

\*\*\*\*\*

UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES ET DES  
TECHNOLOGIES DE BAMAKO



Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

Année académique : 2013-2014

N°..... /2014

**TITRE**

**ETUDE EPIDEMIOLOGIQUE ET CLINIQUE DES  
CARCINOMES EPIDERMOIDES DANS LE SERVICE DE  
STOMATOLOGIE ET DE CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE  
DU CHU-OS DE BAMAKO de 2011 à 2014: A PROPOS DE  
51 CAS.**

**THESE**

Présentée et soutenue publiquement le... / / 2014  
Devant la faculté de Médecine, et d'Odonto-Stomatologie

**Par Mr BOUBACAR DIAKITE**

Pour obtenir le grade de **Docteur en Médecine**  
**(DIPLOME D'ÉTAT)**

**Jury**

**Président : Pr Tiémoko Daniel COULIBALY**

**Membre : Dr Alphousseiny TOURE**

**Codirecteur : Dr Boubacar BA**

**Directeur : Pr Bakarou KAMATE**

*DEDICACES*

*ET*

*REMERCIEMENTS*

# DEDICACES

A Dieu, le tout puissant.

A mon pays le Mali,

*Profond respect.*

A mon père feu Sékou Je ne trouverai jamais assez de mots pour t'exprimer ma reconnaissance. Tu as toujours placé nos études au-dessus de tout, en consacrant tous tes efforts et de lourds sacrifices afin de nous assurer un avenir meilleur malgré tes modestes moyens. Je suis fier d'avoir reçu de toi une éducation de qualité. Ton souci constant pour la réussite de tes enfants fait de toi un père exemplaire, admiré de nous tous. Ce travail est avant tout le tiens ; père puisse-t-il représenté la récompense de toutes ces années de labeur.

*Amour infini.*

A ma mère Fanta Diarra (Nianioko), tu as guidé mes premiers pas, tu t'es beaucoup sacrifiée afin de nous donner une bonne éducation.

Tes conseils et tes encouragements m'ont toujours accompagné durant toutes mes études et ont fait de moi un homme fier d'être ton fils. Malgré tes modestes moyens, tu n'as ménagé aucun effort pour me venir en aide. J'aimerais t'offrir ce travail en guise de ma reconnaissance et de mon amour indéfectible.

*Tendre affection.*

A mes sœurs, Fanta Diallo, Malado Diakité Ramata Diallo et autres ; Une tendre complicité nous a toujours lié. Vous n'avez jamais cessé de me témoigner votre amour. Puisse ce travail vous servir d'exemple et que le seigneur nous donne la chance d'être éternellement unis. Puisse l'Eternel nous unir chaque jour davantage.

*Tendre affection.*

A mes frères, Issa, Djibril, Yacouba, Toumani, et autres. Je vous souhaite beaucoup de courage. Le chemin est encore long et parsemé d'embûches. Sachez que je serai toujours à vos côtés.

*Tendre affection.*

A mes grands-parents (in memorium) vous avez été arrachés à notre affection, cependant vous continuez à faire partie de notre existence.

*Que vos âmes reposent en paix.*

Aux familles Sissoko (Ami et son mari Bamba Sissoko) et Kanouté de Kita Soyez assurées que vous n'êtes pas oubliées et que ce travail est une œuvre collective.

*Tendre pensée.*

Au regretté Boubacar Coulibaly (Interne au service de santé publique) Tu as été arraché à notre affection ; cependant tu continues à faire partie de notre existence.

*Que ton âme repose en paix.*

A mes amis : Moussa Kouyaté, EL Bassir Konaté ; Zoumana Daou ; Issouf ; Moussa et tous ceux dont les noms n'ont pas été cités ici ; Durant toutes ces années vous avez été plus que des frères pour moi. Ensemble, nous avons vécu de moments de galère et de joie. Que Dieu nous aide à consolider nos amitiés.

*Tendre pensée.*

A mes cousins et cousines, que ce travail vous serve d'exemple.

*Tendres affections.*

A mes aînés, Dr Ibrahima Diallo, Dr Boubacar Sissoko, Dr Goundo Sombounou Dr Alphousseiny Touré.

Merci pour tous vos conseils.

Trouvez ici l'expression de mon profond attachement.

# REMERCIEMENTS

- Au personnel du CHU-OS, pour son accueil et son hospitalité à savoir :
- Dr Alphousseiny Touré, Dr Kadiatou, Dr Diarra, infirmier Moussa Sidibé, infirmière Fatoumata Dembélé et à tous ceux dont les noms n'ont pas été cités ici. Merci pour vos encouragements et vos conseils. Seul le Seigneur peut vous récompenser.

*Affectueuses pensées.*

- Au personnel de l'hôpital de Kayes, merci pour tout.
  - Au personnel de la chirurgie « A », Dr. Sissoko B, Diallo D, Konaté M, Traoré A, Kanté M, Bathily F,
  - Merci pour tout ce que vous avez fait pour moi. Trouvez ici l'expression de mon profond attachement.
- A mes collègues de service de pédiatrie de l'hôpital de Kayes : Koné B, Diallo B, Mangara I, Diarra M, Bagayoko, et autres Merci pour tous les moments passés ensemble.

*Meilleure pensée.*

- Aux étudiants (es) de l'INFSS
- A tous les chefs de service de l'hôpital F DAOU de Kayes Merci pour tous vos conseils.

*Reconnaissance infinie.*

• Au Dr Sissoko Goundo Soumbounou, Anesthésiste Réanimatrice, Chef de service des urgences à l'hôpital F DAOU de Kayes, vous avez toujours répondu à tous nos appels. Merci pour tout ce que vous avez fait personnellement pour moi. Recevez ici l'expression de notre profond respect.

*Reconnaissance infinie.*

*HOMMAGES*  
*AUX MEMBRES*  
*DU JURY*

**A notre maître et président du jury:**

**Professeur Tiémoko Daniel COULIBALY**

- Spécialiste en Odonto-Stomatologie et en Chirurgie Maxillo-faciale ;  
Maître de conférences d'odontostomatologie et de chirurgie maxillo-faciale FMOS;
- Chef de service de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale du  
CHU-OS de Bamako ;
- Chef de service d'odontologie chirurgicale du CHU-OS de Bamako ;
- 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 sont autant de caractères qui forcent respect et admiration.

**A notre maître et juge :**

**Docteur Aphousseiny TOURE**

- Gradé de l'université d'état de médecine de Valvograd (union soviétique) ;
- Responsable de suivis post opératoires ;

**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.

Nous vous prions, cher maître de bien vouloir trouver ici l'expression de notre grand respect et nos vifs remerciements.

**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 Bakarou KAMATE**

- Chercheur et praticien hospitalier au CHU point G.
- Collaborateur du projet de dépistage du cancer du col de l'utérus et du registre national des cancers au Mali.
- Maître de conférences agrégé en anatomie et cytologie pathologiques à la FMOS.

### **Cher Maître,**

Merci d'avoir accepté malgré vos multiples occupations de diriger ce travail.

Homme de science réputé et admiré par tous, nous avons été très impressionnés par votre simplicité, votre qualité de pédagogue et votre grande disponibilité.

Votre expérience et la qualité exceptionnelle de votre enseignement font que nous sommes fières d'être vos élèves.

Nous vous prions, cher maître de bien vouloir trouver ici l'expression de notre grand respect et nos vifs remerciements.

# SOMMAIRE

# Table des matières

I-Introduction.....	1
A-préambule	
B-Intérêt	
II - Objectifs.....	5
III-Généralités.....	7
1-Définition	
a) Histoire naturelle du développement de la tumeur	
b) Caractères généraux de la cellule tumorale	
c) Notion de croissance tumorale	
d) Mode de propagation de la tumeur	
e) Etiologies	
2- Rappels anatomiques, physiologiques, histologiques	
2.1-Rappels anatomiques	
2.2-Rappels physiologiques	
2.3-Rappels histologiques	
3- Lésions précancéreuses	
3.1- Cancers stomatologiques	
3.2-Cancers de la cavité buccale	
3.3-Cancers des glandes salivaires	
3.4-Cancers des maxillaires	
IV- Métrologie.....	43
V-Résultats.....	48
VI –Commentaires et Discussion... ..	60
VII-Conclusion et recommandations.....	67

Références bibliographiques.....	70
Résumé	
Annexes.....	82

# ABREVIATIONS

BPTM : bucco-pharyngectomie trans-mandibulaire

CCF : Chirurgie cervico-faciale

CNOS : Centre national d'odonto-stomatologie

GSA: Glandes salivaires accessoires

GSP : Glandes salivaires principales

HGT : hôpital Gabriel Touré

HPG : hôpital du point G

HKATI: hôpital de Kati

ORL : Oto-Rhino-Laryngologie

TNM : Tumors Nodes Metastasis

UICC : Union Internationale Contre le Cancer

VADS : Voies aéro-digestives supérieures

CHU-OS : Centre hospitalier universitaire d'odontostomatologie

EPA : Etablissement public à caractère administratif

BW : Bordet Wassermam

CES : certificat d'études spécialisées

GE : goutte épaisse

# INTRODUCTION

# PREAMBULE

La sphère oro-faciale comporte divers éléments anatomiques très imbriqués, avec pour corollaire des cancers à connotation naso-sinusienne, buccale, pharyngée et œsophagienne. Quelques fois y sont associés les cancers thyroïdiens, cutanés faciaux, œsophagiens voire bronchiques. Ces cancers sont indissociables des cancers oto-rhino-laryngologiques (ORL) [57].

Il n'est pas toujours aisé d'identifier des études publiées sur les données particulières aux cancers stomatologiques qui figurent parfois parmi les néoplasies dites des voies aérodigestives supérieures (VADS).

Dans cette étude, nous ne prendrons en compte que les lésions malignes notamment les carcinomes épidermoïdes odontostomatologiques et maxillo-faciaux.

En ce qui concerne les cancers buccaux, ils sont fréquents et représentent 3% de l'ensemble des tumeurs malignes, et 25 à 30% du total des cancers des VADS [28]. Le cancer buccal est fréquent chez les hommes dans les pays en développement. C'est le 8<sup>ème</sup> cancer le plus fréquent chez les hommes et le 14<sup>ème</sup> chez les femmes dans le monde [20]. Ils surviennent 9 fois sur 10 chez des sujets alcool-tabagiques et très souvent au niveau ou à proximité des lésions précancéreuses [25]. En France, on compte 6000 nouveaux cas par an avec une forte prédominance masculine (70% des hommes) [51].

Au Cameroun, une étude réalisée en 2004 par Tchuenté C. sur les tumeurs maxillo-faciales trouve 62% de tumeurs malignes contre 38% de tumeurs bénignes ; la localisation prédominante se situait au niveau des maxillaires dans 47% des cas [60].

Les carcinomes épidermoïdes représentent la majorité des carcinomes naso-sinusiens.

Pasteur et Hamburger en 1962 signalaient déjà une fréquence de 85 à 90% des carcinomes [45].

Au Mali, Diombana ML en 1998, en étudiant l'implication du sinus maxillaire dans les tumeurs du massif facial retrouve 51 cas de tumeurs sur 10 ans, soit environ 5 cas par an [22] et une fréquence de 60 cas de tumeurs salivaires sur 10 ans dont 33% de carcinomes.

# INTERET DU SUJET :

**L'intérêt du sujet réside dans le fait que :**

\* La prise en charge pluridisciplinaire de ces carcinomes présente de grandes difficultés car figurant parmi les plus fréquents, les plus mortels et les plus débilissants.

\* L'engagement du pronostic vital tient au fait que lorsqu'il n'est pas diagnostiqué à temps, le taux de survie est de 20% au stade IV comparativement à celui qui l'est au stade I et qui aura 80% de chance de survie [15].

\* Le traitement chirurgical, vu sa lourdeur entraîne souvent des mutilations qui se répercutent sur l'esthétique et le fonctionnel. C'est ainsi que le préjudice esthétique entraînera une altération de l'apparence physique du patient qui ébranle l'estime de soi de même que de graves dysfonctions de la mastication, de la phonation et de la déglutition.

\*Ce travail est une contribution à l'étude des cancers de type carcinomes épidermoïdes au service de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale de BAMAKO.

# *OBJECTIES*

# **OBJECTIF GENERAL**

Etudier le profil épidémiologique et clinique des carcinomes épidermoïdes dans le service de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale.

## **OBJECTIFS SPECIFIQUES**

- Décrire les caractères socio-démographiques des patients présentant un carcinome épidermoïde stomatologique et /ou maxillo-facial.
- Déterminer la fréquence des carcinomes épidermoïdes diagnostiqués au service de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale au CHU-OS de Bamako.
- Déterminer leur siège.
- Analyser nos résultats.

