque $\alpha \leq 0.05$ %.

9. LES VARIABLES DU RESULTAT POSTOPERATOIRE

• Satisfaisant :

Le résultat est jugé satisfaisant lorsque la plaie opératoire est propre, sans lâchage de fils de suture, mobilité linguale acceptable, sans hyperesthésie linguale.

• Non satisfaisant :

L'état est jugé non satisfaisant lorsqu'il y a la présence d'un lâchage de fils de suture, d'une difficulté de protraction linguale et d'une hyperesthésie linguale.

RESULTATS

Tableau I : Répartition des patients selon le sexe.

Sexe	Effectif	Pourcentage (%)
Masculin	18	60,00
Féminin	12	40,00
Total	30	100

Le sexe masculin a représenté 60,00 % des cas avec un sex-ratio de 1.5

Tableau II : Répartition des patients en fonction de la tranche d'âge.

Tranche d'âge	Effectif	Pourcentage
21-30	3	10,00
31-40	5	16,70
41-50	7	23,30
51-60	7	23,30
61 -70	8	26,70
Total	30	100

La tranche d'âge la plus représentée a été celle de 61-70 ans avec 26,70 %.

Tableau III : Répartition des patients selon l'occupation.

Profession	Effectif	Pourcentage (%)
Agriculteur	14	46,70
Femme au foyer	9	30,00
Etudiant/Elève	3	10,00
Opérateur économique	4	13,30
Total	30	100

Les agriculteurs ont constitué 46,70 % des cas.

Tableau IV : Répartition des patients selon l'ethnie.

Ethnie	Effectif	Pourcentage (%)
Bamanan	18	60,00
Peulh	4	13,30
Sonrhäï	3	10,00
Soninké	5	16,70
Total	30	100

L'ethnie bamanan a été la plus représentative avec 60,00 % des cas.

Tableau V : Répartition des patients selon la résidence

Résidence	Effectif	Pourcentage (%)
Bamako	18	60,00
Kayes	1	3,30
Koulikoro	11	36,70
Total	30	100

La majorité des patients étaient originaires du district de Bamako soit 60,00 % des cas.

Tableau VI : Répartition des patients selon le motif de consultation.

Motif de consultation	Effectif	Pourcentage (%)
Tuméfaction	16	53,30
Ulcération	11	36,70
Douleur cervicale	3	10,00
Total	30	100

La tuméfaction linguale a été le principal motif de consultation avec 53,30 % des cas.

Tableau VII : Répartition des patients selon la consommation de tabac

Consommation de tabac	Effectif	Pourcentage (%)
Oui	20	66,70
Non	10	33,30
Total	30	100

Dans notre série 66,70 % des patients étaient tabagiques.

Tableau VIII : Répartition des patients selon la consommation d'alcool.

Consommation d'alcool	Effectif	Pourcentage (%)
Oui	12	40,00
Non	18	60,00
Total	30	100

Dans notre étude 40,00 % des patients consommaient de l'alcool.

Tableau IX : Répartition des patients selon l'hygiène bucco-dentaire.

Hygiène bucco-dentaire	Effectif	Pourcentage (%)
Bonne	10	33,30
Mauvaise	20	66,70
Total	30	100

Dans notre étude 66,70 % des patients avaient une mauvaise hygiène bucco-dentaire.

Tableau X : Répartition des patients selon le siège de la tumeur.

Siège	Effectif	Pourcentage (%)
Langue mobile	18	60,00
Langue fixe	12	40,00
Total	30	100

Le siège le plus fréquent a été la langue mobile avec 60,00 %.

Tableau XI : Répartition des patients selon le bilan biologique standard.

Bilan	Effectif	Pourcentage (%)
Effectué	21	70,00
Non effectué	9	30,00
Total	30	100

Le bilan biologique standard a été effectué dans 70,00 % des cas.

Tableau XII : Répartition des patients selon le résultat de l'examen anatomo-pathologique.

Examen anatomo-pathologique	Effectif	Pourcentage (%)
Carcinome épidermoïde différencié	22	73,30
Carcinome épidermoïde indifférencié	8	26,70
Total	30	100

Le type histologique dominant a été le carcinome épidermoïde différencié avec 73,30 % des cas.

Tableau XIII : Répartition des patients selon le traitement médical.

