PAPILLOMES DE LA CAVITE BUCCALE : ASPECTS CLINIQUES (à propos de trois cas)

Auteurs : Andriamanantena RH[1], Raotoson HS[2], Rasolondraibe AF[1], Haminason LS[1], Rakotoarimanana FVA[1] Randriamanantena T[3], Razafindrabe JAB[1].

[1]CHU JDR, service de Chirurgie Maxillofaciale, Befelatanana Antananarivo
[2]CHU PZAGA, service de Chirurgie Maxillofaciale, Mahajanga
[3]CHU Andrainjato, service de Chirurgie Maxillofaciale, Fianarantsoa

Auteur correspondant : RAOTOSON Herisitraka
Service de Chirurgie Maxillofaciale CHU PZAGA Mahajanga Madagascar
Mail : sitrakerymaxillo@yahoo.fr

RESUME

Les papillomes de la cavité buccale posent un problème diagnostic et thérapeutique par l'étendue des lésions qu'ils entrainent.

Nous rapportons dans ce travail trois cas de papillome buccal. La première patiente âgée de 66 ans, présentait une lésion bourgeonnante du rebord gingivo-alvéolaire en regard des dents 33, 34 et 35 évoluant depuis 4 mois. La deuxième patiente âgée de 67 ans, présentait une lésion gingivale bourgeonnante associée à des mobilités dentaires, apparues progressivement sur plusieurs mois. Les examens histologiques des pièces biopsiques de ces deux patientes nous ont révélé un papillome. La troisième patiente âgée de 77 ans présentait une mobilité dentaire mandibulaire antérieure multiple associée à une lésion gingivale bourgeonnante évoluant depuis 8 mois. L'échographie cervicale a révélé des adénopathies sous mentale et sous mandibulaire gauche d'allure suspecte de malignité. L'examen histologique de la pièce biopsique nous a révélé un papillome avec une dysplasie de bas grade.

Ces trois cas nous rappellent l'importance d'un examen anatomopathologique d'une pièce biopsique devant toutes lésions papillomateuses de la cavité buccale. Malgré les nombreuses preuves qui appuient le lien entre le virus du papillome humain et les cancers de la bouche, aucune étude n'a pu établir de façon définitive si c'est le virus qui provoque le cancer ou s'il attaque les tissus malins une fois que le processus néoplasique est amorcé, comme dans le cas des infections opportunistes.

Mots clés : cavité buccale, papillome, tumeur maligne.

ABSTRACT

The oral papilloma pose a diagnostic and therapeutic problem due to the extent of the lesions. We report three cases of oral papilloma. The first patient, 66 years old, had a budding lesion of the gingivo-alveolar compared to teeth 33, 34 and 35, which had been evolving for 4 months. The second patient, 67 years old, had a budding gingival lesion associated with dental mobility, which appeared gradually over several months. Histological examinations of the biopsies of these two patients revealed a papilloma. The third patient, 77 years old, had multiple anterior mandibular dental mobility associated with a budding gingival lesion that had progressed for 8 months. Cervical ultrasound revealed sub-mental and left mandibular

nodes of suspected malignancy. Histological examination of the biopsy part revealed a papilloma with low-grade dysplasia.
These three cases remind us of the importance of an anatomopathological examination of a biopsy part in front of any papillomatous lesions in the oral cavity. Despite the extensive evidence supporting the link between the human papillomavirus and oral cancers, no study has been able to establish at définitive whether it is the virus that causes cancer or whether it attacks malignant tissue once the neoplastic process has begun, as in the case of opportunistic infections.
***Keywords** : oral cavity, papilloma, malignant tumor.*

INTRODUCTION

Les papillomes se définissent comme des tumeurs épithéliales bénignes de la muqueuse buccale. Devant toutes lésions papillomateuses, l'exérèse chirurgicale est indiquée par la plupart des auteurs car le risque de transformation maligne soulignée par Shklar en 1965 et confirmée par Abbey et coll. en 1980, est toujours considéré comme une éventualité. Une surveillance clinique à long terme est également nécessaire [1]. Pour de nombreuses raisons, le concept de lésions précancéreuses reste encore assez flou, surtout pour la muqueuse buccale. Toutefois, il est important pour un médecin de connaître les différents aspects cliniques afin d'optimiser le rôle prépondérant qu'il a à jouer dans le dépistage et la prise en charge.

