

Dépistage des affections potentiellement malignes et du carcinome épidermoïde en consultation d'odontologie chirurgicale

Detection of potentially malignant lesions and squamous cell carcinomas in consultation of surgical dentistry

Sofia Haitami, Kawtar El Mokhlis, Mouna Hamza, Ihsane Ben Yahya

Centre de Consultation et de Traitement Dentaire (CCTD) du CHU de Casablanca- faculté de médecine dentaire, université hassan II. Maroc.

R É S U M É

Prérequis : Les carcinomes épidermoïdes peuvent survenir sur une muqueuse apparemment saine ou être précédés par des lésions chroniques dites potentiellement malignes, souvent asymptomatiques, représentant rarement le motif de consultation des patients, particulièrement dans notre contexte marocain. Celui-ci se caractérise par une difficulté d'accès aux soins et l'absence de priorité pour la santé bucco-dentaire.

Objectif : Evaluer la prévalence des affections potentiellement malignes et des carcinomes épidermoïdes, ainsi que le rôle de certains facteurs de risque dans l'apparition de ces lésions,

Méthodes : Dans la population consultant au Centre de Consultation et de Traitement Dentaire (CCTD) du CHU de Casablanca, nous avons mené une enquête descriptive exhaustive et transversale auprès de 306 patients ayant consulté pour des motifs différents entre Mai et Juillet 2010.

Résultats : 64,7% de la population présentait une hygiène défectueuse. Par ailleurs, sur 40 patients présentant une lésion de la muqueuse buccale, seuls 16 ont consulté pour ces lésions; les autres ayant été dépistés fortuitement. Cinq de ces lésions étaient des carcinomes et 32 des lésions blanches dont 25 leucoplasies et 6 lichens plans. 7,2% de la population était tabagique dont près de la moitié était alcoolo-tabagique. Le facteur de risque le plus important selon cette étude est l'intoxication alcoolo-tabagique.

Conclusion : Cette étude confirme l'importance du dépistage précoce de lésions chroniques asymptomatiques potentiellement malignes ainsi que celui du carcinome épidermoïde ce qui permet d'en améliorer le pronostic et de rendre la prise en charge moins lourde.

Mots-clés

Lésions potentiellement malignes, carcinome épidermoïde, détection précoce, dépistage

S U M M A R Y

Background: Squamous cell carcinoma can occur on a apparently healthy mucosa or be preceded by lesions Chronic called potentially malignant, often asymptomatic, rarely showing the reason for consultation of patients, particularly in our Moroccan background which is characterized by a care difficulty of access and the absence of priority to oral health.

Objective: To assess the prevalence of diseases potentially and malignant squamous cell carcinomas, and the role of certain risk factors in the onset of these lesions.

Methods: In the consultant population center Dental Consultation and Treatment of Casablanca CHU, we conducted a descriptive survey with 306 patients seen for different patterns between May and July 2010.

Results: 64.7% of the population had a defective hygiene. In addition, for 40 patients having an oral lesion mucosa, only 16 viewed for these lesions; the others were diagnosed incidentally. Five of these lesions were carcinomas, 32 white lesions of leukoplakia and 256 lichen planus. 7.2% of the population was smoking which nearly half were alcoolo-smoking. The most risk factor according to this study significant is the alcohol and tobacco intoxication.

Conclusion: This study confirms the importance of early screening of symptomatic chronic lesions potentially malignant as well as squamous cell carcinoma which allows to improve prognosis.

Key-words

Precancerous lesions, carcinoma, screening, early detection.

Le carcinome épidermoïde représente toujours un problème de santé publique à travers le monde, et particulièrement au Maroc, en raison du taux élevé de morbidité et de mortalité qu'il génère, mais aussi des difficultés d'accès aux soins et des coûts élevés de prise en charge. Il peut survenir sur une muqueuse apparemment saine comme il peut être précédé par des lésions chroniques dites potentiellement malignes, dont les plus fréquentes sont la leucoplasie et le lichen plan au sein desquels peuvent apparaître des dysplasies (1).

