

# Dépistage précoce des lésions cancéreuses de la cavité buccale

Sous la présidence scientifique du Dr Luc Chikhani

JOURNÉE DU JEUDI 19 JANVIER 2012



Christophe BONNEFOY  
78, avenue Aristide Briand  
92160 Antony.



La réunion du jeudi 19 janvier 2012 à la Maison de la chasse et de la nature, organisée de main de maître par le docteur Luc Chikhani, était un plaidoyer pour un dépistage précoce des lésions cancéreuses de la cavité buccale. En effet, malgré des campagnes successives, on n'observe pas à l'heure actuelle de diminution de la prévalence de ces affections dont la gravité est bien connue des spécialistes en carcinologie mais malheureusement ignorée du grand public.



AOS 2012;258:193-197  
DOI: 10.1051/aos/2012210  
© EDP Sciences

## Facteurs de risque des cancers des voies aérodigestives supérieures (CVADS) : une nouvelle évolution

Dr Luc Chikhani

**>** Le rôle du praticien, qu'il soit odontologiste ou stomatologiste, est d'effectuer une recherche systématique des facteurs de risque afin de permettre le dépistage précoce des CVADS dans le but d'en améliorer le pronostic, même si le patient vient en consultation pour une tout autre raison. Il convient en outre de savoir qu'un banal granulome sur 1 800 est un cancer, éventualité rare mais qu'il faut prendre en compte par une analyse histologique systématique.

Un CVADS se « recherche » et ne se « trouve » pas car, à ce moment-là, il est bien souvent trop tard. Toute lésion muqueuse indurée ou infiltrée doit être considérée comme néoplasique jusqu'à preuve du contraire. Enfin, on n'observe pas d'amélioration significative du taux de survie à quinze ans de ces cancers malgré les progrès récents des techniques de chirurgie reconstructrice.

Les facteurs de risque des cancers des voies aérodigestives supérieures sont l'alcool-tabagisme, l'évolution des lésions prétéumorales, les patients sous immunosuppresseurs ayant subi une greffe, les fumeurs de cannabis, les patients porteurs de lésions buccales du HPV 16 et enfin la génétique.

S'il est bien établi statistiquement que l'alcool-tabagisme frappe plus particulièrement les patients dans la moyenne d'âge de 65 ans, il est moins classique de surveiller les jeunes de moins de 40 ans qui consomment du cannabis, alors qu'ils constituent une population à risque

méconnue. Il faudra également penser à rechercher des lésions susceptibles d'évoluer en processus néoplasiques comme le lichen ou les érythroplasies chez la femme non fumeuse de 40 ans, hyperactive et stressée. Les patients porteurs de HPV 16 se retrouvent parmi la population à partenaires multiples avec des lésions siégeant sur la base de la langue et jusque dans l'oropharynx. Les cancers résultant de cette infection virale sont en augmentation constante. Enfin la génétique est fortement impliquée par des études portant sur les prédispositions génétiques à développer un cancer et notamment la mise en évidence d'un taux élevé de mutations génomiques. Ainsi telle séquence de paires de bases de l'ADN du sujet analysé est corrélée à un risque statistiquement significatif de développement d'un certain type de cancer. C'est justement cet apport de la génétique qui suscite le plus d'attention à l'heure actuelle. En effet, dans l'avenir, le dépistage des populations à risque devrait permettre une thérapeutique de mise en œuvre plus précoce, donc plus efficace et plus ciblée, avec des conséquences moins mutilantes sur le plan chirurgical et moins lourdes sur le plan post-radique. Mais la détection des facteurs de risque dès la période embryonnaire pourrait bien relancer les vieux démons de l'eugénisme et leur donner une vigueur toute nouvelle qui incite à relire *Le meilleur des mondes* d'Aldous Huxley, roman d'anticipation sur un avenir qui pourrait, désormais, se rapprocher à grands pas.

## Les lésions précancéreuses de la cavité buccale

Dr Jean-Pierre Lacoste

Il est admis que, malheureusement, certaines lésions de la cavité buccale passent souvent inaperçues et que, non traitées, elles peuvent évoluer en processus néoplasique dont la gravité au niveau de la cavité buccale est particulièrement marquée. En ce sens, l'absence de dépistage d'une lésion peut être considérée sérieusement comme une perte de chance pour le patient atteint. C'est pour cette raison qu'il faut insister sur le rôle de l'omnipraticien dans la détection et l'identification des lésions précancéreuses afin d'en réaliser un diagnostic précoce pouvant ainsi aller jusqu'à prévenir d'éventuelles transformations néoplasiques.