Médical	Effectif	Pourcentage (%)
Chimiothérapie	21	70,00
Aucun	9	30,00
Total	30	100

Le traitement médical a été dominé par la chimiothérapie avec 70,00 % des cas

Le traitement chirurgical a été dans la totalité partielle des cas la glossectomie partielle.

Tableau XIV : la répartition des patients en fonction de la période de suivi postopératoire

Période de suivi	Effectif	Pourcentage (%)
2 semaines	30	100,00
1 mois	28	98,00
3 mois	26	86,70
Perdu de vue	4	13,30
Total	30	100

La majorité de nos patients ont été vus après une période de 3 mois soit 86,7% des cas.

Tableau XV : la répartition des patients en fonction du résultat postopératoire

Résultat	Effectif	Pourcentage (%)
Satisfaisant	26	86,7
Perdu de vue	4	13,3
Total	30	100

Dans notre étude le résultat a été satisfaisant dans 86,7 % des cas.

Tableau XVI : Distribution des résultats de l'examen anatomopathologique en fonction de la tranche d'âge

Examen anatomo- pathologique	Tranche d'âge					Total
	21-30	31-40	41-50	51-60	61 -70	
Carcinome épidermoïde différencié	2	5	5	6	7	25
Carcinome épidermoïde indifférencié	1	1	2	0	1	5
Total	3	6	7	6	8	30

Chi2 : 16,8964

Chi2 non validé

Il n'y a pas de liaison statistiquement significative entre l'examen anatomopathologique et l'âge. (P=0, 39)

Tableau XVII : Distribution des résultats de l'examen anatomopathologique en fonction du siège.

Examen anatomo-pathologique	Siège de la tumeur		Total
	Base langue	Langue mobile	
Carcinome épidermoïde différencié	10	14	24
Carcinome épidermoïde indifférencié	2	4	6
Total	12	18	30

Chi2 : 4,17

Chi2 non validé

Il n'y a pas de liaison statistiquement significative entre l'examen anatomopathologique et le siège de la tumeur. (P=0, 38)

Tableau XVIII : Distribution des résultats de l'examen anatomo-pathologique en fonction de l'ethnie

Examen anatomo- pathologique	Ethnie				Total
	Bamanan	Peulh	Sonrhäi	Soninké	
Carcinome épidermoïde différencié	15	3	2	4	24
Carcinome épidermoïde indifférencié	3	1	1	1	6
Total	18	4	3	5	30

Chi2 : 9,47

Chi2 non validé

Il n'y a pas de liaison statistiquement significative entre l'examen anatomo-pathologique et l'ethnie. (P=0,66)

Tableau XIX : Distribution des résultats de l'examen anatomo-pathologique en fonction de l'occupation

Examen anatomo- pathologique	Profession				Total
	Agriculteur	Commerçant	Etudiant/Elève	Femme au foyer	
Carcinome épidermoïde différencié	8	9	2	3	22
Carcinome épidermoïde indifférencié	6	0	1	1	8
Total	14	9	3	4	30

Chi2 : 14,07

Chi2 non validé

Il n'y a pas de liaison statistiquement significative entre l'examen anatomo-pathologique et la profession. (P=0,30)

Tableau XX : Distribution des résultats de l'examen anatomo-pathologique en fonction de la résidence

Examen anatomo- pathologique	Résidence			Total
	Bamako	Kayes	Koulikoro	
Carcinome épidermoïde différencié	15	10	0	25
Carcinome épidermoïde indifférencié	3	1	1	5
Total	18	11	1	30

Chi2 : 12,08

Chi2 non validé

Il n'y a pas de liaison statistiquement significative entre l'examen anatomo-pathologique et la résidence. (P=0,15)

Tableau XXI : Distribution des résultats de l'examen anatomo-pathologique en fonction de la consommation de l'alcool

Examen anatomo-pathologique	Alcool		Total
	Oui	Non	
Carcinome épidermoïde différencié	9	12	21
Carcinome épidermoïde indifférencié	3	6	9

Chi2 :1,20

Chi2 non validé

Il n'y a pas de liaison statistiquement significative entre l'examen anatomo-pathologique et la consommation de l'alcool. (P=0,88)

Tableau XXII : Distribution des résultats de l'examen anatomo-pathologique en fonction de la consommation du tabac

Examen anatomo-pathologique	Tabac		Total
	Oui	Non	
Carcinome épidermoïde différencié	16	7	23
Carcinome épidermoïde indifférencié	4	3	7
Total	20	10	30

Chi2 : 2 ,78

Chi2 non validé

Il n'y a pas de liaison statistiquement significative entre l'examen anatomo-pathologique et la consommation du tabac. (P=0, 60)

**COMMENTAIRES
ET
DISCUSSION**

1. LA FREQUENCE :

Dans notre étude, qui s'est déroulée du 1^{er} janvier 2008 au 31 décembre 2011 le nombre de cas de tumeur de la langue recensé représente 30 sur 26.945 consultations soit 0,11%.