PRESENTATION DES CAS CLINIQUES

CAS N°01

C'est une femme âgée de 66 ans et qui a présenté une lésion bourgeonnante du rebord gingivo-alvéolaire en regard des dents 33, 34 et 35. La maladie a débuté il y a 4 mois et marqué par l'apparition d'une douleur gingivale en regard des dents 35 et 36 lors de la mastication et au cours du brossage dentaire ; associée à une mobilité de la 36, qui poussait la patiente à consulter dans un cabinet dentaire. Devant la douleur et surtout la mobilité dentaire, le chirurgien-dentiste a procédé à l'extraction de cette 36 sous couverture antibiotique. La suite opératoire a été marquée par une douleur continue au niveau du site opératoire, avec une impression de résidu dans l'alvéole, et ce qui a motivé le praticien à effectuer une révision alvéolaire. A la suite d'une cicatrisation incomplète du site d'extraction deux mois plus tard, elle a consulté dans notre service. L'examen clinique endobuccal a montré un site opératoire en arrière de la 35 non cicatrisé et

une lésion gingivale bourgeonnante du coté vestibulaire, ne saignant pas au contact, mesurant 4 cm de long en regard des dents: 33, 34 et 35 (figure 1). On a noté une inflammation gingivale du coté linguale mais sans envahissement de la muqueuse du plancher buccal. L'examen du pharynx et du larynx n'a pas montré d'anomalie et le reste de la muqueuse buccale était indemne de lésion. Elle ne présentait pas de signe de Vincent. Et les aires ganglionnaires cervico-faciales étaient libres. Une biopsie exérèse a été réalisée. L'examen histologique de la pièce biopsique nous a révélé un papillome inversé.

CAS N° 02

Madame S, 67 ans, a consulté pour une lésion gingivale associée à des mobilités dentaires, apparues progressivement sur plusieurs mois (environ 10 mois). Dans ses antécédents, on a noté une notion de tabagisme chronique (tabac à chiquer). L'examen clinique endobuccal a montré un mauvais état bucco-dentaire, avec des dents délabrées et une parodontite généralisée. La lésion se présentait comme une tuméfaction irrégulière bourgeonnante, ne saignant pas au contact, mesurant 4,5 cm de long, s'étendant de la dent 33 jusqu' à la 44 (figure 2). Cette lésion a touché la partie antérieure du plancher buccal. L'examen du pharynx et du larynx n'a pas montré d'anomalie et le reste de la muqueuse buccale était indemne de lésion. Les aires ganglionnaires cervicales ont été libres. Après biopsie exérèse réalisée, l'examen histologique de la pièce biopsique a révélé un papillome.

CAS N° 03

Madame M, 77 ans, tabagique chronique (tabac à chiquer) est vue en consultation pour une mobilité dentaire mandibulaire antérieure multiple associée à une lésion gingivale bourgeonnante évoluant depuis 8 mois. L'examen clinique a mis en évidence une lésion gingivale du coté vestibulaire, bourgeonnante, recouverte d'enduit blanchâtre, ne saignant pas au contact, et s'étendant de la dent 36 jusqu'à la 43, avec des déplacements dentaires marqués (figure 3). Cette lésion est reposée sur une zone indurée sur sa face linguale, descendant vers le plancher buccal sans l'atteindre. Les dents en regard ont été mobiles. On notait une adénopathie sous mandibulaire gauche, mesurant 4 cm de diamètre, dure, mais non douloureuse. L'état dentaire a été mauvais. L'échographie cervicale a révélé des adénopathies sous mentale et sous

mandibulaire gauche d'allure suspecte de malignité. Après biopsie, l'examen histologique de la pièce nous a révélé un papillome avec une dysplasie de bas grade.

Le tableau I montre une récapitulation des aspects cliniques des lésions de nos patientes.

COMMENTAIRES

On retrouve le papillome chez des patients de tout âge mais avec une prévalence plus importante entre 30 et 50 ans (2). L'étiopathogénie des différents types n'est pas toujours élucidée. Il apparaît clairement que les viroses, les habitudes toxiques, et les facteurs traumatiques et inflammatoires jouent un rôle important dans le développement de ces lésions. Le rôle des infections virales dans le développement de certaines tumeurs bénignes de la muqueuse buccale a été établi depuis longtemps. Plusieurs virus ont été incriminés dans les lésions chroniques de la muqueuse buccale, notamment le virus de l'herpès simplex, le virus Epstein-Barr, le cytomégalovirus, le virus de la varicelle et du zona. Les HPV sont impliqués dans un nombre important de lésions et de tumeurs épithéliales (3,4). Les tumeurs à composante épithéliale constituent 9 % de l'ensemble des lésions, et sont représentées quasi exclusivement par des papillomes dus aux HPV (5). Shulman et ses collaborateurs dans une étude américaine portant sur 17235 patients âgés de plus de 17 ans, ont montré que l'intoxication tabagique est significativement corrélée à l'apparition de lésions de la muqueuse buccale (6). La chique de tabac est encore couramment pratiquée dans de nombreux pays. Elle est le plus souvent placée dans le vestibule inférieur, en regard de la canine et des prémolaires. Elle entraîne le développement d'une lésion kératosique, souvent verruqueuse, intéressant le cul de sac vestibulaire, la muqueuse gingivale et jugale. Nos cas de papillome gingival sont diagnostiqués à un stade très avancé en raison de l'accès aux structures sanitaires difficile, en particulier dans les zones enclavées. L'automédication et les pratiques traditionnelles dominent. De plus, la population en milieu rural consulterait en premier les tradipraticiens au détriment des médecins, d'où les retards de consultation. Le diagnostic est facile si la lésion est de petite taille avec un aspect en choux fleur. Mais normalement, toute lésion de la muqueuse buccale recouverte d'un enduit blanchâtre persistant de plus de trois semaines doit être adressée à un spécialiste en chirurgie maxillo-faciale (7). Ce qui vaut également pour les alvéoles qui ne cicatrisent pas après extractions dentaires ou les tuméfactions de nature indéterminée. Une biopsie devrait être pratiquée pour confirmer définitivement le diagnostic (8). Trois critères architecturaux