Dans le but d'évaluer l'incidence des affections potentiellement malignes au cours d'un dépistage en odontologie, d'en estimer les facteurs de risque et de déterminer le rôle majeur que peuvent jouer le médecin dentiste et/ou le chirurgien maxillo-facial dans le dépistage et l'amélioration du pronostic des cancers de la cavité buccale, nous avons mené une enquête épidémiologique descriptive exhaustive et transversale auprès des patients consultant au Centre de Consultation et de Traitement Dentaire (CCTD) du CHU de Casablanca entre Mai et Juillet 2010.

MÉTHODE

Il s'agit d'une enquête épidémiologique descriptive transversale auprès des patients consultant au Centre de Consultation et de Traitement Dentaire (CCTD) du CHU de Casablanca entre Mai et Juillet 2010. Celle-ci a été précédée par une pré-enquête. La collecte des informations s'est faite par un questionnaire et un examen clinique réalisé avec des plateaux d'examen, des gants, des compresses et un pied à coulisse, à la lumière du scialytique.

Le questionnaire comprenait:

L'interrogatoire: les critères socio-démographiques des patients (âge, sexe), le motif de consultation, les habitudes de vie, les circonstances de survenue des lésions...

L'examen clinique exo et endo-buccal a permis d'évaluer les caractères cliniques des lésions : la localisation ainsi que l'aspect des lésions (couleur, consistance)

Les résultats de l'examen anatomopathologique des dossiers dont la biopsie a été réalisée.

Le traitement des données a été fait à l'aide du logiciel Epi info6, au laboratoire d'épidémiologie de la faculté de médecine dentaire de Casablanca.

RÉSULTATS

Description sociodémographique de la population consultante : Notre échantillon comprenait 306 patients dont l'âge variait entre 15 et 75 ans avec une moyenne de 39,5 ans. Nous avons 62,1% de femmes; et 37,9% d'hommes.

Motif de consultation : 16 patients avaient comme motif de consultation une lésion de la muqueuse buccale et 290 consultaient pour diverses autres raisons.

Habitudes de vie de la population consultante : 198 patients avaient une hygiène défectueuse, soit 64,7%. Par ailleurs 22 patients, soit 7,2% étaient fumeurs (figure 1). La fréquence, le mode d'utilisation et la durée de consommation du tabac sont rapportés dans les graphiques (figures 2, 3, 4).

