

RÉPUBLIQUE ALGÉRIENNE DÉMOCRATIQUE ET POPULAIRE  
ⵜⴰⴳⴷⴰⵢⵜ ⵏ ⵜⴰⵎⴻⵔⴰⵏⵜ ⵏ ⵙⵓⵍⵎⴰⵙⵏⴰ ⵏ ⵉⵎⴰⵎⴰⵏⵜ  
MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR ET DE LA RECHERCHE  
SCIENTIFIQUE

UNIVERSITY ABOU BEKR BELKAID  
FACULTE DE MÉDECINE  
Dr BENZERDJEB-TLEMSEN



جامعة أبو بكر بلقايد  
لكلية الطب  
د.ب.بن زرجب - تلمسان

DEPARTEMENT DE MEDECINE DENTAIRE

MÉMOIRE DE FIN D'ÉTUDES POUR  
L'OBTENTION DU DIPLÔME DE DOCTEUR EN MÉDECINE DENTAIRE

Intitulé :

**Étude des lésions potentiellement malignes et cancéreuses  
de la cavité buccale au service de pathologie et chirurgie  
buccales du CHU de Tlemcen  
2019-2020**

Présenté par :

**DALI YAHIA Radjaa**

**MEDJAHDI Samia**

**SAHI Rania**

Soutenu le 11 octobre 2020, devant le jury :

<b>Pr B. DAHMANI</b>	Professeur en Dermatologie et Vénérologie	<b>Président</b>
<b>Dr K. GHEZZAZ</b>	Maître assistant en Pathologie et Chirurgie Buccale	<b>Examineur</b>
<b>Dr N. HOUALEF</b>	Maitre assistante en en Parodontologie	<b>Examinatrice</b>
<b>Pr A. MESLI</b>	Maitre de conférences B en Pathologie et Chirurgie Buccales	<b>Encadreur</b>
<b>Pr L. HENAOUI</b>	Maître de conférences A en Épidémiologie	<b>Co-Encadreur</b>

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2019-2020

## ***Remerciements***

***À notre encadreur, Professeur A. MESLI***

***De nous avoir fait l'honneur de diriger ce travail ainsi que pour votre patience, votre disponibilité et surtout vos judicieux conseils.***

***En souvenir d'une agréable collaboration, veuillez recevoir l'expression de notre profonde gratitude et de nos sincères remerciements***

***À notre co-encadreur Professeur L. HENAOUI***

***Nous tenons à vous présenter nos plus profonds remerciements, notre reconnaissance pour la sympathie, l'aide et les précieux conseils tout au long de ce travail.***

***Vos encouragements nous ont toujours poussés à faire sortir le meilleur de nous-mêmes.***

***Au Professeur B. DAHMANI***

***D'avoir accepté de présider notre jury.***

***Veuillez trouver ici, le témoignage de notre admiration et de notre respect.***

***Aux membres de jury Docteur K. GHAZZAZ, Docteur N. HOUALEF,***

***Vous nous faites l'honneur d'accepter de juger notre travail, nous vous témoignons notre profond respect.***

***Enfin, nos sincères remerciements à tous les professeurs, intervenants et toutes les personnes qui par leurs paroles, leurs écrits, leurs conseils et leurs critiques ont guidé nos réflexions spécialement Docteur R. CHAABANE SARI et Docteur A. GHEMBAZA, leur soutien et leur confiance en nous étaient inestimables.***

## *Dédicaces*

*À nos chers parents*

*Vous avez été toujours là pour nous soutenir dans notre parcours, vous nous avez donné un magnifique modèle de labeur et de persévérance.*

*Que ce travail soit le témoin de votre réussite.*

*À tous les membres de nos familles*

*À nos amis et à tous ceux qui nous ont soutenus de près ou de loin tout au long de notre cursus, par leur amitié, leur soutien inconditionnel et leurs encouragements.*

*Merci d'être toujours là pour nous.*

*Radjaa, Rania et Samia*

# Table des Matières

<i>Remerciements</i> .....	I
<i>Dédicaces</i> .....	II
Liste des Abréviations .....	VII
Liste des Figures .....	IX
Liste les Tableaux.....	XIII
Liste des Annexes.....	XIV
<b>INTRODUCTION</b> .....	1
<b>Chapitre I : Revue de La Littérature</b> .....	2
<b>I.1 LESIONS PRECANCEREUSES ET CANCEREUSES DE LA CAVITE</b>	
<b>BUCCALE</b> .....	3
<b>I.1.1 Notions fondamentales sur la cavité buccale</b> .....	3
<b>I.1.1.1 Description générale</b> .....	3
<b>I.1.1.2 Embryologie</b> .....	3
<b>I.1.1.3 Histologie</b> .....	4
<b>I.1.1.3.1 La muqueuse</b> .....	4
<b>I.1.1.3.1.1 Étude ultra-structurale</b> .....	4
<b>I.1.1.3.1.2 Variation histologique selon la topographie (types de muqueuses)</b> .....	6
<b>I.1.1.3.2 Les os maxillaires</b> .....	6
<b>I.1.2 Moyens diagnostiques</b> .....	7
<b>I.1.2.1 L'examen clinique</b> .....	7
<b>I.1.2.1.1 L'interrogatoire</b> .....	7
<b>I.1.2.1.2 Examen exo buccal</b> .....	8
<b>I.1.2.1.3 Examen endo buccal</b> .....	10
<b>I.1.2.2 Les examens complémentaires</b> .....	11
<b>I.1.2.2.1 La biopsie</b> .....	11
<b>I.1.2.2.1.1 Indications</b> .....	11
<b>I.1.2.2.1.2 Contre-indications</b> .....	13
<b>I.1.2.2.1.3 Choix de la zone à prélever</b> .....	13

I.1.2.2.1.4	Mode opératoire et instrumentation .....	13
I.1.2.2.1.5	Fixation .....	14
I.1.2.2.1.6	La fiche de renseignements .....	14
I.1.2.2.1.7	Erreurs fréquentes lors de la réalisation d'une biopsie .....	15
I.1.2.2.2	La cytologie exfoliative .....	15
I.1.2.2.2.1	Intérêt et limites de la cytologie .....	15
I.1.2.2.3	Le test au bleu de toluidine.....	16
I.1.2.2.4	La technique chémiluminescente.....	16
I.1.2.2.5	Techniques d'imageries .....	17
I.1.2.2.5.1	Bilan d'extension locorégionale .....	17
I.1.1.1.1	Bilan d'extension général .....	19
<b>I.1.2</b>	<b>Lésions précancéreuses de la cavité buccale .....</b>	<b>19</b>
I.1.2.1	Définition.....	19
I.1.2.2	Prévalence .....	21
I.1.2.3	Anatomopathologie : notion de dysplasie OIN .....	21
I.1.2.3.1	Néoplasie intra-épithéliale orale .....	21
I.1.2.3.2	Différents grades .....	21
I.1.2.4	Les précancéreuses à dégénérescence facultative .....	23
I.1.2.4.1	Les Kératoses.....	23
I.1.2.4.1.1	La leucoplasie .....	23
I.1.2.4.1.2	Lichen plan buccal .....	26
I.1.2.4.1.3	Chéilite actinique .....	32
I.1.2.4.1.4	Autres formes kératosiques.....	32
I.1.2.5	Précancéreuses à dégénérescence Quasi-obligatoire .....	34
I.1.2.5.1	Le carcinome verruqueux buccal ; Papillomatose Orale Floride .....	34
I.1.2.6	Les précancéreuses à dégénérescence « obligatoire ».....	35
I.1.2.6.1	Les érythroplasies de Queyrat .....	35
I.1.2.6.2	Cancer in situ.....	36
<b>I.1.3</b>	<b>Les cancers de la cavité buccale .....</b>	<b>36</b>
I.1.3.1	Définition.....	36
I.1.3.2	Classifications .....	37
I.1.3.2.1	Classifications CIM 10.....	37
I.1.3.2.2	Classification TNM.....	37
I.1.3.3	Épidémiologie.....	37
I.1.3.3.1	Epidémiologie descriptive des cancers de la cavité buccale au niveau mondial.....	37

I.1.3.3.2	Epidémiologie descriptive des cancers de la cavité buccale au Maghreb.....	38
I.1.3.3.3	Epidémiologie descriptive des cancers de la cavité buccale en Algérie .....	39
I.1.3.4	Tumeurs malignes de l'épithélium de revêtement et leurs précurseurs .....	39
I.1.3.4.1	Le carcinome épidermoïde de la cavité buccale .....	39
I.1.3.4.1.1	Topographie.....	40
I.1.3.4.1.2	Aspects histologiques .....	40
I.1.3.4.1.3	Formes cliniques.....	40
I.1.3.4.2	Autres formes de carcinomes buccaux.....	44
I.1.3.5	Autres tumeurs malignes de la cavité buccale.....	44
I.1.3.5.1	Tumeurs malignes d'origine de tissu conjonctif : les sarcomes .....	44
I.1.3.5.1.1	Tumeurs du tissu mou .....	44
I.1.3.5.1.2	Tumeurs du tissu dur.....	45
I.1.3.5.1.3	Tumeurs odontogènes malignes.....	45
I.1.3.5.1.4	Métastases : tumeurs secondaires.....	46
I.1.4	Facteurs de risques .....	46
I.1.4.1	Tabac et alcool .....	46
I.1.4.2	Facteurs viraux .....	47
I.1.4.3	Les immunodéprimés .....	47
I.1.4.4	Lésions précancéreuses et cancer antérieur .....	47
I.1.4.5	Prédisposition génétique .....	47
I.1.4.6	Facteurs nutritionnels .....	47
I.1.4.6.1	Avitaminose .....	47
I.1.4.6.2	Boissons chaudes .....	48
I.1.4.6.3	Allergie.....	48
I.1.4.6.4	Régime.....	48
I.1.4.7	Cannabis.....	48
I.1.4.8	La chique de la noix de bétel.....	48
I.1.4.9	Autres facteurs de risques.....	49
I.2	LES REGISTRES DES CANCERS .....	50
Chapitre II	: Matériels et Méthodes .....	52
Chapitre III	: Résultats .....	57
III.1	Critères sociaux démographiques .....	58
III.2	Facteurs de risque.....	61
III.3	Les caractéristiques des lésions potentiellement malignes.....	67

<b>III.4 Les caractéristiques des lésions cancéreuses .....</b>	<b>70</b>
<b>III.5 Diagnostic et découverte.....</b>	<b>74</b>
<b>Chapitre IV : Discussion.....</b>	<b>79</b>
<b>IV.1 Critères sociaux démographiques .....</b>	<b>80</b>
<b>IV.2 Facteurs de risques .....</b>	<b>83</b>
<b>IV.3 Critères liés aux lésions .....</b>	<b>87</b>
<b>CAS CLINIQUES .....</b>	<b>93</b>
<b>LIMITES DE NOTRE ETUDE .....</b>	<b>117</b>
<b>DEPISTAGE ET PREVENTION.....</b>	<b>118</b>
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>122</b>
<b>RECOMMANDATIONS.....</b>	<b>122</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>125</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>135</b>