# GENERALITES

## 1-DEFINITION

Actuellement le terme de tumeur tend à être employé au sens ex-æquo de néoplasme ou de néoplasie. Il s'agit de toute nouvelle malformation tissulaire plus ou moins volumineuse ressemblant plus ou moins au tissu normal homologue (adulte ou embryonnaire) aux 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 [35].

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 **Roujeau et Chelloul (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 [50].

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. [8]

**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. [65]

**a) 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-1) 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.

### **a-2) 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.

### **a-3) Phase clinique**

Apparait lors du développement de plus de  $10^9$  cellules tumorales.

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

- 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

### **a-4) 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.

## **b) CARACTERES GENERAUX DE LA CELLULE TUMORALE [18]**

### **b-1) Caractères résiduels**

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

### **b-2) 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.

### **b-3) Caractères dynamiques acquis**

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

### **b-4) 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.

## **c) NOTION DE CROISSANCE TUMORALE [19]**

### **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).

### **d) MODES DE PROPAGATION DE LA TUMEUR [46]**

#### **- 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.

### **e) Etiologies [34]**

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

#### **e-1) 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

#### **e-2) ALCOOL**

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

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.

### **e-3) 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.

### **e-4) 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-5) 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**

## **e-6) 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.

## **2-RAPPELS ANATOMIQUES, PHYSIOLOGIQUES ET HISTOLOGIQUES**

### **2-1) Rappels anatomiques**

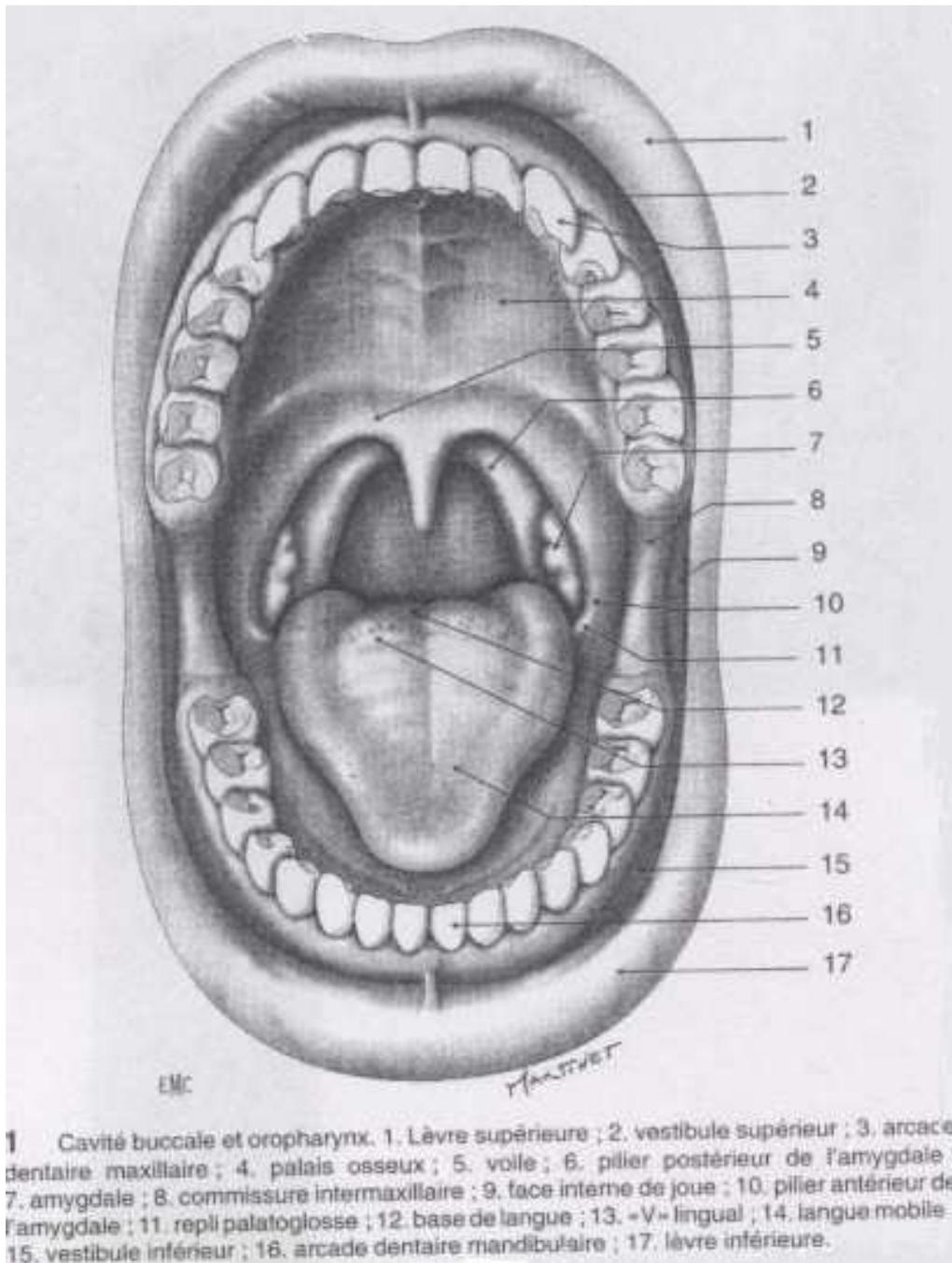
#### **II.1.1-La cavité buccale [36]**

La cavité buccale forme la première partie du tube digestif. Elle est subdivisée en 2 parties par les arcades alvéolo-dentaires :

- la cavité périphérique répond au vestibule de la bouche
- la cavité buccale proprement dite (fig. 1) [41]

Le vestibule buccal est un espace en forme de fer à cheval compris entre les lèvres et les joues en avant et les arcades alvéolo-dentaires en arrière.

Il communique avec la cavité buccale en arrière des dernières molaires. Les vestibules droit et gauche sont continus en avant dans la région alvéolo-dentaire incisive. Cette dernière est fréquemment rétrécie par les replis muqueux des freins labiaux supérieur et inférieur. Il est tapissé, excepté au niveau des arcades dentaires par la muqueuse buccale qui se réfléchit au niveau des lèvres et des joues pour recouvrir les arcades alvéolaires devenant gencive ou muqueuse alvéolaire, selon qu'elle est ou non recouverte d'un épithélium kératinisé. La séparation entre ces deux tissus est la ligne muco-gingivale.



**FIGURE 1** : Cavité buccale et oropharynx [41]

La cavité buccale proprement dite est limitée sur son pourtour par les arcades alvéolo-dentaires en avant et sur les côtés ; en haut par la voûte palatine à laquelle fait suite le voile en arrière et latéralement par l'arcade dentaire maxillaire.

La bouche comporte deux organes essentiels :

La langue séparée de l'arcade alvéolo-dentaire mandibulaire par le sillon alvéolo-lingual, fixe dans sa partie postérieure et mobile pour le reste, grâce à

l'action de dix-sept petits muscles, qui permettent la déglutition et la phonation. Au repos sa face inférieure est appliquée au plancher buccal. Les papilles qui recouvrent sa surface sont les récepteurs de la gustation.

Les dents, loin d'être des organes isolés, appartiennent à l'appareil de nutrition. Elles sont implantées sur le rebord maxillaire et s'articulent avec les os de la face par l'intermédiaire du ligament alvéolo-dentaire et de l'os alvéolaire dont la croissance, la vie et la disparition dépendent uniquement des dents. Cet os alvéolaire ne peut se distinguer anatomiquement ou histologiquement de l'os basal ou os maxillaire proprement dit sur lequel il repose.

## **2-2) LES GLANDES SALIVAIRES**

On distingue deux types de glandes salivaires :

### **1-les glandes salivaires principales [63]**

- **la glande parotide** ; c'est la plus volumineuse, sa situation est superficielle au dessous et en avant du méat auditif externe et en arrière du ramus. Elle est de forme pyramidale et possède un canal excréteur (canal de Sténon) qui débouche dans la cavité buccale à la face interne de la joue par un orifice punctiforme en regard du collet de la deuxième molaire supérieure. Son poids est de 20 à 30grammes.
- **La glande sous-maxillaire**, a la taille d'une grosse amande située dans la partie latérale de la région sus-hyoïdienne. Elle longe la base de la branche horizontale de la mandibule, se déverse dans la bouche par le canal de Wharton au sommet de la caroncule linguale. Son poids est de 5 à 10 grammes. Elle est explorable par les doigts sous mandibulaires, palpable par la voie buccale à travers la muqueuse du sillon gingivo-lingual.
- **La glande sub-linguale** a une forme allongée aplatie transversalement située entre la mandibule et la base de la langue, de part et d'autre du frein lingual. Son canal excréteur (canal de Rivinus) débouche au niveau de la papille sublinguale en dehors de la caroncule linguale.

## **2-les glandes salivaires accessoires(GSA)**

Ces glandes sont disséminées sur toute la surface de la muqueuse buccale exceptée au niveau des gencives et du vermillon des lèvres. Leur existence et leur situation sont variables en fonction des individus ; elles peuvent être : labiales, jugales, palatines, vélares, linguales, dorsales ou marginales.

## **2-3) ANATOMIE DES MAXILLAIRES [5]**

Les maxillaires constituent la majeure partie du squelette de la face :

- **le maxillaire inférieur ou mandibule**, est pourvu d'une branche horizontale médiane et de deux branches montantes droite et gauche. Celles-ci présentent à leurs extrémités supérieures deux apophyses : le coroné et le condyle. Le coroné s'articule avec l'os temporal.

- **le maxillaire supérieur ou massif facial** de structure beaucoup plus complexe, apparaît creusé sur la ligne médiane des fosses nasales. Il forme le plancher de l'orbite en haut. Il présente deux cavités sinusiennes latérales, les sinus maxillaires.

Ces deux os ont en commun en regard des gencives, l'os alvéolaire ou sont enchâssés les dents.

## **2-4) RAPPELS PHYSIOLOGIQUES [5,49]**

La cavité buccale est le siège de nombreuses fonctions telles que la mastication, la succion, la digestion, la phonation et la salivation.

Dans les conditions physiologiques normales, le milieu buccal est très favorable à la croissance de micro-organismes.

La pression partielle en oxygène (O<sub>2</sub>) varie selon les différents sites considérés et permet aussi bien la croissance des organismes aérobies que celle des anaérobies stricts.

La physiologie de la cavité buccale dépend en grande partie des éléments constitutifs de la salive, celle-ci étant produite chez l'homme par les glandes salivaires. La salive possède quatre fonctions distinctes : digestive, protectrice,

excrétrice et endocrinienne. Elle facilite la formation du bol alimentaire ainsi que la déglutition grâce aux substances lubrifiantes mucilagineuses qu'elle contient. La fonction digestive proprement dite est assurée par l'amylase salivaire qui amorce la digestion des féculents. Elle assure la protection de la muqueuse buccale et des dents. En effet les mucines salivaires protègent la muqueuse buccale contre le dessèchement, les substances toxiques et irritantes présentes dans les aliments et les enzymes bactériennes. Elle assure également la lubrification des muqueuses indispensables aux fonctions de déglutition et de phonation. Les peroxydases complètent l'action des mucines grâce à leur pouvoir antibactérien.

L'EGF (épithelial growth factor) salivaire renforce le potentiel de cicatrisation des tissus muqueux. La protection des dents résulte de l'influence de la salive sur les phénomènes de minéralisation de l'émail.

Les glandes salivaires, en sécrétant de 0,6 à 1,5l d'eau par jour, participent au maintien du degré d'hydratation de l'organisme à un niveau suffisant.

## **2-5) RAPPELS HISTOLOGIQUES**

### **II.3.1-Au niveau de la cavité buccale [4]**

L'épithélium est pavimenteux, pluristratifié, composé de cellules étroitement liées les unes aux autres. Il tend à se kératiniser au niveau des points de friction tel que le palais.

L'aspect histologique varie selon le degré de kératinisation.

#### **Variations topographiques**

La muqueuse buccale est divisée en plusieurs territoires qui sont en relation avec des structures musculaires ou osseuses sous jacentes. Il est habituel de décrire 3 types de muqueuses en fonction de la topographie :

### ❖ **La muqueuse masticatrice**

Elle recouvre les gencives et le palais dur. Elle est kératinisée en surface et présente des crêtes épithéliales longues, réalisant des invaginations profondes dans le tissu conjonctif.

