

Prévalence et topographie des lésions de la muqueuse buccale : à propos de 256 biopsies

Prevalence and distribution of lesions of oral mucosa : report of 256 biopsies

Résumé

Les affections potentiellement malignes, kératoses et lichen plan ont une localisation prédominante sur la face interne des joues et la gencive attachée. Les lésions malignes (âge moyen de découverte : 54,4 ans) sont toutes situées dans le plancher buccal. Les carcinomes épidermoïdes sont retrouvés uniquement chez des individus de sexe masculin. Le sex-ratio des kératoses est à prédominance masculine (19:9) avec une association constante de l'intoxication alcool-tabagique. L'examen systématique des muqueuses buccales permet un diagnostic précoce des lésions néoplasiques améliorant ainsi l'espérance et la qualité de vie de ces patients.

Abstract

The most frequent potentially malignant and malignant lesions were keratosis and squamous cell carcinoma. In our case series the majority of keratosis and lichen planus occurred in the internal part of the cheeks and in the gingiva. The malignant lesions (mean age : 54,4 years) were all located in the floor of the mouth. The male to female ratio differed significantly for squamous cell carcinoma (6:0) and keratosis (19:9) with an associated alcohol and tobacco risk. These results indicate that the floor of the mouth was the most common site for oral squamous cell carcinoma. This study should encourage clinicians to perform a complete oral examination for early detection and treatment of neoplasms.

MOTS-CLÉS :

- Diagnostic, biopsie, pathologie muqueuse buccale, tumeur bénigne, lésions précancéreuses, tumeur maligne, lichen plan buccal.

KEYWORDS:

- *Diagnosis, biopsy, oral pathology, benign tumour, precancerous lesions, malignant tumour, oral lichen planus.*

AOS 2013;261:29-32
DOI: 10.1051/aos/2013105
© EDP Sciences 2013



► **Anne RENAUDON**, Attachée de consultation, Service d'odontologie (Dr. JM GALEAZZI) de l'hôpital Max Fourestier, 92000 Nanterre.

Isabelle GOUGET-AUDRY, Praticien hospitalier, hôpital Max Fourestier, mise à disposition du service d'anatomie et de cytologie pathologique du CHU Louis-Mourier (Dr. M. GROSSIN), AP-HP, 92000 Colombes.

Marc BARANES, Attaché de consultation, service d'odontologie (Dr. JM GALEAZZI) de l'hôpital Max Fourestier de Nanterre.

Martine DAME, Attachée de consultation, service d'odontologie (Dr. JM GALEAZZI) de l'hôpital Max Fourestier de Nanterre.

Thibault MAIRE, Attaché de consultation, service d'odontologie (Dr. JM GALEAZZI) de l'hôpital Max Fourestier de Nanterre.

Vincent POULESQUEN, Praticien hospitalier, service d'odontologie du centre hospitalier de Rambouillet.

Alp ALANTAR, Praticien hospitalier, service d'odontologie (Dr. JM GALEAZZI) de l'hôpital Max Fourestier de Nanterre.

INTRODUCTION

L'épidémiologie des lésions de la muqueuse buccale dans la population française est peu documentée. Cette étude a pour objectif d'analyser la prévalence et la topographie des lésions muqueuses bénignes, potentiellement malignes et malignes dans un échantillon de la population française.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

Un formulaire de la CNIL a été rempli, précisant la nature des données relevées et les critères de la population, leur lieu de stockage, leur visée d'exploitation et la liste des personnes ayant accès à ces informations et les coordonnées de l'établissement public hospitalier.

Schéma de l'étude

Il s'agit d'une étude rétrospective de prévalence des lésions buccales diagnostiquées après biopsie ou excision.

Population

L'échantillon est composé de patients des deux sexes âgés de 6 à 79 ans qui ont subi une biopsie buccale. Ils se sont présentés entre janvier 2004 et décembre 2009, dans le service d'odontologie de l'hôpital de Nanterre, soit spontanément, soit adressés par des services spécialisés de l'hôpital Max Fourestier, des correspondants libéraux ou des centres de santé. Le dossier patient comprenait le motif de la visite, les antécédents, les traitements éventuels et une radiographie panoramique dentaire.