## Liste des Abréviations

**%** : Pourcentage

**3D** : Trois dimensions

**ACSM**: American College of Sports Medicine

**AJCC**: American Joint Committee on Cancer

**ANTI-BMZ** : Anti-basement membrane

**AP** : Activité physique

**C. albicans** : Candida albicans

**CE** : Carcinome épidermoïde

**CHU** : Centre Hospitalo-Universitaire

**CIM 10** : Classification internationale des maladies 10e révision

**CIS** : Carcinome in situ

**CIOP** : Carcinome intra osseux primitif

**Cm** : Centimètre

**COCC** : Carcinome odontogène à cellules claires

**COCF** : Carcinome odontogénique a cellules fantômes

**C-ONC** : Oncogène cellulaire

**CRP** : La protéine C réactive

**CT**: Computerised tomography

**CVB**: Carcinome verruqueux buccal

**EBV** : Virus d'Epstein-Barr

**ERC** : Essai randomisé contrôlé

**HIV** : Human immunodeficiency virus (Virus de l'Immunodéficience Humaine)

**HPV** : Human Papillomavirus

**IDR** : Interdermo-réaction à la tuberculine

**IRM** : Imagerie par résonance magnétique



**Kg** : Kilogramme

**LMS**: Léiomyosarcome

**LPB**: Lichen plan buccal

**LPM** : Lésions potentiellement malignes

**LPO** : Lichen plan oral

**Mg**: Milligramme

**Mm**: Millimeter

**MPOWER**: Monitor/ Protect/ Offer/ Warn/ Raise

**NFS** : Numération de la formule sanguine

**NIE** : Néoplasie intraépithéliale

**OIN** : Néoplasie intraépithéliale orale

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

**ORL** : Oto-rhino-laryngologique

**PCB** : Pathologie et Chirurgie Buccales

**PAS** : Periodic Acid Schiff

**RMS** : Rhabdomyosarcome

**SAI** : Sans autre indication

**SIDA** : Syndrome d'immunodéficience acquise

**SNC** : Système nerveux central

**SOC** : Carcinome sclérosant odontogène

**TDM** : Tomodensitométrie

**TEP** : Tomographie par émission de positons

**TNM** : T : Tumeur/ N : Nodal/ M : Métastase

**UV** : Ultraviolet

**VADS** : Voies aérodigestives supérieures

**VS** : Vitesse de sédimentation

## Liste des Figures

<b>Figure 1: Cavité orale, vue antérieure.....</b>	<b>3</b>
<b>Figure 2 : Organisation macroscopique du tissu osseux.....</b>	<b>7</b>
<b>Figure 3: Biopsie exérèse .....</b>	<b>12</b>
<b>Figure 4: Biopsie à cheval sur la lésion et la muqueuse .....</b>	<b>13</b>
<b>Figure 5: TDM Faciale : Aspect d'un sarcome gingivo mandibulaire gauche .....</b>	<b>18</b>
<b>Figure 6: Observation au microscope optique d'une OIN.....</b>	<b>22</b>
<b>Figure 7: Leucoplasie homogène du bord et de la face ventrale droits de la langue.....</b>	<b>24</b>
<b>Figure 8 : Leucoplasie inhomogène du bord et de la face ventrale droits de la langue ...</b>	<b>24</b>
<b>Figure 9 : Aspect clinique de leucoplasie verruqueuse proliférative .....</b>	<b>24</b>
<b>Figure 10: Leucoplasie érosive en zone pelvi-linguale droite .....</b>	<b>25</b>
<b>Figure 11: LP pointillé, stade initial (pseudo « papuleux »).....</b>	<b>28</b>
<b>Figure 12: LPO réticulé .....</b>	<b>29</b>
<b>Figure 13: LP dendritique .....</b>	<b>29</b>
<b>Figure 14: LPO en plaque.....</b>	<b>30</b>
<b>Figure 15 : LP en nappe d'aspect « parqueté » chez un fumeur .....</b>	<b>31</b>
<b>Figure 16: Chéilite actinique, au niveau de la lèvre inférieure .....</b>	<b>32</b>
<b>Figure 17 : Mucosité atrophique d'une syphilis tertiaire .....</b>	<b>33</b>
<b>Figure 18: Fibrose sous-muqueuse de la face interne de la joue .....</b>	<b>34</b>
<b>Figure 19 : Photographie d'un Carcinome Verruqueux buccal.....</b>	<b>35</b>
<b>Figure 20 : Taux d'incidence mondiale du cancer de la cavité orale estimé chez l'homme et chez la femme, tous les âges.....</b>	<b>38</b>
<b>Figure 21: Taux d'incidence en Algérie du cancer de la cavité buccale parmi les autres pays du Maghreb estimé chez l'homme et chez la femme , tous les âges. ....</b>	<b>38</b>
<b>Figure 22 : Taux d'incidence en Algérie du cancer de la cavité buccale estimé chez l'homme et chez la femme , tous les âges.....</b>	<b>39</b>

<b>Figure 23: Carcinome épidermoïde sous forme ulcéreuse plane de la commissure labiale droite.....</b>	<b>40</b>
<b>Figure 24: Carcinome épidermoïde latéro-lingual gauche de forme ulcéreuse fissuraire. ....</b>	<b>41</b>
<b>Figure 25: Carcinome épidermoïde pelvilingual gauche dans sa forme ulcéreuse endophytique.....</b>	<b>41</b>
<b>Figure 26: Carcinome épidermoïde de la gencive, forme végétante .....</b>	<b>42</b>
<b>Figure 27: Carcinome verruqueux de la face interne de joue droite.....</b>	<b>42</b>
<b>Figure 28: Carcinome ulcéro-végétant. ....</b>	<b>42</b>
<b>Figure 29: Carcinome épidermoïde érosif de bord lingual gauche, à un stade précoce ..</b>	<b>43</b>
<b>Figure 30: Carcinome épidermoïde jugal droit évoluant sous forme nodulaire interstitielle .....</b>	<b>43</b>
<b>Figure 31 : Répartition des services de recrutement des patients.....</b>	<b>58</b>
<b>Figure 32 : Répartition de la population selon le sexe .....</b>	<b>58</b>
<b>Figure 33: Répartition de la population selon la classe d'âge .....</b>	<b>59</b>
<b>Figure 34: Répartition de la population selon la commune de résidence.....</b>	<b>59</b>
<b>Figure 35: Répartition de la population selon l'activité professionnelle .....</b>	<b>60</b>
<b>Figure 36: Répartition des données selon les antécédents médicaux.....</b>	<b>60</b>
<b>Figure 37: Répartition des données selon les antécédents personnels du cancer .....</b>	<b>61</b>
<b>Figure 38: Répartition selon le type de consommation de la population étudiée .....</b>	<b>61</b>
<b>Figure 39: Répartition selon l'association tabac-alcool de la population étudiée .....</b>	<b>62</b>
<b>Figure 40: Patients alcooliques de la population étudiée .....</b>	<b>62</b>
<b>Figure 41: Répartition selon les habitudes tabagiques. ....</b>	<b>63</b>
<b>Figure 42: Répartition selon les patients fumeurs de la population étudiée.....</b>	<b>63</b>
<b>Figure 43: Répartition selon le nombre de paquet de cigarette par an.....</b>	<b>64</b>
<b>Figure 44: Répartition selon l'ancienneté du tabac fumé par an.....</b>	<b>64</b>
<b>Figure 45: Répartition selon la consommation du tabac à chiquer .....</b>	<b>65</b>

<b>Figure 46: Répartition selon l'état bucco-dentaire de la population étudiée.....</b>	<b>65</b>
<b>Figure 47: Répartition selon le facteur traumatisme chronique.....</b>	<b>66</b>
<b>Figure 48: Répartition selon le type de traumatisme chronique .....</b>	<b>66</b>
<b>Figure 49: Répartition selon le siège des LPM .....</b>	<b>67</b>
<b>Figure 50: Répartition selon la couleur des LPM .....</b>	<b>67</b>
<b>Figure 51: Répartition selon la morphologie des LPM.....</b>	<b>68</b>
<b>Figure 52: Répartition selon l'aspect des LPM .....</b>	<b>68</b>
<b>Figure 53 : Répartition selon la consistance des LPM.....</b>	<b>69</b>
<b>Figure 54: Répartition selon la présence de la douleur des LPM.....</b>	<b>69</b>
<b>Figure 55: Répartition selon le siège des lésions cancéreuses.....</b>	<b>70</b>
<b>Figure 56: Répartition de la couleur des lésions cancéreuses. ....</b>	<b>70</b>
<b>Figure 57: Répartition selon l'aspect des lésions cancéreuses.....</b>	<b>71</b>
<b>Figure 58: Répartition selon la consistance de la lésion cancéreuse.....</b>	<b>72</b>
<b>Figure 59 : Répartition selon la présence de la douleur des lésions cancéreuses .....</b>	<b>72</b>
<b>Figure 60: Répartition selon le caractère hémorragique des lésions cancéreuses.....</b>	<b>73</b>
<b>Figure 61: Répartition selon la présence des ganglions.....</b>	<b>73</b>
<b>Figure 62: Répartition selon la circonstance de découverte.....</b>	<b>74</b>
<b>Figure 63: Répartition selon la date d'apparition des signes.....</b>	<b>74</b>
<b>Figure 64: Répartition selon le type de lésion.....</b>	<b>75</b>
<b>Figure 65: Répartition selon la base de diagnostic des LPM .....</b>	<b>75</b>
<b>Figure 66: Répartition selon le type des LPM .....</b>	<b>76</b>
<b>Figure 67 : Répartition selon le stade de diagnostic des cancers. ....</b>	<b>76</b>
<b>Figure 68: Répartition selon base de diagnostic des cancers.....</b>	<b>77</b>
<b>Figure 69: Répartition des cancers par confirmation avec examen anatomopathologique. .....</b>	<b>77</b>
<b>Figure 70: Répartition selon le type histologique du cancer .....</b>	<b>78</b>

<b>Figure 71: Aspect clinique à la première consultation de la patiente B.M âgée de 83 ans</b>	93
<b>Figure 72: Aspect clinique après 2 mois de la première consultation avec un érythème plus marqué et une extension au niveau de muqueuse masticatrice supérieure côté gauche et la muqueuse labiale de la patiente B.M âgée de 83 ans</b>	94
<b>Figure 73: Désinfection et analgésie</b>	95
<b>Figure 74: Incision et prélèvement</b>	95
<b>Figure 75: Fragment prélevé</b>	96
<b>Figure 76: Sutures de la plaie</b>	96
<b>Figure 77: Envoi au laboratoire de la pièce prélevée dans le liquide de formol</b>	97
<b>Figure 78: Aspect clinique à la première consultation du patient H.S âgé de 28 ans</b>	99
<b>Figure 79: Aspect clinique à la première consultation du patient B.S.M âgé de 37 ans</b>	101
<b>Figure 80: Vue de face montrant une asymétrie faciale côté droit du patient B.F âgé de 47ans</b>	103
<b>Figure 81: Vue endo buccale montrant la lésion du patient B.F âgé de 47ans</b>	104
<b>Figure 82: Vue de face et de profil de la patiente B.F âgée de 75 ans</b>	106
<b>Figure 83: Aspect clinique de la lésion il y a un an de la patiente B.F âgée de 75 ans</b>	107
<b>Figure 84: Aspect clinique de la lésion à la première consultation de la patiente B.F âgée de 75 ans</b>	107
<b>Figure 85: Coupe de TDM axiale de la patiente B.F âgée de 75 ans</b>	108
<b>Figure 86: Aspect de la lésion lors de la première consultation du patient B.A âgé de 79 ans</b>	110
<b>Figure 87: Aspect clinique de la lésion à la première consultation de la patiente A.N âgée de 77 ans</b>	112
<b>Figure 88: Aspect clinique de la lésion à la première consultation de la patiente T.M âgée de 65ans</b>	114

## Liste des Tableaux

<b>Tableau 1: ADP et territoire de drainage .....</b>	<b>9</b>
<b>Tableau 2:Tableau des résultats concernant le sexe .....</b>	<b>81</b>
<b>Tableau 3 : Tableau des résultats concernant la moyenne d'âge chez les hommes et les femmes pour le cancer et les LPM .....</b>	<b>81</b>
<b>Tableau 4:Tableau des résultats concernant la tranche d'âge des lésions cancéreuses...</b>	<b>82</b>
<b>Tableau 5 : Tableau des résultats concernant la tranche d'âge et de survenue des cancers .....</b>	<b>82</b>
<b>Tableau 6:Tableau des résultats concernant l'activité professionnelle .....</b>	<b>83</b>
<b>Tableau 7:Tableau des résultats concernant l'association alcoolo- tabagique .....</b>	<b>84</b>
<b>Tableau 8:Tableau des résultats concernant les patients alcooliques.....</b>	<b>84</b>
<b>Tableau 9:Tableau des résultats concernant les habitudes tabagiques.....</b>	<b>85</b>
<b>Tableau 10:Tableau des résultats concernant les patients fumeurs. ....</b>	<b>85</b>
<b>Tableau 11:Tableau des résultats concernant la consommation moyenne du tabac fumé .....</b>	<b>86</b>
<b>Tableau 12:Tableau des résultats concernant l'hygiène bucco-dentaire .....</b>	<b>86</b>
<b>Tableau 13:Tableau des résultats concernant le siège le plus fréquent des cancers .....</b>	<b>88</b>
<b>Tableau 14:Tableau des résultats concernant l'aspect des lésions cancéreuses .....</b>	<b>88</b>
<b>Tableau 15:Tableau des résultats concernant la présence d'adénopathies.....</b>	<b>89</b>
<b>Tableau 16:Tableau des résultats concernant les circonstances de découverte des lésions .....</b>	<b>89</b>
<b>Tableau 17:Tableau des résultats concernant le délai de consultation des patients .....</b>	<b>90</b>
<b>Tableau 18:Tableau des résultats concernant le type des lésions potentiellement malignes le plus répondu .....</b>	<b>90</b>
<b>Tableau 19:Tableau des résultats concernant le type histologique des lésions cancéreuses le plus répondu .....</b>	<b>92</b>

## **Liste des Annexes**

<b>Annexe 1:Conduire à tenir face à une adénopathie .....</b>	<b>125</b>
<b>Annexe 2:Formes cliniques du lichen plan oral.....</b>	<b>126</b>
<b>Annexe 3:Classifications CIM 10.....</b>	<b>127</b>
<b>Annexe 4:Classification TNM pour le cancer des VADS.....</b>	<b>129</b>
<b>Annexe 5: Stadification des cancers des VADS .....</b>	<b>130</b>
<b>Annexe 6:Liste (non-exhaustive) des variables standards et optionnelles qui peuvent être recueillies par les registres du cancer .....</b>	<b>131</b>
<b>Annexe 7:Questionnaire médicale .....</b>	<b>132</b>

-

## **INTRODUCTION :**

Les cancers de la cavité buccale sont des maladies négligées, par rapport à d'autres cancers dépistables et souvent diagnostiqués à des stades avancés. Cette situation n'est pas justifiable, notamment en fonction de leur gravité. Ces cancers touchent d'importantes structures anatomiques ayant des multiples fonctions et le traitement laisse des séquelles, plus ou moins handicapantes selon le stade du diagnostic provoquant un impact très important sur la qualité de vie et la santé psychologique des patients<sup>[1, 2]</sup>.

Ces derniers peuvent survenir sur une muqueuse apparemment saine ou être précédés par des lésions chroniques dites potentiellement malignes, généralement asymptomatiques, représentant rarement le motif de consultation. Ces états précancéreux, quoique bénins, disposent d'un réel potentiel de transformation d'où l'intérêt d'une surveillance régulière de toutes lésions qui ne guérissent pas dans le temps faisant l'objet d'un dépistage précoce.

De ce fait, toute lésion muqueuse indurée ou infiltrée doit être considérée comme néoplasique jusqu'à preuve du contraire et garder à l'esprit qu'un cancer de la cavité buccale se «recherche» et ne se «trouve» pas. À part la peau, aucun autre cancer n'offre l'occasion à un professionnel formé de faire un dépistage par inspection visuelle ou à l'aide de techniques simples au sein d'un cabinet dentaire ou médical<sup>[3]</sup>.