Figure 1 : Répartition selon la consommation tabagique

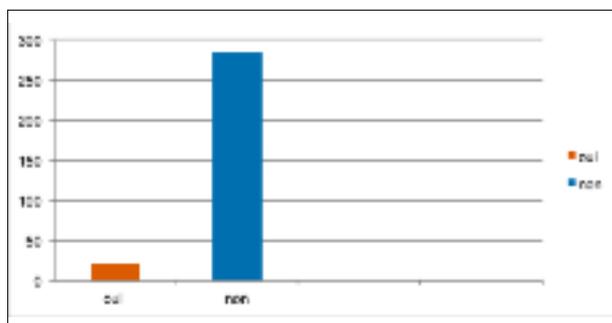


Figure 2: Répartition selon la fréquence du tabagisme

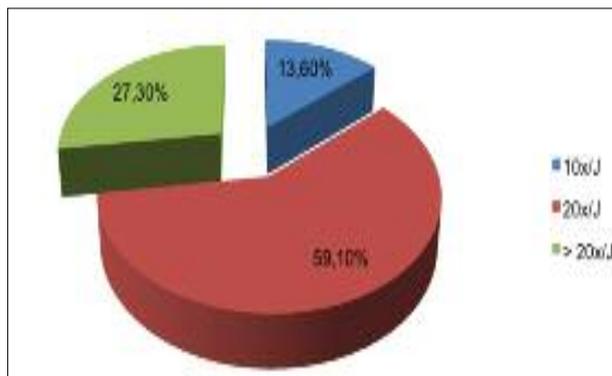


Figure 3: Répartition selon le mode d'utilisation du tabac

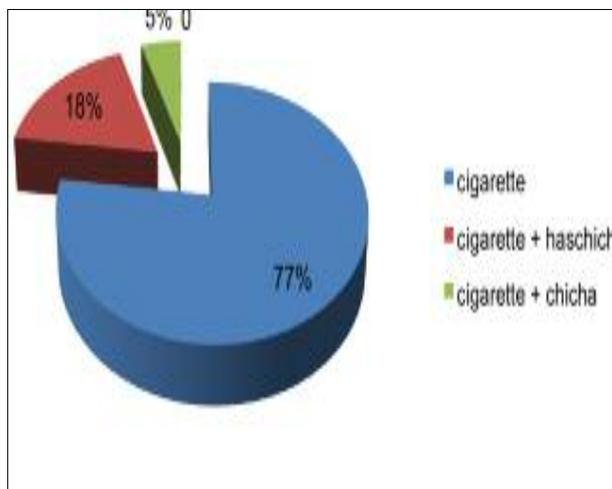
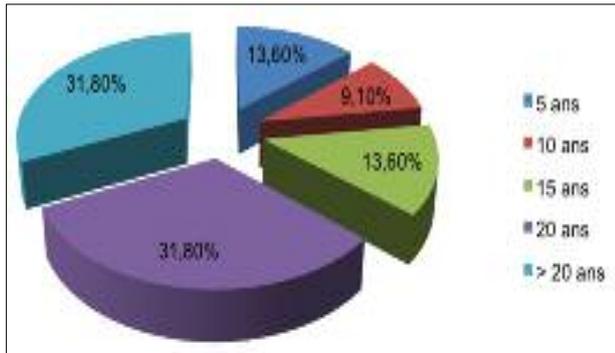
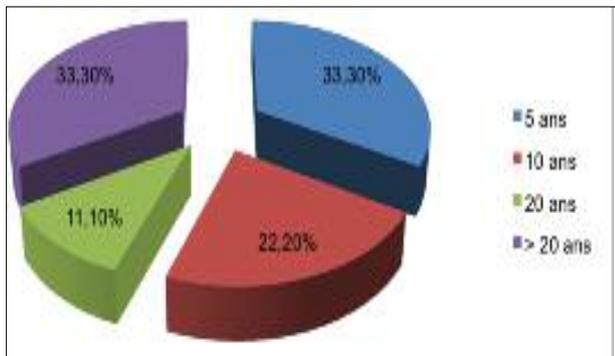


Figure 4: Répartition selon la durée de consommation tabagique



En ce qui concerne la consommation d'alcool, 10 patients étaient consommateurs, soit 3,3%; à raison d'une fois par semaine pour 70% d'entre eux, et occasionnellement pour le reste des consommateurs. La durée de consommation d'alcool est représentée dans la figure 5. Parmi les 22 patients tabagiques, 10 étaient alcoolo-tabagiques, soit 45,4%; et tous les patients alcooliques étaient alcoolo-tabagiques.

Figure 5: Répartition selon la durée de l'alcoolisme



Circonstances de survenue : 40 patients (dont 32 patients alcoolo-tabagiques) présentaient une lésion, soit 13,1%. Pour 16 d'entre eux, la lésion représentait le motif de consultation et pour 24 la lésion a été dépistée fortuitement. 22,5% des lésions ont été diagnostiquées depuis 1 an, 20% depuis plus d'un an et pour 57,5% des lésions, la date d'apparition était inconnue (figure 6).

Localisation : Les diverses localisations sont reportées dans la figure 7.

Caractères cliniques : 20% des lésions étaient érythémateuses, et 80% blanches. 34 lésions étaient homogènes, 6 inhomogènes soit 15%. Vingt-neuf lésions étaient en réseau soit 72,5% et 2 en nappe soit 5%. Deux lésions mesuraient moins de 1cm soit 5%, 9 plus de 1cm soit 22,5% et 29 étaient en foyer soit 73%. 36 lésions étaient souples soit 90%, 2 étaient fermes soit

5% et 2 indurées soit 5%. Trois lésions présentaient un caractère hémorragique, soit 7,5%. quatre lésions présentaient un caractère ulcéré soit 10%. Quatre lésions présentaient un caractère nodulaire soit 10% et quatre lésions présentaient une infiltration soit 10%.