Critères d'inclusion

Sont incluses pour l'étude, toutes les lésions muqueuses susceptibles d'être biopsiées au sein du service d'odontologie. Les prélèvements ont été adressés accompagnés d'une fiche de renseignement, au laboratoire d'anatomopathologie du CHU Louis-Mourier (Colombes) pour examen histologique. Les données recueillies sont : le diagnostic anatomopathologique, l'âge, le sexe, la consommation de tabac et d'alcool et la topographie des lésions.

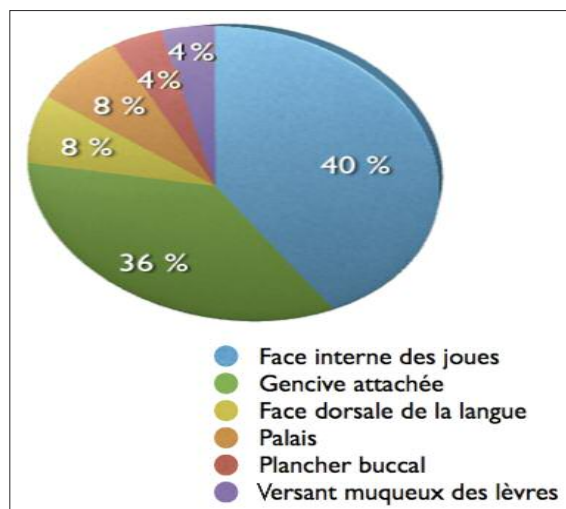
Critères de non-inclusion

Lésions dont le diagnostic est purement clinique (granulations de Fordyce, aphtes, langue géographique, herpès).

RÉSULTATS

256 biopsies muqueuses ont été effectuées chez 234 patients. Les sites biopsiés ont été par ordre de fréquence : la face interne des joues (40 %), la gencive attachée (36 %), la face dorsale de la langue (8 %), le palais (8 %), le plancher buccal (4 %) et le versant

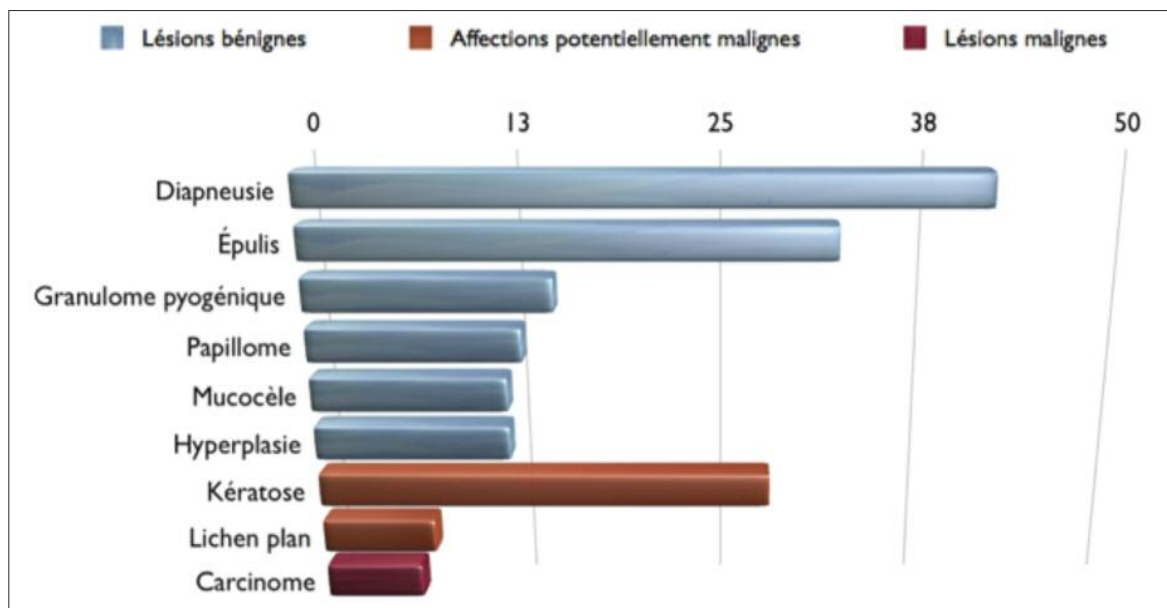
► Fig. 1 : Répartition des sites prélevés. La face interne des joues est le site de prédilection des lésions muqueuses buccales, toutes pathologies confondues.