Le rôle du médecin dentiste qui est le premier maillon de la chaîne diagnostique doit aussi faire part d'une recherche systématique des facteurs de risque afin de permettre le dépistage précoce des cancers de la cavité buccale dans le but d'en améliorer le pronostic, même si le patient vient en consultation pour une tout autre raison. La suppression de l'alcoolisme et du tabagisme sont les principaux moyens pour prévenir le développement de ces tumeurs.

Actuellement, les études qui fournissent le stade du diagnostic sont en général des essais cliniques ou s'appuyant sur des données hospitalières. Les données en provenance des registres du cancer de la cavité buccale basés sur la population sont inexistantes et aucune incidence de la cavité buccale n'existe dans notre pays à ce jour d'où l'urgence de réagir face à cette situation, avec tous les moyens possibles, principalement par la mise en place d'un registre du cancer de la cavité buccale au niveau du service de pathologie et chirurgie buccales du CHU Tlemcen.

Dans un deuxième temps, déterminer les facteurs de risque par la promotion de la santé, la prévention primaire et la détection précoce, afin d'éviter ou de minimiser les conséquences collectives et personnelles des lésions précancéreuses et cancéreuses de la cavité buccale en intégrant notre spécialité dans la réunion du comité pluridisciplinaire.



# **Chapitre I : Revue de La Littérature**

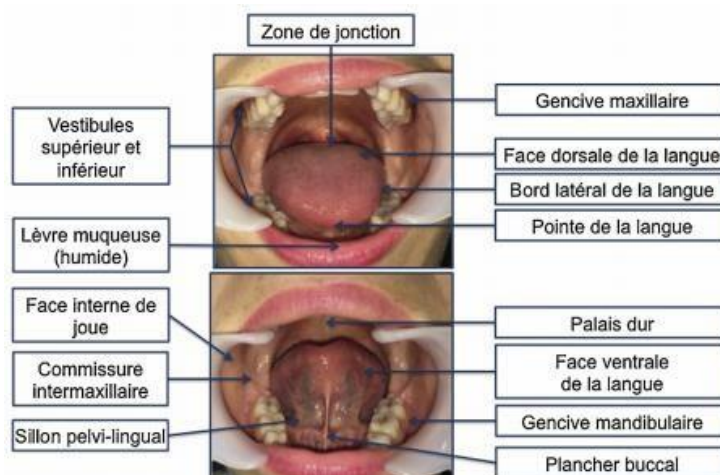
## I.1 LÉSIONS POTENTIELLEMENT MALIGNES ET CANCÉREUSES DE LA CAVITÉ BUCCALE :

### I.1.1 Notions fondamentales sur la cavité buccale :

#### I.1.1.1 Description générale :

Située sous la cavité nasale et en avant du pharynx, la cavité buccale est la portion initiale de l'appareil digestif. Elle est constituée par les os maxillaires et palatins, la mandibule et l'os hyoïde.

Elle a pour plafond le palais dur et le palais mou et pour plancher, un ensemble musculaire sur lequel repose la langue. Son ouverture postérieure est l'isthme du gosier, qui s'ouvre sur la partie orale du pharynx. Les arcades dentaires maxillaires et mandibulaires divisent la cavité buccale en deux parties : le vestibule oral et la cavité orale proprement dite. Ces deux cavités sont virtuelles, elles disparaissent lorsque la cavité buccale est fermée et au repos. La cavité buccale joue un rôle important pour certaines fonctions vitales : la respiration, la déglutition et la mastication. La cavité buccale est importante également pour des fonctions de vie en société par la phonation et l'expression faciale grâce aux muscles de la mimique<sup>[4]</sup>.



Source: Pare A, Joly A. [Oral cancer: Risk factors and management]. Presse Med. 2017 <sup>[5]</sup>.

**Figure 1: Cavité orale, vue antérieure**

#### I.1.1.2 Embryologie :

Le début d'une cavité buccale (stomatodeum) quoique primitif, se produit suite à l'invagination de l'embryon dans la ligne tête-queue à environ 4 semaines. Il en résulte une ouverture bordée par l'ectoderme au-dessus du niveau de la membrane. Peu après l'invagination de l'embryon, la membrane bucco-pharyngée se décompose ; il en résulte une communication directe entre la cavité buccale et le tube digestif (l'intestin antérieur) et donc la continuité entre l'ectoderme et l'endoderme. Par conséquent, l'épithélium de la muqueuse buccale se développe

principalement à partir de l'ectoderme (lèvre, joues, gencive, plancher buccal) et aussi de l'endoderme(langue) <sup>[6]</sup>.

Le tissu conjonctif de la muqueuse buccale se dérive de l'ectomésenchyme, en particulier des cellules de la crête neurale qui migrent depuis le mésencéphale et les rhombomères antérieures à la région faciale en développement et les arcs branchiaux. Une fois que ces cellules ont migré, elles se dispersent dans les tissus mésenchymateux déjà présents, prolifèrent abondamment et apportent des contributions essentielles au développement des structures de la cavité buccale, y compris la muqueuse buccale <sup>[6]</sup>.

À la 4<sup>ème</sup> semaine, il y a une seule couche de cellules épithéliales délimitant la cavité buccale, suivie par le développement de deux couches cellulaires aux alentours de 5 à 6 semaines.

Vers 10 semaines, un épithélium multicouche est présent. À ce moment, les caractéristiques de surface de la muqueuse buccale dans les tissus conjonctifs, les bourgeons capillaires et le collagène commencent à apparaître et quelques différences entre les muqueuses bordantes et masticatoires sont reconnaissables telle que la richesse de cette dernière en cellules et en fibres. Vers la 23<sup>ème</sup> semaine in utero, un épithélium buccal avec des caractéristiques <<adultes>> s'est développé y compris l'expression de cytokératine<sup>[6]</sup>.

Il s'agit de l'épithélium pluristratifié ortho/parakératinisé du palais et de la gencive ainsi que de l'épithélium non kératinisé des lèvres, des joues, du palais mou, de la face ventrale de la langue et du plancher buccal<sup>[6]</sup>.

### **I.1.1.3 Histologie :**

#### **I.1.1.3.1 La muqueuse :**

La muqueuse buccale est la muqueuse qui revêt la paroi interne des lèvres et de la cavité buccale ; elle est en continuité avec la peau à la jonction vermillon, le versant externe des lèvres. Elle se poursuit en arrière avec la muqueuse digestive(pharynx) et respiratoire(larynx) <sup>[6]</sup>.

#### **I.1.1.3.1 Étude ultra-structurale :**

La muqueuse buccale se constitue d'un épithélium et d'un chorion (conjonctif) ; les deux entités étant séparées par une sorte de << rideau >> : la lame basale <sup>[7]</sup>.

- **L'épithélium :**

Les tissus mous de la cavité buccale sont recouverts en intégralité d'un épithélium malpighien pavimenteux pluristratifié<sup>[7]</sup>.

➤ **Épithélium kératinisé** : En allant de la profondeur à la superficie, on observe :

-**La couche basale** (stratum germinativum) : repose sur la membrane basale. Les cellules, cubiques ou cylindrique ont un gros noyau très chromophile. Elles sont disposées en une ou deux assises. Elles sont le siège de nombreuses mitoses<sup>[6]</sup>.

-**La couche squameuse** (stratum spinosum) aussi appelée corps muqueux de Malpighi. Elle renferme d'une quinzaine à une vingtaine d'assises cellulaires de formes arrondies voire polyédriques. L'activité nucléaire est faiblement chromatique (noyaux moins basophiles que ceux de la couche précédente) témoignant d'une activité mitotique moindre. Ces cellules sont reliées entre elles<sup>[7]</sup>.

-**La couche granuleuse** (stratum granulosum), plutôt fine si on la compare aux deux strates précédemment décrites. Plus la surface muqueuse va se rapprocher (plus on s'éloigne de la lame basale), plus les cellules vont s'amincir sur leur hauteur. L'activité mitotique est ici nulle<sup>[7]</sup>.

-**La couche kératinisée** (stratum corneum) est constituée de fines squames acidophiles de kératine. au sein de cette couche persistent souvent quelques noyaux résiduels pycnotiques, ou des espaces clairs représentant l'emplacement de noyaux dégénérés. Cet espace caractérise la parakératose<sup>[6]</sup>.

➤ **Épithélium non kératinisé** : La différence qu'il opère avec un épithélium kératinisé est qu'il ne contient pas dans sa structure les couches granuleuses et kératinisées. Les entités cellulaires de la couche squameuse conservent globalement une forme polyédrique en parabasal (strate cellulaire reposant sur la couche basale), mais ont tendance à s'aplatir vers les couches superficielles<sup>[7]</sup>. Elles correspondent en fait à trois types cellulaires authentifiés par la microscopie électronique et l'immunohistochimie : mélanocytes, cellules de Langerhans et cellules de Merkel. De plus on peut retrouver des lymphocytes intraépithéliaux<sup>[6]</sup>.

- **La membrane basale** :

Elle constitue la limite entre l'épithélium de recouvrement et le chorion sous forme de mince bandelette, très fortement colorée au PAS et respectent les ondulations des crêtes épithéliales. Au microscope électronique, on distingue la lamina densa, la lamina lucida et les fibres d'ancrages. Elle a un rôle important d'échange et d'attache des kératinocytes. Sa rupture caractérise le caractère invasif d'un cancer<sup>[8]</sup>.

- **Le chorion :**

C'est le tissu conjonctif qui sert de support à l'épithélium. On le divise en deux zones :

-Superficielle (papilles associées aux crêtes épithéliales)

-Profondes, avec arrangement des fibres collagènes en réseau.

Ce chorion renferme des fibroblastes, des vaisseaux sanguins, des nerfs, des fibres enchâssées dans une substance fondamentale amorphe et des cellules participant aux défenses immunitaires (lymphocytes, plasmocytes, monocytes, macrophages)<sup>[8]</sup>.

### **I.1.1.3.1.2 Variation histologique selon la topographie (types de muqueuses) :**

L'organisation de la muqueuse orale s'opère selon trois sortes de recouvrements muqueux :

-**Muqueuse masticatrice** : Elle recouvre **25%** de la totalité des surfaces muqueuses orales ; localisée à la gencive libre, attachée, interdentaire, mais aussi au palais dur<sup>[7]</sup>.

C'est la muqueuse majoritairement en contact avec le bol alimentaire au cours de la mastication.

La muqueuse masticatrice se caractérise par sa **kératinisation de surface**, renforçant le tissu des charges mécaniques, mais aussi thermiques<sup>[7]</sup>.

-**Muqueuse bordante** : Concernant **60%** de la totalité des muqueuses orales, elle recouvre le plancher de bouche, la face ventrale de la langue, la muqueuse alvéolaire, le palais mou, ainsi que les versants muqueux des lèvres et des joues<sup>[7]</sup>.

Elle est **non kératinisée**, ce qui explique sa souplesse.

-**Muqueuse spécialisée** : On la retrouve essentiellement sur la face dorsale de la langue, représentant les 15% restants des muqueuses orales, en renfermant des papilles gustatives (caliciformes, fongiformes, foliées, filiformes...)

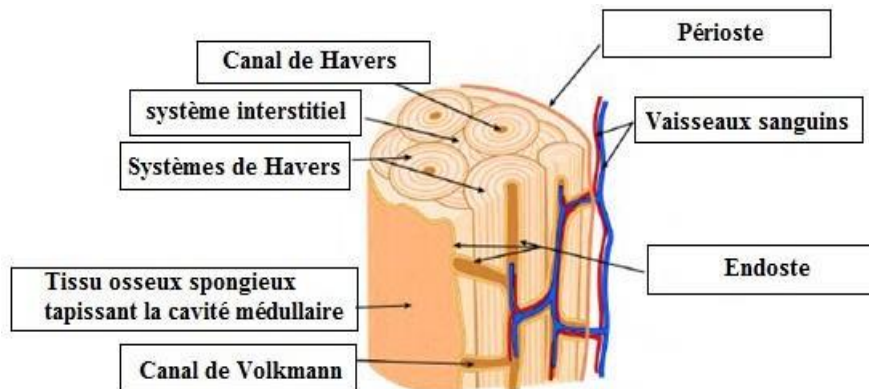
Elle est constituée d'un épithélium spécialisé, représentant une **mosaïque de zones kératinisées et non kératinisées** (entre les papilles filiformes notamment)<sup>[7]</sup>.

### **I.1.1.3.2 Les os maxillaires :**

Le corps de ces deux pièces squelettiques comporte comme tout os de membrane :

- **Une corticale** entourée de 6 à 12 lamelles osseuses concentriques séparées par des lignes d'apposition et où prédominent les processus d'ostéoformation et de remodelage de l'os. Le cortex est formé d'os compact recouvert d'une mince couche de tissu fibreux, le périoste. On y retrouve des canaux de Havers, espaces circulaires peuplés de couronnes d'ostéocytes<sup>[9]</sup>.

-Une **spongieuse** où la résorption osseuse prédomine. Elle est constituée de trabécules bordées d'ostéoblastes et creusée de logettes contenant des ostéocytes<sup>[9]</sup>.



Source : Del Fabbro M. Effets de la carence en œstrogène sur le remodelage du tissu osseux alvéolaire 2013 <sup>[10]</sup>.

**Figure 2 : Organisation macroscopique du tissu osseux.**

## I.1.2 Moyens diagnostiques :

Pour qu'un chirurgien-dentiste puisse diagnostiquer un cancer ou une lésion pré cancéreuse, il doit tout d'abord réaliser un examen clinique approfondi complété par des examens complémentaires dont le chef-lieu est la biopsie <sup>[11]</sup>.

### I.1.2.1 L'examen clinique :

Il est réalisé systématiquement à l'aide d'un équipement bien adapté et une bonne qualité d'éclairage. Il permet la récolte des signes subjectifs et objectifs de la maladie de façon simple, rapide, économique, mais surtout très efficace <sup>[6,12,13]</sup>.