Les chiffres en France concernant les cancers de la cavité buccale sont éloquentes :

- 6 622 nouveaux cas en 2005 ;
- 75 % des cas concernent les hommes ;
- la localisation au niveau de la bouche, des lèvres et de l'oropharynx vient en quatrième position des cancers chez l'homme et seulement en onzième chez la femme ;
- l'âge moyen du diagnostic est de 61 ans chez les hommes et de 65 ans chez la femme.

Les carcinomes épidermoïdes de la cavité buccale ont causé 1 510 décès en France en 2005. Le principal facteur de risque est l'alcool-tabagisme, l'alcool augmentant les nombreux effets nocifs du tabac par perméabilisation muqueuse, le risque d'apparition de cette pathologie étant proportionnel à l'importance et à la durée de la consommation.

Le taux de survie à 5 ans est de :

- 35 % chez les hommes et 53 % chez les femmes au niveau de la langue ;
- 96 % chez les hommes et 88 % chez les femmes au niveau des lèvres ;

- 37 % chez les hommes et 53 % chez les femmes au niveau de l'oropharynx.

Ces chiffres permettent de mesurer l'efficacité encore assez médiocre des thérapeutiques actuelles et expliquent à eux seuls toute l'importance de réussir un diagnostic précoce de cette pathologie létale. Dans ce contexte, l'analyse histopathologique permet d'apporter la preuve qu'une lésion est au stade précancéreux en montrant son caractère dysplasique, correspondant à des troubles acquis de la multiplication cellulaire et constituant un stade intermédiaire. Ces lésions muqueuses peuvent être localisées ou diffuses, blanches, rouges ou brunes, chroniques et sont de localisations variables.

La classification internationale reconnaît quatre stades de dysplasies :

- légère,
- moyenne,
- sévère,
- carcinome *in situ*.

Parmi les leucoplasies, on recherchera particulièrement le caractère clinique inhomogène qui est associé fréquemment à l'existence de dysplasies : la surface muqueuse blanche est associée à des érythèmes et à des érosions donnant un aspect irrégulier, y compris au niveau des contours. Le traitement repose sur l'arrêt du tabac, une surveillance régulière avec biopsie au moindre doute. Les rétinoïdes topiques, la chirurgie et le laser constituent des thérapeutiques possibles.

Le lichen plan, dermatose inflammatoire chronique à risque de transformation néoplasique faible soit pas plus de 10 % des cas, doit quand même faire l'objet d'une surveillance particulière surtout lorsque des aspects érosifs et atro-

phiques s'observent cliniquement, signant un risque dysplasique. En effet, il faut savoir que le lichen plan buccal ne montre que 3 % de cas de rémissions spontanées contre 60 % pour le lichen plan cutané. En outre, le lichen plan gingival possède l'aspect d'une gingivite desquamative à l'aspect faussement rassurant en parodontologie. La surveillance est le maître mot du traitement. En effet, les traitements sont surtout symptomatiques à cause de la douleur qui peut être présente dans les lichens érosifs, lesquels sont traités essentiellement aux corticoïdes. Notons que la maladie du greffon contre l'hôte conduit au lichen plan buccal sous une forme statistiquement accrue de transformation néoplasique.

La papillomatose orale floride (ou POF) est considérée comme un carcinome à malignité atténuée évoluant au long cours comme les lésions précancéreuses. Il a un aspect leucoplasique et verruqueux. Le traitement est souvent difficile sur le plan médical (chimiothérapie, rétinoïdes) et dépend de l'extension de la lésion et de son siège. Le recours à l'exérèse chirurgicale est la seule arme véritablement efficace dont on dispose à l'heure actuelle.

Les érythroplasies sont rares avec des plaques fixes, rouges veloutées à limites rectilignes. Toutefois l'histopathologie retrouve constamment une dysplasie sévère ou un carcinome *in situ*. Le traitement chirurgical peut se révéler vite mutilant.

La fibrose sous-muqueuse est une maladie chronique retrouvée essentiellement en Asie et Extrême-Orient dont l'étiopathogénie reste inconnue (noix d'arec, bétel, chili et épices,

malnutrition et déficiences vitaminiques). Elle se traduit par la production de bandes de collagène au niveau jugal et des régions voisines. Les retentissements sont moins sournois que pour la plupart des autres affections : limitation de l'ouverture buccale, gêne à l'élocution et à la déglutition, stomatodynie et xérostomie. Le patient est souvent demandeur de traitements : l'arrêt des habitudes néfastes et une surveillance au long cours seront le plus souvent institués.