Répartition selon le diagnostic clinique présomptif : La répartition des lésions selon le diagnostic clinique est reportée sur la figure 8.

Description selon les résultats anatomopathologiques : La biopsie a été réalisée pour 3 lésions, soit 7,5% dont deux lichens plans hyperkératosiques et un dysplasie.

Figure 6: Résultats selon la date d'apparition

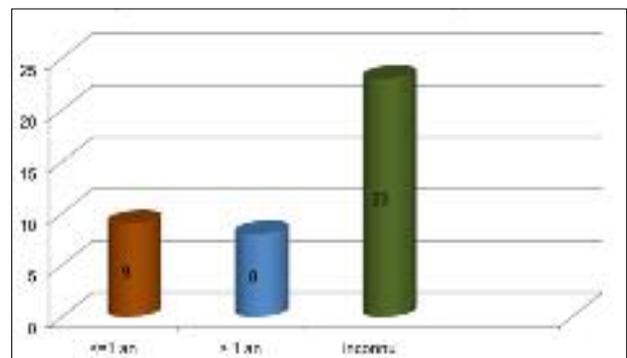


Figure 7 : Répartition des localisations des lésions

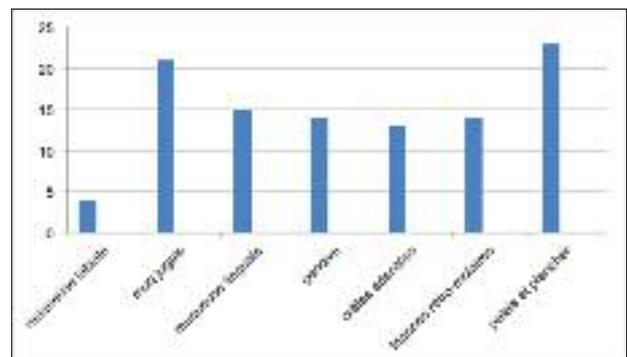
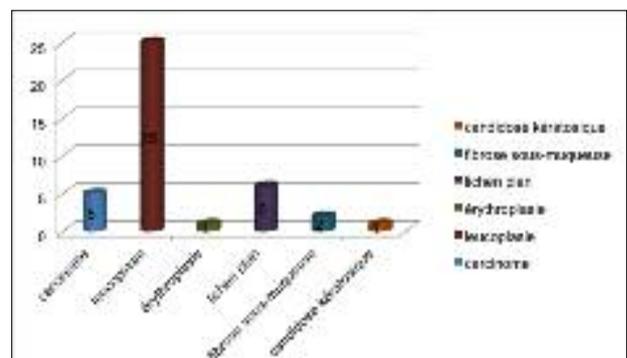


Figure 8: Répartition selon le diagnostic clinique



DISCUSSION

Les points forts de cette enquête sont représentés par la confirmation de l'intérêt du dépistage précoce en odontologie des lésions chroniques asymptomatiques potentiellement malignes et du carcinome épidermoïde. Ce dépistage mené par le médecin dentiste ou par le chirurgien maxillo-facial, qui ont le privilège d'accéder facilement à toute la muqueuse buccale, par rapport au médecin généraliste, permet une prise en charge rapide et une amélioration du pronostic.

Concernant la méthodologie de notre enquête, nous avons relevé certaines limites qui n'enlèvent rien à l'originalité de l'étude et qui sont liées au fait que :

L'enquête a été réalisée en même temps que la consultation ce qui a limité le temps pour compléter le questionnaire

Certains patients, consultants pour d'autres motifs, ont refusé d'être examinés avant de bénéficier d'un traitement qui réponde à leurs motifs de consultation

La perte et le non-suivi des patients surtout pour les résultats de l'examen anatomopathologique, ce qui explique le faible nombre de biopsies réalisées.

