

## EVOLUTION DES AFFECTIONS POTENTIELLEMENT MALIGNES DE LA LANGUE MOBILE

### EVOLUTION OF POTENTIALLY MALIGNANT DISORDERS OF MOBILE TONGUE

RAZANAKOTO Georges Franck Angelo<sup>(1)</sup>, HASINIATSY Nomeharisoa Rodrigue Emile<sup>(2)</sup>,

RAKOTO Fanomezantsoa Andriamparany<sup>(3)</sup>

<sup>(1)</sup> *Chef de Clinique en ORL et Chirurgie Cervico-Faciale, Service ORL et Chirurgie Cervico-Maxillo-Faciale du Centre Hospitalier de Soavinandriana. Antananarivo -101-MADAGASCAR.*

<sup>(2)</sup> *Chef de Clinique en Oncologie Médicale, Unité d'Oncologie Médicale du Centre Hospitalier de Soavinandriana. Antananarivo -101- MADAGASCAR.*

<sup>(3)</sup> *Professeur d'Enseignement Supérieur et de Recherche en ORL et Chirurgie Cervico-Faciale, Faculté de Médecine d'Antananarivo. Directeur Général du Centre Hospitalier de Soavinandriana Antananarivo -101- MADAGASCAR.*

Reçu le 05 Septembre 2016

Accepté le 1<sup>er</sup> Juin 2019

Nous nous proposons d'illustrer l'évolution des affections potentiellement malignes de la langue mobile à travers notre patiente : une femme de 63 ans, hypertendue connue, non alcoololo-tabagique, sans antécédent personnel ou familial de cancer, mais ayant des antécédents de dysplasies modérées itératives de la partie latérale gauche de la langue, opérées en 2001 et en 2012. Elle était revenue en consultation Oto-Rhino-Laryngologique (ORL) en février 2016 pour une tuméfaction de la langue, cette fois-ci au niveau de la partie latérale droite. Entre temps, la patiente n'avait pas donné de ses nouvelles. Cette tuméfaction était remarquée quelques mois

auparavant et avait augmenté progressivement de volume selon la patiente. A l'examen, il s'agissait d'une tuméfaction ulcéro-végétante (flèche 1, Figure 1) au niveau de la partie latérale droite du dos de la langue. Elle mesurait environ 4cm x 3cm de grand axe et 0,5 cm d'épaisseur. Elle reposait sur une plaque de leucoplasie inhomogène (flèche 2, Figure 1) qui se localisait au sein d'une leucoplasie homogène sous forme de zone décapillée, plane et lisse (flèche 3, Figure 1). La tumeur se trouvait en avant du « V » lingual et ne dépassait pas la ligne médiane. Sa base était indurée et plus ou moins douloureuse à la palpation. Le plancher buccal en regard était souple. Nous

avons retrouvé la cicatrice d'anciennes interventions (flèche 3, Figure 2) au niveau du côté latéral gauche du dos de la langue. Juste en avant de cette cicatrice se trouvait une grande plaque décapillée, plane, et lisse de leucoplasie homogène (flèche 1, Figure 2) au sein de laquelle se trouvait une surface rugueuse légèrement surélevée et papillomateuse de leucoplasie inhomogène (flèche 2, Figure 2). A noter que ces leucoplasies étaient déjà présentes avant la deuxième intervention chirurgicale selon la patiente.

Il n'y avait pas d'adénopathie cervicale palpable associée. La nasofibrolaryngoscopie ne retrouvait pas de deuxième localisation tumorale au niveau des voies aéro-digestives supérieures. Le reste de l'examen ORL et de l'examen général étaient sans particularités. La radiographie thoracique et l'échographie abdominale demandées dans le cadre du bilan d'extension étaient normales.

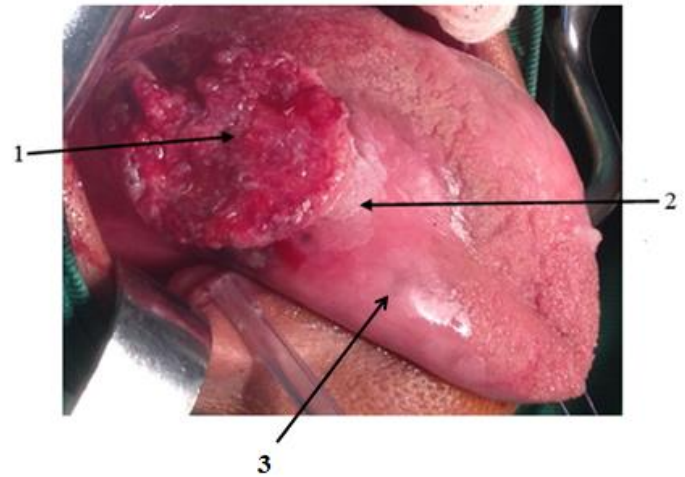
Nous avons réalisé l'exérèse de la tumeur ulcéro-végétante sous anesthésie générale. L'examen anatomopathologique définitif était en faveur d'un carcinome épidermoïde infiltrant kératinisant bien différencié classé p T2 N0 M0 dont les marges et les recoupes montraient des dysplasies modérées.

