

UNE ÉTIOLOGIE PARTICULIÈRE

de cancer de la bouche à Madagascar

R. FRANCO, J. PROVENÇAL, et N. PEYRON

Nous définissons tout d'abord, anatomiquement, ce que nous appelons cancer de la bouche. Ce sont toutes les atteintes néoplasiques de la langue, du plancher de la bouche, du voile du palais et de la voûte palatine, des gencives, des faces internes des joues et des lèvres.

Cette définition élimine donc : l'oro-pharynx, les amygdales (organes lymphoïdes), les glandes salivaires et le squelette, c'est-à-dire les maxillaires.

Une étude rapide de ces cancers permet d'en dégager les principales caractéristiques.

Leur fréquence est variable.

En Europe : 1 à 2 p. 100 de l'ensemble des cancers. Aux U.S.A. : 3 à 4 %. Aux Indes : 48 à 49 %.

L'âge moyen se situe entre 55 et 65 ans.

Le sexe masculin est beaucoup plus souvent touché

En Europe : 85 à 90 %. Aux Indes : 62 à 65 %.

L'anatomie-pathologie montre une très grande prédominance des Carcinomes épidermoïdes (95 %) plus ou moins différenciés.

L'aspect clinique de ces cancers est surtout dominé par leur extension qui conditionne traitement et pronostic.

Extension locale tout d'abord puis extension régionale avec atteinte des organes voisins, en particulier l'atteinte du maxillaire inférieur, extension lymphatique enfin.

Les stades I et II sont réservés aux extensions locales, les stades III et IV aux divers degrés d'envahissement régionaux et lymphatiques.

L'étiologie de ces néoplasies, en dehors du génie cancéreux même, est bien souvent suspectée.

Certains facteurs favorisants sont, en effet, manifestes.

Signalons : — les leucoplasies considérées par certains auteurs comme cancer latent ;

— l'alcoolisme (selon DARGENT et PAPILLON 90 p. 100 des cancers de la bouche, en France, se voient chez les alcooliques).

(L'alcoolisme agirait d'ailleurs par les troubles de certains métabolismes).

— le tabac dont l'action est discutée et dans certains pays, certains produits toxiques chiqués par les Autochtones, tel le Betel aux Indes. Ce qui explique dans ce dernier pays la très grande fréquence des cancers de la bouche.

La thérapeutique est variable selon la localisation et le stade. De façon générale, les stades I et II relèvent de la curiethérapie, les stades III et IV soit encore de la curiethérapie, soit plus souvent de la chirurgie (en cas d'atteintes osseuses en particulier), chirurgie utilisée seule ou associée aux agents physiques.

Nous avons été frappés par la fréquence des cancers de la bouche chez le Malgache, fréquence qui se situe aux environs de 10 p. 100 aussi bien dans notre Service que pour l'ensemble des cancers hospitalisés à Befelatanana (86 cas sur 915 en 1961, 69 sur 624 en 1962). Le Malgache demeure encore loin derrière l'Indien mais devance donc nettement le natif d'Europe ou d'Amérique du Nord.

Aux Indes, la chique du Betel, pur ou mélangée avec du tabac, parfois même à de la chaux, a depuis longtemps été reconnu comme à l'origine de ces nombreux cancers.

Or, beaucoup de Malgaches chiquent le tabac et nous avons systématiquement demandé à nos malades s'ils s'adonnaient à cette pratique. Nous avons pu identifier 13 cas (9 femmes et 4 hommes) pour qui cette étiologie nous a paru manifeste. Une seule n'avoue que 12 ans de pratique, tous les autres reconnaissent chiquer depuis leur enfance ou l'adolescence. Un d'entre eux affirme chiquer depuis l'âge de 1 an. Cela représente, selon les cas, entre 25 et 60 ans de pratique quasi-quotidienne.

L'âge de nos malades varie entre 37 et 75 ans avec une moyenne de 53 ans.

Le sexe féminin l'emporte nettement (70 p. 100).

L'anatomie pathologie a montré 11 épithéliomas plus ou moins différenciés, 1 cas histologiquement douteux mais cliniquement manifeste. Un malade n'a pas eu de biopsie.

Cliniquement, tous ces malades présentent une forme très avancée : 11 stades IV, 2 stades III.