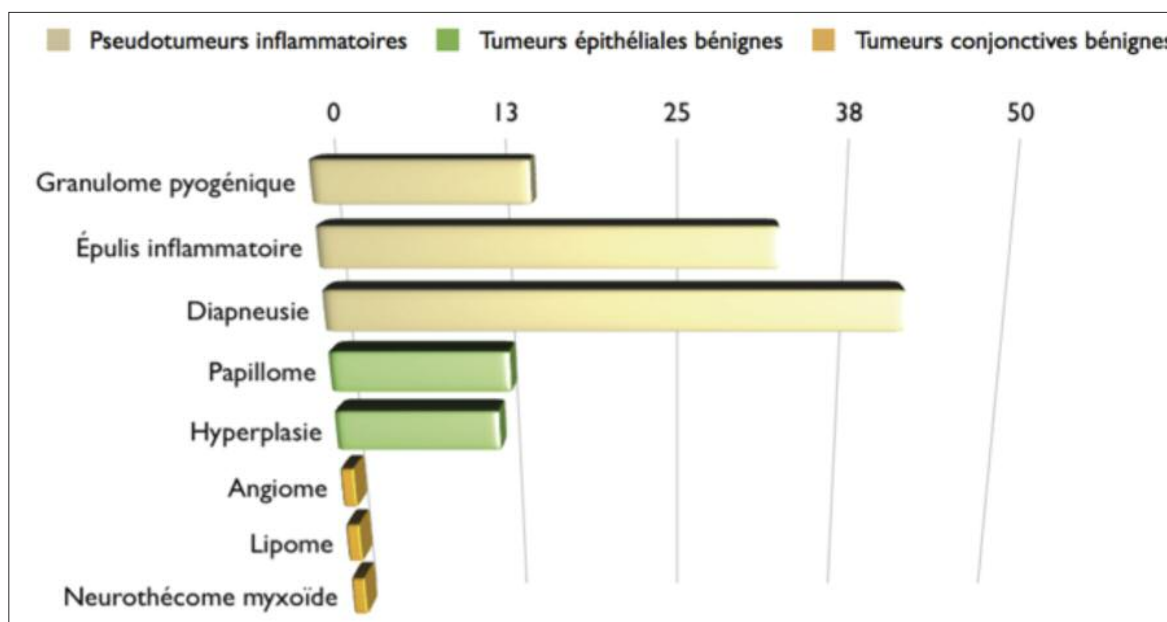
muqueux des lèvres (4 %) (fig. 1). Quinze patients admis à l'hôpital ont été adressés au sein du service dans le cadre d'une prise en charge pluridisciplinaire pour recherche d'amylose, de sarcoïdose et de syndrome sec (Gougerot Sjögren) pour un total de 15 prélèvements (5,85 %) de glandes salivaires labiales accessoires. Cinq prélèvements (1,95 %) ont nécessité des colorations spécifiques : violet de Paris, rouge Congo, thioflavine (colorations spéciales de l'amylose), *Periodic Acid Schiff* (recherche de mycose).

Quatre prélèvements (1,56 %) ont été traités par étude en immunofluorescence directe par marquage avec les AC anti IgA, IgM, IgG et C3 (recherche de maladies bulleuses et lupus) et un en immunohistochimie pour marquage de la population lymphocytaire.

Les lésions bénignes représentent 84 % des cas avec la diapneusie (16 %) et l'épulis (12,5 %) comme lésions les plus fréquentes (fig. 2). Les lésions néoplasiques représentent 16 % des biopsies : 13,7 % de lésions potentiellement malignes et 2,3 % de lésions malignes. Les lésions néoplasiques potentiellement malignes et malignes les plus fréquentes sont respectivement les kératoses (10,9 %) et les carcinomes épidermoïdes (CE) (2,3 %) corroborant l'étude de Watson et Streckfus (1996). Les affections potentiellement malignes, kératoses et lichen plan ont une localisation prédominante sur la face interne des joues (40 %) et la gencive attachée (36 %) (fig. 1). Les lésions malignes (6 au total) sont toutes situées sur la muqueuse du plancher buccal, dont une avec extension à la gencive attachée. L'âge moyen de découverte des lésions malignes est de 54,4 ans. Les carcinomes épidermoïdes sont retrouvés uniquement chez des individus de sexe masculin. Le sexe ratio des kératoses est en faveur des hommes (19:9) avec une association constante à une intoxication alcool-tabagique. Les lésions bénignes représentent 84 % des cas avec la diapneusie comme diagnostic le plus fréquent. L'histologie des lésions est dominée par ordre décroissant par les pseudotumeurs inflammatoires, les tumeurs épithéliales bénignes et les tumeurs conjonctives bénignes. Deux diagnostics rares d'angiome et de neurothécome myxoïde ont été relevés (fig. 3).