### ❖ **La muqueuse bordante**

Souple et flexible, elle revêt les versants muqueux des lèvres, joues, plancher, face ventrale de la langue et palais mou. Elle est non kératinisée en surface et présente des crêtes basales peu accusées.

### ❖ **La muqueuse spécialisée du dos de la langue**

Elle est kératinisée et pourvue de papilles intervenant dans la fonction gustative.

## **2-6) Glandes salivaires [63]**

Les glandes salivaires principales sont constituées de lobules contenant des acini et des canaux excréteurs. Les acini sont composés de cellules séreuses ou muqueuses, ou des deux, prenant alors le nom d'acini mixtes. Les parotides sont essentiellement séreuses ; les glandes sous mandibulaires mixtes à prédominance séreuse ; les sublinguales essentiellement muqueuses. Les glandes salivaires accessoires sont selon la localisation soit muqueuses pures : glandes palatines, soit séreuses pures : glandes linguales. Mais on peut trouver des formes mixtes dans toutes les glandes en particulier dans la parotide, aux âges extrêmes de la vie. Les acini se drainent dans les canalicules inter-canalaires, puis striées et enfin excréteurs. Les cellules inter-glandulaires contiennent également dans leur médullaire, des inclusions salivaires, réalisant une intrication histologique très particulière.

## **2-7) Maxillaires [4]**

Le corps de ces deux pièces squelettiques comporte comme tout os de membrane :

- une corticale où prédominent les processus d'ostéo-formation et de remodelage de l'os. Le cortex est formé d'os compact recouvert d'une mince couche de tissu fibreux, le périoste. On y retrouve des canaux de Havers,

espaces circulaires entourés de 6 à 12 lamelles osseuses concentriques séparées par des lignes d'apposition et peuplées de couronnes d'ostéocytes.

-une spongieuse où la résorption osseuse prédomine. Elle est constituée de trabécules bordés d'ostéoblastes et creusée de logettes contenant des ostéocytes.

### **3) LESIONS PRECANCEREUSES STOMATOLOGIQUES**

Selon l'OMS rapporté par BEN SLAMA, ce sont « des altérations tissulaires au sein desquelles le cancer apparaît le plus souvent que dans le tissu normal homologue » [10].

Il est important pour l'odonto-stomatologiste d'en connaître les différents aspects aussi bien cliniques et thérapeutiques afin d'optimiser le rôle prépondérant qu'il a à jouer dans le dépistage et la prise en charge.

#### **3-1) leucoplasie [10, 7]**

Elle se définit comme une lésion blanche de la muqueuse buccale, non détachable par grattage et qui ne peut être attribuée à une cause identifiable autre que l'usage éventuelle du tabac. On distingue actuellement :

-Les leucoplasies homogènes :

Plaque blanche clairement circonscrite, plane ou légèrement surélevée, lisse ou uniformément rugueuse parfois traversée par des fines crevasses ou fissures.

Cette forme la plus fréquente, présente seulement des dysplasies légères réversibles et subit rarement une transformation maligne.

-Les leucoplasies inhomogènes :

Peuvent comporter un aspect érythémateux, érosif, verruqueux ou nodulaire sur toute leur surface par endroits. Elle comporte un risque plus élevé de transformation. Les leucoplasies inhomogènes dégénèrent plus fréquemment.

#### **3-2) Lichen plan [ 44,55]**

C'est une maladie inflammatoire chronique, généralement bénigne pouvant atteindre la peau et les phanères, les muqueuses malpighiennes surtout buccales.

Toute la cavité buccale peut être atteinte avec une prédominance sur la face interne des joues et les replis vestibulaires gingivo-jugaux et la langue. Les

lésions sont presque toujours symétriques et évoluent par poussées successives. Les lésions sont parfois hyperkératosiques verruqueuses, d'autres fois érythémateuses ou érosives ou ulcérées.

L'évolution est bénigne dans la grande majorité des cas, mais une transformation maligne peut survenir dans une faible proportion évaluée habituellement à 1%.

### **3-3) Erythroplasie [10]**

Il s'agit de plaque veloutée, rouge, brillante, le plus souvent uniforme sans trace de kératinisation souvent très étendue mais ayant une limite nette ce qui la distingue des érythèmes inflammatoires. Elle est considérée comme une lésion précancéreuse hautement dangereuse en raison de la fréquence du carcinome in situ.

### **3-4) Papillomatose orale floride (POF) [10]**

C'est une formation tumorale multiple, d'allure verruqueuse, souple, chronique, associée parfois à des zones dénudées désépithéliasées.

Les tumeurs sont souvent très envahissantes, leur destruction est suivie inexorablement de récurrence et tôt ou tard il y aura une dégénérescence maligne.

### **3-5) Chéilite actinique [10]**

C'est l'altération chronique de la muqueuse de la lèvre inférieure provoquée par les rayons ultraviolets. La lèvre est sèche, squamo-kératosique et fissurée. Sur la lèvre supérieure, c'est sur le versant cutané que se développent les kératoses prémonitrices de cancer. A un stade tardif, peuvent apparaître des dysplasies épidermiques ou des carcinomes épidermoïdes dans 12 à 13% des cas.

### **3-6) Fibrose sous-muqueuse [10]**

C'est une atteinte chronique de la cavité buccale. Elle serait liée aux mauvaises habitudes alimentaires : ingestion d'aliments épicés, déficiences en vitamines (A, B, C, E), mastication de noix de bétel, tabac. Elle se traduit cliniquement par une sensation de brûlure et la formation de vésicules suivies par des ulcérations superficielles. Le stade fibreux se traduit par un blanchiment de la muqueuse qui

apparaît lisse, atrophique et perd progressivement son élasticité. Il n'existe pas de traitement spécifique.

### **3-7) Candidose kératosique [26]**

C'est une kératose nodulaire se présentant comme une plaque blanche ferme, surélevée, bien limitée. Des zones érythémateuses ou érosives sont parfois observées en périphérie. Elle siège habituellement sur la muqueuse jugale au niveau de la zone rétro-commissurale ou le dos de la langue.

Il existe parfois des signes de dysplasies et la présence de candida dans les couches profondes de l'épithélium.

### **3-8) Syphilis tertiaire [42]**

On pensait que la syphilis constituait un important facteur prédisposant aux carcinomes de la cavité buccale. La seule relation retenue fût celle de la glossite atrophique de la syphilis tertiaire avec les cancers de la langue.

## **4) CANCERS STOMATOLOGIQUES ET MAXILLO-FACIAUX**

### **4-1) CANCERS BUCCAUX**

#### **a)Epidémiologie**

Les cancers de la cavité buccale représentent 3% de l'ensemble des tumeurs malignes et 30% des cancers des VADS. Les cancers de la langue représentent 17% des cancers bucco-pharyngés [28] et sont à 90% carcinome épidermoïde, son degré de différenciation et sa nature infiltrante ou non. Parmi les 10% des cas qui ne sont pas des carcinomes épidermoïdes, 5% sont des carcinomes glandulaires (adenocarcinome, carcinome adénoïde kystique, carcinome muco-épidermoïde), les 5% restants conservent des tumeurs plus rares (sarcomes, lymphomes, tumeurs nerveux etc.....)

Ces cancers ont l'incidence, de loin la plus élevée dans le monde. Ils sont la cause de 3% de décès par cancer chez l'homme dont 25% par le cancer de la langue [38]. La fréquence chez la femme est en augmentation constante depuis 30 ans.

Le cancer buccal est fréquent chez les hommes dans les pays en développement, c'est le 8<sup>ème</sup> cancer le plus fréquent chez les hommes et le 14<sup>ème</sup> chez les femmes dans le monde [20]. On dénombrait 274 300 nouveaux cas et 145 500 décès dans le monde en 2002. Les deux tiers de ce fardeau sont supportés par les pays en développement, et pour plus de 30% par l'Inde seule. Un taux élevé de ce cancer buccal est enregistré dans le sous continent-Indien, en Europe Centrale et de l'Est, dans certaines régions de France, en Europe du Sud et en Océanie [20].

### **b) Etiopathogénie**

L'étiologie à 90% liée à une consommation excessive de tabac associée à l'alcool, ou une dégénérescence de lésions précancéreuses dans un contexte bucco-dentaire médiocre et des irritations chroniques [61].

L'usage de tabac sans fumée, notamment de tabac à priser ou à chiquer, fait également courir un risque important, bien que les cancers vitaminiques (A, B, C, E) et les expositions professionnelles aient leur part de responsabilité [4].

Le risque de cancer croît avec la quantité de tabac fumé et la durée de consommation. Un second cancer de la cavité buccale, de l'oropharynx ou du larynx se développera chez environ 37% des patients qui continuent de fumer après une guérison apparente de leur cancer, comparativement à 6% seulement chez ceux qui cessent de fumer [51].

La consommation régulière d'épices fortes et de piment s'accompagne de modifications de la muqueuse buccale, se traduisant par des plaques kératosiques et ou érythémateuses. Ces lésions ont sans doute un potentiel de transformation maligne, mais il semble relativement faible [53].

La consommation insuffisante de fruits et de légumes, les substances et poussières irritantes et cancérigènes absorbées ou inhalées dans certains milieux professionnels agissent en synergie avec l'alcool et le tabac.

### **c) Diagnostic**

#### **c-1) Circonstances de découvertes**

Les signes et les symptômes du cancer de la cavité buccale peuvent être perceptibles relativement tôt. Les cancers buccaux se manifestent le plus souvent sous forme d'induration ou d'ulcération asymptomatique.

Les signes qui orientent bien que non spécifique sont [56] :

- ulcères ou plaies buccales qui n'arrivent pas à guérir ;
- plaies ou plaques semblables à des verrues sur les lèvres
- mal de gorge persistant
- plaies sous les prothèses dentaires
- bosse sur une lèvre, sur la langue ou dans le cou
- difficulté à mastiquer, avaler ou parler
- excroissance non douloureuse sur la lèvre, formant une croûte sèche qui saigne lorsqu'on l'enlève
- maux de dents ou dents branlantes
- saignements (crachats sanglants)
- douleurs dans l'oreille ou la mâchoire

Ces troubles fonctionnels ont une caractéristique principale : celle de persister. Une durée au delà d'une quinzaine de jours les rend suspects. L'inspection et la palpation, permettent de trouver un bourgeonnement et/ou une ulcération qui saigne habituellement au contact et s'accompagne d'une infiltration sous jacente.

#### **c-2) Diagnostic positif [3]**

Il est essentiellement anatomopathologique.

**Il ne faut jamais poser un diagnostic avant le résultat de la biopsie.** Elle sera réalisée en pleine tumeur en zone profonde et n'intéressant pas une zone

nécrotique. Elle précise le type histologique et le degré de maturation de la lésion, qui constitue un élément pronostic important notamment pour l'envahissement ganglionnaire.

Au niveau de la pièce opératoire, il précise l'extension locale et notamment le statut des marges d'exérèse ; et régionale, ce qui détermine le pronostic. Par exemple, environ 25% des marges d'exérèse sont envahies en per-opératoire en cas de chirurgie initiale pour les cancers de la base de la langue à des stades avancés.

L'examen histologique est essentiel pour déterminer à quel stade se situe une dysplasie précancéreuse. Les lésions précancéreuses lorsqu'elles sont découvertes, doivent être surveillées et traitées avant progression vers le carcinome épidermoïde invasif.

Les tests diagnostics à utiliser sont :

- la biopsie
- la cytologie exfoliatrice
- la cytoponction
- le bleu de Toluidine

### **c-3) Diagnostic différentiel**

L'ulcération cancéreuse doit être distinguée des autres ulcérations rencontrées dans la bouche : aphte isolé commun, aphte géant, aphte nécrotique, ulcération linguale à cytomégalovirus, aphtose miliaire, stomatite herpétique, sialométaplasie nécrosante et l'ulcération traumatique [7].

Dans ces cas il n'y a pas d'infiltration véritable et les lésions peuvent disparaître avec des traitements locaux et des antibiotiques ou par la suppression de l'agent vulnérant (dent délabrée, crochet de prothèse).

#### **c-4) Examens complémentaires [54]**

##### **-Imagerie médicale**

Elle confirme le diagnostic suspecté et apprécie l'envahissement local et à distance.

**\*Le cliché panoramique dentaire :** Peut mettre en évidence un envahissement osseux sous la forme d'une image lytique.