Dans le service de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale de l'hôpital de Kati, de janvier 1981 à Mars 1993 DIOMBANA M.L et al ont trouvé 25 cas sur 513 consultations soit 4,87% [3].

Dans le service d'ORL à Dakar, MOHAMOUD M.D [4] a signalé une fréquence de 3,05% pour les tumeurs de la langue et du plancher.

O .SIBIBE dans l'étude des cancers de la langue, au service de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale du CHU-OS de Bamako trouve 27 cas sur 19513 consultations soit une fréquence de 0,14%.

2. LE SEXE :

Dans notre série, la prédominance a été masculine soit 60,00% des cas avec un sex-ratio=1,5

En France BONNARDOT L. trouve 65% de cas chez l'homme et 35% de cas chez la femme pour un suivi de 7ans. [26].

VIGREUX A. à Rouen (France) a observé une prédominance masculine avec 96% des cas [8].

GEHANO [28] en France trouve une prédominance masculine avec plus de 1200 nouveaux cas chez l'homme pour 200 cas chez la femme dans certains registres départementaux.

DIOMBANA M.L [3] et al ont trouvé une prédominance masculine avec 56% des cas contre 44% des cas pour le sexe féminin.

J.J MAZERON [32] observe également une prédominance masculine de 9 sur 10 cas.

3. L'AGE :

Dans notre étude la tranche d'âge la plus représentée a été celle de 61-70 ans soit 26,7% avec les extrêmes de 21 et 70 ans. La moyenne d'âge a été de 50,7 ans.

P. JACQUES [25] a trouvé en France 85% des cas dans la tranche d'âge de 55 à 65 ans avec des extrêmes de 30 et 90 ans avec une moyenne d'âge de 55 ans.

DIOMBANA M.L [3] et al ont trouvé comme tranche d'âge la plus représentée celle comprise entre 49 et 80 ans soit 52% des cas avec des extrêmes de 20 et 80 ans.

O .SIBIBE [27] dans l'étude du cancer de la langue, au service de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale du CHU-OS de Bamako trouve comme tranche d'âge la plus représentée celle comprise entre 71-80 ans soit 26% avec des extrêmes de 11 et 80 ans avec une moyenne d'âge de 35,2 ans.

J.J MAZERON [32] en France trouve une moyenne d'âge de 55 ans.

4. L'ETHNIE

Dans notre étude l'ethnie Bamanan vient en tête avec 60% des cas ; devant celle des Peulhs avec 13, 3%.

Dans l'étude de DIOMBANA M.L, l'ethnie Bamanan a dominé avec 40% des cas devant celle des Soninkés (24%). [3]

O .SIBIBE [27] dans l'étude du cancer de la langue, au service de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale au CHU-OS de Bamako l'ethnie Bamanan prédomine avec 33% des cas suivie de celle des peulhs avec 26% des cas.

5. L'OCCUPATION

Dans notre série les agriculteurs ont dominé avec 46,70 % de cas suivis par les femmes au foyer avec 30% des cas.

Dans l'étude de DIOMBANA M.L à l'Hôpital de Kati, il a été mentionné 44% des cas pour les agriculteurs, et 40% pour les ménagères [3].

O .SIBIBE [27] dans l'étude du cancer de la langue, au service de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale du CHU-OS de Bamako, les agriculteurs ont dominé avec 37% des cas suivis par les femmes au foyer (30%) des cas.

6. LA RESIDENCE

Dans notre étude les patients étaient en majorité originaires du District de Bamako soit 60 %, et de la région de Koulikoro avec 36,70 % des cas.

SIDIBE O. a trouvé 70,4 % de patients originaires du district de Bamako et 11,1 % de patients originaires de Koulikoro [27].

DIOMBANA M.L et al ont trouvé 36,0% des patients originaires de Bamako et 28% de cas originaires de Kayes.