## DISCUSSION

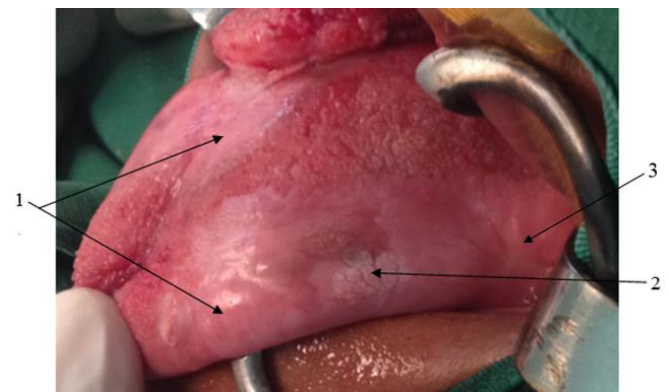
La leucoplasie inhomogène au niveau du côté gauche de la langue (flèche 2, Figure 2) serait déjà une évolution de la plaque de leucoplasie homogène sous-jacente. La tumeur ulcéro-végétante au niveau du côté droit (flèche 1, Figure 1) proviendrait de l'évolution de la plaque de leucoplasie inhomogène sous-jacente.

Selon le groupe d'experts de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) sur les « lésions pré-cancéreuses », le terme à utiliser actuellement est « affections potentiellement malignes ». Parmi ces affections, les leucoplasies sont les plus

fréquentes. Les autres affections potentiellement malignes de la langue comme l'érythroplasie, la fibrose sous-muqueuse, le lichen plan et la dyskératose congénitale sont plus rares (1).



**Figure 1** : photographie montrant la tumeur de la langue ulcéro-végétante [1], la leucoplasie inhomogène [2] et la leucoplasie homogène sous-jacente [3].



**Figure 2** : photographie montrant les leucoplasies associées à la tumeur de la langue. Leucoplasies homogènes sous-forme de plaques blanches planes et lisses [1]. Leucoplasie inhomogène présentant une surface papillomateuse et rugueuse [2]. Cicatrice d'anciennes interventions [2].

Les leucoplasies sont des lésions blanches non détachables qui ne sont pas rattachées à une maladie connue ou à un traumatisme (2). Il existe deux types de leucoplasie : la leucoplasie homogène et la leucoplasie inhomogène.

La leucoplasie homogène a un aspect de plaque blanche clairement circonscrite, plane ou légèrement surélevée, lisse, uniforme et sans érosion. Cette variété de leucoplasie subit rarement une transformation maligne. La leucoplasie inhomogène ou erythroleucoplasie comporte un aspect erythémateux, érosif, verruqueux ou nodulaire, de surface et d'épaisseur irrégulière (1). Ces leucoplasies inhomogènes présentent un risque plus élevé de transformation maligne (2).

Le diagnostic est évoqué par la clinique en écartant toutes les autres hypothèses diagnostiques de lésions blanches de la langue comme la candidose aiguë ou chronique, les infections, le leucœdème, le tic de mordillement, la ligne de morsure, les traumatismes, le papillome et le lichen plan (2). Seul le résultat de l'examen anatomopathologique après une biopsie permet de retenir le diagnostic de leucoplasie (1). La biopsie est indiquée devant une leucoplasie idiopathique, une leucoplasie homogène d'origine tabagique de plus de 3 cm ou ne régressant pas malgré un sevrage d'au moins 3 mois, une leucoplasie inhomogène et une modification clinique d'une leucoplasie entre deux séances de contrôle (2).

L'évolution spontanée des leucoplasies peut se faire vers une régression, une extension lésionnelle, une modification de l'aspect homogène en inhomogène, et vers une transformation maligne(1). L'incidence de la transformation maligne des lésions leucoplasiques se situe entre 0,1 et 17% (2).Aucun marqueur biologique ne permet de prévoir cette transformation maligne. Seule la dysplasie épithéliale retrouvée à l'examen histologique est le meilleur élément prédictif d'une future transformation maligne (1). L'apparition d'une douleur, d'une adénopathie, d'une induration, d'une modification de la texture, de l'aspect, du relief et de l'étendue de la lésion blanche initiale doit faire craindre une transformation cancéreuse (2). *Rakotoarivony et al* ont rapporté que la langue

était le site buccal le plus affecté parmi les tumeurs malignes de la cavité buccale et du pharynx (3).

La prise en charge des leucoplasies repose principalement sur l'élimination des facteurs de risque, sur la surveillance et sur l'exérèse chirurgicale (1,2).

En conclusion, l'identification des affections potentiellement malignes de la langue mobile est cruciale pour sélectionner les patients à surveiller de près. Les dentistes peuvent jouer un rôle important dans le dépistage précoce de ces lésions au cours des soins dentaires.

**Conflit d'intérêt :** Aucun.

#### **Références bibliographiques**

1. Ben Slama L. Affections potentiellement malignes de la muqueuse buccale : nomenclature et classification. *Rev Stomatol Chir Maxillofac*. 2010;111(4):208-12.
2. Moreau N, Vaucard E, Ejeil A-L, Gaultier F, Dridi S-M. Les leucoplasies buccales : des lésions potentiellement malignes. *Le Fil Dentaire*. 2012;73:14-7.
3. Rakotoarivony AE, Rakotoarison RA, Razanakoto FA, Rakoto Alson S, Rakoto FA. Tumeurs malignes de la cavité buccale et du pharynx : étude sur 11 ans au Centre Hospitalier de Soavinandriana, Antananarivo. *Revue.Médicale de.Madagascar*. 2014;4(2):432-7.