Tous ont reconnu que la maladie avait commencé par une petite ulcération à l'emplacement même où ils avaient l'habitude de placer leur chique et cet emplacement est fixe pour chaque malade, soit le sillon gingivo-lingual, soit le sillon gingivo-labial ou gingivo-jugal.

Dans le 1er cas, l'extension se fait vers le plancher buccal, puis vers la langue, la gencive, parfois l'amygdale.

Dans le 2ème cas, la gencive et la face interne de la joue ou de la lèvre inférieure sont rapidement atteintes.

Dans les 2 cas, le maxillaire inférieur peut être envahi (6 fois sur 13 chez nos malades).

Deux malades présentaient une fistule bucco-cutanée.

Les lymphatiques sous-mentonniers, pour les formes antérieures, sous-maxillaires et retro-angulo-maxillaires pour les formes plus postérieures sont envahis 11 fois.

Macroscopiquement, la tumeur est de type mixte, le plus souvent ulcéro-infiltrant, plus rarement ulcéro-végétant. Le processus ulcéreux, toujours présent, constitue un facteur défavorable.

Le traitement de ces cancers, nous l'avons dit est variable. Ici, malheureusement, le problème était simplifié dès le départ, étant donné qu'il ne pouvait s'agir que de traitement palliatif.

Théoriquement, ces malades auraient dû subir une large exérèse chirurgicale : résection monobloc de l'hémi-maxillaire, de l'hémi-plancher buccal, voire de l'hémilingue d'une part, des territoires lymphatiques sous-maxillaires et jugulaires d'autre part. Cette « hémiguleulectomie » n'a jamais été tentée ni par les stomatologistes, ni par les chirurgiens et nous les comprenons. Presque tous ces malades arrivent dénutris même parfois cachectiques. L'alimentation est très difficile, voire impossible et l'intervention chirurgicale aurait posé des problèmes nutritionnels insurmontables.

Les traitements institués furent les suivants :

- une femme évadée avant toute thérapeutique,
- une curiethérapie isolée (plancher et langue) par aiguilles de radium,
- trois curiethérapies par aiguillage associées à la radiothérapie,
- huit radiothérapies seules.

Contrairement à la règle qui veut que de tels traitements palliatifs ne dépassent pas 3.000 r/tumeur, nous nous sommes toujours efforcé d'atteindre une dose oncéricide soit 6 à 7.000 r/t. Deux malades, femmes, sont décédées dans notre Service, une de suppuration pulmonaire, une par coma diabétique.

Un vieillard de 75 ans, entré cachectique est sorti avant la fin de son traitement ... encore plus cachectique !

Les 9 autres sont, soit perdus de vue (3 d'entre eux) soit encore vivants. Le faible recul que nous possédons ne nous permet pas d'évaluer la survie moyenne mais étant donné le stade avancé de ces cancers, elle ne saurait dépasser deux ans.

Puisse cette conclusion pessimiste, inciter les Malgaches, non pas à cesser de chiquer, nous n'en espérons pas tant, mais à consulter précocement leur stomatologiste ou dentiste en cas d'ulcération buccale ne cicatrisant pas et inciter les médecins à pratiquer une biopsie, ou à confier ces malades au stomatologiste devant une telle ulcération.