7. LE SIEGE

Dans notre série d'étude la langue mobile a été le siège dominant avec 60% des cas suivie de la base linguale avec 40%.

P. JACQUES a trouvé 70% de cas pour la langue mobile contre 30% pour la base linguale [25].

En France, dans le service de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale du CHU-Pellegrin de Bordeaux, les patients atteints de cancer de la langue mobile ont représenté 82,2% et ceux atteints de cancer de la base de la langue 17,8% [30].

Selon les observations de GEHANO [28] la langue mobile a été impliquée dans 90% des cas.

Dans les observations de J.J MAZERON [32] en France, la langue mobile vient en tête avec 77% des cas.

DIOMBANA M.L [3] trouve 48 % de cas pour la langue mobile contre 36% pour la base de la langue.

8. TYPE HYSTOLOGIQUE

Dans notre étude, les résultats de l'examen anatomo-pathologique ont donné exclusivement le carcinome épidermoïde, dont 73,3% pour le carcinome épidermoïde différencié et 26,7% pour celui indifférencié.

A l'hôpital de Kati, DIOMBANA M.L trouve une prédominance des carcinomes avec 76% des cas dont 47,4% des cas constitués par les carcinomes épidermoïdes spinocellulaires [3].

Selon les observations de GEHANO les carcinomes épidermoïdes ont été trouvés dans 90% des cas des tumeurs de la langue [28].

Au Maroc, BOUYAKHFE M. a trouvé 94,4% de cas de carcinome épidermoïde [29].

Selon les observations de LEZY J.P [6], 90% des carcinomes de la muqueuse buccale sont des carcinomes épidermoïdes plus ou moins différenciés.

BOUCHET A. [33] trouve en France, dans les résultats de l'examen anatomopathologique, le carcinome épidermoïde dans 100% de cas.

PINSOLE J. [34] le carcinome épidermoïde vient en tête avec 98% des cas devant les adénocarcinomes et les cylindromes.

9. LE MOTIF DE CONSULTATION

Dans notre étude la tuméfaction de la langue a été le principal motif de consultation avec 53,3% suivie par les ulcérations linguales avec 36,7%.

Au Mali, SIDIBE O. dans l'étude des cancers de la langue a trouvé comme principal motif de consultation les tuméfactions linguales avec 47,7% des cas contre 33,3% pour les ulcérations linguales [27].

Dans les observations de BOUYAKHFE M. [29], la tuméfaction linguale a été le principal motif de consultation soit 70,0% de cas.

10. FACTEURS DE RISQUE

Dans notre étude, la mauvaise hygiène bucco-dentaire et le tabagisme ont été retrouvés à proportion égale soit 66,7% des cas chacun.

L'alcoolisme a été constaté dans 40% des cas.

BOUYAKHFE M. trouve que parmi les facteurs de risque, le tabagisme est noté dans 33,3% et l'alcoolisme dans 11,1% des cas [29].

Dans l'étude du cancer de la langue au service de stomatologie et chirurgie maxillo-faciale du CHU-OS de Bamako, O. SIDIBE trouve la mauvaise hygiène bucco-dentaire dans 59,0% des cas, le tabagisme dans 56,0% des cas et l'alcoolisme dans 44,0% des cas [30].

En France, dans le service de chirurgie maxillo-faciale de CHU de Bellevue, Prades J.M. et al ont trouvé le tabagisme dans 44,4% des cas et l'alcoolisme dans 60% des cas [1].

11. PRISE EN CHARGE :

Dans notre étude la totalité des patients ont subi la glossectomie partielle, parmi eux 70% ont reçu une chimiothérapie.

En France VIGREUX A. dans son étude a pratiqué un traitement essentiellement radio-thérapeutique dans 51% des cas, une association chirurgie radiothérapie dans 16% des cas [8].

DIOMBANA ML. et al, dans l'étude des tumeurs de la langue au service de stomatologie de l'hôpital de Kati, la glossectomie partielle a été la seule méthode de traitement utilisée, soit 40% des cas [3].

BOUYAKHFE M. a signalé dans son étude le traitement par la chirurgie seule dans 25%, la chirurgie associée à la radiothérapie dans 44%, la radiothérapie seule 16,6%, la radiothérapie associée à la chimiothérapie dans 5,5% [29].

SIDIBE O. dans l'étude des cancers de la langue, au service de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale du CHU-OS de Bamako, la glossectomie partielle a été effectuée dans 100% les cas, parmi eux 30% ont subi une chimiothérapie.