**\*Le scanner :** Il trouve son intérêt dans la recherche d'adénopathies cervico-faciales chez les patients obèses ou à cou court et d'une extension osseuse

**\*L'imagerie par résonance magnétique (IRM) :** elle est d'un avantage certain dans l'appréciation de l'extension au niveau des parties molles

**\*La radiographie pulmonaire :** elle sera systématique à la recherche de métastases pulmonaires.

**\*La scintigraphie osseuse :** elle sera indiquée en cas de douleurs osseuses à la recherche de métastases osseuses

**\*L'échographie abdominale :** elle est indiquée en cas de douleurs abdominales ou d'ascite faisant suspecter une dissémination.

##### **\* La pan-endoscopie**

Le bilan endoscopique recherche une deuxième localisation synchrone. La pratique des colorations vitales associées à la pan-endoscopie concourt à la découverte d'une deuxième localisation dont le pourcentage serait de l'ordre de 10 à 20% des patients atteints d'un cancer de la cavité buccale. Cette pan-endoscopie comporte l'examen de l'hypopharynx, du larynx, de la trachée, des bronches et de l'œsophage.

##### **- bilan stomatologique**

Il a pour but la mise en condition de la cavité buccale qui consiste, d'une part à éliminer les foyers infectieux potentiels (denture en mauvais état), d'autre part dans certains cas à concevoir un dispositif prothétique en cas de chirurgie mutilante du massif facial ou de la mandibule. Ce bilan comprend :

- un examen clinique à la recherche de foyers infectieux dentaires et parodontaux ;

- un examen radiologique avec ortho-pantomogramme permettant d'évaluer l'état dentaire et l'état du parodonte ;
- un détartrage ;
- l'éradication de tout foyer infectieux dentaire (extraction ou traitement conservateur) ;
- la réalisation de gouttières thermoformées, à partir d'empreintes, permettant l'application topique quotidienne de gel fluoré à 1% pendant 5 minutes.

#### **d) bilan prétherapeutique**

IL comprend :

- le bilan préopératoire standard
- le bilan pré chimiothérapique (bilan hépatique, rénal, cardiaque, respiratoire et sanguin)

#### IV.1.3.6-Classification TNM [3]

Il s'agit d'un système adopté par l'Union Internationale Contre le Cancer dans le but de codifier les informations concernant l'extension anatomique de la lésion cancéreuse pour chaque localisation.

#### **Cette classification repose sur l'évaluation de trois éléments : T, N, M**

T: extension et siège de la tumeur primitive

N: état des aires ganglionnaires régionales

M: absence ou présence de métastase.

La classification appliquée à la cavité buccale est la suivante :

T1 :  $t \leq 2\text{cm}$

T2 :  $2\text{cm} < t \leq 4\text{cm}$

T3 :  $t > 4\text{cm}$

T4 : envahissement des structures adjacentes

N0: pas d'adénopathie régionale

N1: adénopathie métastatique unique unilatérale  $\leq 3\text{cm}$

N2a: adénopathie métastatique unique unilatérale  $>3\text{cm}$  et  $\leq 6\text{cm}$

N2b: adénopathies métastatiques homo latérales multiples  $< 6\text{cm}$

N2c: adénopathies métastatiques bilatérales ou controlatérales >6cm

N 3: adénopathies métastatiques > 6cm

M0: absence de métastases viscérales

M1: présence de métastase (s) viscérale (s) ou autres

### **d-1) histopathologie [51]**

Les cancers de la cavité buccale sont à 95% des carcinomes épidermoïdes (CE) [51]. Ils peuvent être bien ou peu différenciés. La différenciation malpighienne se manifeste par la présence de grandes cellules quadrangulaires à limites nettes étroitement unies par des ponts d'union. La maturation désigne l'élaboration par les cellules tumorales de kératine, soit d'apparence normale avec disparition des noyaux (orthokératose), soit d'aspect anormal avec persistance de noyaux (parakératose) ou dans des cellules individuelles (dyskératose).

En fonction du degré de différenciation de ces cellules, on distingue :

#### **- carcinome épidermoïde**

- les cancers épidermoïdes différenciés représentent 95% des cas. Les cellules de ces cancers sont identiques à celles de l'épithélium buccal normal.
- les cancers moins différenciés s'opposent aux précédents, composés de cellules de formes variables, cubiques, polygonales, fusiformes monstrueuses. Celles ci sont très basophiles et la maturation kératosique est très rare.

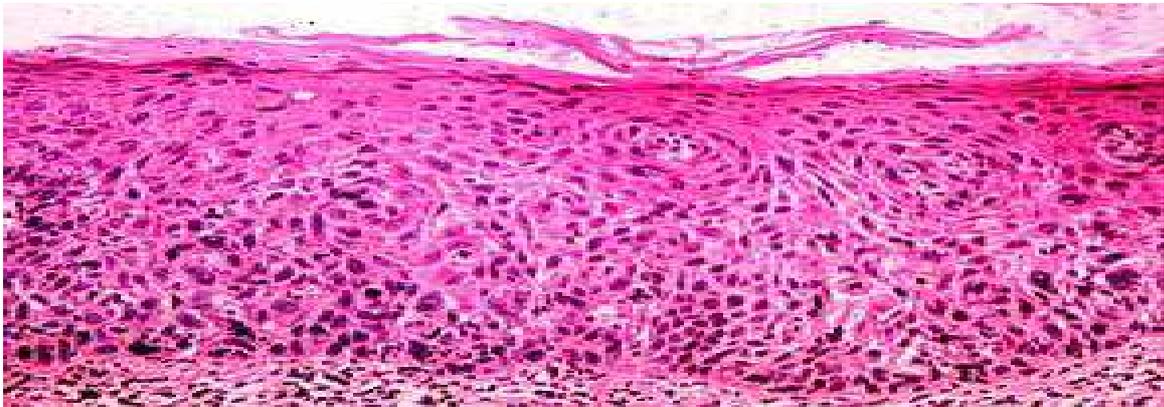
#### **- Autres types de cancers**

- les sarcomes, lymphomes
- les mélanomes
- les cancers basocellulaires
- les tumeurs odontogènes

Du point de vue histologique, certaines variétés de carcinome épidermoïde peuvent être observées dans la cavité buccale tel que le carcinome verruqueux. Son aspect est identique au carcinome verruqueux laryngé, il se présente parfois sous forme d'une nappe papillomateuse hyperkératosique.



**Figure 2** : Cancer du plancher et du bord latéral de la langue [51]



**Figure 3** : Carcinome épidermoïde in situ [51]

Grossissement 100, désorganisation architecturale intéressant toute la hauteur de l'épithélium avec une anisocaryose.

### **c) Traitement**

#### **c-1) Buts [48]**

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.

## **c-2) Moyens [16, 8]**

- **La chirurgie**

C'est la thérapeutique de choix devant une tumeur limitée. Elle est exécutée avec le souci prioritaire d'une exérèse complète.

Les techniques d'exérèse tumorale :

\*conservatrice de la mandibule, bucco-pharyngectomie trans-mandibulaire (BPTM) reconstructrice, pelvi-mandibulectomie non interruptrice.

\*non conservatrice, BPTM avec sacrifice de la branche horizontale de la mandibule, pelvi-mandibulectomie interruptrice.

Ces résections sont plus ou moins élargies aux différents éléments anatomiques de la cavité buccale (langue, joue, palais, plancher buccal) avec ou non sacrifice partiel ou total du maxillaire.

Les techniques d'évidement ganglionnaire :

- L'évidement dit radical comprenant l'exérèse des groupes ganglionnaires envahis avec sacrifice des éléments dit nobles (veine jugulaire interne, sterno-cléido-mastoidien, nerf spinal).
- L'évidement fonctionnel ou conservateur comprenant l'exérèse des groupes ganglionnaires envahis avec respect des éléments dits nobles (veine jugulaire interne, sterno-cléido-mastoidien, nerf spinal).

- **La chimiothérapie**

Cette chimiothérapie est soit néo-adjuvante pour diminuer le volume tumoral avant une radiothérapie ou une intervention chirurgicale, soit proposée pour une récurrence. Elle n'a pas fait la preuve de son efficacité. Le protocole le plus utilisé associe le 5FU (fluo-uracyle) et la cisplatine en cure de 5 jours.

- **La radiothérapie**

C'est l'utilisation des radiations ionisantes dans un but thérapeutique. L'action biologique de ces radiations aux doses utilisées en clinique est d'empêcher la

division cellulaire. La radiothérapie peut être délivrée par irradiation externe ou par curiethérapie.

Le choix de la radiothérapie dépendra de la localisation tumorale, du type histologique de la lésion et de son extension.

### **c-3) Indications [6]**

**Pour les T1- T2 à distance des structures osseuses**, on utilise la curiethérapie ou la chirurgie.

**Pour les T1 -T2 proches de l'os**, on utilise la chirurgie

**Pour les T3- T4**, on utilise la chirurgie si elle est localement possible et dans ce cas on la fait suivre de la radiothérapie externe car l'exérèse peut être considérée comme systématiquement limitée.

**Si l'état général du malade le rend inopérable** (tares, âges), on réalise une radiothérapie externe (radio-chimiothérapie concomitante avec doses de chimiothérapie adaptées ou radiothérapie externe seule).

**Pour les aires ganglionnaires**, en pratique, l'attitude décidée est celle qui correspond au traitement de la tumeur primitive :

S'il y a une chirurgie pour la tumeur primitive, on réalise un curage ganglionnaire.

S'il y a une radiothérapie externe de la tumeur primitive, on réalise une radiothérapie externe des aires ganglionnaires.

S'il y a une curiethérapie externe de la tumeur primitive on a le choix entre le curage systématique ou la simple surveillance en cas de N0.

### **d) Surveillance [6]**

Une surveillance régulière est réalisée en recherchant une récurrence tumorale ou ganglionnaire dont 90% des cas surviennent dans les deux premières années. Mais on recherche également l'apparition d'une deuxième localisation aux niveaux des VADS, œsophagiennes, ou bronchique. Elle nécessite :

- une consultation tous les deux mois pendant un an

- une consultation tous les quatre mois pendant deux ans
- une consultation tous les six mois pendant deux ans
- puis tous les ans
- une radio du thorax par an
- une pan-endoscopie avec biopsie au moindre signe d'appel

La qualité de vie dépend des séquelles des traitements. Il peut y avoir une gêne à la phonation, à la mastication, à la déglutition, une réduction du goût, un manque de salive gênant, des douleurs ou une modification de l'aspect extérieur, etc. Toutes ces difficultés ont été longtemps considérées comme étant le prix à payer pour la guérison. On attache de plus en plus d'importance à ces séquelles dans le but d'en réduire la fréquence. Les progrès récents se sont faits plus en termes de qualité de survie qu'en taux de survie globale.

Malheureusement, les taux de survie aux cancers de la bouche n'ont pratiquement pas changé au cours des 30 dernières années. L'une des principales raisons est le grand nombre de personnes dont la maladie n'est diagnostiquée que tardivement.

Aussi le stomatologue a un grand rôle à jouer dans la prise en charge de ces lésions cancéreuses de la cavité buccale.

## **e) CANCERS DES GLANDES SALIVAIRES**

### **e-1) Epidémiologie [8]**

L'incidence des tumeurs des glandes salivaires est faible, inférieure à 1/100.000, sans disparité géographique notable. Peu fréquentes, elles représentent un peu moins de 5% des tumeurs de la tête et du cou.

La glande parotide est la localisation la plus fréquente des tumeurs des glandes salivaires principales (GSP), le palais est le site le plus fréquent des tumeurs des glandes salivaires accessoires (GSA). La glande sublinguale est exceptionnellement en cause.

Les  $\frac{3}{4}$  des tumeurs salivaires sont bénignes : l'adénome pléomorphe est de loin le plus fréquent.

Certains facteurs de risque ont été évoqués :

- antécédent d'irradiation de la région cervico-faciale
- antécédent d'irradiation cutanée
- tabac pour les carcinomes épidermoïdes (notamment des GSA)

## **e-2) Etude clinique**

### **e-3) circonstances de découverte [27]**

Nodule intra parotidien isolé ; c'est le tableau le plus fréquent , il est unique au sein de la glande par ailleurs normale, est ferme ou dur, indolore, de contour régulier ou bosselé, mais circonscrit .