◀ Fig. 2 : Répartition des principales lésions biopsiées. Les diapneusies, épulis et granulomes pyogéniques représentent le plus gros contingent des lésions retrouvées sur les muqueuses buccales.



◀ Fig. 3 : Répartition histologique des lésions biopsiées. Les pseudotumeurs inflammatoires (granulome pyogénique, épulis inflammatoire et diapneusie) sont les lésions les plus largement représentées. Deux diagnostics rares d'angiome et de neurothécome myxoïde ont été relevés.

DISCUSSION

Dans cette étude, le recrutement majoritaire des patients est issu de cabinets dentaires, et dans une moindre mesure de services hospitaliers. La répartition d'âge prédominante est située entre 30 et 60 ans, données qui correspondent sensiblement à l'étude de Utsumi *et al.* (1990) [1] dans laquelle le groupe des 40-49 ans est majoritaire.

La prévalence particulièrement élevée des sites prélevés jugaux (40 %) et gingivaux (36 %) de cette étude est retrouvée dans l'étude de Benyahya *et al.* [2], respectivement 33,3 % et 28,7 %. Dans cette étude, la fréquence des lésions bénignes (84 %) est en accord avec les résultats des études déjà publiées variant de 75,5 % [3] à 81 % [4].

Les lésions néoplasiques, potentiellement malignes et malignes confondues représentent un pourcentage élevé soit 16 % des biopsies. Ce taux élevé peut s'ex-

pliquer par le recrutement de l'hôpital de Nanterre dont la proportion de patients vivant dans la précarité est sensiblement plus élevée. Ce taux est similaire à celui (16,3 %) de l'étude de Watson et Streckfus [5]. Parmi les lésions les moins fréquentes, la prévalence des lésions carcinomateuses (2,3 %) est similaire à celle retrouvée dans l'étude de Satorres *et al.* [6] et Utsumi *et al.* [1], respectivement 1 % et 2,8 %. La lésion maligne la plus fréquente est le carcinome épidermoïde corroborant l'étude de Watson et Streckfus [5] et de Shamin *et al.* [3]. En comparaison, les études de biopsie chez l'enfant révèlent un taux de lésions malignes plus faible, variant de 1,2 % [7] à 1,6 % [8]. Enfin les rares études ayant opté pour une classification anatomo-clinique [9] moins précise ne peuvent être comparées à notre étude basée sur une classification anatomo-pathologique.

Sur les 6 cas de lésions malignes dépistés dans le service d'odontologie, 5 présentaient des signes cliniques

de malignité évidente (dysphagie/dysphonie, induration, saignement au contact, adhérence au plan profond, adénopathies cervico-faciales). Seul un cas se présentait sous l'aspect d'une lésion kératosique, peu étendue et non spécifique, du plancher buccal antérieur. Elle s'est avérée être un carcinome *in situ*. Ces résultats confirment que le plancher buccal est le site de prédilection du carcinome épidermoïde. Les autres sites de localisation fréquente du CE sont la langue (25 à 50 % des cas) et le palais mou (9 % des cas) [10, 11].

Les biopsies de tumeur suspectées de malignité ont toutes été pratiquées à proximité du démarrage du traitement de la lésion [12].

L'association alcool/tabac retrouvée dans tous les cas de carcinome est confirmée dans la littérature [13]. Toutes ces lésions malignes biopsiées dans le service d'odontologie ont amené un bilan d'extension et une prise en charge pluridisciplinaire (ORL, oncologique, psychologique). Les patients présentant des lichens plans ont été recontrôlés plusieurs fois par an [14], la fréquence pouvant augmenter en cas de phases actives (sensation de picotements, brûlures). Shafer [15], dans une série de carcinomes *in situ*, relève que seuls 23,4 % des praticiens avaient trouvé suspecte la lésion. L'enquête de Kolesaric *et al.* [16] montre que seuls 15 % des praticiens libéraux s'entretiennent avec leur patient

sur le risque lié à la synergie alcool/tabac. Les raisons les plus fréquemment retrouvées de cette absence de prévention sont : pour le patient, son absence de coopération et d'éducation sur le sujet et, pour le praticien, l'absence de fiches d'information ainsi que le manque de temps [16]. Au total, cette étude confirme qu'un programme de prévention primaire et secondaire permettrait de faire diminuer l'incidence des carcinomes buccaux [11, 16, 17], le retard de diagnostic entraînant des traitements lourds et mutilants tant sur le plan fonctionnel qu'esthétique.