12. LE SUIVI POST OPERATOIRE

Dans notre étude la totalité de nos patients ont été vus après une période de 2 semaines avec un résultat satisfaisant.

Après 1 mois de suivi 28 de nos patients soit 93,33 % des cas ont été vus en consultation pour contrôle avec un résultat satisfaisant.

Au bout de 3 mois 26 de nos patients soit 86,70 % des cas ont été vus avec un résultat satisfaisant et les 4 sur 30 autres soit 13,30 % des cas ont été perdus de vue.

Dans l'étude de DIOMBANA ML. à l'hôpital de Kati, tous les patients ont été vus après une période de 3 ans avec un résultat satisfaisant [3].

CONCLUSION

CONCLUSION

Nous avons réalisé une étude rétrospective s'étendant du 1^{er} Janvier 2008 au 31 décembre 2011 soit une période de 3 ans dans le service de stomatologie et chirurgie maxillo-faciale du CHU-OS de Bamako.

Au cours de cette période nous avons enregistré 30 cas de tumeurs de la langue sur un total de 26.945 consultations soit une fréquence de 0,11 %.

La tranche d'âge 61 et plus était la plus touchée soit 26,70 % des cas.

La pathologie touche plus les hommes que les femmes soit 60 % des cas.

Le siège le plus fréquent de la tumeur a été la langue mobile avec 60 % des cas.

La tuméfaction linguale a été le principal motif de consultation avec 53,3 % des cas.

Le principal type histologique a été le carcinome épidermoïde différencié soit 73,30 % des cas.

La glossectomie partielle a été réalisée chez tous les patients dans notre étude.

La chimiothérapie a été le traitement adjuvant dans 70 % des cas.

Le suivi de nos patients après une période de 3 mois a trouvé un résultat satisfaisant dans 86,70 % des cas.

Le problème de prise en charge tardive reste posé, dû le plus souvent aux conditions socio-économiques, à l'ignorance, à l'influence de la médecine traditionnelle.

RECOMMADATIONS

RECOMMANDATIONS

Nos recommandations sont les suivantes :

- Aux autorités :
 - Sensibiliser les populations sur la pathologie, le problème d'hygiène bucco-dentaire et un changement dans les habitudes alimentaires ;
 - Assurer la formation dans un profil chirurgical d'un plus grand nombre de spécialistes en stomatologie, ORL et en anatomopathologie afin d'améliorer les conditions de diagnostic et de formation continue de ceux déjà en place pour une prise en charge de ces pathologies.
- Au personnel de santé :
 - Eviter de retenir les patients dans un long processus thérapeutique surtout s'ils sont porteurs de symptomatologies telles que la tuméfaction, l'ulcération, et des adénopathies cervicales ;
 - Encourager la prise en charge multidisciplinaire ;
 - Se comporter en toute circonstance en pédagogue pour démystifier les pathologies tumorales auprès de la population.
- A la population
 - Consulter toujours au début des maladies dans un centre de santé de première référence ;
 - Suivre les directives du médecin traitant et éviter d'abandonner le traitement à l'annonce d'une maladie tumorale pour une prise en charge correcte.

REFERENCES
BIBLIOGRAPHIQUES

BIBLIOGRAPHIE

1. PRADES J. M, SCHMITT T, TIMOSHENKO A,

Cancer de la langue ; Elsevier (12) 2004 – pages 35-55

2. ROUJEAU J, CHELLOUL M.

Généralités sur les tumeurs. Abrégé d'anatomie pathologique générale.

Masson 1968, Paris, pages 183-192.

3. DIOMBANA M.L, MOHAMED A.G, H. KUSSNER H, S. BAYO.

Tumeur de la langue au service de stomatologie de l'hôpital de Kati à propos de 25 cas, Médecine d'Afrique noire. 1996, 43 (8/9).

4. MOHAMOUDOU M.D

ORL et Santé Publique à Dakar.

Thèse Méd. De Dakar 1981, n°54.

5. KARSENTI GULLAUME

Place du lambeau antérolatéral de cuisse dans la reconstruction linguale.
Thèse Méd, Paris, Descartes, 2009

www.medecine.univ-paris5.fr

6. LEZY J.P, G. PRINC .G

Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale.

Masson, Paris, 198.