Le mélanome de Dubreuilh est une affection rare mais évoluant en mélanome malin avec souvent, pour couronner le tout, un diagnostic tardif, ce qui implique nécessairement un pronostic péjoratif.

Les infections à HPV 16, 18 et 31 provoquent 90 % des cancers du col de l'utérus et peut-être 10 % des cancers buccaux. Cryothérapie, laser et chirurgie au bistouri à lame froide constituent les seuls traitements à proprement parler car il n'existe pas de médicaments ayant fait la preuve totale de leur efficacité.

Enfin les affections congénitales comme l'anémie de Fanconi ou la dyskératose congénitale peuvent se rencontrer exceptionnellement et devront être surveillées dans le temps.

Pour toutes ces lésions, un diagnostic précoce reste à l'heure actuelle le seul gage d'efficacité dans le traitement des cancers buccaux : le traitement médical restant toujours loin de l'efficacité du traitement chirurgical malheureusement nécessairement mutilant et pas toujours radical dans les stades évolués de carcinomes comme va le montrer la communication suivante.

# Principes de prise en charge des carcinomes de la cavité buccale et des voies aérodigestives supérieures (VADS)

Dr Didier Ernenwein

La devise du traitement des carcinomes épidermoïdes est « le plus tôt, le plus vite, sans précipitation » dès que la biopsie a apporté la preuve irréfutable de la nature de la lésion. Toutefois, le traitement doit s'envisager dès le diagnostic, une biopsie exérèse ne doit pas interférer avec les traitements suivants (ganglion sentinelle par exemple).

Si le traitement chirurgical peut résoudre le problème à lui tout seul, il est impératif de l'employer. Les conditions requises sont l'absence de métastases et l'accessibilité à une zone saine en pourtour de l'exérèse, sur 1 cm environ autour de la lésion. Dans le cas contraire, il ne faut pas opérer. Bien sûr, se pose la question de savoir si le patient supportera l'anesthésie. Sinon, il ne supportera ni la chimiothérapie, ni la radiothérapie. Si des nodules sont touchés, il faudra pratiquer un curage soigneux, la technique du « ganglion sentinelle » permet de diminuer la morbidité et remplace la surveillance.

La radiothérapie rentre en action lorsque les tumeurs sont non opérables, que les limites de résection sont douteuses, qu'elles présentent un risque de marges non saines ou encore que le risque de diffusion lymphatique est important ou effectif (atteinte de trois nodules ou deux groupes de nodules différents). La potentialisation par la chimiothérapie est fonction des critères de gravité et de l'âge. Les produits employés peuvent être classiques comme le 5-FU, le CDDP ou le taxane ou plus récents comme le cetuximab (Erbix<sup>®</sup>), anticorps monoclonal murin humanisé qui bloque le récepteur au facteur de croissance épidermique, efficace surtout chez le sujet âgé. Il existe aussi d'autres anticorps anti-facteur de croissance vasculaire comme l'Avastin<sup>®</sup> Sustents.

La reconstruction faciale, surtout mandibulaire, peut être assurée par des lambeaux musculaires pédiculés ou des lambeaux libres micro-anastomosés (lambeau de péroné) permettant de réaliser une réhabilitation prothétique fixe implanto-portée et de diminuer les séquelles fonctionnelles.

Avec un humour qui n'aurait pas déplu à Raymond Devos, le conférencier a résumé les échecs du traitement par l'interrogation suivante au sujet du devenir d'un bon nombre de patients : « il est mort guéri ». Il est évident que les suites des traitements que nous avons survolés plus haut ne peuvent être étrangères à cette issue dont il vaut mieux que les patients soient avertis, hors rares exceptions, sinon au moins leurs proches. En effet, le pronostic des cancers de la cavité buccale est fortement méconnu du grand public qui assimile la bouche aux actes d'odontologie traditionnelle. Cela aiderait pourtant à relativiser la catastrophe que représente, pour beaucoup de nos concitoyens, le fait d'avoir une simple carie dentaire. Vaincre les habitudes néfastes comme le tabac, l'alcool, le cannabis ou les conduites sexuelles à risques n'est pas une sinécure. Les nombreuses questions auxquelles ont répondu avec soin nos conférenciers sous la houlette du Dr Hubert Ouvrard, président de séance, ont bien montré qu'ils ont su intéresser leur auditoire avec un sujet dont on entend chuchoter à tort jusque dans les rangs des amphithéâtres qu'il est rébarbatif car concernant peu la pratique en cabinet. Nous espérons ainsi que nos conférenciers auront pu faire passer le message que, justement, l'odonto-stomatologiste omnipraticien joue un rôle clé et à ce titre indispensable dans le dépistage précoce des cancers des VADS. ■