Le nodule avec signes d'accompagnement tel que : une paralysie faciale souvent partielle ou adénopathie cervicale indolore et dure oriente vers la malignité très probable de la tumeur. Moins classique, l'aspect inflammatoire de la peau en regard du nodule et surtout son caractère douloureux doivent être considéré comme suspects de malignité

### **e-4) Diagnostic positif [64]**

- Examen histologique extemporané
- Cytoponction à l'aiguille fine pour le diagnostic préopératoire

### **e-5) Classification TNM [64]**

La classification TNM (1997) reprend pour le N et le M la classification classique des tumeurs de la tête et du cou :

#### **T=tumeur primitive**

- Tx** Renseignements insuffisants pour classer la tumeur primitive
- T0** Pas de signe clinique de tumeur primitive
- T1** Tumeur  $\leq$  2 cm dans son plus grand diamètre sans extension extra-parenchymateuse
- T2** Tumeur  $>$  2 cm et  $\leq$  4 cm dans son plus grand diamètre sans extension

extra-parenchymateuse

- T3** Tumeur avec extension extra-parenchymateuse sans atteinte du 7<sup>ème</sup> nerf crânien et/ou > 4 et  $\square$  6 cm dans son plus grand diamètre\*
- T4** Tumeur avec atteinte de la base du crâne, 7<sup>ème</sup> nerf crânien et/ou > 6 cm dans son plus grand diamètre

## **N - Adénopathies régionales**

- Nx** Renseignements insuffisants pour classer l'atteinte des ganglions lymphatiques régionaux
- N0** Pas de signe d'atteinte des ganglions lymphatiques régionaux
- N1** Métastase dans un seul ganglion lymphatique homolatéral  $\square$  3 cm dans son plus grand diamètre
- N2** Métastase unique dans un seul ganglion lymphatique homolatéral > 3 cm et  $\square$  6 cm dans son plus grand diamètre, ou métastases ganglionnaires homolatérales multiples, toutes  $\square$  6 cm
- N3** Métastase dans un ganglion lymphatique > 6 cm dans son plus grand diamètre.

## **M - Métastases à distance**

- Mx** Renseignements insuffisants pour classer des métastases à distance
- M0** Pas de métastases à distance
- M1** Présence de métastase (s) à distance.

## **e-6) Anatomie-pathologique [30]**

### **CLASSIFICATION DES CANCERS DES GLANDES SALIVAIRES (OMS 1992)**

On distingue :

Adénocarcinome à cellules acineuses

Carcinome muco-épidermoïde

Carcinome adénoïde kystique

Adénocarcinome polymorphe de bas grade

Tumeurs mixtes malignes

- Carcinome sur adénome pléomorphe
- Carcinosarcome
- Tumeur mixte métastasiante

Carcinome malpighien

Adénocarcinome à cellules basales

Carcinome épithélial–myoépithélial

Adénocarcinome à cellules claires

Cystadénocarcinome

Carcinome indifférencié :

- A petites cellules
- A grandes cellules
- Carcinome lymphoépithélial

Carcinome oncocytaire

Carcinome des canaux salivaires

Adénocarcinome sébacé

Carcinome myoépithélial

Carcinome adénosquameux

Les types histologiques les plus fréquemment rencontrés sont les cancers muco-épidermoïdes, le carcinome développé sur un adénome pléomorphe, les adénocarcinomes puis les carcinomes adénoïdes kystiques.

### **e-7) les cancers épithéliaux [27]**

Ils représentent 8 à 18% des tumeurs des glandes salivaires.

- **les carcinomes muco-épidermoïdes** : représentent 44% des cancers des glandes salivaires. Ce sont des cancers à malignité intermédiaire développés à partir des canaux salivaires. Ils se caractérisent par la présence de cellules épidermoïdes et des cellules mucoïdes. Les cellules épidermoïdes sont souvent unies par des ponts intercellulaires bien visibles mais la kératinisation est rare.
- **le carcinome développé sur un adénome pléomorphe** : Il représente 17% des cancers des glandes salivaires, le diagnostic s'appuie sur la présence simultanée au sein de la tumeur des vestiges de l'adénome pléomorphe et d'un contingent carcinomateux plus ou moins différencié.

L'adénocarcinome et le carcinome épidermoïde représentent respectivement 10% et 7% des tumeurs malignes salivaires.

L'adénocarcinome peut naître soit des cellules des canaux excréteurs, soit des acini. Il est constitué de quelques tubules et formations glandulaires papillaires. On n'y trouve aucun vestige d'adénome pléomorphe.

Le carcinome épidermoïde se caractérise par la présence de cellules unies par des ponts inter-cellulaires et formant par maturation, des lamelles de kératine.

**Le cylindrome ou carcinome adénoïde kystique**: représente 9% des cancers salivaires. C'est la variété la plus fréquente des cancers des GSA. Il s'agit d'une tumeur d'évolution lente pouvant s'accompagner classiquement d'une atteinte du nerf facial dans sa localisation parotidienne. Elle se développe à partir des canalicules intercalaires, elle est faite de cellules de type canalaire, petites, sombres et de cellules myoépithéliales se disposant en travées délimitant des îlots de stroma hyalin ou mucoïde.

#### **e-8) Les cancers non épithéliaux**

Ce sont essentiellement les sarcomes tels que : l'angiosarcome, le fibrosarcome, le liposarcome, le sarcome embryonnaires et le sarcome de Kaposi. Ces cancers sont exceptionnels.

### **e-9) les cancers secondaires**

Ils sont représentés par les métastases des carcinomes cutanés ou bucco-pharyngés, parfois d'un cancer viscéral (poumon, rein, pancréas, estomac)

### **e-10) Traitement [27]**

La discussion ne concerne pas cette fois le type de la parotidectomie qui est totale. Quatre autres questions se posent :

- l'attitude vis à vis du nerf facial est à discuter.
- Lorsque la tumeur entraîne une paralysie faciale incontestable, le sacrifice du nerf est inéluctable.
- la pratique d'un curage cervical ne se discute pas en cas de carcinome vrai
- Le recours à la radiothérapie, en complément du traitement chirurgicale est ou non systématique selon les écoles.

## **f) CANCERS DES MAXILLAIRES**

### **\* Epidémiologie**

Les cancers des maxillaires existent bel et bien mais leur incidence reste difficile à préciser car souvent associés aux tumeurs du massif facial et aux tumeurs osseuses. Au Mali, DIOMBANA en 1998 en étudiant l'implication du sinus maxillaire dans les tumeurs du massif facial dans le service de stomatologie et chirurgie maxillo-faciale de l'hôpital de Kati retrouve 51 cas de tumeurs sur 10 ans, soit environ 5 cas par an [22]. Au Mali, Diarra en 2005 en étudiant les tumeurs du massif facial à Kati retrouve 13 cas de cancer du massif-facial en 10 ans [24].

### **F-1) Le carcinome du maxillaire supérieur [1]**

Le carcinome, dans sa forme épidermoïde prédomine. Le point de départ de la lésion est buccal ou naso-sinusal.

- **La tumeur a pour origine la muqueuse palatine ou gingivale**

Il peut s'agir :

-d'une lésion bourgeonnante, ulcéreuse ou ulcéro-végétante saignant au moindre contact. L'induration est difficile à apprécier du fait de la fixité de la muqueuse palatine. Elle entraîne une certaine mobilité dentaire, l'extension se fait :

- En avant vers les lèvres, la cloison et les fosses nasales
- En haut vers le sinus
- En arrière vers la tubérosité du maxillaire, le palais et la fosse ptérygo-maxillaire

Les adénopathies sont rares au début.

- **La tumeur a pour origine la muqueuse sinusale**

**1-Le malade consulte en stomatologie pour les motifs suivants :**

-une tuméfaction sous la muqueuse normale ou à peine congestive, l'inquiète

-une mobilité dentaire apparaît dans un secteur précis, évoquant une parodontite, mais la vitalité n'est pas conservée.

-des douleurs dentaires ou névralgiformes persistent et le gênent.

L'évolution se fait vers la fistulisation en bouche.

**2- Il faut alors rechercher les signes suivants :**

- **signes nasaux** : épistaxis, obstruction nasale, écoulement séro-hémorragique
- **signes oculaires** : diplopie, exophtalmie, larmoiement, œdème de la paupière inférieure, le plus souvent unilatéral.
- **signes faciaux** : tuméfaction ou asymétrie faciale, hypoesthésie sous-orbitaire
- Une adénopathie sous-maxillaire et jugulaire

Tous ces signes peuvent s'associer de façon variable.

**f-3) la radiographie :**

est indispensable mais d'interprétation difficile. On demande :

Il est possible de localiser la tumeur : en fonction des signes cliniques et radiologiques :

- sur le plancher sinusal : on peut détecter des signes palatins et dentaires (mobilité dentaire, douleur)

- sur la paroi interne du sinus, ce sont :

- Les signes rhinologiques
- Les signes vestibulo-dentaires (tuméfaction)

- sur la paroi externe des sinus :

- Les signes localisés au malaire (douleur de la pommette)
- Les signes vestibulo-dentaires

- au plafond sinusal :

- Les signes orbito-malaires
- Les signes ethmoïdo-maxillaires.

#### **f-4) La biopsie directe ou après trépanation exploratrice :**

Confirme le diagnostic. Elle doit être la plus proche possible du temps opératoire.

#### **IV.3.3-Classification TNM**

T0=carcinome pré-invasif in situ

T1=tumeur inférieure à 1cm

T2= tumeur entre 2 et 4cm

T3= tumeur supérieure à 4cm

N0=ganglion non palpable

N1=ganglions homo-latéraux mobiles

N2= ganglions contro-latéraux ou bilatéraux mobiles

N3=ganglions fixes

M + ou M- selon qu'il y ait métastase ou non

## **f-5) Histopathologie [4]**

Ces cancers peuvent être regroupés en tumeurs odontogéniques et en tumeurs non odontogéniques.

### **III.3.4.1- Les tumeurs odontogéniques**

Ces tumeurs sont classées en trois groupes, en fonction de leur ressemblance avec tel ou tel stade du développement du bourgeon dentaire :

Les tumeurs épithéliales pures rappelant la structure de l'émail, d'origine malpighienne ou se différencient ensuite les améloblastes sécrétant l'émail.

Les tumeurs à la fois épithéliales et conjonctives, où se retrouvent des tissus rappelant l'organe de l'émail et des tissus semblables à l'ectomésenchyme pulpaire.

Les tumeurs conjonctives pures sont formées d'un tissu analogue à l'ectomésenchyme et peuvent englober quelques vestiges épithéliaux odontogéniques non tumoraux.

Comme tumeurs malignes, on a :

**Le carcinome odontogénique** : nettement majoritaire des 90% des cas. Il est dû à la prolifération désordonnée d'un épithélium sans tendance à la différenciation.

### **Le sarcome odontogénique**

#### **-les tumeurs non odontogéniques**

-le fibrosarcome

-le chondrosarcome

-l'ostéosarcome

-les autres sarcomes

-les lymphomes (plasmocytome, lymphome de Burkitt)

## **F-6) Aspects thérapeutiques [1]**

L'exérèse chirurgicale, lorsque cela est possible mais elle est très mutilante,

Lorsque la chirurgie n'est pas possible : on pratiquera la radiothérapie et ou la chimiothérapie, et le curage ganglionnaire à partir de N1.

# METODOLOGIA

## **1-Cadre d'étude :**

Le Centre Hospitalier Universitaire d'Odontostomatologie (CHU-OS) nous a servi de cadre d'étude.

-Description du cadre d'étude :

Il est situé au quartier du fleuve de Bamako sur la rive gauche du fleuve Niger, rue Raymond Pointcarré porte Numéro 857.

C'est un centre hospitalier spécialisé en odontostomalogie. Centre de référence nationale, il a effectivement ouvert ses portes le 10 février 1986.

Erigé en établissement public à caractère administratif (EPA) par la loi numéro 92-026/ABRM du 05 octobre 1992, CHU-OS est devenu établissement hospitalier public (EHP) par la loi numéro 03-23 ANKM du 14 juillet 2003

Il a signé la convention hospitalo-universitaire le 12 Décembre 2006 date à laquelle il est devenu CHU.

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, en matière d'odontostomatologie ;

-Prendre en charge les urgences et les cas référés ;

-Assurer la formation initiale, la formation continue des professionnels de santé en matière de santé bucco-dentaire et des cas en chirurgie maxillo-faciale ;

-Conduire les travaux de recherche dans le domaine de l'odontostomatologie.

## **2-Type et durée d'étude**

Il s'agissait d'une étude descriptive et rétrospective sur une période de trois ans (Janvier 2011-Mars 2014) qui a concerné un échantillon de 51 cas sur 31315 consultations.

### **3-Population d'étude**

L'étude a porté sur tous les patients ayant consulté pour tumeur d'ordre odontostomatologique, suivis, hospitalisés, ou non avec les examens anatomopathologiques effectués de 2011 à 2014.