#### I.1.2.1.1 L'interrogatoire :

Premier temps de l'examen et premier contact avec le patient, cette étape décisive permet d'orienter le diagnostic grâce à la qualité des informations recueillies, tout en laissant le patient s'exprimer par sa propre terminologie ; en le guidant sans l'influencer

- **L'état civil du patient** (nom, âge, profession ...) et son mode **de vie** (intoxications alcoolique tabagique ...)
- **Antécédents familiaux et personnels** : maladies d'ordre général (diabète hypertension artérielle...) ; maladies dermatologiques (présence ou non de manifestations exo buccales) ; chirurgies, traitement en cours, antécédents de cancer ...
- **Le motif de consultation** : le patient peut se plaindre de signes fonctionnels tel que les douleurs, une tuméfaction, un saignement, difficultés d'alimentation, une altération chronique de la muqueuse (toute lésion que ne guérit pas en 15 jours malgré un traitement

adapté doit être explorée par biopsie), une mobilité dentaire d'apparition rapide chez un sujet ayant un parodonte sain ; une perte d'adhérence de la prothèse dentaire ; un trismus ; troubles de la déglutition... [6, 13].

- **Histoire de la maladie** : Il faut chercher le facteur déclenchant de la lésion et préciser son mode évolutif ce qui va permettre de déterminer sa sémiologie et son ancienneté (les lésions précancéreuses et cancéreuses évoluent lentement en plusieurs mois voire plusieurs années) . Il faut analyser ensuite s'il y a des répercussions sur l'état général du patient : fièvre , amaigrissement , asthénie...

( tout en gardant à l'esprit que les stades précoces des cancers de la cavité buccale sont asymptomatiques ) [6,11].

### **I.1.2.1.2 Examen exo buccal :**

Il doit s'effectuer de façon méthodique, en commençant par l'examen de la face, suivi d'un examen minutieux des aires ganglionnaires [13-8].

- **Examen de la face :**

-Évaluation de la symétrie faciale qui peut être perturbée par une tuméfaction d'origine inflammatoire, infectieuse et aussi tumorale

-Appréciation de l'état des téguments et des lèvres à la recherche d'une lésion, de signe de respiration buccale ...

- Vérification de l'ouverture buccale et son amplitude.

-Analyse de la motricité du visage et palpation des articulations temporo mandibulaires.

- Détection de toute paresthésie et douleur faciale [13-8].

- **Examen des aires ganglionnaires :**

La palpation doit se faire avec les deux mains de façon simultanée , bilatérale symétrique et comparative , en se plaçant derrière le patient , et en utilisant les extrémités des quatre derniers doigts, dont la pulpe déprime les tissus sous-cutanés et cellulaires qui contiennent les ganglions ainsi appliqués contre les plans résistants sous-jacents [15].

Elle doit intéresser toutes les chaînes ganglionnaires anatomiquement liées à la cavité orale et aux structures des voies aérodigestives supérieures, subdivisées en 6 groupes selon la classification de Robbins [14] :

-Groupe I : la sous-mental

Ib sous-mandibulaire

-Groupe II : Sous-digastrique (jugulo-carotidien supérieur)

II bis : Territoire retrospinal

-Groupe III : sus-omo-hyoïdien (jugulo-carotidien moyen)

-Groupe IV : jugulo-carotidien inférieur

-Groupe V : spinal et sus-claviculaire (région cervicale transverse)

-Groupe VI : préaryngé et prétrachéa

**Tableau 1: ADP et territoire de drainage**

	Territoire drainé
Groupe I	Lèvres, pyramide nasale, plancher buccal, langue mobile.
Groupe II	Rhino, oro et hypopharynx, larynx, cavité buccale, glande thyroïde
GroupeII bis	Cavum, glande parotide et oreilles
Groupe III	Oro et hypopharynx, langue, cavité buccale, glande thyroïde
Groupe IV	Hypopharynx, larynx, glande thyroïde À gauche : territoire thoracique, abdominal et génital
Groupe V	Parotide, rhino et oropharynx À gauche : territoire thoracique, abdominal et génital (groupe sus-claviculaire)
Groupe VI	Larynx

Source : Kassambara A. Les adénopathies cervicales et la tuberculose (TBC) au Centre Hospitalier Universitaire d'Odontostomatologie de Bamako (CHU-OS.) 2011 <sup>[16]</sup>.

**\*Remarques :**

-Les chaînes ganglionnaires du groupe I sont regroupées dans un réseau appelé : **cercle péricervical de Cuneo**<sup>[8,15]</sup>..

Si les adénopathies sont multiples, lors de la palpation, les doigts sont regroupés en crochet sous la mandibule en inclinant la tête du patient du côté de la région à explorer. S'il s'agit d'un seul ganglion, son appréciation se fait par un palper bi digital ; un doigt en endo buccal refoulant le plancher et l'autre du côté cutané <sup>[8,15]</sup>..

Les groupes III, IV, V forment une entité anatomique appelée : **le triangle de Rouvière**<sup>[8]</sup>.

Une adénomégalie supérieure à 1cm dans ces aires ganglionnaires fait signe à une adénopathie pathologique .qui peut être d'origine inflammatoire, infectieuse ou tumorale<sup>[16]</sup>.



La présence d'une lésion à caractère malin est suspectée en cas d'une adénopathie isolée indolore, dure, fixée aux plans voisins et présentant une croissance dans le temps, ce qui doit faire l'objet prioritaire de bilans oto-rhino-laryngologique (ORL) et bucco-dentaire<sup>[7, 13]</sup>.

### **I.1.2.1.3 Examen endo buccal :**

Le praticien doit se mettre en face le patient qui est assis avec sa tête facilement mobilisable, et en utilisant idéalement le matériel suivant : 2 abaisse-langues , miroirs, compresses, plateau de consultation, scialytique. Avant de commencer l'examen , il faut enlever toute prothèse amovible <sup>[14,17]</sup>.

- **L'inspection** : En suivant le protocole d'inspection des trois cercles, proposé par Roed-Peterson et Renstrup et adopté par l'OMS, qui couvre l'ensemble des régions anatomiques de la cavité buccale et de l'oropharynx <sup>[18]</sup>:

-Cercle externe : Commissures labiales et jonctions cutanéomuqueuses ; replis gingivaux-jugaux et labiaux ; face interne des joues et des lèvres.

-Cercle moyen : Palais dur et palais mou ; zones rétromolaires ; face interne des joues et de la mandibule.

-Cercle interne : Langue (bords, face inférieure et face dorsale) ; plancher buccal : Piliers des amygdales.

L'examen de ces régions doit permettre de mettre en évidence<sup>[19]</sup>:

- Toute induration, anomalie de la muqueuse ou variation de forme.
  - Toute variation de la pigmentation et changement de couleur
  - Évaluation de l'hygiène bucco-dentaire
  - En présence d'une lésion, il faut déterminer son siège , sa taille , son aspect et sa morphologie , caractère hémorragique , présence d'écoulement purulent ou séreux ...
- **La palpation** : Permet la détection d'une lésion invisible à l'inspection , et l'appréciation de son volume , sa consistance que peut être molle , dure , fluctuante( palpation d'une lésion liquidienne souvent purulente) , son rapport avec les tissus sous-jacents ( fixe , mobile , détachable) , si elle est saignante et douloureuse au contact , perception d'un courant vasculaire ou autre fluide connu sous le nom de thrill ( si on note la présence de tumeur vasculaire) <sup>[14,19]</sup>.

## **I.1.2.2 Les examens complémentaires :**

### **I.1.2.2.1 La biopsie :**

La biopsie garde toute son importance face à une lésion muqueuse suspecte. Elle est guidée par l'anamnèse et l'examen clinique. Elle peut être incisionnelle (une partie de la lésion) ou excisionnelle (exérèse chirurgicale de toute la lésion, c'est un moyen de prise en charge thérapeutique)<sup>[20, 21]</sup>.

La fiabilité d'une biopsie est relative, car elle ne permet pas l'étude de l'ensemble de la lésion donc le diagnostic anatomopathologique de cette dernière était différent de celui de l'exérèse d'après plusieurs études<sup>[20, 21]</sup>.

#### **I.1.2.2.1.1 Indications :**

La biopsie est indiquée pour :

-Les pièces opératoires d'aspect clinique bénin afin de confirmer le diagnostic initial de l'odontologiste.

-Absence de guérison dans un laps de temps raisonnable (2 semaines).

-Symptomatologie et aspect clinique ne permettant pas de poser le diagnostic ou de déterminer s'il s'agit d'une lésion bénigne ou maligne <sup>[19, 22]</sup>.

Lésions malignes débutantes, qui, le plus souvent, peuvent être suspectées de malignité sans pour autant être fermement diagnostiquées.

-Une ulcération chronique non spécifique ou un érythème polymorphe peuvent évoquer plusieurs diagnostics probables<sup>[19, 22]</sup>.

-Les pathologies apparentées aux dermatoses : lichen plan, pemphigus

-Dans la pathologie des glandes salivaires accessoires

-La biopsie peut enfin être indiquée en cas de cancérophobie. En effet, certaines variations anatomiques physiologiques (langue géographique, coloration gingivale ethnique ...) peuvent inquiéter des patients cancérophobes<sup>[19, 22]</sup>.

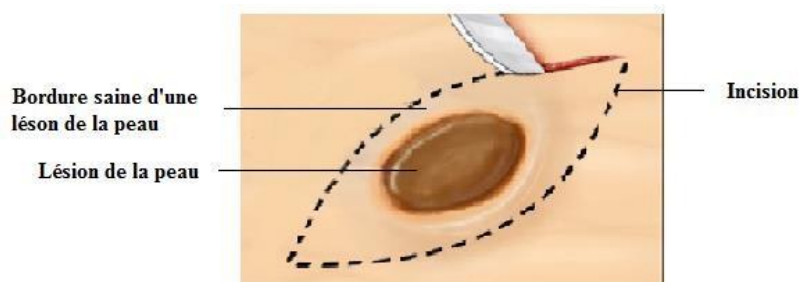
Le contexte clinique orientera le choix du prélèvement histologique qui peut être :

**-La biopsie-incision** : Elle consiste à retirer seulement une partie de la lésion relativement plus étendue, pour effectuer examen histopathologique et établir un diagnostic. Souvent indiquée dans les cas où la lésion dépasse 1 à 2 cm et lorsqu'il y a une suspicion que la lésion est maligne.

Après anesthésie locale, la technique de biopsie incisionnelle consiste à retirer une partie en forme de coin de la partie la plus représentative de la lésion, généralement à la périphérie de celle-ci, dans les tissus normaux<sup>[8]</sup>.

- **Une biopsie-exérèse(excisionnelle)** : Elle consiste à enlever une lésion en entier, sans en connaître au préalable la nature exacte. Généralement utilisée en matière de tumeur présumée bénigne et de petite taille et s'adresse à diverses tumeurs bénignes cutanées (nævi) ou muqueuses (papillomes). Elle a également ses adeptes en matière de tumeur maligne.

De telles biopsies-exérèses nécessitent toujours l'étude par l'anatomopathologiste des limites de résection muqueuses et profondes afin de s'assurer que celles-ci passent en zone saine<sup>[22]</sup>.



Source : (MFMER) MFfMEaR. excisional biopsy 1998\_2019<sup>[23]</sup>.

**Figure 3: Biopsie exérèse.**

-**Biopsie extemporanée (ou biopsie peropératoire)** :

Ce type d'examen permet un diagnostic en quelques minutes, mais sa lecture peut être difficile, du fait de l'épaisseur plus grande des coupes et de leur coloration moins fine<sup>[22]</sup>.

Cet examen peropératoire est indiqué en matière de chirurgie stomatologique dans plusieurs circonstances : **Curages ganglionnaires ; Étude des limites d'exérèse d'un cancer ; Tumeurs salivaires parotidiennes**<sup>[22]</sup>.

**\*Remarques :**

Il faut se souvenir que l'examen extemporané n'est pas fiable dès que l'on suspecte un lymphome ou certaines tumeurs épithéliales ou conjonctives rares dont la nature véritable ne sera précisée que par l'étude histologique, couplée à d'autres méthodes complémentaires (immunohistochimie) <sup>[22]</sup>.

De plus, la biopsie va permettre :

- Le dépistage d'affections à risque d'extension multifocale (pemphigus) <sup>[19]</sup>.

- La prévention d'un risque d'évolution maligne pour des populations à risque (leucoplasie rétro commissurale ou vestibulaire pour le tabac fumé ou chiqué) et, plus généralement, pour toutes lésions précancéreuses (lichen plan, érythroplasies) <sup>[19]</sup>.

- La confirmation ou l'infirmité du diagnostic.

- Dans certains cas de rassurer le patient <sup>[19]</sup>.

### **I1.2.2.12 Contre-indications :**

**-Lésion vasculaire :** en cas de suspicion d'un angiome (risque hémorragique).

**-L'état général du patient :** altéré par une affection de type hémopathie ou autres pathologies systémiques, mais cela ne représente pas une contre-indication vraie à la pratique de la biopsie [8, 24].

### **I1.2.2.13 Choix de la zone à prélever :**

Dans le cas où la lésion est homogène, il est nécessaire de choisir une zone représentative de l'ensemble de la lésion, de préférence à cheval sur la lésion et la muqueuse périphérique. Sinon on réalise plusieurs prélèvements numérotés et identifiés sur la fiche et le schéma. Il faut éviter les ulcérations inflammatoires et les zones de nécroses qui seront le plus souvent interprétables. Pour des lésions diffuses et multiples, il est préférable de prélever plusieurs échantillons qu'un prélèvement plus étendu (le nombre d'échantillons augmente les chances d'établir un diagnostic) <sup>[19]</sup>.