Notre étude a montré que sur les 40 patients qui présentaient une lésion de la muqueuse buccale, seulement 16 ont consulté pour ces lésions alors que les 24 autres cas ont été dépistés fortuitement. En effet, les affections potentiellement malignes sont chroniques, dominées par les kératoses, les leucoplasies et le lichen plan où apparaissent des dysplasies (2). Elles sont souvent asymptomatiques constituant rarement le motif de consultation des patients. 62,5% des lésions dépistées étaient des leucoplasies ce qui concorde avec les données de la littérature (3). La fréquence est beaucoup plus importante chez l'homme que chez la femme avec une progression chez cette dernière reflétant le changement de comportement face au tabac. L'âge de survenue est souvent la cinquantaine, rarement avant 40 ans, mais la fréquence dans cette classe d'âge tend à augmenter (3, 4, 5). Notre étude a révéla la présence de leucoplasies chez des patients appartenant à des tranches d'âge inférieures à 40 ans.

Tous les lichens plans diagnostiqués (15%) ont été retrouvés chez des femmes. La littérature rapporte une prévalence des lichens plans de 1 à 2%, les femmes étant plus atteintes que les hommes avec un âge de survenue compris entre 30 et 50 ans (6, 7). Nos résultats sont liés à la spécificité du recrutement des patients en termes de nombre de cas, par contre concordent pour le sexe. Parmi ces lésions, seulement deux cas ont bénéficié d'un examen anatomopathologique confirmant des lichens plans hyperkératosiques. Cette forme justifie une surveillance régulière en raison de la transformation maligne qui peut survenir dans une proportion évaluée habituellement à 1% (8, 9).

La fibrose sous-muqueuse est une atteinte chronique de la cavité buccale pouvant s'accompagner d'une dysplasie épithéliale dans 13 à 14% des cas sans corrélation avec un aspect clinique particulier (10). Notre enquête a révélé 5% de cas sans que nous ayons pu vérifier la présence d'une dysplasie. Quant aux candidoses kératosiques, 2,5% des lésions ont été diagnostiquées comme telles dans notre étude.

Par ailleurs, notre enquête a révélé cinq cas de carcinomes, soit 12,5%, qui ont tous été dépistés fortuitement. En effet, selon la littérature, les carcinomes sont souvent découverts fortuitement au cours d'un examen médical systématique, ou le plus souvent à l'occasion de soins dentaires. Les malades ne consultent que très tardivement pour la tumeur elle-même, qui ne se révèle qu'inconstamment par une simple gêne, un saignement ou l'apparition d'une adénopathie (11). Ce point est d'autant plus vrai étant donné notre contexte socio-économique où l'accès aux soins bucco-dentaires est difficile. Les carcinomes épidermoïdes de la cavité buccale sont multifactoriels. Les principaux facteurs de risque sont la consommation de tabac et d'alcool; dont les effets sont synergiques et non additionnels (2, 12, 13).

Selon notre étude, 22 patients fumaient soit 7,2%. Ces résultats nous révèlent que théoriquement 100% des patients fumeurs sont des patients à risque de développer des affections potentiellement malignes voire des carcinomes. Quant à l'association alcool-tabac, notre étude montre que parmi les 22 patients tabagiques, 10 sont éthylo-tabagiques soit 45,4%. Ces résultats indiquent que théoriquement 45,4% des patients tabagiques présentent un risque beaucoup plus élevé de développer des affections potentiellement malignes ou des carcinomes. Le risque de survenue d'un cancer des VADS est considérablement augmenté par une consommation associée de tabac et d'alcool par rapport aux risques relatifs générés par l'exposition à l'un de ces facteurs en l'absence de l'autre (14, 15). D'autres facteurs de risque des cancers des VADS sont cités dans la littérature, tels que certaines maladies générales qui n'ont pas été retrouvées dans notre étude. Le mauvais état bucco-dentaire, souvent associé à une intoxication alcoolo-tabagique, constitue selon notre enquête, vu nos résultats, un facteur de risque important. Les facteurs nutritionnels et génétiques ont également été incriminés mais nous n'avons pas pu vérifier le rôle de ces facteurs puisque l'évaluation du régime alimentaire ne faisait pas partie de nos objectifs de travail (2, 14, 16).

