

## Importance de l'examen clinique sur le dépistage du carcinome épidermoïde de la cavité buccale

**Auteurs :** Rakotoarivony AE<sup>1</sup>, Rakotoarison RA<sup>1-2</sup>, Randriamanantena T<sup>3</sup>, Rajabo<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Département de Chirurgie, IOSTM, CHU de Mahajanga.

<sup>2</sup> Centre Hospitalier de Soavinandriana (CENHOSOA) Antananarivo.

<sup>3</sup> Service de Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale, CHU d'Antananarivo.

**Auteur correspondant :** RAKOTOARIVONY Andrianony Emmanuel,  
Département de Chirurgie, IOSTM, Université de Mahajanga.  
e-mail : mano.rakotoarivony@gmail.com

### Résumé

L'odonto-stomatologiste doit être le premier à dépister un cancer de la bouche, car son évolution peut être constatée de visu. 90% de ces cancers sont d'origine épithéliale, c'est-à-dire, des carcinomes épidermoïdes. Cependant, plus de personnes meurent de cancer de la bouche que des autres cancers. Il en est ainsi, parce que le cancer de la bouche n'est souvent diagnostiqué qu'à un stade avancé. Le dépistage et le diagnostic précoce constituent alors les façons les plus efficaces pour lutter contre cette maladie.

Cette étude consiste en une mise au point, selon la littérature, de l'examen clinique et du dépistage du carcinome épidermoïde de la cavité buccale ; les objectifs sont de montrer ses divers aspects, et de donner leurs méthodes de dépistage.

A son stade de début, le carcinome épidermoïde peut être découvert lors d'une visite de routine. En effet, l'examen clinique de la bouche est une procédure facile à réaliser, rapide et très efficace pour détecter les lésions endobuccales.

**Mots-clés :** carcinome épidermoïde, cavité buccale, dépistage.

### Abstract

***Importance of clinical review on testing squamous cell carcinoma oral cavity.***

*The dentist should be the first to detect cancer of the mouth, because its evolution can be observed visually. 90% of these cancers are epithelial in origin, that is to say, squamous cell carcinomas. However, more people die from mouth cancer than other cancers. This is so, because oral cancer is often diagnosed at an advanced stage. Screening and early diagnosis are then the most effective ways to fight against this disease.*

*This study is a focus in the literature on clinical examination and screening of squamous cell carcinoma of the oral cavity, which aims to show their various aspects, and provide their detection methods.*

*Squamous cell carcinoma in its early stage may be discovered during a routine visit. Indeed, clinical examination of the mouth is an easy to implement, fast and very effective in detecting oral lesions procedure.*

**Keywords:** *squamous cell carcinoma, oral cavity, screening.*

## Introduction

Le carcinome épidermoïde représente plus de 90% des cancers de la cavité buccale. Il touche beaucoup plus les hommes que les femmes, et l'âge moyen des patients est de 60 ans. [1]

Généralement, il n'est vu qu'à un stade très avancé de la maladie, alors que les facteurs de risque sont très nombreux, tels que la toxicité conjointe alcool-tabagique, la mauvaise hygiène bucco-dentaire et les microtraumatismes chroniques endobuccaux [1]. Le *Papilloma Virus Humain* joue également un rôle non négligeable ; certains auteurs disent même que le risque serait augmenté de trente fois plus par rapport au tabagisme [2]. Mais il y a également la prédisposition génétique que personne ne peut éviter.

Le cancer de la bouche est l'un des cancers les plus faciles à dépister, car son évolution peut être constatée de visu. Cependant, il tue beaucoup plus de personnes que les autres cancers parce qu'il n'est souvent diagnostiqué qu'à un stade avancé. Le dépistage et le diagnostic précoce constituent alors les façons les plus efficaces pour lutter contre cette maladie [3].

Les principaux objectifs de cette étude sont de montrer les divers aspects des carcinomes épidermoïdes buccaux et de donner les méthodes de dépistage de ces cancers.

## Aspects cliniques

Les lésions débutantes peuvent être confondues avec un processus bénin, souvent asymptomatiques. Le carcinome épidermoïde de la cavité buccale peut se présenter au début sous diverses formes de

leucoplasie (figure 1), d'érythroplasie (figure 2), d'érythro-leucoplasie ou d'ulcération chronique (figure 3), mais ces formes supposées bénignes peuvent déjà être du cancer in situ [4].



Figure 1. Leucoplasie [4]



Figure 2. Erythroplasie [4]



Figure 3. Ulcération chronique [4]

Les lésions plus avancées telles que les formes exophytiques (figure 4) et endophytiques (figure 5), infiltrent ou déforment la surface de la muqueuse et prennent habituellement la forme d'une

masse bourgeonnante indurée, ulcérée ou nécrosée, entremêlée de foyers leucoplasiques ou érythroplasiques. Ces lésions saignent facilement et peuvent être associées [3].