7. KEITA NOUHOUM.

Etude sur le cancer des parties molles

Thèse Méd Bamako, MALI, 2009 n°534

8. VIGREUX ANNE

Cancer de la Base de la Langue

Thèse Médecine, Rouen, France, 1998 Numéro : 1998ROUEN001

www.sudoc.abes.fr

9. CANCEROLOGIE GENERALE

Document Electronique :

www.chups.jussieu.fr

10. COLLEGE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE FRANÇAIS DE CHIRURGIE MAXILLAIRE

Document Electronique :

[www.umvf.univ-nantes.fr/chirurgie maxillo-faciale](http://www.umvf.univ-nantes.fr/chirurgie_maxillo-faciale)

11. CANCER /PROPAGATION

Document Electronique :

www.cancero/poly.chp.4.html

12. ANATOMIE DE LA LANGUE

Document Electronique :

<http://www.lesucre.com/article.php?id=156>

13. TUMEURS BENIGNES

Document Electronique :

[www.facmed-annaba.com/dentaire/ pathologie/](http://www.facmed-annaba.com/dentaire/pathologie/)

14. LES CARCINOMES EPIDERMOIDES DE LA LANGUE: RESULTATS DU TRAITEMENT

Document Electronique :

www.cat.inist.fr

15. BERTOIN-P, BLONDET R.

Thérapeutiques des Cancers de la Cavité Buccale.

E.M.C. Paris Stomatologie 22065 A10, 11-1984.

16. SARCOME DE KAPOSI

Document Electronique : Google

http://fr.wiki.org/wiki/Maladie_de_Kaposi

17. RHABDOMYOSARCOME

Document Electronique : Google

www.rhabdomyo.fr

18. PINSOLE J, MAURUC B.

Cancer de la langue, Etiologie, Diagnostic et Pronostic. Principes de traitement.

Revue du Praticien 1990, (19) : 1811-1814.

19. KALEBIC T, TSOKOS M, HELMAN LJ.

In vivo treatment with antibody against IGF-1 receptor suppresses growth of human rhabdomyosarcoma and down-regulates p34cdc-2. Cancer Research 1994; 54:5531.

20. TRAITEMENT RHABDOMYOSARCOME

Document Electronique : Google

www.traitement/rhabdomyosarcome/cancer.fr

21. CANCER DIAGNOSTIC CLINIQUE

Document Electronique : Google

www.med.univ-rennes1.fr

22.CANCER et BILAN PRETHERAPEUTIQUE

Document Electronique : Google

www.cancerol.ca/cancer-7.html

23. RADIOTHERAPIE

Document Electronique : Google

www.radioth/rhabdomyo/cancer.fr

24.JAYANT .K, YEOLE .BB

Cancer of the upper Alimentary and Respiratory Tracts in Bombay

ANCER 400012; Ind.

British Journal of Cancer; INSSN 0007-0920;

Coden Bjcaa O. GBR; DA. 1987, 56 (6) : 847-852.

25.JACQUES .P, MAURUC .B

Revue du Prat. 1990, (19) : 1811-1814.

26.BONNARDOT L.

Cancer de la langue mobile

Thèse Méd. Nantes ; 2006/N 2006NANT137M
www.sudoc.abes.fr

27.SIDIBE OUMAR

Cancer de la langue au service de stomatologie et chirurgie maxillo-faciale du CHU-OS de Bamako.

Thèse de Méd. Bamako Mali n° 212, 2011

28.GEHANO P., BRUYERE .J, BAILLET .F, GUEDON .C

Les cancers de la langue.

E.M.C. Paris Stomatologie 20627 A10, 7-1987.

29. BOUYAKHFE M.

Cancer de la langue mobile au Maroc.

Thèse Méd. 2002

www.hdl.handle.nrt/123456789/4922

30. STOMATOLOGIE ET CHIRURGIE MAXILLO-FACILE

BORDEAUX

Tumeur de la langue

Document électronique : www.sudoc.abes.fr

31. MAZZERON J.J, JUVANON J.M

Cancers de la langue mobile.

Concours médical, 1988(44) :110

32. BOUCHET AURORE

Glossectomie des deux tiers pour le carcinome épidermoïde de la langue

Thèse de med.univ de Clairmont Ferrand I, France, 2009

www.sudoc.abes.fr

33. PINSOLE J, MAURUC B.

Cancer de la langue, Etiologie, Diagnostic et Pronostic. Principes de traitement.