**Source :** Zimmer C. Les lésions précancéreuses de la muqueuse buccale. Rôle de l'odontologiste: dépistage et prise en charge: UHP-Université Henri Poincaré; 2010 <sup>[19]</sup>.

**Figure 4: Biopsie à cheval sur la lésion et la muqueuse.**

### **I1.2.2.14 Mode opératoire et instrumentation :**

L'ensemble du matériel utilisé est stérile. Le champ opératoire doit comporter : des compresses, un bistouri à usage unique, lame n°15 ou n°11, un miroir, une sonde, une petite pince-griffe n°14.....

Le prélèvement s'effectue de la manière suivante :

- Nettoyage de la lésion à l'aide d'une compresse imbibée de sérum physiologique ou d'une solution antiseptique <sup>[19]</sup>.
- Une anesthésie locale sous-muqueuse est réalisée au-delà des limites de la zone à inciser.
- L'accès à la lésion se fait à l'aide de miroirs ou d'écarteurs.
- Une incision franche au bistouri lame n°15 est pratiquée, perpendiculairement à la surface de la muqueuse, de forme elliptique « quartier d'orange » ou triangulaire, le fragment saisi par une petite pince griffe (veiller à ne pas léser l'échantillon) est décollé de sa base par le bistouri ou une paire de ciseaux à disséquer ; des repères peuvent orienter le fragment prélevé pour le laboratoire (par exemple un fil pour le pôle postérieur, deux fils pour le pôle antérieur) et le volume du prélèvement doit permettre à l'histologiste de réaliser des plans de coupe dans deux plans perpendiculaires. (Volume suffisant, en longueur, en largeur et en épaisseur d'environ 10×5×5mm).
- Un point d'électrocoagulation peut être fait ou une suture si on est face à un site tamponné et le saignement devra être maîtrisé avant le départ du patient<sup>[19]</sup>.

### **I12215 Fixation :**

La fixation a pour but de conserver les structures cellulaires et tissulaires dans un état aussi proche que possible de l'état in vivo et doit être immédiate. Le fragment prélevé est plongé dans un flacon contenant le liquide fixateur en quantité suffisante, portant une étiquette avec le nom du patient et sa date de naissance. En cas de prélèvements multiples, il faut autant de flacons numérotés et identifiés sur la fiche de liaison. <sup>[8,19]</sup>.

Le liquide de Bouin aqueux est habituellement utilisé pour les biopsies buccales. Le formol à 10% est surtout employé pour les grandes pièces d'exérèse. L'alcool et le sérum physiologique sont mauvais et entraînent rapidement des altérations irréversibles du prélèvement<sup>[19]</sup>.

### **I12216 La fiche de renseignements :**

Quel que soit l'examen demandé, les prélèvements doivent être acheminés rapidement au laboratoire, accompagnés de deux documents :

- Une ordonnance prescrivant l'examen, mentionnant le nom du malade, destinée aux assurances et organismes sociaux.

- Une fiche de renseignements confidentielle (nom, prénom, adresse, l'examen demandé...) destinée au pathologiste<sup>[19]</sup>.

### **I.1.2.2.1.7 Erreurs fréquentes lors de la réalisation d'une biopsie :**

#### **• Prélèvement trop superficiel <sup>[19]</sup>:**

- Ne portant que sur un caillot de sang, ou un petit lambeau d'épithélium détaché.

- Prélèvement à la pince emporte-pièce ramenant plusieurs fragments minuscules, inorientables dilacérés.

• **Petit fragment non orienté :** Souvent coupé dans un mauvais sens au laboratoire, « l'incision de coupe » le rendant souvent ininterprétable <sup>[19]</sup>.

#### **• Fragment traumatisé <sup>[19]</sup> :**

- Par un geste maladroit détruisant une zone importante pour le diagnostic.

- Comprimé par la pince ou les ciseaux, causant un écrasement des cellules qui les rend non identifiables.

- Totalemment dilacéré par des tiraillements multiples ou une utilisation brutale de l'aspiration lors du prélèvement.

-Par une anesthésie locale réalisée au niveau de la lésion

• **Prélèvement au bistouri électrique :** Un petit fragment devient ininterprétable si les tranches de section sont brûlées<sup>[19]</sup>.

### **I.1.2.2.2 La cytologie exfoliative :**

C'est une technique non invasive qui ne nécessite pas d'anesthésie locale. Cependant, Le prélèvement se fait par simple frottement de la lésion qui va ramener que des couches superficielles de l'épithélium à l'aide d'une spatule en bois ou métallique<sup>[21, 25]</sup>, puis étalé délicatement sur une lame, séchée et protégée avant d'être envoyé au laboratoire<sup>[8]</sup>. Cette méthode facile à exécuter donne des résultats rapides et comparables à ceux obtenus en gynécologie sur les frottis cervico-vaginaux<sup>[22]</sup>.

#### **I.1.2.2.2.1 Intérêt et limites de la cytologie :**

• **Intérêt :** Les frottis ont été étudiés pour des lésions orales non identifiées, des lésions à priori bénignes, des lésions paranéoplasiques<sup>[21]</sup>.

-La cytodétection du cancer buccal (95 % de résultats concordants avec ceux de la biopsie) <sup>[22]</sup>.

-Surveillance : Des patients traités par radio et/ ou chimiothérapie ; ainsi que les lésions blanches multiples (lichen plan, candidose chronique, leucoplasie) afin de détecter leur cancérisation et d'orienter une biopsie ultérieure sur la zone suspecte cytologiquement<sup>[22]</sup>.

-En urgence : La détection rapide des viroses et mycoses chez les sujets immunodéprimés (syndrome de l'immunodéficience acquise, transplantés) <sup>[22]</sup>.

- **Limites** : Il existe peu de faux positifs, mais de nombreux faux négatifs, particulièrement pour les lésions kératosiques où le prélèvement n'emporte que les couches superficielles ou lorsque les procédures sont inadéquates (faible cellularité, mauvaise qualité d'étalement ou de coloration, frottis trop épais ou hémorragique, erreur d'interprétation...)<sup>[21]</sup>.

-La cytobrosse : Cette technique appelée « brush biopsy » vient des États-Unis où elle fut présentée en 1999<sup>[19]</sup>, commercialisée sous le nom *Oral CD-X(8)*. Elle serait plus efficace que la cytologie classique puisqu'elle permet de prélever des couches plus profondes de l'épithélium grâce à l'utilisation de bossettes fines assez rigides, le geste est indolore (pas d'anesthésie locale), parfois légèrement hémorragique sans nécessiter de suture<sup>[21]</sup>.

### **I.1.2.2.3 Le test au bleu de toluidine :**

Le test au bleu de toluidine est une technique connue et documentée depuis des décennies. Ce colorant à la propriété d'être capté par les cellules néoplasiques. Cependant, les lésions leucoplasiques captent habituellement peu le colorant. Il est primordial de se rappeler que les lésions traumatiques ou une ulcération chronique, qui sont des affections totalement bénignes, peuvent aussi capter ce colorant. Encore une fois, le clinicien doit comprendre que ce test est une aide au diagnostic et que la biopsie ne doit pas être retardée pour autant<sup>[25]</sup>.

### **I.1.2.2.4 La technique chémiluminescente :**

Cette technique est basée sur un test visuel des tissus suspects, il existe deux systèmes : Vizilite Plus® et Microlux DL®.

Pour les deux systèmes, dans un premier temps, de l'acide acétique à 1% est appliqué sur la zone suspecte afin d'éliminer les débris de la surface de l'épithélium et d'améliorer la « visibilité » des noyaux cellulaires puis un examen visuel est réalisé à l'aide d'une lumière fluorescente, sous cette dernière l'épithélium normal apparaît légèrement bleuté alors qu'un épithélium anormal apparaît blanc<sup>[19]</sup>.

## **I.1.2.2.5 Techniques d'imagerie :**

L'imagerie pré thérapeutique joue un rôle primordial dans la prise en charge des tumeurs malignes de la cavité buccale. Ces techniques permettent à l'équipe soignante de procéder à un examen plus approfondi des tissus, des organes et des os<sup>[26]</sup>.

### **I1.2.2.5.1 Bilan d'extension locorégionale :**

#### **• L'orthopantomogramme :**

C'est un examen de « débrouillage » et généralement le premier à demander lors d'une exploration dentomaxillaire. Il permet l'exploration des structures dentaires et osseuses maxillaire ....et de visualiser une lyse osseuse d'origine néoplasique<sup>[26]</sup>.

L'atteinte osseuse ne sera objectivée qu'à un stade tardif par :

- Une image d'encoche mal limitée,
- Une image pseudo kystique à contour irrégulier<sup>[26]</sup>.
- Une ostéolyse (la présence d'une lyse osseuse signe en général un envahissement osseux massif)
- Des aspects pommelés, diffus traduisant une infiltration massive<sup>[26]</sup>.
- L'invasion du canal mandibulaire, du sinus maxillaire ou des fosses nasales peut également être visible au panoramique<sup>[8]</sup>.

Souvent réalisée en première intention suite à ses avantages (facile à réaliser, peu invasive et peu couteuse).

Elle donne des informations sur la présence, la taille, les rapports avec la ligne médiane et le plancher de la bouche d'une tumeur, et permet de différencier les ganglions normaux des adénopathies cervicales <sup>[27]</sup>.

#### **• TDM / IRM cervico-thoraco-faciale :**

La TDM est un examen primordial, réalisée en coupes fines jusqu'à 3 mm sans et avec injection de produit de contraste en fenêtre osseuse (permet une analyse osseuse fiable) et parenchymateuse. Afin de mieux apprécier l'extension tumorale dans les trois plans de l'espace, il est possible de réaliser des reconstructions dans le plan coronal ou sagittal. Elle étudie l'extrémité cervico-céphalique, le thorax et l'abdomen. Son principal intérêt est d'effectuer lors du même examen le bilan locorégional et celui à distance de la tumeur <sup>[26]</sup>.



L'IRM est l'examen de choix dans la pathologie des tissus mous et dans l'évaluation des dysfonctions des articulations temporo-mandibulaires<sup>[1]</sup>.

Effectuer pour stadification primaire T et N (c'est-à-dire avant tout traitement) chez les patients dont le diagnostic de cancer de la cavité buccale a été posé.

Si une IRM se révèle impossible sur le plan technique (ex. pacemaker, implant cochléaire, etc.), s'il est probable qu'elle soit perturbée (p. ex. artéfacts de mouvement anticipés, etc.) ou indisponible en temps utile, il convient d'effectuer un CT (Tomographie assistée par ordinateur) avec un agent de contraste<sup>[28]</sup>.

Leurs principaux objectifs c'est d'évaluer l'extension locale de la maladie et vérifier les aires ganglionnaires situées au niveau du cou<sup>[29]</sup>.

Les différents signes de malignité recherchés sur les clichés sont <sup>[8,26]</sup> :

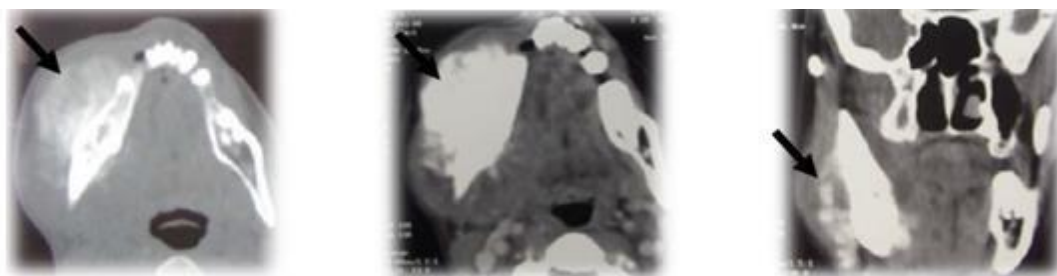
-Lyse osseuse inhomogène.

- Rupture et lyse corticale.

-Soufflure et amincissement cortical

-Résorption endostée et la destruction des travées osseuses par infiltration contiguë à la lésion.

-L'infiltration des parties molles adjacentes à la tumeur ( muscle, canal mandibulaire) se traduit par l'existence d'une prise de contraste en périphérie de la lésion .



a) Coupe axiale en fenêtre osseuse passant par la mandibule

b) Coupe axiale en fenêtre parenchymateuse passant par la mandibule

c) Coupe coronale en fenêtre parenchymateuse passant par la mandibule et les fosses nasales

Source : Faissal BM. Cancers de la cavité buccale étude épidémiologique et clinique rétrospective à propos de 70 cas. 2017 <sup>[27]</sup>.

**Figure 5: TDM Faciale : Aspect d'un sarcome gingivo mandibulaire gauche.**

- **TEP scan ganglion sentinelle :**

La tomographie par émission de positons est un examen indolore et non systématique de médecine nucléaire. Il permet de réaliser des images du corps en coupes fines. Un traceur est

injecté (un produit radioactif à faible dose). Ce dernier se fixe entre autres sur les cellules cancéreuses et permet ainsi de les repérer sur les images obtenues par ordinateur<sup>[29]</sup>.

Son rôle principal est de repérer d'éventuels foyers de cellules cancéreuses partout dans le corps<sup>[29]</sup>.

Prescrit notamment en fonction de la localisation et de la taille de la tumeur,

chez les patients présentant un cancer de la cavité buccale aux stades III et IV, et ceux ayant des caractéristiques à haut risque indépendamment de la stadification, il est effectué pour l'ensemble du corps afin d'évaluer la prolifération métastatique et/ou permettre la détection de secondes tumeurs primitives<sup>[28]</sup>.