Figure 4. Lésion exophytique [4]



Figure 5. Lésion endophytique [4]

## Méthode de dépistage

Malgré le développement de nouvelles approches thérapeutiques, le taux de survie des patients atteints de carcinome épidermoïde de la cavité buccale ne s'est pas amélioré au cours des trois dernières décennies. La raison en est simple : la plupart de ces tumeurs malignes ne sont découvertes que très tardivement.

Ainsi, seul un dépistage précoce peut-il contribuer à améliorer le pronostic d'un cancer buccal. Cet objectif ne pourrait être atteint sans la participation active du

praticien, notamment de l'odontostomatologiste.

Un examen clinique méthodique, associé à l'utilisation de test visuel, constitue le véritable moyen de dépistage. A cela peuvent s'ajouter les tests diagnostics, si les moyens et la capacité les permettent [5].

A l'examen exo-buccal, toute asymétrie faciale doit être notée, spécialement dans la région parotidienne et cervicale. (Figure 6)



Figure 6. Examen exo-buccal.

Il faut noter la présence de tout ganglion anormal (figure 7). Les autres causes d'adénopathies telles qu'une maladie virale ou une infection dentaire doivent être

éliminées. Il faut noter également toute lésion, induration ou asymétrie au niveau des lèvres. (Figure 8)



Figure 7. Palpation des adénopathies.



Figure 8. Examen de la lèvre.

L'examen endo-buccal nécessite un miroir, une gaze et une source de lumière adéquate et se porte tout d'abord sur les muqueuses

labiales et jugales (figure 9). Il faut toujours associer inspection et palpation et noter toutes les anomalies.



Figure 9. Examen de la muqueuse buccale.

La gencive et la langue sont examinées sur toutes leurs faces. (Figure 10)



Figure 10. Examen de la gencive et de la langue.

Ne pas oublier l'examen du plancher buccal dont la palpation se fait selon la

technique bi-digitale avec un doigt en exo- et un autre en endo-buccal. (Figure 11)



Figure 11. Examen du plancher buccal.

Le palais dur est aussi examiné soigneusement, et l'examen du palais mou se fait en abaissant la langue avec un

miroir et en invitant le patient de prononcer « aahh ». (Figure 12)



Figure 12. Examen du palais.

Toutes anomalies tissulaires, associées ou non à des signes fonctionnels, retenues au cours de l'examen clinique, et persistant durant plus de 2 semaines, après traitements classiques (anti-infectieux et antalgique) ou après élimination ou traitement des facteurs étiologiques identifiés, imposent une réévaluation ou une recommandation pour un test visuel.

Le bleu de toluidine est utilisé depuis longtemps comme moyen de coloration vitale pour identifier les cancers de la bouche. Historiquement, ce colorant s'est avéré moins fiable dans l'identification de lésions précancéreuses, car même les cellules non néoplasiques peuvent capter ce colorant. Mais à Madagascar, c'est encore le seul moyen de test pour dépister visuellement cette affection. (Figure 13)

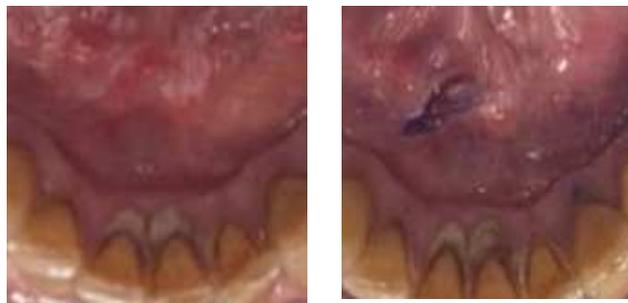


Figure 13. Test au bleu de toluidine. [6]

Le « VELscope® » (*visual enhanced lesion scope*) est un nouvel appareil qui a été récemment mis au point pour permettre de visualiser la fluorescence des tissus directement dans la cavité buccale. Une lumière bleue est dirigée à la surface des

muqueuses buccales. Les tissus normaux deviennent fluorescents et se colorent en vert pâle, tandis que les tissus anormaux perdent cette fluorescence et prennent une couleur variant du brun foncé au noir [6]. (Figure 14)

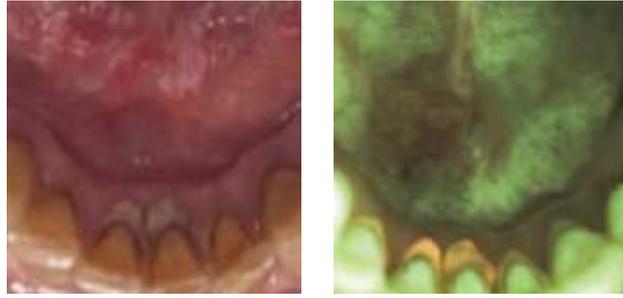


Figure 14. Test au VELscope®. [6]

La « ViziLite® » est également un nouvel appareil pour la détection visuelle ; l'utilisation d'acide acétique dilué associée à la lumière que produit cet appareil fait paraître les lésions suspectes qui sont de couleur blanche mate [7].