Notre étude a également montré que la principale localisation est représentée par la muqueuse jugale, puis le plancher buccal avec 19 cas, la muqueuse linguale avec 15 cas, la gencive et les trigones avec 14 cas, la muqueuse labiale avec 4 cas et enfin le palais avec 1 cas. La répartition topographique des lésions est inhomogène selon notre enquête avec une atteinte plus importante au niveau de la muqueuse jugale, le plancher buccal et la muqueuse linguale.

Ces résultats concordent avec les données de la littérature qui rapporte l'atteinte préférentielle des régions antérieures (2, 8, 14).

CONCLUSION

Le mauvais état bucco-dentaire et l'intoxication alcoolo-tabagique, constituent selon notre enquête, mais

également selon la littérature des facteurs de risque importants. Le médecin dentiste joue un rôle important dans la prévention et le dépistage précoce des lésions potentiellement malignes et des cancers de la cavité buccale et ce à travers tout d'abord la sensibilisation de la population au sevrage tabagique mais aussi à travers un examen clinique minutieux et approfondi des muqueuses buccales et ce quel que soit le motif de consultation.

Références

1. BEN SLAMA L. Affections potentiellement malignes de la muqueuse buccale: nomenclature et classification. *RevStomatolChirMaxillofac*2010;111:208-12.
2. RIGHINI CA, KARKAS A, MOREL N, SORIANO E, REYT E. Facteurs de risque des cancers de la cavité buccale, du pharynx et du larynx. *Presse Med* 2008;37:1229-40.
3. MATORELL-CALATAYUD A, BOTELLA-ESTRADA R, BAGAN-SEBASTIAN JV, SANMARTIN-JIMENEZ O, GUILLEN-BARONA C. Oral leukoplakia: clinical, histopathologic and molecular features and therapeutic approach. *ActasDermosifiliogr* 2009;100:669-84.
4. BEN SLAMA L. Carcinomes des lèvres. *Presse Med* 2008;37:1490-6.
5. Ben Slama L. Lésions précancéreuses de la muqueuse buccale. *Rev Stomatol Chir Maxillofac* 2001;102:77-108.
6. Badoual C, Péré H, Cros J, Roussel H. Head and neck squamous cell carcinoma: What's new in 2009. *AnnPathol* 2009;29:265-73.
7. Farhi d, dupin N. Pathophysiology, etiologic factors, and clinical management of oral lichen planus, part I: facts and controversies. *Clinic Dermatol* 2010;28:100-8.
8. Van Der Waal I. Potentially malignant disorders of the oral and oropharyngeal mucosa; terminology, classification and present concepts of management. *Oral Oncol* 2009;45:317-23.
9. Accurso BT, Warner BM, Knobloch TJ, Weghorst CM, Shumway BS, Allen CM, Kalmar JR. Allelic imbalance in oral lichen planus and assessment of its classification as a premalignant condition. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2011;112:359-66.
10. Van Der Waal I. Potentially malignant disorders of the oral and oropharyngeal mucosa; present concepts of management. *Oral Oncol* 2010;46:423-5.
11. Steele TO, Meyers A. Early detection of premalignant lesions and oral cancer. *OtolaryngClin North Am* 2011;44:221-9.
12. Auperin A, Hill C. Épidémiologie des carcinomes des voies aéro-digestives supérieures. *Cancer Radiother* 2005;9:1-7.
13. Johnson NW, Bain C, De Bruyn H. Tobacco and oral disease. *Br Dent J* 2000;189:200-6.
14. Barthelemy I, Sannajust JP, Revol P, Mondie JM. Cancers de la cavité buccale. Préambule, épidémiologie, étude clinique. EMC, *Stomatol* 2005;277-94.
15. Richard M, Kunnambath R, Risto S, Somanathan T, Gigi T, Jissa V, Rengaswamy S. Role of tobacco smoking, chewing and alcohol drinking in the risk of oral cancer in Trivandrum, India: A nested case-control design using incident cancer cases. *Oral Oncol* 2008;44:446-54.
16. Lambert R, Sauvaget C, De Camargo Cancela M, Sankaranarayanan R. Epidemiology of cancer from the oral cavity and oropharynx. *Oral Oncol*. 2011 Jul;47:620-4.