- **La panendoscopie :**

Le bilan endoscopique recherche une deuxième localisation synchrone. La pratique des colorations vitales associées à la panendoscopie concourt à la découverte de cette dernière dont le pourcentage serait de l'ordre de 10 à 20% des patients atteints d'un cancer de la cavité buccale.

L'examen se réalise sous anesthésie générale afin obtenir une meilleure stadification locale des grandes tumeurs. Il permet d'explorer l'hypopharynx, du larynx, de la trachée, des bronches et de l'œsophage<sup>[9]</sup>.

### **I.1.1.1.1 Bilan d'extension général:**

- **La radiographie pulmonaire :** elle sera systématique à la recherche de métastases pulmonaires en cas de cancers stomatologiques et maxillo-faciaux.
- **La scintigraphie osseuse :** elle sera indiquée en cas de douleurs osseuses à la recherche de métastases osseuses.
- **L'échographie abdominale :** elle est indiquée en cas de douleurs abdominales ou d'ascite faisant suspecter une dissémination <sup>[19]</sup>.

**Actuellement Le PET-scanner ,grâce à un couplage de procédés tomographique et scintigraphique, permet la visualisation d'une lésion tumorale primitive ou métastatique consommatrice de la solution glucosée radio-active donnée au patient avant l'examen<sup>[1]</sup>.**

### **I.1.2 Lésions potentiellement malignes de la cavité buccale :**

#### **I.1.2.1 Définition :**

Une lésion précancéreuse selon l'O.M.S. (1978) est " un tissu morphologiquement altéré sur lequel les chances d'apparition d'un cancer sont plus grandes que sur un tissu homologue

apparemment sain ”1. La lésion précancéreuse doit répondre à 3 critères : précéder l’apparition du cancer, être en rapport avec le cancer, mais être différente du cancer.

L’état précancéreux correspond à “ un état général associé à une augmentation significative du risque de développer un cancer ” (syndromes d’immunodéficiences congénitales ou acquises, intoxication alcool-tabagique, sujets dépressifs, antécédents de carcinome, etc.)<sup>[30]</sup>.

En 2005, l’OMS recommandait de classer les lésions précancéreuses buccales en deux groupes sous les termes de lésions « précurseurs » et de lésions « à risque ».

Les lésions « précurseurs » sont des lésions au sein desquelles le processus de carcinogénèse est déjà initié et qui se présentent cliniquement comme de couleur blanche et plus ou moins épaisse (leucoplasie), ou plus rarement de couleur rouge (érythroplasie).

Ces termes de leucoplasie comme d’érythroplasie sont des termes purement cliniques, qui n’ont aucune spécificité histologique et imposent une biopsie.

Ces lésions comportent souvent histologiquement des signes de malignité limités à l’épithélium (néoplasie intraépithéliale [NIE]) avec, dans certaines lésions verruqueuses (possibles précurseurs de carcinome verruqueux), une conservation de la régularité cytologique. Les lésions à « risque » de transformation cancéreuse (anciennement « condition » précancéreuse) sont histologiquement bénignes, mais comportent un risque accru d’apparition de lésion maligne par rapport à la muqueuse normale. Au sein de ces lésions se situent le lichen plan, la fibrose orale sous-muqueuse et certaines génodermatoses<sup>[7]</sup>.

La distinction entre lésion précancéreuse et condition précancéreuse recommandée en 1978 n’est plus retenue. Le terme « lésion ou affection potentiellement maligne » suffit à recouvrir toutes ces situations<sup>[26]</sup>.

Le concept qui autorise à désigner certaines lésions ou affections comme étant précancéreuses repose sur les constats suivants :

- Les études longitudinales de suivi ont montré que des altérations tissulaires et des lésions cliniquement identifiées comme « précancéreuses » ont bien donné lieu à une transformation maligne ;
- Certaines de ces altérations, correspondant en particulier à des lésions érythémateuses ou blanches, sont observées au voisinage de carcinomes épidermoïdes ;
- Certaines modifications morphologiques et cytologiques sont communes avec le carcinome épidermoïde, sans qu’il y ait franchissement de la membrane basale ;

-Certaines des altérations chromosomiques, génomiques et moléculaires rencontrées dans les cancers de la muqueuse buccale sont également détectées dans ces lésions présumées « précancéreuses » ou « premalignes » [31].

### **I.1.2.2 Prévalence :**

Les lésions leucoplasiques ou érythroplasiques peuvent être isolées ou multifocales. Elles peuvent survenir de novo ou sur les lésions à risque (lichen plan, fibrose orale sous-muqueuse). Elles peuvent précéder ou s'associer à des CE buccaux dans 10 à 80 % des cas selon les études.

La prévalence globale des lésions blanches potentiellement précancéreuses dans des études effectuées dans des pays d'Europe et d'Amérique du Nord serait de 2 à 3 %. Elles surviennent dans deux tiers des cas chez l'homme, essentiellement après 50 ans<sup>[7]</sup>.

### **I.1.2.3 Anatomopathologie : notion de dysplasie OIN :**

#### **I.1.2.3.1 Néoplasie intraépithéliale orale :**

Anciennement désignée comme hyperplasie épithéliale atypique ou encore dysplasie, la néoplasie intraépithéliale regroupe des signes histologiques qui ne trompent pas :

**-Une perturbation épithéliale** dans sa structure propre (que l'on peut considérer anarchique), phénomène visible en premier lieu au microscope ;

**-Des atypies cytonucléaires**, témoignant de critères malveillants comme des noyaux volumineux et hyperchromatiques (indiquant une (trop) forte activité nucléaire), renfermant en leur sein du contenu anormal et irrégulier dans sa forme (nucléoles multiples d'aspects irréguliers, augmentation du rapport nucléo-cytoplasmique) ;

**-Des mitoses atypiques** présentant une forte dynamique mitotique, générant ce phénomène d'hyperplasie épithéliale ;

**-Des atteintes de la maturation cellulaire** pouvant être en rapport avec une dyskératose. Ce trouble d'évolution au niveau de la cellule désigne une kératinisation inaboutie et désordonnée, pouvant être visible dans n'importe quelle couche constituant l'épithélium. Les noyaux de ces cellules pathologiques sont dégénérés et une quantité importante de kératine se retrouve au niveau mitochondrial. Ce type de dysplasie est la résultante d'une agression épithéliale chronique pouvant être liée à des facteurs de risque avérés qui seront détaillés ultérieurement<sup>[7]</sup>.

#### **I.1.2.3.2 Différents grades :**

En termes d'anatomopathologie, le terme de néoplasie intraépithéliale est préféré à celui de dysplasie (OIN en anglais pour « Oral Intraepithelial Neoplasia » et selon la terminologie internationale).

Dans la littérature, on retrouve une classification pour la néoplasie intraépithéliale sur trois niveaux d'évolution distincts :

**OIN 1** : faisant référence à une « dysplasie » légère, intéressant uniquement la couche basale et sus-basale ;

**OIN 2** : indiquant une « dysplasie » moyenne, c'est-à-dire pouvant atteindre jusqu'à 2/3 de la hauteur épithéliale . Pour ces deux premiers stades d'évolution, on considère que dans de nombreux cas, la néoplasie possède un caractère réversible si et seulement si les agents étiologiques se voient supprimés ;

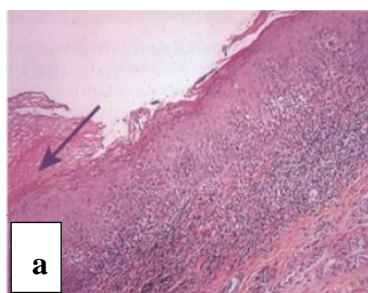
**OIN 3** : conférant une « dysplasie » sévère et étant apparentée à un carcinome intraépithélial ou carcinome in situ (CIS). Ici, la lame basale n'est toujours pas franchie, mais toute la dimension épithéliale peut être concernée ;

À l'heure actuelle, les cliniciens spécialistes s'orientent plutôt à réduire cette taxinomie à deux grades. En effet, la subjectivité de l'observation de la lésion complique le classement d'une lésion selon un grade précis, notamment entre OIN 1 et OIN 2 ou OIN 2 et OIN 3 (CIS).

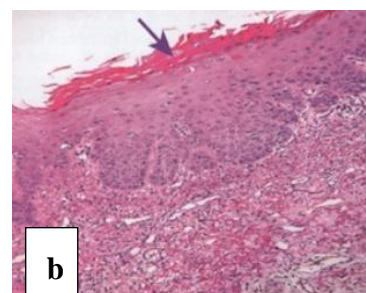
Aujourd'hui, une nouvelle classification a été proposée :

**OIN de bas grade** : se rapportant au mieux à un OIN 1, soit les signes les plus discrets et précoces de l'histopathologie précancéreuse. À ce stade, le potentiel malin est estimé à 1% ;

**OIN de haut grade** : englobant les OIN 2 et 3, soit une dysplasie concernant plus que la couche épithéliale sus-basale, avec un potentiel malin évalué à 11%.



**a** :OIN de bas grade : La flèche indique une hyperkératose corrélée à des atypies cytonucléaires basales et sus-basales débutantes.



**b** :OIN de haut grade : La flèche indique toujours une hyperkératose (plus importante), mais on observe également des crêtes épithéliales bourgeonnantes en contre-bas.

Source : Bazan F. CANCÉROGENÈSE ET NOTION D'ÉPIDÉMIOLOGIE CHRU Besançon ;IRFC 2014 [7].

**Figure 6: Observation au microscope optique d'une OIN.**

Histologiquement, pour parler de néoplasie intraépithéliale, on doit observer une désorganisation structurale au sein de la trame épithéliale, associée à des atypies cytologiques : on se trouve ici à un stade précancéreux.

Tout en sachant qu'un cancer peut naître à n'importe quel instant ou stade de l'OIN<sup>[7]</sup>.

**L'OIN est considérée comme la lésion précancéreuse par excellence. Le CIS est plutôt défini comme le stade le plus précoce d'une néoplasie cancéreuse, bien qu'il soit encore non invasif.**

### **I.1.2.4 Les lésions potentiellement malignes à dégénérescence facultative :**

#### **I.1.2.4.1 Les Kératoses :**

Les lésions blanches kératosiques de la muqueuse buccale sont fréquentes et comportent de nombreuses étiologies(35).Elles représentent 50 à 60% des lésions précancéreuses et sont à l'origine de 8% des carcinomes de la muqueuse buccale. Elles sont 2 fois plus observées chez les hommes que chez les femmes après 40 ans<sup>[8]</sup>.

On distingue d'une part les kératoses dues à une maladie identifiable (lichen, candidoses chroniques, infections à virus du papillome humain (PVH), lupus érythémateux, maladies héréditaires) et d'autre part la leucoplasie sans étiologie définie.

#### **I.1.2.4.1.1 La leucoplasie :**

Le terme de « leucoplasie » s'est vu attribuer de nombreuses définitions au cours de ces dernières décennies. Selon Warnakulasuriya et al ; celle retenue aujourd'hui est la suivante ((la leucoplasie est définie comme une tache blanche d'un risque discutable en ayant exclu les autres pathologies qui ne comportent pas de risque accru de cancer))<sup>[6,19]</sup>.

Elle correspond à une plaque blanche de la muqueuse buccale, indolore, non détachable au grattage<sup>[14]</sup>.

#### **I.1.2.4.1.1.1 Formes cliniques des leucoplasies :**

##### **a) Les leucoplasies homogènes :**

Les lésions homogènes sont de couleur uniforme, aplatie, mince et peuvent laisser apparaître quelques fissures superficielles. Le risque de transformation maligne est relativement bas<sup>[14]</sup>.



Source : Slama LB. Affections potentiellement malignes de la muqueuse buccale: nomenclature et classification. Revue de Stomatologie et de Chirurgie Maxillo-faciale. 2010<sup>[31]</sup>.

**Figure 7: Leucoplasie homogène du bord et de la face ventrale droits de la langue.**

### b) Les leucoplasies inhomogènes :



Source : S. Bahbah, Dghoughi S, Wady WE. Lésions potentiellement malignes de la muqueuse buccale.diagnostic et prise en charge.pdf>. 2015<sup>[20]</sup>.

**Figure 8 : Leucoplasie inhomogène du bord et de la face ventrale droits de la langue.**

Moins fréquentes, présentent un risque élevé de dégénérescence maligne ; on distingue :

**-La leucoplasie verruqueuse** : correspond à une prolifération exophytique verruqueuse avec parfois des fissures dans une zone muqueuse hyperkératosique blanche. Elle est à haut risque de dégénérescence maligne<sup>[14]</sup>.



Source : Aragon A. Tabac et cavité buccale: prise en charge du patient fumeur en cabinet libéral: Université Toulouse III- Paul Sabatier; 2017 <sup>[33]</sup>.

**Figure 9 : Aspect clinique de leucoplasie verruqueuse proliférative.**

**- La leucoplasie nodulaire** : surélevée, arrondie avec des excroissances rougeâtres ou blanchâtres se présentant comme des grains ou des nodules<sup>[14]</sup>.

**- La leucoplasie érosive (tachetée)** : se présente sous forme d'une plaque érythémateuse érosive avec des taches de kératose<sup>[14]</sup>.



Source : Moreau NA. Les leucoplasies buccales : des lésions potentiellement malignes. 2014 [34].

**Figure 10: Leucoplasie érosive en zone pelvi-linguale droite.**

### **I.1.2.4.1.1.2 Étiologies :**

La survenue de ces lésions est avant tout liée à la consommation de tabac. Celui-ci est impliqué par ses nombreux composants chimiques, les produits de sa combustion et par les N-nitrosamines, qui sont considérées comme les substances les plus carcinogènes du tabac. La localisation de la lésion tabagique dépend de la façon de consommer le tabac. On peut observer d'autres causes plus rares comme la consommation de bétel (à base de noix d'arc et feuille de bétel) en Asie. L'alcool agirait comme cofacteur. L'imputabilité des prothèses dentaires mal adaptées dans la carcinogenèse n'est pas démontrée, mais le frottement peut générer une lésion leucoplasique dont l'aspect histologique peut poser un problème diagnostique par son aspect pseudo-épithéliomateux. Le rôle de l'HPV (Human Papilloma Virus) comme cofacteur dans certaines lésions précancéreuses notamment chez l'immunodéprimé (VIH) est discuté.