A toute réponse anormale des tissus au test visuel, le praticien peut passer au test diagnostique, ou bien référer rapidement le patient vers un centre spécialisé s'il n'a pas les moyens ou la capacité de le faire.

Parmi les tests diagnostiques, on peut citer :

- la cytologie exfoliatrice ;
- la biopsie, qui peut être excisionnelle (biopsie-exérèse) pour les petites lésions, ou incisionnelle pour lésions plus importantes ;
- la cytobrosse (ou *brush biopsy*) qui serait plus efficace que la cytologie classique puisqu'elle permet de prélever des couches

plus profondes de l'épithélium [8] ;

- l'analyse de l'ADN et l'analyse des protéines salivaires sont parmi les deux derniers tests diagnostiques pour le dépistage du cancer épidermoïde de la cavité buccale [9-12].

Le dépistage doit respecter certains points qui doivent être connus, ce sont les points déontologiques et éthiques. En effet, rien ne doit être fait sans le consentement du patient. Le patient doit être en connaissance de toutes les démarches de dépistage ; et en cas de résultat positif, le praticien doit maîtriser les techniques de « counseling » pour éviter les chocs psychologiques, qui pourront entraver les démarches thérapeutiques ultérieures. Dans tous les cas, que le résultat soit positif ou négatif, le praticien doit toujours être en mesure d'informer et de donner des conseils au patient quant à la lutte contre le cancer buccal.

## Conclusion

Le carcinome épidermoïde, à son stade de début, peut être découvert lors d'une visite de routine par l'odonto-stomatologiste. En effet, l'examen clinique de la bouche est une procédure facile à réaliser, rapide et très efficace pour détecter les lésions buccales. Il est aussi conseillé d'enseigner aux patients à s'examiner la bouche régulièrement, surtout chez les fumeurs et alcooliques : c'est l'auto-dépistage devant un miroir.

Tous patients adultes devraient subir un examen court mais régulier pour dépister ce cancer de la bouche.

Le dépistage du carcinome épidermoïde de la cavité buccale est un défi que les odonto-stomatologistes, avec la collaboration des autres professionnels de la santé, doivent relever.

## Références

- 1- Barthélémy I, Sannajust JP, Revol P, Mondié JM. Cancers de la cavité buccale. Préambule, épidémiologie, étude clinique. *EMC - Stomatologie*, Volume 1, Issue 4, December 2005, Pages 277-294.
- 2- Lingen MW, Xiao W, Schmidt A, Jiang B, Pickard R, Kreinbrink P, Perez-Ordonez B, Jordan RC, Gillison ML. Low etiologic fraction for high-risk human papillomavirus in oral cavity squamous cell carcinomas. *Oral Oncol*. 2012 Jul 27.
- 3- Catherine F. Poh, P. Michele Williams, Lewei Zhang, Miriam P. Rosin. Attention! — Appel aux dentistes pour le dépistage du cancer de la bouche. *J Can Dent Assoc* 2006; 72(5):413–6.
- 4- Pérusse R. Les manifestations cliniques du cancer buccal. *Journal dentaire du Québec – Supplément*, février 2004 : 16-20.
- 5- Lalonde B. L'examen clinique de la bouche - Le meilleur moyen de détecter le cancer buccal. *Journal dentaire du Québec – Supplément*, février 2004 : 12-5.
- 6- Farah CS, McIntosh L, Georgiou A, McCullough MJ. Efficacy of tissue autofluorescence imaging (VELscope) in the visualization of oral mucosal lesions. *Head Neck*. 2012 Jun;34(6):856-62.
- 7- Epstein JB, Gorsky M, Lonky S, Silverman S, Jr., Epstein JD, Bride M. The efficacy of oral lumenoscopy (ViziLite) in visualizing oral mucosal lesions. *Spec Care Dentist* 2006;26:171-4.
- 8- Alfred Böcking, et al. Brush biopsy from an oral verrucous leukoplakia. *J Oncol*. 2011;2011:875959.A.
- 9- Sudbo J et coll. DNA content as a prognostic marker in patients with oral leukoplakia. *N Engl J Med* 2001 ; 344.
- 10- Nigel JJ, Mac Gregor AD, Water R. Detection of DNA adducts in human oral tissue: correlation of adduct level with tobacco smoking and enhancement of adducts using the butanol extraction and

- nucléase P1. *Cancer Res.*-April 1, 1993.53: 1522-1528.
- 11- Kim Y, Shintani S, Kohno Y, Zhang R, Wong DT. Cyclin G2 dysregulation in human oral cancer. *Cancer Res December* 15, 2004 64:8980-8986; doi:10.1158/0008-5472.CAN-04-1926.
- 12- Acin S, Caulin S. The P.53 gain of function mutation p53R172H promotes oral cancer progression in response to DNA damage. *Cancer Reaserch.* January 10, 2011. 70: 4158.