#### **a-critères d'inclusion**

-Sont inclus dans notre étude tous les patients présentant un carcinome épidermoïde stomatologique et maxillo-facial confirmé par l'histologie et /ou la cytologie au cours de notre période d'étude.

#### **b-critères de non inclusion**

-Ne sont pas inclus dans notre étude tous les patients dont le prélèvement ne permettait pas de définir la nature du cancer.

- Les patients présentant d'autres cancers qui ne sont pas des carcinomes épidermoïdes.

### **4-Informations recueillies**

L'étude des dossiers a nécessité la prise en compte des différentes variables à savoir :

-Le nom et le prénom;

-Le sexe et l'âge;

-L'ethnie et la résidence;

Le siège de la tumeur, le motif de consultation, le bilan biologique, le traitement et le suivi.

-Les bilans biologiques et imageries médicales suivants ont été effectués :

- NFS, le BW, le groupage rhésus, la glycémie, l'urée sanguine, la créatininémie l'électrophorèse de l'hémoglobine, le TS, le TC, la radiographie en incidence de Blondeau, la scopie pulmonaire, la sérologie HIV (non systématique).

La technique opératoire était surtout basée sur l'exérèse de la tumeur suivie d'un curetage profond de la zone en utilisant soit la technique de Weber Velpeau, soit celle de Denker, soit le Caldwell-Luc modifié du Professeur M.L Diombana.

Nos résultats ont été appréciés en fonction des critères suivants :

- Morphologique.
- Fonctionnel
- Esthétique.
- L'existence de séquelles neurologiques.

Ils sont classés en résultats bons, assez bons et mitigés.

**Ont été jugés bons les résultats des patients chez lesquels :**

- l'esthétique est préservée.
- Il y a peu ou absence de cicatrice visible.
- Il n'y a pas de trouble neurologique.
- fonction de mastication et de phonation conservées.

**Ont été jugés assez bons les résultats des patients chez lesquels :**

- la fonctionnalité de la mastication et de la phonation a été en partie restaurée.
- Il y a une cicatrice ou bride visible.
- Pas de troubles neurologiques.

**Ont été jugés mitigés les résultats des patients chez lesquels nous avons noté la présence d'un ou plusieurs signes suivants :**

- Récidive.
- Cicatrice ou bride très visible
- Trouble neurologique.

Le suivi des malades fut très difficile car ils se souciaient seulement de l'exérèse de la tumeur qui leur permettait d'avoir une certaine place dans la société, seuls les cas de récidives ont fait l'objet d'un suivi.

D'autres examens complémentaires comme la tomодensitométrie cérébrale, la radiographie pulmonaire de face et l'échographie abdominale ont souvent été demandés.

### **a) La collecte des données :**

Nos sources d'information ont été :

- les dossiers individuels des patients.
- Le registre de consultation
- Le registre de compte rendu d'intervention du bloc opératoire ;

Le recueil de données a été fait à partir d'une fiche individuelle de recueil des données portée en annexe. Cette fiche a été élaborée par l'étudiant, discutée avec les collègues et corrigée par le directeur de thèse.

### **b) L'analyse des données :**

L'analyse des données a été effectuée à l'aide du logiciel spss 12.0 for Windows. Un risque (P) de 5% a été retenu. Une présentation tabulaire des données a été adoptée.

# RESULTATS

**Tableau I : Répartition de l'effectif des patients selon le sexe.**

<i>Sexe</i>	<i>Effectif</i>	<i>Fréquence(%)</i>
<b>Masculin</b>	<b>33</b>	<b>64,70</b>
Féminin	18	35,30
Total	51	100,00

Le sexe masculin a représenté **64,70%** des cas avec un sex- ratio de 1,83.

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

<i>Tranche d'âge</i>	<i>Effectif</i>	<i>Fréquence(%)</i>
20-35	3	5,90
35-45	6	11,80
45-55	9	17,60
55-65	14	27,50
<b>65-75</b>	<b>19</b>	<b>37,20</b>
total	51	100,00

La tranche d'âge la plus représentée a été celle de 65-75 ans soit **37,20%** avec une moyenne de 57,25 ans et un écart type de 12,58.

**Tableau III : Répartition de l'effectif des patients selon l'occupation.**

<i>Profession</i>	<i>Effectif</i>	<i>Fréquence(%)</i>
<b>Agriculteur</b>	<b>26</b>	<b>50,98</b>
Femme au foyer	14	27,45
Élève /Etudiant	4	7,84
Opérateur économique	7	13,73
Total	51	100,00

Les agriculteurs ont été les plus représentés soit **50,98%**.

**Tableau IV : Répartition de l'effectif des patients selon l'ethnie**

<i>Ethnie</i>	<i>Effectif</i>	<i>Fréquence(%)</i>
<b>Bamanan</b>	<b>18</b>	<b>35,30</b>
Malinké	11	21,57
Peulh	7	13,73
Soninké	10	19,60
Sonrhäi	5	9,80
Total	51	100,00

L'ethnie Bamanan a été la plus représentée avec **35,30%** des cas.

**Tableau V : Répartition de l'effectif des patients selon la résidence**

<i>Résidence</i>	<i>Effectif</i>	<i>Fréquence(%)</i>
<b>Bamako</b>	<b>19</b>	<b>37,26</b>
Kayes	8	15,68
Koulikoro	6	11,77
Sikasso	11	21,57
Gao	3	5,88
Ségou	4	7,84
Total	51	100,00

La plupart de nos patients étaient originaires du district de Bamako avec **37,26%**.

**Tableau VI : Répartition de l'effectif des patients selon le motif de consultation.**

<i>Motif de consultation</i>	<i>Effectif</i>	<i>Fréquence(%)</i>
<b>Tuméfaction</b>	<b>28</b>	<b>54,90</b>
Ulcération	13	25,50
Douleur	10	19,60
Total	51	100,00

La tuméfaction a été le motif de consultation le plus fréquent (54,90%).

**Tableau VII : Répartition de l'effectif des patients selon le siège de la tumeur.**

<i>Siège de la tumeur</i>	<i>Effectif</i>	<i>Fréquence(%)</i>
Vestibule buccal	4	7,84
palais	7	13,73
<b>langue</b>	<b>20</b>	<b>39,22</b>
Arcade dentaire	5	9,80
Plancher buccal	6	11,77
lèvres	2	3,92
joues	3	5,88
gencive	4	7,84
Total	51	100,00

La tumeur de la langue a été la plus représentée avec **39,22%**.

**Tableau VIII : Répartition de l'effectif des patients selon la consommation de tabac**

<i>Consommation de tabac</i>	<i>Effectif</i>	<i>fréquence%</i>
<b>Oui</b>	<b>40</b>	<b>78,43</b>
Non	11	21,57
Total	51	100,00

Dans notre étude **78,43%** des patients étaient tabagiques.

**Tableau IX : Répartition de l'effectif des patients selon la consommation d'alcool.**

<i>Consommation d'alcool</i>	<i>Effectif</i>	<i>Fréquence(%)</i>
<b>Oui</b>	<b>30</b>	<b>58,82</b>
Non	21	41,18
Total	51	100,00

Dans notre série **58,82%** des patients consommaient de l'alcool.

**Tableau X: Répartition du siège de la tumeur en fonction du sexe.**

<i>Sexe</i>	<i>Homme</i>	<i>Femme</i>	<i>Total</i>
<i>siège</i>			
Vestibule buccal	1	3	4
palais	5	2	7
<b>langue</b>	<b>13</b>	<b>7</b>	<b>20</b>
Arcade dentaire	2	3	5
lèvres	1	1	2
Plancher buccal	4	2	6
joues	1	2	3
gencives	1	3	4
Total	28	23	51

Chi2=16,61 ; P=0,15

Chi2=non validé

Il n'existe pas de liaison statistiquement significative entre le sexe et le siège de la tumeur.

**Tableau XI : Répartition des patients selon la différenciation des tumeurs.**

<i>Examen-anatomopathologique</i>	<i>Effectif</i>	<i>Fréquence (%)</i>
<b>Carcinome épidermoïde différencié</b>	<b>39</b>	<b>76,47</b>
Carcinome épidermoïde indifférencié	12	23,53
total	51	100,00

Le type histologique dominant a été le carcinome épidermoïde différencié avec **76,47%** des cas.

**Tableau XII : Répartition des patients selon le bilan biologique standard du CHU-OS de Bamako.**

<i>Bilan</i>	<i>Effectif</i>	<i>Fréquence (%)</i>
<b>Effectué</b>	<b>49</b>	<b>96,00</b>
Non effectué	2	4,00
Total	51	100,00

Le bilan biologique standard a été effectué dans **96%** des cas.

**Tableau XIII : Répartition des patients selon le traitement médical**

<i>Médical</i>	<i>Effectif</i>	<i>Fréquence (%)</i>
<b>Chimiothérapie anti cancéreuse</b>	<b>37</b>	<b>72,54</b>
Chimiothérapie anti-infectieuse	11	21,57
Aucun	3	5,89
Total	51	100,00

Le traitement médical a été effectué dans **94,11%** des cas.

**Tableau XIV : Répartition des patients selon le traitement chirurgical.**

<i>Traitement chirurgical</i>	<i>Effectif</i>	<i>Fréquence (%)</i>
<b>Oui</b>	<b>47</b>	<b>92 ,16</b>
Non	4	7 ,84
Total	100	100 ,00

Le traitement chirurgical a été effectué chez **92,16%** des patients.

**Tableau XV : Répartition des patients en fonction de la période de suivi postopératoire**

<i>Période de suivi</i>	<b>Effectif</b>	<i>Fréquence (%)</i>
2semaines	51	100
1mois	48	94,11
<b>3mois</b>	<b>45</b>	<b>88,23</b>
Perdu de vue	6	11,77
total	51	100,00

Dans **88,23%** des cas nos patients ont été revus après une période de 3 mois

**Tableau XVI : Répartition des patients en fonction des résultats postopératoires.**

<i>Résultats</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage%</i>
<b>satisfaisant</b>	<b>44</b>	<b>86,28</b>
Perdu de vue	7	13,72
total	51	100,00

Dans notre étude les résultats ont été satisfaisants dans **86,28%** des cas.

**Tableau XVII : Répartition des résultats de l'examen anatomo-pathologique en fonction de l'âge.**

Examen anatomo- pathologique	Tranche d'âge					Total
	20-35	35-45	45-55	55-65	65 -75	
Carcinome épidermoïde différencié	3	5	8	11	13	40
Carcinome épidermoïde indifférencié	0	1	2	3	5	11
Total	3	6	10	14	18	51

Chi2 : 21,65 ; p=0 ,48

Chi2 non validé

Il n'y a pas de liaison statistiquement significative entre l'examen anatomo-pathologique et l'âge.

**Tableau XVIII : Répartition des résultats histologiques en fonction du siège de la tumeur.**

<i>Histologie</i>	<i>Carcinome épidermoïde différencié</i>	<i>Carcinome épidermoïde indifférencié</i>	<i>total</i>
<i>siège</i>			
Vestibule buccal	4	0	4
palais	5	2	7
<b>langue</b>	<b>15</b>	<b>5</b>	<b>20</b>
Arcade dentaire	3	2	5
Plancher buccal	4	2	6
lèvres	2	0	2
joues	3	0	3
gencive	3	1	4
total	39	12	51

Le carcinome épidermoïde a surtout touché la langue soit **39,21%**.

Chi2=10,34 ; p=0, 52

Chi2=non validé

Il n'existe pas statistiquement significative entre les résultats histologiques et le siège.

**Tableau XIX : Répartition des résultats de l'examen anatomo-pathologique en fonction de la consommation de l'alcool**

<i>Examen anapath</i>	<i>Carcinome épidermoïde différencié</i>	<i>Carcinome épidermoïde indifférencié</i>	<i>Total</i>
<i>Alcool</i>			
Oui	26	10	36
Non	12	3	15
Total	38	13	51

Chi2 :5,14 ; p=0,73

Chi2 non validé

Il n'y a pas de liaison statistiquement significative entre l'examen anatomo-pathologique et la consommation de l'alcool.

**Tableau XX : Répartition des résultats de l'examen anatomo-pathologique en fonction de la consommation du tabac**

<i>Examen anapath</i>	<i>Carcinome épidermoïde différencié</i>	<i>Carcinome épidermoïde indifférencié</i>	<i>Total</i>
<i>Tabac</i>			
Oui	28	9	37
Non	11	3	14
Total	39	12	51

Chi2 = 6,31 ; p=0,27

Chi2 non validé

Il n'y a pas de liaison statistiquement significative entre l'examen anatomo-pathologique et la consommation du tabac.