Revue du praticien 1990, (19) :1811-1814

RESUME

RESUME

Ce travail rapporte sur deux années (01-2008 au 31-2011), les résultats d'une étude rétrospective réalisée sur les tumeurs de la langue dans le service de Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale du CHU-OS de Bamako ayant permis de colliger 30 cas.

Il y avait 60,00 % d'hommes avec un sex- ratio de 1,5. L'âge moyen a été de 50,70 ans, avec des extrêmes de 21 et 70 ans. L'ethnie Bamanan a été la plus représentée. La majorité des patients étaient originaires de Bamako soit 60,00 % des cas. Les agriculteurs étaient les plus touchés avec 46,70 % des cas.

L'alcool et le tabac ont été les facteurs de risque prédominant.

Le carcinome épidermoïde a été le principal type histologique à l'examen anatomo-pathologique.

La glossectomie a été réalisée chez tous les patients.

Le suivi postopératoire a été satisfaisant dans 86,70 % tous les cas.

ANNEXES

Fiche d'enquête

N° / ___ / ___ / ___ /

date.....

I. caractéristiques sociodémographiques :

- a) âge :..... ; b) sexe /___ / 1= Masculin ; 2= Féminin
- c) profession /___ / 1= Cultivateur ; 2= Ménagère ; 3= Elève ou Etudiant ; 4=Fonctionnaire ; 5=Commerçant ; 88= Autres à préciser.....
- d) résidence /___ / 1= District de Bamako ; 2= Koulikoro ; 3= Kayes ; 4=Ségou ; 88 = Autres à préciser.....
- e) Ethnie/___/ 1= Bambara ; 2= Peulh ; 3= Sonrhaï ; 4=Soninké ; 5=Dogon ; 88= Autres à préciser.....

II. Motif de consultation/___/ 1=Tuméfaction ; 2=Ulcération ;3=Douleur cervicale ; 4=Douleur linguale ; 88=Autres à préciser.....

III. Habitudes de vie et hygiène bucco-dentaire :

- a) Tabac /___/ 1=Oui ; 2= Non
- b) Alcool/___/ 1=Oui ; 2=Non
- c) Hygiène bucco-dentaire/___/ 1=Bonne ; 2= Mauvaise

IV. Examen endo-buccal de la tumeur :

Siège de la tumeur /___/ 1= Langue mobile ; 2= Base de la langue

V. Bilan biologique standard/___/ 1= Effectué ; 2= Non effectué

VI. Résultat de l'examen anatomo-pathologique :

.....

VII. Traitement :

- a) médical/___/ 1=chimiothérapie ; 2=radiothérapie ; 88= autres à préciser.....
- b) chirurgical/___/ 1= glossectomie partielle ; 2= autres à préciser.....

VIII. Suivi post opératoire

- a) Suivi /___/ 1= 2 semaines 2= 1 mois 3= 3 mois
- b) Résultat /___/ 1= satisfaisant 2= non satisfaisant

FICHE SIGNALITIQUE

Nom : DIALLO

Prénom : Modibo Mamadou

Titre : Tumeurs de la langue au service de stomatologie et chirurgie maxillo-faciale du Centre Hospitalier Universitaire d'OdontoStomatologie de Bamako

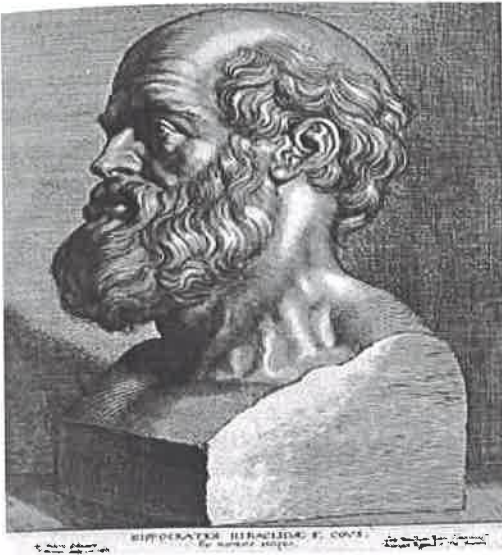
Année universitaire : 2012-2013

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie (FMOS) ; Bibliothèque du CHU-OS.

Secteur d'intérêt : Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale, ORL et chirurgie cervico-faciale, chirurgie générale.



SERMENT

D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

Je le jure!