sont requis pour le diagnostic positif d'un papillome à l'examen microscopique: une hyperpapillomatose, une hyperacanthose, et une hyperkératose (9). L'association du papillome avec la dysplasie de bas grade de notre 3ème cas attire nos attentions sur l'importance d'un dépistage précoce devant toutes lésions blanches de la cavité buccale et sur l'existence du risque de transformation maligne à un stade indéterminé afin de pouvoir faire une évaluation pré-thérapeutique et la planification d'un geste chirurgical adéquat.

CONCLUSION

Le papillome gingival est une tumeur bénigne épithéliale. Son étiopathogénie n'est pas encore élucidé. Le traitement est essentiellement chirurgical alors que le pronostic est fonction des critères histologiques en raison du risque de récidive et de transformation maligne.

Au terme de cette étude, nous attirons l'attention des personnels exerçant en médecine dentaire sur la nécessité d'être vigilant devant toute lésion suspecte de la cavité buccale à proximité des dents surtout s'il existe des déplacements dentaires ou des mobilités dentaires.

REFERENCES

1. Dridi M, Ejeil AL, Vi-Fane B, Godeau G. Oral papilloma: a case report. RevOdontStomat 2004; 33:111-117
2. Chang F, Syrjänen S, Kellokoski J, Syrjänen K. Human papillomavirus (HPV) infections and their associations with oral disease. J Oral Pathol Med Off Publ Int Assoc Oral Pathol Am Acad Oral Pathol. août 1991; 20(7):305-317.
3. Syrjänen S. Human papillomavirus infections and oral tumors. Med Microbiol Immunol 2003; 192:123-8.
4. Scully C, Epstein J, Porter S, Cox M. Viruses and chronic disorders involving the human oral mucosa. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1991; 72:537-44.
5. Karim El Khatib, AlaeGuerrouani, Farah Hajji et al. Tumeurs bénignes de la cavité buccale: étude rétrospective de 209 cas. Med Buccale Chir Buccale 2011; 17:115-119. DOI:10.1051/mbcb/2011102.
6. Shulman JD, Beach MM, Rivera-Hidalgo F. The prevalence of oral mucosallesions in U.S. adults: data from the Third National Health and Nutrition, Examination Survey, 1988-1994. J Am Dent Assoc 2004; 135:1279-86.

7. Hollows P, McAndrew PG, Perini MG. Delays in the referral and treatment of oral squamous cell carcinoma. British dental journal. 2000; 188(5):262–5.
8. Hammer B, Kolotas C, Kirsch E, Popescu R, Rohner D. Tumeurs malignes de la cavité buccale: update. Forum Med Suisse 2014;14(5):75–78.
9. Aubin T, Prétet JL, Mougin C. Papillomavirus human : Biologie et pathologie tumorale. Cachan: Lavoisier, 2003.

ILLUSTRATIONS

Figure 1 : Lésion gingivale bourgeonnante, ne saignant pas au contact, mesurant 4 cm de long en regard des dents : 33, 34, et 35 du coté vestibulaire
Source : Service de chirurgie maxillo-faciale Befelatanana Antananarivo

Figure 2 : Tuméfaction gingivale irrégulière bourgeonnante, ne saignant pas au contact, mesurant 4,5 cm de long, s'étendant de la 33 jusqu' à la 44
Source : Service de chirurgie maxillo-faciale Befelatanana Antananarivo

Figure 3 : Lésion gingivale, coté vestibulaire, bourgeonnante recouverte d'enduit blanchâtre, ne saignant pas au contacte, s'étendant de la 36 jusqu'à la 43, avec des déplacements dentaires
Source : Service de chirurgie maxillo-faciale Befelatanana Antananarivo

Tableau I : Récapitulation des aspects cliniques des lésions papillomateuses de nos patientes.

CAS	AGE	FACTEURS DE RISQUES	DUREE D'EVOLUTION	ASPECTS CLINIQUES
N°01	66 ans	Microtraumatisme chronique	04 mois	Lésion bourgeonnante sans enduit blanchâtre Mobilité dentaire (unique) Aires ganglionnaires cervico-faciales libres
N°02	67 ans	Tabac à chiquer (chronique)	10 mois	Lésion bourgeonnante avec enduit blanchâtre Mobilité dentaire (multiple) Aires ganglionnaires cervico-faciales libres
N°03	77 ans	Tabac à chiquer (chronique)	08 mois	Lésion bourgeonnante avec enduit blanchâtre Mobilité dentaire (multiple) Adénopathies sous mandibulaires homolatérales