**Tableau XXI : Répartition des patients en fonction de la tranche d'âge et le siège de la tumeur.**

<i>Siège</i>	<i>Vestibule buccal</i>	<i>palais</i>	<i>langue</i>	<i>Arcade dentaire</i>	<i>lèvres</i>	<i>Plancher buccal</i>	<i>joues</i>	<i>gencive</i>	<i>total</i>
<i>âge</i>									
[20-35]	0	0	1	1	0	0	0	0	2
[35-45]	0	0	1	0	0	1	1	0	3
[45-55]	0	2	7	1	2	2	1	2	17
[55-65]	3	1	5	2	0	1	1	2	15
[65-75]	1	4	6	1	0	2	0	0	14
<b>Total</b>	4	7	20	5	2	6	3	4	51

Chi2=78,85 ; p=0,43

Chi2 n'est pas validé

Il n'existe pas une liaison statistiquement significative entre la tranche d'âge et le siège de la tumeur.

*COMMENTAIRES*

*ET*

*DISCUSSION*

## 1- LE SEXE

Dans notre étude, le sexe masculin a représenté 64,70% des cas avec un sex-ratio de 1,83.

-Pour les carcinomes épidermoïdes de la langue dans notre étude nous avons noté une prédominance masculine à 25,49% contre 13,72% chez la femme.

En France BONNARDOT L. trouve 65% de cas chez l'homme et 35% de cas chez la femme pour un suivi de 7 ans [12].

VIGREUX A. à Rouen (France) a observé une prédominance masculine avec 96% des cas [62].

GEHANO [30] 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 et al [22] ont trouvé une prédominance masculine avec 56% des cas contre 44% des cas pour le sexe féminin.

J.J MAZERON [40] observe également une prédominance masculine de 9 sur 10 cas.

Cela est dû au fait que notre étude était basée sur les carcinomes épidermoïdes de plusieurs organes et que notre échantillon est un peu faible.

-Pour les tumeurs des joues et des lèvres, notre étude trouve une prédominance masculine à 17,64%.

DIOMBANA ML et collaborateurs ont trouvé 54,5% [23] et BERTOIN P 90% en faveur du sexe masculin [9]

-Pour les cancers de la cavité buccale : vestibule buccal (5,88%), palais (3,92%), gencive (5,88%), notre étude trouve 15,68% en faveur du sexe féminin.

TOURE S et MOUFTAQUIR B ont trouvé respectivement 60% et 69% de femmes [59,43].

## **2-AGE**

Dans notre étude la tranche d'âge la plus représentée a été celle de 65-75 ans soit 37,20% avec les extrêmes de 20 et 75 ans, un écart type de 12,58 et une moyenne d'âge de 57,25 ans.

AKA G. et TOURE S. ont aussi trouvé respectivement un âge moyen de 47,8 ans et 52,6 ans [2, 59].

Dans notre étude les carcinomes épidermoïdes de la langue sont plus observés dans une tranche d'âge de 55 à 65 ans avec les extrêmes de 20 et 75 ans soit une moyenne d'âge de 44,2 ans.

P. JACQUES [33] 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 [23] 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 [52] 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 [40] en France trouve une moyenne d'âge de 55 ans.

Selon PIETTE R. le carcinome épidermoïde est une pathologie de l'adulte entre 55 et 75 ans, l'âge moyen de sa survenue est de 63,7 ans pour la femme et 63,5 ans pour l'homme [47].

-Pour les tumeurs des lèvres et des joues, notre étude a trouvé une moyenne d'âge de 56,6 ans.

BERTOIN P dans son étude a trouvé une moyenne d'âge de 58 ans avec l'existence de la pathologie aussi chez les vieux alcoolo-tabagiques de 85 ans [6].

DIOMBANA ML, AG MOHAMED A, KUSSNER H et AL ont trouvé 40,90% en faveur de la tranche d'âge de 19-45 ans avec un âge moyen de 30,7 ans [23].

BERNIER et CLARK cités par MAHEE ont obtenu 71% des cas pour la tranche d'âge de 20-44 ans [11].

-les autres tumeurs de la cavité buccale (vestibule buccal, palais, plancher buccal) ont été observé à un âge moyen de 40,98 ans.

YOUNES Y. [66] dans une étude rétrospective de 256 observations colligées pendant 15 ans à DAKAR note un âge moyen de 47 ans.

PINSOLE J et coll. [46] sur une série de 199 patients traités pour cancer de la cavité buccale et de l'oropharynx ont trouvé un âge moyen de 60 ans avec les extrêmes de 20 et 87 ans.

### **3-OCCUPATION**

Dans notre série les agriculteurs ont dominé avec 50,98% des cas, suivis par les femmes au foyer avec 27,45% 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 femmes au foyer [22].

O .SIBIBE [51] 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).

### **4- SIEGE**

Au cours de notre étude, nous avons observé 51 cas de carcinomes épidermoïdes stomatologiques et maxillo-faciaux, parmi lesquels 20 cas (39,22%) au niveau de la langue, 7 cas (13,73%) au niveau du palais, 6 cas (11,77%) au niveau du plancher buccal, 5 cas (9,80%) au niveau de l'arcade dentaire, 4 cas (7,84%) au niveau du vestibule buccal, 2 cas (2,92%) au niveau des lèvres, 3 cas (5,88%) au niveau des joues, 4 cas (7,84%) au niveau de la gencive.

Toutefois, AKA G. dans son étude sur les tumeurs malignes bucco-maxillo-faciales en Côte d'Ivoire a noté 55,50% de siège buccal, 29,4% au niveau des

maxillaires et 15,1% pour les autres (parotide, paupière, menton, sous mentale) [2].

HUA Xi en Chine a noté par ordre décroissant une prédominance des cancers au niveau de la cavité buccale, du maxillaire, des mandibules et des glandes salivaires [32].

-Pour les cancers de la cavité buccale, notre étude a observé une prédominance au niveau de la langue et du palais dans 39,22% et 13,73% des cas.

CHIDZONGA M. et YOUNES Y. ont trouvé respectivement une prédominance au niveau de la langue dans 20,50% et 38% des cas [21,66].

AKA G a noté 24% au niveau de la langue et 10,10% au niveau du palais [2].

TOURE S. et Coll ont rapporté 21,90% au niveau de la langue et 14,30% au niveau du palais [58].

-Pour les tumeurs des joues et des lèvres notre étude a noté respectivement 15,68% et 11,77% des cas.

DIOMBANA ML, AG MOHAMED A, KUSSNER H et AL ont trouvé aussi une prédominance au niveau de la joue en égalité avec celle des lèvres soit 36,40% chacun [23].

Les statistiques de GILBERT et HOSXE G [1972], ont montré une localisation des lèvres représentant 80 à 95% des cancers buccaux [29].

## **5-TYPE HISTOPATHOLOGIQUE**

Dans notre étude les résultats de l'examen anatomopathologique ont donné exclusivement le carcinome épidermoïde, dont 76,47% pour le carcinome épidermoïde différencié et 23,53% pour le carcinome épidermoïde indifférencié.

AKA G. et TAY AB. ont signalé respectivement une prédominance des carcinomes dans 79% et 67% des cas [2,58].

-Pour les carcinomes de la cavité buccale (gencive, palais plancher buccal, la langue, vestibule buccal, joues en sa face interne) dans notre étude nous avons trouvé 96%, ce taux se rapproche de celui dans la littérature (95%) des carcinomes épidermoïdes selon SIMART S. [51].

-Selon les observations de LEZY J.P [37] ,90% des carcinomes de la muqueuse buccale sont des carcinomes épidermoïdes plus ou moins différenciés.

-Pour les carcinomes épidermoïdes de la langue, nous avons trouvé dans notre étude 39,21%.

A l'hôpital de Kati, DIOMBANA ML trouve une prédominance des carcinomes avec 76% des cas dont 47,4% des cas constitués par les carcinomes épidermoïdes spinocellulaires [22].

Selon les observations de GEHANNO les carcinomes épidermoïdes ont été trouvés dans 90% des cas des tumeurs de la langue [30].

Au Maroc, BOUYAKHFE M. a trouvé 94,4% de cas de carcinomes épidermoïdes [13].

BOUCHET A. [14] trouve en France, dans les résultats de l'examen anatomopathologique, le carcinome épidermoïde dans 100% des cas.

Chez PINSOLE J. [46] le carcinome épidermoïde vient en tête avec 98% des cas devant les adénocarcinomes et les cylindromes.

-Pour les carcinomes épidermoïdes des joues et des lèvres notre étude a trouvé respectivement 5,88% et 3,92% soit 9,8%.

SIMART S a trouvé 90% de carcinomes épidermoïdes au niveau des joues et des lèvres [51].

## **LIMITES ET DIFFICULTES DE NOTRE ETUDE**

Notre étude avait pour but d'étudier le profil épidémiologique et clinique des carcinomes épidermoïdes dans le service de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale du CHU-OS de BAMAKO.

Certaines limites ont été observées au cours de notre étude :

- la faible taille de l'échantillon ; ceci pourrait s'expliquer par la négligence des parents qui n'apportent pas toujours les pièces opératoires au service d'anatomopathologie, ou le fait que les patients consultent à un stade avancé rendant toute intervention difficile.
- certains renseignements cliniques manquants ou insuffisants dans les comptes-rendus.
- Des dossiers souvent incomplets dans le service.

*CONCLUSION*

*ET*

*RECOMMANDATIONS*

## CONCLUSION

Nous avons mené une étude rétrospective de Janvier 2011 à Mars 2014, sur les carcinomes épidermoïdes stomatologiques et maxillo-faciaux diagnostiqués au CHU-OS de Bamako avec pour objectifs d'étudier leurs profils épidémiologique, anatomo-pathologique et clinique.

Au total 51 cas de carcinomes épidermoïdes ont été colligés parmi lesquels 33 hommes et 18 femmes.

Les classes d'âge les plus touchées étaient de 65-75 ans (37,20%) avec une moyenne d'âge de 57,25 ans et un écart type de 12,58 ;

La plupart de nos patients étaient originaires du district de Bamako (37,26%) ;

Les agriculteurs ont été les plus représentés (50,98%) ;

L'ethnie Bamanan a été la plus représentée (35,30%).

Sur le plan anatomo-pathologique les carcinomes épidermoïdes différenciés ont été les plus représentés avec 76,47% des cas.

## RECOMMANDATIONS

Nos recommandations s'adressent :

➤ Aux autorités :

- Sensibiliser les populations sur la pathologie, le problème d'hygiène bucco-dentaire, la consommation d'alcool et tabac, 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*

**1- ACHARD Jean L.**

Abrégé d'Odonto-stomatologie

Maloine SA, Editeur 1987, p 247 –252

**2-AKA GBLANH K. F. P.**

Les tumeurs malignes bucco-maxillo-faciales : étude statistique et thérapeutique : à propos de 119 cas.

Thèse de médecine 1163 N° 91/ ABIDJAN

**3-A.S.P.C (AGENCE DE SANTE PUBLIQUE DU CANADA)**

Surveillance du cancer en direct.

Bulletin du 02-07 – 2002

**4-AURIOL M. et LE CHARPENTIER Y.**

Histologie de la muqueuse buccale et des maxillaires.

EMC d'odonto-stomatologie, Tome 8 ; 22-008-A-05, 22-007-M-10

**5-AZERAD J.**

La physiologie de la mastication.

Paris : Masson 1992-175 p

**6- BAILLET F. , FOURET P. , BERTRAND J. C. , LAMAS G.**

Cancers des VADS

Cours DCEM 3. CHUPS.Cancérologie 2002

**7-BEN SLAMA L., SZPIRGLAS H.**

Pathologies de la muqueuse buccale .

La science interactive. [cédérom] . inso corporation 1999

**8- AMIEL H et ROUESSE D**

Cancers de la tête et du cou.

Abrégé de cancérologie, 1984 ; Masson, Paris

**9-BERTOIN-P, BLONDET R.**

Thérapeutiques des Cancers de la Cavité Buccale.

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

**10-BEN SLAMA L.**

Mise au point sur les lésions précancéreuses

Rev . Stomatol.Chir.maxillofac ; Paris : Masson 2001 ; 2, 77-108

**11-BERNIER et CLART cité par MAHEE**

Tumeurs benignes et malignes des lèvres

EMC paris stomatologie, 20625A10, 12-1984.

**12-BONNARDOT L.**

Cancer de la langue mobile

Thèse Méd. Nantes ; 2006/N 2006NANT137M

[www.sudoc.abes.fr](http://www.sudoc.abes.fr)

**13-BOUYAKHFE M.**

Cancer de la langue mobile au Maroc.