Ces lésions peuvent aussi survenir sur des lésions à risque comme le lichen plan (voir plus loin). Dans certains cas enfin, surtout chez les femmes, aucune cause n'est trouvée<sup>[19,35]</sup>.

### **I.1.2.4.1.1.3 Transformation maligne :**

Parmi les facteurs impliqués dans la transformation maligne des leucoplasies en carcinome épidermoïde ; on cite :

- Leucoplasie de longue durée (au-delà de 10 à 15 ans d'évolution) ;
- Leucoplasie chez les non-fumeurs (leucoplasie idiopathique) ;
- Localisation sur la langue et/ou le plancher de bouche ;
- Taille > 200 mm<sup>2</sup> ;
- Type inhomogène ;
- Présence de *C. albicans* ;
- Présence de dysplasie épithéliale.



Parmi ces facteurs, la présence de dysplasie épithéliale, souvent cliniquement corrélée à une leucoplasie inhomogène ou une érythroleucoplasie, est l'indicateur le plus important du potentiel de transformation maligne. En revanche, certaines lésions dysplasiques peuvent rester cliniquement inchangées, voire régresser complètement. À l'inverse, la transformation carcinomateuse peut survenir sur des leucoplasies non dysplasiques. Bien que la présence de *Candida albicans* soit mentionnée parmi les facteurs de risque, ce microorganisme est davantage retrouvé au sein des leucoplasies situées au niveau des commissures buccales et de la face dorsale de la langue. Or ces sites anatomiques sont rarement impliqués dans le développement de cancer. Concernant la localisation des leucoplasies, il a été démontré que les bords de la langue et le plancher buccal sont des sites à haut risque de transformation maligne<sup>[19]</sup>.

Selon l'étude de Holmstrup et al (2006), la taille de la lésion serait un facteur de transformation maligne particulièrement important, notamment si elle excède 200 mm<sup>2</sup><sup>[19]</sup>.

#### **I.1.2.4.1.4 Prise en charge thérapeutique :**

En présence de facteurs étiologiques comme le tabagisme, une période d'environ deux à quatre semaines pendant lesquelles de tels facteurs sont supprimés devrait être respectée par le patient. En pratique, ceci est difficilement réalisable par les patients tant l'addiction au tabac est importante. Il est recommandé de prescrire un traitement local pendant une huitaine de jours par exemple de la trétinoïne sous forme de crème (Retin A®). Ce médicament ne possède pas d'autorisation de mise sur le marché pour son utilisation sur les muqueuses, mais seulement sur les surfaces cutanées. Malgré cela, il a été utilisé sur les muqueuses buccales et il s'avère être efficace. La posologie est d'une à deux applications muqueuses par jours pendant une quinzaine de jours. Si aucune amélioration clinique n'est observée, une biopsie devra être réalisée afin d'obtenir un diagnostic histopathologique<sup>[19]</sup>.

#### **I.1.2.4.1.2 Lichen plan buccal :**

Le lichen plan est une dermatose cutanéomuqueuse inflammatoire chronique évoluant par poussées et dont l'étiologie est encore mal connue, mais la cause paraît auto-immune à médiation cellulaire. La description clinique initiale a été réalisée par Wilson en 1869 et la description histologique par Dubreuil en 1906. Il se caractérise par un trouble de la kératinisation dont les aspects cliniques sont polymorphes. Il peut atteindre la peau, les phanères, les muqueuses malpighiennes (la muqueuse buccale surtout, mais aussi les muqueuses génitales, anales, conjonctivales) et plus rarement d'autres muqueuses comme celle de l'estomac<sup>[14,19,35]</sup>.

Il atteint 0,5 à 2 % de la population. La localisation buccale est six fois plus fréquente que l'atteinte cutanée et peut rester isolée. Le LP atteint plus souvent les femmes entre 30 et 70 ans<sup>[35]</sup>.

Il est considéré comme une lésion précancéreuse par l'OMS malgré son évolution majoritairement bénigne. Son potentiel de transformation maligne reste sujet à controverse<sup>[14]</sup>.

### **I.1.2.4.1.2.1 Phases évolutives du LPB :**

**-La phase active de développement :** Sa durée est d'environ 6 à 12 mois. Elle se traduit cliniquement par la présence de lésions blanches punctiformes qui s'étendent progressivement et confluent pour former des lignes (appelées stries de Wickham) puis prendre différents aspects (dendritique, réticulé...) ou former des plages blanches (kératosiques), cette formation évolue avec le temps et ressemble peu à peu à celle de la phase d'état, mais la persistance de quelques éléments punctiformes permet d'affirmer que le LPB est encore dans la phase active. Sur le dos de la langue, la kératose atteint toute la surface des papilles et les espaces inter papillaires et peut prendre l'aspect de taches en cire de bougie. L'atteinte de la fibromuqueuse gingivale se traduit par la disparition de son aspect granité et par une couleur plus rouge. Durant cette phase, les lésions sont en général asymptomatiques<sup>[6,19]</sup>.

**-La phase d'état :** Elle dure une dizaine d'années voire plus, cette dernière se traduit par une alternance de poussées d'activité et périodes de quiescence. Durant les périodes actives, la muqueuse peut devenir inflammatoire et des érosions peuvent apparaître encadrées par des stries de Wickham. Les plages kératosiques initiales peuvent s'étendre, s'épaissir voire devenir verruqueuses. Ces poussées d'activité s'accompagnent de signes fonctionnels variables : glossodynie, gêne, douleur ou sensation de brûlure. En dehors des poussées, il n'y a pas de symptômes et les lésions kératosiques régressent sans disparaître totalement<sup>[19]</sup>.

**-La phase tardive (post-lichénienne) :** Survient après plusieurs années d'évolution. Elle se traduit par l'installation d'un état atrophique ou sclérotique.

L'atrophie concerne principalement les zones de la muqueuse buccale qui ont été le siège de lésions actives, le plus fréquemment la face interne des joues. La couleur de la muqueuse change et des plages discrètement jaunâtres, brunâtres ou rougeâtres peuvent être observées. Cette atrophie permet parfois d'observer le réseau vasculaire sous-muqueux par transparence, sur le dos de la langue elle se traduit par des plages dépapillées pouvant être recouvertes par une couche kératosique. Cette dernière entraîne une rétraction gingivale au niveau de la

fibromuqueuse souvent associée à la diminution de la profondeur des vestibules, notamment dans les régions mandibulaires postérieures.

Grâce à la fragilité due à l'érosion, les tissus peuvent être le siège d'érosions provoquées par des traumatismes mineurs<sup>[6,19]</sup>.

La sclérose, quant à elle, est plus ou moins marquée, elle se traduit par une perte d'élasticité pouvant aller jusqu'à entraîner une limitation d'ouverture buccale et une diminution de la protraction linguale. Ce sont ces formes cliniques de lichen plan buccal ancien qui présentent un risque de transformation maligne plus élevé que les autres formes de LPB. Le taux de transformation maligne des lichens érosifs ou atrophiques est d'environ 5%<sup>[6,19]</sup>.

### **I.1.2.4.1.2.2 Types ou aspects du LPO :**

L'aspect du LPO varie donc avec le temps et avec son activité, constante à la phase initiale, variable à la phase intermédiaire, diminuée à la phase tardive, éteinte à la phase post-lichénienne où persistent les altérations irréversibles causées à la muqueuse, ainsi que le risque d'évolution maligne. Il existe six types ou aspects principaux (il ne s'agit pas de formes cliniques) : type pointillé, réticulé (type habituel +++), circiné (rare), dendritique, en plaque, et en nappe :

**-Type pointillé :** LPO très récent, ou nouvelle poussée au cours d'un LPO ancien. Apparition silencieuse de points blancs (< 1 mm), avec très discrète aréole érythémateuse, d'abord isolée. Type fréquent du LPO au début, observé le plus souvent sur les joues et sur la face dorsale de la langue. Il n'y a pas de papules<sup>[36]</sup>.



Source: TABETI CF. Lichen plan buccal, lésion lichénoïde buccale et dégénérescence maligne : Étude des facteurs pronostiques au Service de Pathologie et de Chirurgie Buccale CHU Oran: Faculté de Médecine d'Oran; 2018<sup>[6]</sup>.

**Figure 11: LP pointillé, stade initial (pseudo « papuleux »).**

**-Type réticulé :** LPO récent ou au cours de la longue phase intermédiaire. Au bout de quelque temps (< 2 ans), de fines lignes blanches apparaissent entre les pointillés initiaux, et le LPO prend l'aspect classique « en réseau ». Le LPO réticulé est le type le plus souvent observé, car il persiste durant de nombreuses années, et ne se modifie que très lentement. Selon le maillage

plus ou moins serré du réseau, l'aspect de ce type est comparé à celui d'un lambeau de dentelle, ou d'un filet de pêcheur<sup>[36]</sup>.



Source: BENYAHIA DH. Les lésions blanches de la muqueuse buccale 2019-2020 <sup>[37]</sup>.

**Figure 12: LPO réticulé.**

-**Type circiné** : il est caractérisé par des lignes courbes, arcs de cercle, ou figures plus ou moins circulaires. C'est type rare de la forme commune, avec la même signification que le type réticulé, mais il pourrait témoigner d'une ancienneté un peu plus grande du LPO<sup>[36]</sup>.

-**Type dendritique** : son aspect et celui d'une feuille de fougère, ce sont des lignes assez larges, partant de la partie postérieure de la joue et irradiant en« éventail » vers l'avant en s'amincissant<sup>[8]</sup>.

Ce type assez tardif n'est rencontré qu'au moins 10 à 20 ans après le début du LPO. Il témoigne d'un lichen encore actif, dont la possibilité de transformation maligne est plus élevée qu'au stade de début de la phase intermédiaire, de type réticulé<sup>[36]</sup>.



Source: Lombardi T, Kuffer R. [Dynamic concept of oral lichen planus. The diagnosis easy at early stages may become difficult in ancient lichen planus]. Presse Med. 2016 <sup>[36]</sup>.

**Figure 13: LP dendritique.**

-**Type en plaques** : LPO très ancien, à la phase tardive. Les types en plaques et en nappe de kératose n'apparaissent qu'après 15 à 30 ans ou plus d'évolution de la forme commune du LPO. Il s'agit souvent de l'expression des formes atrophique et/ou hyperkératosique, ou de l'état post-lichénien cicatriciel<sup>[36]</sup>.

Il ressemble à la leucoplasie et peut se présenter comme des taches blanches homogènes.

La plaque peut être légèrement surélevée et lisse ou alors de forme irrégulière et peut-être multifocale. Le site le plus fréquent est la face dorsale de la langue et la muqueuse jugale<sup>[6]</sup>.



Source: TABETI CF. Lichen plan buccal, lésion lichénoïde buccale et dégénérescence maligne : Étude des facteurs pronostiques au Service de Pathologie et de Chirurgie Buccale CHU Oran: Faculté de Médecine d'Oran; 2018<sup>[6]</sup>.

**Figure 14: LPO en plaque.**

**-Type en nappe** : LPO très ancien, à la phase tardive. Comme pour le type en plaques, il s'agit de très vieux LPO, de 20 à 40 ans ou plus. Ce type assez rare peut être observé chez un sujet lichénien fumeur, mais aussi non-fumeur. Il marque un risque relativement élevé d'évolution maligne. Comme dans le type en plaques, la kératose peut avoir un aspect « parqueté », être accompagnée parfois d'une pigmentation mélanique, et ces lésions sont souvent prises pour des « leucoplasies ». Le diagnostic difficile est rendu plus facile s'il existe des documents anamnestiques, une biopsie ancienne, ou s'il reste une trace du réseau lichénien initial, au mieux avec un peu d'érythème<sup>[36]</sup>.

La muqueuse jugale est généralement le site le plus fréquemment touché et de ceci e façon bilatérale<sup>[6]</sup>.



Source: Lombardi T, Kuffer R. [Dynamic concept of oral lichen planus. The diagnosis easy at early stages may become difficult in ancient lichen planus]. Presse Med. 2016<sup>[36]</sup>.

**Figure 15 : LP en nappe d'aspect « parqueté » chez un fumeur.**

### **I.1.2.4.1.2.3 Étiologies :**

L'étiologie du lichen reste inconnue et aucun facteur déclencheur ne peut être identifier dont plusieurs ont été impliquer, il peut être d'origine : idiopathique ou secondaire( médicaments systémiques, les agents aromatisants.....ect )<sup>[6]</sup>.

### **I.1.2.4.1.2.4 Transformation maligne :**

La transformation maligne du LPB reste un sujet de controverses malgré les nombreuses études qui lui sont consacrées. En effet, selon les études, le taux de transformation maligne varie de 0,71% à 4,9%. En 1997, l'OMS a classé le LPB dans les états précancéreux (precancerous conditions). La transformation maligne survient, le plus souvent, sur des lésions lichéniennes atrophiques et/ou érosives<sup>[19]</sup>.

### **I.1.2.4.1.2.5 Prise en charge thérapeutique et suivi du lichen :**

Le traitement peut être envisagé lorsque le diagnostic histopathologique de LPB est confirmé ainsi que le stade d'évolution.