RÉSUMÉ DES OBSERVATIONS

- 1 — RAZ... Femme de 58 ans (Août 1962)
Chique depuis son enfance (mal précisée)
Ulcération profonde du sillon gingivo-lingual droit et plancher de la bouche.
Ostécyse totale branche horizontale droite du maxillaire inférieure.
Adénopathies multiples.
HISTO : Non pratiquée (évadée) Stade IV
- 2 — RAZ... Femme de 60 ans (Octobre 1962)
Chique depuis de nombreuses années
Ulcération étendue du sillon gingivo-labial droit + bourgeons sur la lèvre.
Adénopathies sous-mentonnières.
HISTO : Epithélioma spino.cellulaire (I.P. Tana) Stade IV
Traitement curiepincture.
- 3 — RAL... Femme de 45 ans (Novembre 1962)
Chique depuis 20 à 25 ans
Ulcération du bord droit de la langue. Infiltration du plancher buccal
Adénopathies sous-mentonnières.
HISTO : Epithélioma Malpighien (I.P. Tana) Stade IV
Traitement curiepincture + R.X.
- 4 — RAI... Femme de 58 ans (Avril 1963)
Chique depuis 45 ans (à l'âge de 12-13 ans)
Ulcération du sillon gingivo-labial médian.
Adénopathies sous-mentonnières bilatérales.
HISTO : Epithélioma épidermoïde différencié (N° 1207 Hôpital) Stade III
Traitement curiepincture + R.X.
- 5 — RAT... Homme de 37 ans (Octobre 1962)
Chique depuis son adolescence
Ulcération de la base de la langue et sillon gingivo-lingual gauche
T. bourgeonnante et infiltrante de l'amygdale gauche, des plaies et héli-voile
Adénopathies sous-mentonnières et cervicales gauches.
HISTO : Epithélioma Malpighien peu kératinisant (I.P. Tana) Stade IV
Traitement : R.X
Récidive locale un an après.

- 6 — RAZ... Femme de 58 ans (Mai 1963)
Chique depuis l'âge de 15 ans (43 ans)
Ulcération et infiltration du sillon gingivo-lingual droit avec atteinte de l'hémi-langue de la lèvre inférieure — Lyse de l'hémi-maxillaire inférieure droit et fistule bucco-cutanée.
Adénopathies sous-mentonnières et cervicales Stade IV
 HISTO : Epithélioma Malpighien différencié (Hôp. n° 1231)
- 7 — RAV... Femme de 56 ans (Mai 1963)
Chique depuis l'âge de 15-16 ans (40 ans)
Tumeur ulcérate et bourgeonnante du bord gauche de la langue, du sillon gingivo-lingual du plancher buccal.
Lyse de la hanche gauche du maxillaire inférieure.
Adénopathies sous-mentonnières bilatérales. Stade IV
 HISTO : Epithélioma Malpighien kératiquement (I.P. Tana)
 Traitement RX
- 8 — RAT... Homme de 58 ans (Novembre 1963)
Chique depuis l'âge de 15 ans (43 ans)
Tumeur bourgeonnante du bord hile gauche de la langue et ulcération du sillon guigivo-lingual
Adénopathies sous-mentonnières gauche et retro-angulo-maxillaire. Stade IV
 HISTO : Epithélioma Malpighien peu kétérisant (Hôpital n° 1724)
 Traitement : curiepincture + R.X.
- 9 — RAB... Femme de 38 ans (Janvier 1964)
Chique depuis 12 ans environ
Ulcération guigivo-linguale droite et plancher buccal.
Tumeur bourgeonnante de la gencive
Tumeur ossifiante de l'hémi-maxillaire droit . Stade IV
 HISTO : Epithélioma Malpighien (I.P. Tana).
- 10 — LEM... Homme de 48 ans (Janvier 1964)
Chique depuis l'âge de 1 an (?)
Vaste ulcération du sillon guigivo-lingual gauche avec fistule bucco-cutanée.
Adénopathies cervicales Stade IV
 HISTO : Epithélioma Malpighien (I.P. Tana).
- 11 — RAZ... Femme de 60 ans (Janvier 1964)
Chique depuis son enfance (mal précisé)
Ulcération profonde du sillon guigivo-labial gauche et lyse de la branche horizontale du maxillaire inférieur Stade IV
 HISTO : EOA Epithélioma différencié (Hôpital n° 2026).
- 12 — RAT... Homme de 75 ans (Février 1964)
Chique depuis 60 ans
Ulcération du sillon guigivo-lingual gauche et plancher buccal
Erosion de la branche horizontale gauche du maxillaire inférieur
Tumeur bourgeonnante du menton Stade IV
 HISTO :
- 13 — RAZ... Femme de 40 ans (Février 1964)
Chique depuis 21 ans
T. bourgeonnante de la gencive inférieure, côté droit et face interne de la joue + envahissement du plancher buccal. Stade IV
 HISTO : EOA Malpighien différencié (Hôp. n° 1968).

Travail du Laboratoire d'Anatomie-pathologie
 (Dr FRANCO)
 et du Service de Radiologie (Dr PROVENÇAL)
 de l'Hôpital de Befelatanana.