Thèse Méd. 2002

[www.hdl.handle.nrt/123456789/4922](http://www.hdl.handle.nrt/123456789/4922)

**14-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](http://www.sudoc.abes.fr)

**15-BRUGERE J.**

Les Cancers des VADS

La Ligue Nationale Contre le Cancer -Novembre 2002

**16-CAPPELAERE P. , CHAUVERGNET J. , ARMAND J.P.**

Manuel pratique de la chimiothérapie anti-cancéreuse.

Paris, Springer Verlag. France 1992

**17-CANCEROLOGIE GENERALE**

Document Electronique :

[www.chups.jussieu.fr](http://www.chups.jussieu.fr)

## **18-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)

## **19-CANCER /PROPAGATION**

Document Electronique :

[www.cancero/poly.chp.4.html](http://www.cancero/poly.chp.4.html)

## **20-Centre International de Recherche sur le Cancer**

Communiqué de presse N°164 : OMS 3 Juin 2005

## **21-CHIDZONGA MM.**

Oral malignant neoplasia: a survey of 428 cases in two Zimbabwean hospitals.

Oral Oncol. 2006 Feb; 42 (2): 177-83, Epub 2005 Oct 26. PubMed

University of Zimbabwe, College of Health Sciences, Department of Dentistry,

P.O. Box A178, 2157 Avondale, 2167 Harare, Zimbabwe.

[mmchidzonga@mcdsch.uz.ac.zw](mailto:mmchidzonga@mcdsch.uz.ac.zw)

## **22-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).

## **23-DIOMBANA M.L, AG MOHAMED A, KUSSNER H et AL.**

Tumeurs de la lèvre et des joues à l'hôpital de kati

Rep du Mali. Médecine d'Afrique Noire :1996,43p

## **24- DIARRA C. A. T.**

Approches épidémiologiques sur les tumeurs du massif facial dans le service d'odonto-stomatologie et de chirurgie maxillo-facial de l'hôpital de Kati : 100 cas.

Thèse de médecine N° 45 /2007

**25- DIOMBANA M.L., AG MOHAMED A., KÜSSNER H., SOUMARE S.,  
PICHARD E., PENNEAU M.**

Fréquence des tumeurs des glandes salivaires dans le service de stomatologie  
l'hôpital national de Kati (Mali) - à propos de 60 cas.

Médecine d'Afrique noire : 1996,43 (2)

**26--FIELD E.A. , FIELD J. K. , MARTIN M.V.**

Does the candida have a role in oral epithelia neoplasia?

J Med Vet Mycol, 1989; 27: 277-94

**27- FONTANELLE J.P. , POITOUT F. , KLOSSEK J.M.**

Tumeurs des glandes salivaires, N° 20-628-B-10,10P

EMC D'ORL , Tome 4 , 1995

**28-GASSAMA B.C.**

Tabagisme et lésions bucco-dentaires : A partir d'une étude prospective chez des  
patients tout venant dans un service de santé publique.

Thèse : Chir. Dent. Dakar 2000 N° 14

**29-GILBERT ET HOSXE G**

Traitement des tumeurs malignes de la cavité buccale.

EMC PARIS STOMATOLOGIE, 22055A10-1972.

**30-GEHANNO P., GUERRIER B. , PESSEY J.J , ZANARET M.**

Les tumeurs de la parotide.

Edition 2003, N°5

**31-HARBO G., GRAN C., BUNDGOARD T., OVERGOARD M.,  
ELBRANDO O. , SGAARD H. , OVERGOARD I.**

Cancer of the nasal cavity and paranasal sinuses. A clinical pathological study of  
277 patients, 1997;

Acto Oncolo: 368P-P45-50

**32-HUA Xi , KOU QIANG , XUE ZA ZHI.**

A retrospective clinical study of 6539 cases of malignant oral-maxillofacial  
tumors. 2001 OCT ; 19(5): 269 -9/ INDE

**33- JACQUES .P, MAURUC .B**

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

**34- KARSENTI GULLAUME**

Place du lambeau antérolatéral de cuisse dans la reconstruction linguale.  
Thèse Méd, Paris, Descartes, 2009  
[www.medecine.univ-paris5.fr](http://www.medecine.univ-paris5.fr)

**35- KEITA NOUHOUM.**

Etude sur le cancer des parties molles  
Thèse Méd Bamako, MALI, 2009 n°534

**36-LAUTOURA A.**

Abrégé d'anatomie dentaire

Paris : Masson 1992-264p

**37- LEZY J.P, G. PRINC .G**

Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale.  
Masson, Paris, 198.

**38-LEROUX R.J. , POU CET P.**

Cancer de la langue

Actualité de Carcinologie cervico-faciale ; Masson 1995

**39-MAIRE F. , FARSI F. F.**

Le cancer : Standards, options et recommandations pour une bonne pratique  
odontologique en Cancérologie.

F.N.C.L.C.C ( fédération nationale des centres de lutte contre le cancer).

La Ligue Contre le Cancer. Juin 1999

**40- MAZZERON J.J, JUVANON J.M**

Cancers de la langue mobile.

Concours médical, 1988(44) :110

**41- MALADIERE E. , BADO F. , MENINGAUD J.P.**

Examen clinique en stomatologie

EMC, Stomatologie/ Odontologie, 22-010-A-10 , 1999, 6P

**42-MICHALEK A.M. , MAHONEY M.C. , LAUGHLIN C.C. , MURPHY D., METZGER B.B.**

Historical and contemporary correlates of syphilis and cancer.

Int J Epidemiol, 1994 ; 23: 381-5

**43- MOUFTAQUIR EL B.**

Profil des carcinomes épidermoïdes de la cavité buccale.

Memoire du CES de Chirurgie buccale : Année 2002-2003/ DAKAR

**44-LO MUZIO L., MIGNOGNA M.D., FAVIA G., PROCACCINI M, TEUSTA N.F., BUCCI E.**

The possible association between oral lichen planus and oral squamous cell carcinoma : a clinical evaluation on 14 cases and a review of the literature oral oncol, 1998:239-46.

**45-PASTEUR V.R; HAMBURGER J.**

Les cancers humains. Nature; évolution ; indications thérapeutiques.

Edit. Méd. Flammarion; 1962.

**46- PINSOLE J, MAURUC B.**

Cancer de la langue, Etiologie, Diagnostic et Pronostic. Principes de traitement. Revue du Praticien 1990, (19) : 1811-1814.

**47-PIETTE R.**

Traité de pathologie buccale et maxillo-faciale.

Université de Bruxelles 1991, P 502 – 511.

**48-PUJOL H., LARRA F. , SAUCHO-GARNIER H. , MAY-LEVIN F.**

Les traitements des cancers.

La Ligue Contre le Cancer- Octobre 2002.

**49-ROITT I.M., LEHNER T.**

Immunologies des maladies de la bouche

Paris : SIMEP ,1987.

**50- ROUJEAU. J, CHELLOUL. N.**

Généralités sur les tumeurs. Abrégé d'anatomie pathologie générale,  
MASSON 1968, Paris = 183-192

**51-SIMART S.**

Les cancers de la cavité buccale et leurs traitements : le chirurgien dentiste face  
aux malades cancéreux. Rôle et attitude pratique.

[www.google.fr](http://www.google.fr) , mise en ligne le 02 février 2002.

**52- SIDIBE O.**

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

**53-SAMSON J., DURAN D., CARREL J. P.**

Lésions précancéreuses et précurseurs du carcinome épidermoïde de la cavité  
buccale.

Réalités cliniques 10 : 373-387-1999.

**54-SANFORD, SPIRO H. R.**

Median mandibulotomy : critical assessment.

Head & Neck 1991, 13: 389-393.

**55-SILVERMAN S. J.R., BAH L S.**

Oral lichen planus update: clinical characteristics, treatment, response and  
malignant transformation.

American journal of dentistry, 1997; 10: 259-63

**56-S.C.C (SOCIETE CANADIENNE DU CANCER)**

Information sur le cancer

Bulletin du 01-02-2005

**57-SZPIRGLAS H. , GUILBERT F.**

Cancers de la cavité buccale. Préambule. Encycl Méd Chir, Stomato-  
odontologie 22-063-A-05, 1996,3p

**58-TAY AB.**

A 5 years survey of oral biopsies in an oral surgical unit in Singapore: 1993 – 1997.

Ann acad med Singapore. 1999 Sep; 28(5): 665 – 71

**59-TOURE S., SONKO L. , DIALLO B. K. , DIOP R. , DIOP A.**

Profil épidémiologique des cancers de la cavité buccale au Sénégal.

Revue de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale

Vol 106- N° SUP 4- septembre 2005, P 68 , Masson, Paris, 2005

[www.masson.fr](http://www.masson.fr)

**60-TCHUENTE C.**

Etude épidémiologique et anatomo-clinique des tumeurs maxillo-faciales au CHU de Yaoundé (Cameroun).

**61-U.S DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES,  
PUBLIC HEALTH SERVICE, NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH.**

Smoking and tobacco control monograph 2 .smokeless tobacco or health

An international perspective. (NIH publication N° 93-3461)

**62- VIGREUX ANNE**

Cancer de la Base de la Langue

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

[www.sudoc.abes.fr](http://www.sudoc.abes.fr)

**63-VIDAILHET B., ROBIN O., POLO A., BRAVETI P., MAHLER P.**

Salivation.

EMC d'odonto-stomatologie, Tome 8 ; 22-008-A-05, 2000, 7p

**64- [www. Google. fr](http://www.Google.fr) : référentiels tumeurs des glandes salivaires**

Date de révision : 23 Sept 2002.

Réseau de santé en Cancérologie de la région Lorraine (France).

**65-Willis.**

[www.definition.fr/tumeur](http://www.definition.fr/tumeur).

Tumeur. La définition du mot tumeur-source académie française....éditée en 2010 par l'équipe de la définition. fr. Académie 1932.

**66-YOUNES Y.**

Les cancers de la cavité buccale : à propos de 256 cas.

Thèse Med. :Dakar 1996, N° 33

## FICHE SIGNALITIQUE

**Nom :** BOUBACAR

**Prénom :** DIAKITE

**Titre de la thèse :** ETUDE EPIDEMIO-CLINIQUE DES CARCINOMES EPIDERMOIDES DANS LE SERVICE DE STOMATOLOGIE ET DE CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE DU CHU-OS DE BAMAKO DE 2011 A 2014 : A PROPOS DE 51CAS.

**Année universitaire :** 2013-2014

**Pays d'origine :** MALI

**Lieu de dépôt :** Bibliothèque de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS) et bibliothèque du CHU-OS

**Centre d'intérêt :** Anato-pathologie, Odonto-Stomatologie, chirurgie maxillo-faciale, chirurgie générale, cancerologie.

### RESUME :

Les cancers (carcinomes épidermoïdes) de la sphère oro-faciale constituent une entité bien existante dans nos consultations au service de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale. C'est une affection qui touche surtout la tranche d'âge des jeunes et adultes sans distinction de sexe avec une moyenne d'âge de 57,25 ans.

Nous avons réalisé une étude rétrospective s'étendant de Janvier 2011 à Mars 2014 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 51 cas de tumeurs stomatologiques et maxillo-faciales sur un total de 31315 consultations soit une fréquence de 0,16%.

La tranche d'âge 65 ans et plus était la plus représentée soit 37,20 % des cas.

La pathologie touche plus les hommes que les femmes soit 64,7% des cas dans notre étude.

Le siège le plus fréquent de la tumeur a été la langue avec 39,22% des cas.

La tuméfaction a été le principal motif de consultation avec 54,90 % des cas.

Le principal type histologique a été le carcinome épidermoïde différencié soit 76,47 % des cas.

L'exérèse tumorale a été réalisée chez la majorité de nos patients soit 92,16% des cas dans notre étude.

La chimiothérapie a été le traitement adjuvant dans 94,11 % des cas.

. Le suivi de nos patients après une période de 3 mois a trouvé un résultat satisfaisant dans 88,23 % 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.

**Mots clés :** Cancer, Stomatologie, anatomopathologie.

# ANNEXES



Q20 Technique opératoire utilisée : 1= non 2= préciser

Q21 Résultat post opératoire :

1 = Bon ; 2= Satisfaisant ; 3= Mauvais 4= Non apprécié

Q22 Suivi post opératoire : 1=2mois 2=6mois 3=12mois 4=24mois 5=ans

## **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 sont confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

**Je ne permettrai pas que les** 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'opprobres** et méprisé de mes confrères si j'y manque.

**Je le jure.**