CONCLUSION

Cette étude doit encourager les chirurgiens-dentistes à réaliser un examen complet de la muqueuse buccale dès la première consultation afin de détecter et de permettre ainsi une prise en charge précoce des lésions néoplasiques. Les cancers de la cavité buccale sont en particulier accessibles à une prévention primaire, axée aujourd'hui en France sur la lutte contre le tabagisme et la consommation d'alcool. Des études nationales multicentriques sont à envisager pour décrire et affiner les aspects épidémiologiques des lésions de la muqueuse buccale dans la population française.

Bibliographie

- [1] Utsumi N., Tajima Y. Oi T, Ohno J, *et al.*
Report on clinico-pathological examinations in Meikai University (formerly Josai Dental University) Hospital. *Meikai Daigaku Shigaku Zasshi* 1990;19(3):383-98.
- [2] Benyahya I., Maaroufi A., Jabri L., Haddou G.
Discordance entre le diagnostic clinique et anatomo-pathologique des lésions de la muqueuse buccale. *Rev Stomatol Chir Maxillofac* 2004;105(4):211-4.
- [3] Shamim T, Varghese VI, Shameena PM, Sudha S.
A retrospective analysis of gingival biopsied lesions in South Indian population: 2001-2006. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2008;13(7):E414-8.
- [4] Ababneh KT. Biopsied gingival lesions in northern Jordanians: a retrospective analysis over 10 years. *Int J Periodontics Restorative Dent* 2006;26(4):387-93.
- [5] Watson EL, Streckfus CF. Case record analysis: biopsied lesions in a high-risk white and African American Community. *NDA J* 1996;47(1):26-30.
- [6] Satorres Nieto M., Faura Solé M., Brescó Salinas M, Berini Aytés L, Gay Escoda C. Prevalence of biopsied oral lesions in a service of oral surgery. *Med Oral* 2001;6(4):296-305.
- [7] Lima Gda S, Fontes ST, de Araujo LM, Etges A, Tarquinio SB, Gomes AP. A survey of oral and maxillofacial biopsies in children: single-center retrospective study of 20 years in Pelotas-Brazil. *J Appl Oral Sci* 2008;16(6):397-402.
- [8] Happonnen RP, Ylipaavalniemi P, Calonius B. A survey of 15,758 oral biopsies in Finland. *Proc Finn Dent Soc* 1982;78(4):201-6.
- [9] Bataineh A, Al-Dwairi ZN. A survey of localized lesions of oral tissues: a clinicopathological study. *J Contemp Dent Pract* 2005;6(3):30-9.
- [10] Le Charpentier Y, Auriol M. Histopathologie bucco-dentaire et maxillo-faciale. Paris : Masson, 1997.
- [11] Joseph BK. Oral cancer: prevention and detection. *Med Princ Pract* 2002;11(Suppl 1):32-5.
- [12] Bertrand JC, Guilbert F. Les biopsies. *Actual Odonto Stomatol* 1982;36(137):83-6.
- [13] Arrivé E., Ligier K, Trouillet M, Mounkaila Harouna A, de la Reberdière M, Fricain JC. Revue systématique des facteurs de risque modifiables des cancers de la muqueuse buccale. Modifiable risk factors for mucous oral cancers: a systematic review. *Med Buccale Chir Buccale* 2012;18(1):25-37.
- [14] Ben Slama L. Affections potentiellement malignes de la muqueuse buccale : nomenclature et classification. *Rev Stomatol Chir Maxillofac* 2010;111(4):208-12.
- [15] Waldron CA, Shafer WG. Oral carcinoma *in situ*. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1975;39(2):227-38.
- [16] Kolesaric N, Börner BI, Sader R, Meyer J, Zeilhofer HF. Early detection and prevention of oral precancer. An enquiry among dentists in Switzerland. *Schweiz Monatsschr Zahnmed* 2007;117(9):911-9.
- [17] Kerr AR, Cruz GD. Oral cancer. Practical prevention and early detection for the dental team. *N Y State Dent J* 2002;68(7):44-54.