Un traitement est préconisé lorsqu'il existe une symptomatologie. Mais avant de procéder à ce dernier, il faut d'abord éliminer les facteurs locaux favorisants : la mauvaise hygiène bucco-dentaire, les prothèses dentaires mal adaptées et les traumatismes de la muqueuse buccale qui, en irritant la muqueuse, favorisent le développement de lésions ou d'une poussée d'activité (phénomène de Koebner).

Un traitement médicamenteux local ou systémique doit être prescrit pour les lésions symptomatiques. Il est à l'heure actuelle établi que le corticoïde le plus efficace est le propionate de clobétasone (Dermoval®). Ce dernier est plus efficace dans une pâte adhésive qu'isolément. La durée du traitement doit être autour de 6 mois au minimum, à raison de deux applications par jour. Le problème qui se pose avec l'utilisation des corticoïdes locaux est la survenue de candidoses qui peut compliquer le traitement.

D'autres traitements médicamenteux peuvent être utilisés : la bétaméthasone (Buccobet®), la Thiovalone®, la prednisone, la dexaméthasone.

### **I1.24.13 Chéilite actinique :**

Les chéilites actiniques doivent être considérées comme des lésions «précurseuses». Elles surviennent chez des sujets de phototype clair, ayant eu une exposition solaire chronique (rôle des UV). Il s'agit le plus souvent d'hommes âgés de 50 à 70 ans. La lèvre inférieure est préférentiellement atteinte<sup>[35]</sup>.

Cliniquement, la chéilite se manifeste par un aspect blanchâtre et desquamatif de la demi-muqueuse. La survenue d'une érosion ou d'une infiltration doit faire craindre une transformation invasive et impose une biopsie<sup>[35]</sup>.

Le risque de transformation maligne sera d'autant plus élevé que le patient sera fumeur et/ou consommateur régulier d'alcool.<sup>[11]</sup>



Source: Peter A. Brennan TA, Raghav C. Dwivedi. Premalignant Conditions of the Oral Cavity. Kazi R, University M, Manipal, India, Dwivedi RC, Otolaryngology Do, et al., editors 2019<sup>[38]</sup>.

**Figure 16: Chéilite actinique, au niveau de la lèvre inférieure**

### **I1.24.14 Autres formes kératosiques :**

- **Kératoses irritatives tabagiques** : C'est la plus souvent rencontrée, mais aussi celle à plus fort taux de transformation cancéreuse. En effet un aspect lisse et homogène ne présente que peu de cas de transformation et disparaît souvent à l'arrêt du tabac. À l'inverse la forme verruqueuse peut présenter jusqu'à 10% de cancérisation, pourcentage pouvant monter à 40% pour une kératose à l'aspect non homogène érosive.

- **Kératoses thermiques** : Là encore souvent dues au tabac (cigarette, cigare, pipe, narguilés). Elles se manifestent souvent sous la forme d'un voile blanc – gris assez translucide, devenant plus blanches si l'irritant augmente, au niveau des joues ou des lèvres. On parlera d'ouranite tabagique pour la localisation palatine, causée fréquemment par l'utilisation de la pipe.

- **Les kératoses candidosiques** : Elles se présentent le plus souvent en foyer (fréquentes-en rétro-commissurale), d'aspect inhomogène en relief, bordées par un liseré inflammatoire. Les

candidoses buccales (perlèche, glossite...) présentent un fort taux de cancérisation, surtout lorsque le patient est fumeur. Donc face à une lésion de ce type il est recommandé de procéder à une biopsie, si le résultat révèle une lésion cancéreuse, le traitement sera le plus souvent chirurgical<sup>[11]</sup>. Une candidose chronique, notamment dans ses formes hyperplasiques, voire pseudo-tumorales, est à surveiller<sup>[39]</sup>.

- **Les kératoses virales** : De plus en plus de kératoses d'origine virale sont retrouvées dans la cavité buccale surtout chez les jeunes adultes. HPV ou Human Papilloma Virus est responsable de ces lésions. Celui-ci est maintenant considéré comme un des nouveaux facteurs de risque oncogènes, ce phénomène étant lié aux nouvelles pratiques sexuelles.

- **Les kératoses congénitales** : Il est une kératose héréditaire rare, la dyskératose liée au syndrome de Zinsser-EngmanCole. Elle engendre l'apparition de kératoses et d'ulcérations chez l'enfant au niveau de la langue essentiellement. Une implantation dentaire défectueuse et apparition précoce des caries amènent souvent les patients à consulter. Les lésions ulcéreuses buccales qui apparaissent chez l'enfant ont un très fort taux de cancérisation, phénomène qui se produit après l'adolescence, lors du passage à l'âge adulte<sup>[11]</sup>.

- **La syphilis tertiaire** :

Elle réalise une glossite atrophique avec des zones kératosiques. La transformation maligne est très élevée lorsqu'il siège au niveau de la langue, mais ce stade tardif est actuellement exceptionnel<sup>[38,40]</sup>.



Source: Peter A. Brennan TA, Raghav C. Dwivedi. Premalignant Conditions of the Oral Cavity. Kazi R, University M, Manipal, India, Dwivedi RC, Otolaryngology Do, et al., editors2019<sup>[38]</sup>.

**Figure 17 : Mucosité atrophique d'une syphilis tertiaire.**

- **Fibrose buccale sous muqueuse** :

C'est une atteinte chronique de la cavité buccale. Elle serait liée à la consommation d'aliments épicés, aux déficiences en vitamine B, à la mastication de la noix de bétel et au tabac. Elle se traduit cliniquement par une intense sensation de brûlure et la formation de vésicules suivies



par des ulcérations superficielles. Le stade fibreux se traduit par un blanchiment de la muqueuse qui apparaît lisse, atrophique et perd progressivement son élasticité .

L'ensemble de la muqueuse buccale peut être atteinte, ainsi que le pharynx et l'œsophage.

L'ouverture buccale, la mastication et la déglutition deviennent difficiles. Il n'existe pas de traitement spécifique . La fibrose sous muqueuse est bien considérée comme une affection potentiellement maligne<sup>[31]</sup>.



Source : Zimmer C. Les lésions précancéreuses de la muqueuse buccale. Rôle de l'odontologiste: dépistage et prise en charge: UHP-Université Henri Poincaré; 2010<sup>[19]</sup>.

**Figure 18: Fibrose sous-muqueuse de la face interne de la joue**

### **I.1.2.5 Les lésions potentiellement malignes à dégénérescence Quasi-obligatoire :**

#### **I.1.2.5.1 Le carcinome verruqueux buccal ; Papillomatose Orale Floride :**

Le carcinome verruqueux buccal (CVB) est une pathologie décrite pour la première fois en 1948 par Ackerman . Anciennement appelé « papillomatose orale floride » , c'est une variété très différenciée de carcinome épidermoïde que l'on retrouve plus fréquemment au niveau de la muqueuse buccale. Il représente 1 à 10% des tumeurs néoplasiques de la cavité buccale et touche 1 à 3 sujets par million d'habitants. C'est donc une affection rare touchant préférentiellement les hommes de plus de 65 ans.

Le CVB est retrouvé particulièrement au niveau de la gencive attachée et la muqueuse jugale.

Cliniquement il se présente sous la forme d'une plaque étendue exophytique kératinisée présentant des formations papillaires accolées et de teinte allant du rouge au blanc selon le degré de kératinisation. Il est souple à la palpation (pas d'induration à la palpation) , non douloureux , il ne présente pas d'ulcération et les limites sont nettes .

L'histologie montre : - Une acanthose - Une papillomatose - Une hyperkératose ortho ou para kératosique - Un refoulement du tissu conjonctif sous-jacent sans envahissement - Un respect de l'intégrité de la membrane basale - Une hyperplasie basale <sup>[17]</sup>.



Source : Foulquier E. Approche clinique et anatomopathologique des lésions papillomateuses de la cavité buccale: éditeur inconnu; 2016<sup>[17]</sup>.

**Figure 19 : Photographie d'un Carcinome Verruqueux buccal.**

### **I.1.2.6 Les lésions potentiellement malignes à dégénérescence « obligatoire » :**

#### **I.1.2.6.1 Les érythroplasies de Queyrat :**

Le terme « érythroplasie » a été inventé pour décrire les lésions rouges de la muqueuse buccale par analogie aux leucoplasies. De nombreuses définitions ont été proposées par différents auteurs. La définition retenue est basée sur le principe de diagnostic par exclusion<sup>[19]</sup>.

L'érythroplasie est définie comme « une tache rouge inflammatoire ne pouvant être caractérisée cliniquement ou histologiquement par une autre lésion définissable »

Elles sont moins fréquentes que les leucoplasies et touchent préférentiellement les hommes et apparaissent dans la cinquième ou sixième décennie<sup>[19]</sup>.

- **Aspect clinique :**

Plusieurs descriptions cliniques ont été proposées. L'OMS a décrit les caractéristiques cliniques des érythroplasies comme suit : « Certaines érythroplasies sont homogènes et certaines sont granuleuses ou nodulaires. Souvent il y a une marge bien définie adjacente à la muqueuse d'apparence normale ». Selon Shear (1972), il existe différentes variantes cliniques : « Bien que les érythroplasies puissent avoir une surface homogène et velvétique, elles peuvent également présenter d'autres caractéristiques morphologiques. Elles peuvent être irrégulières, avoir une surface rouge parsemée de foyers blancs ou jaunes ; il s'agit alors d'érythroplasies granuleuses. Elles peuvent être nombreuses, avec de petits foyers irréguliers de leucoplasies dispersés dans la lésion érythroplasique ; il s'agit de leucoplasies tachetées.

En fait, il est difficile de distinguer les érythroplasies granuleuses des leucoplasies tachetées.

Mais les aires érythroplasiques peuvent être associées ou voisines d'aires leucoplasiques »

Habituellement, les érythroplasies se présentent rarement sous la forme de foyers multiples et intéressent rarement une surface étendue de la cavité buccale<sup>[19]</sup>.

### **Les érythroplasies sont molles à la palpation et ne deviennent indurées que lorsqu'il s'y développe un carcinome invasif.**

Les érythroplasies peuvent être associées à des leucoplasies ou à un carcinome épidermoïde, mais également avec d'autres lésions buccales comme le lichen plan.

En général, l'érythroplasie mesure moins d'1,5 cm de diamètre voire moins d'un centimètre, mais des lésions de 4 cm ont déjà été observées<sup>[19]</sup>.

- **Prise en charge thérapeutique**

Le traitement recommandé est l'excision chirurgicale pour les érythroplasies avec une dysplasie épithéliale sévère ou au stade de carcinome in situ et un suivi régulier pour les stades en dessous de la dysplasie modérée<sup>[19]</sup>.

Il n'y a pas d'étude disponible dans la littérature sur le traitement des érythroplasies seules, ce qui rend difficile la comparaison des traitements et de leur efficacité respective. En revanche, une étude (Amagasa et al, 1985) semble montrer que les érythroplasies ont tendance à récidiver<sup>[19]</sup>.

#### **I.1.2.6.2 Cancer in situ**

Le carcinome intra épithélial désigne « des lésions présentant des altérations sévères de dysplasie ».

Les anomalies histologiques observées sont limitées à l'épithélium où elles ont pris naissance. Elles intéressent la totalité de l'épaisseur épithéliale sans dépasser en profondeur les limites de la membrane basale<sup>[8]</sup>.

#### **I.1.3 Les cancers de la cavité buccale :**

##### **I.1.3.1 Définition :**

Les cancers de la cavité buccale s'intègrent, avec les cancers de l'oropharynx, du pharynx et du larynx, dans l'entité pathologique particulière des cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS). Ils regroupent l'ensemble des tumeurs malignes développées au niveau de la muqueuse de recouvrement de la bouche et des lèvres<sup>[41]</sup>.

Cependant, la définition des cas de cancers de la cavité orale varie dans la littérature d'une étude à l'autre. Ainsi, des termes comme « oral cancer », « cancer of the oral cavity », « mouth cancer », « squamous cell carcinoma of the oral cavity », « oral neoplasm », sont rencontrés dans les articles épidémiologiques, mais les sites inclus dans la définition des cas diffèrent d'un auteur à l'autre<sup>[42]</sup>.

### **I.1.3.2 Classifications :**

#### **I.1.3.2.1 Classifications CIM 10 :**

Les cancers de la cavité orale sont codifiés dans la Classification internationale des Maladies pour Oncologie, 3ème révision (CIM-O-3) , ou dans la Classification internationale des Maladies, 10ème révision (CIM-10) , par les codes C00-C06 qui incluent les localisations anatomiques détaillées dans l'annexe <sup>[42,43]</sup>.

#### **I.1.3.2.2 Classification TNM :**

Initialement développée par Pierre Denoix entre 1943 et 1952, elle est aujourd'hui mondialement reconnue comme la classification de référence pour les cancers en ayant été adoptée par l'AJCC.

Elle est basée sur l'évaluation de l'étendue anatomique de l'expansion tumorale T pour « tumor » ,adénopathique N pour« nodal » et métastatique, à distance M pour « (distant) metastasis ».

Elle nous renseigne sur le degré de malignité, le degré d'évolution de la néoplasie et est ainsi fondamentale pour déterminer la stratégie thérapeutique, mais aussi pour nous renseigner sur le pronostic.

Elle est complétée à l'aide de la classification par stades cancéreux<sup>[7]</sup>.

**-Stades de cancérisation** : Tout comme la classification TNM, cette taxinomie fait aussi référence mondialement par l'intermédiaire de l'AJCC et selon sa 7ème édition établie en 2010 (et faisant office de référence jusqu'au 31 décembre 2017). Elle nous aide à établir un diagnostic en précisant le stade d'évolution, permettant de programmer une stratégie thérapeutique ciblée et adaptée, pour pouvoir évaluer un pronostic<sup>[7]</sup>.

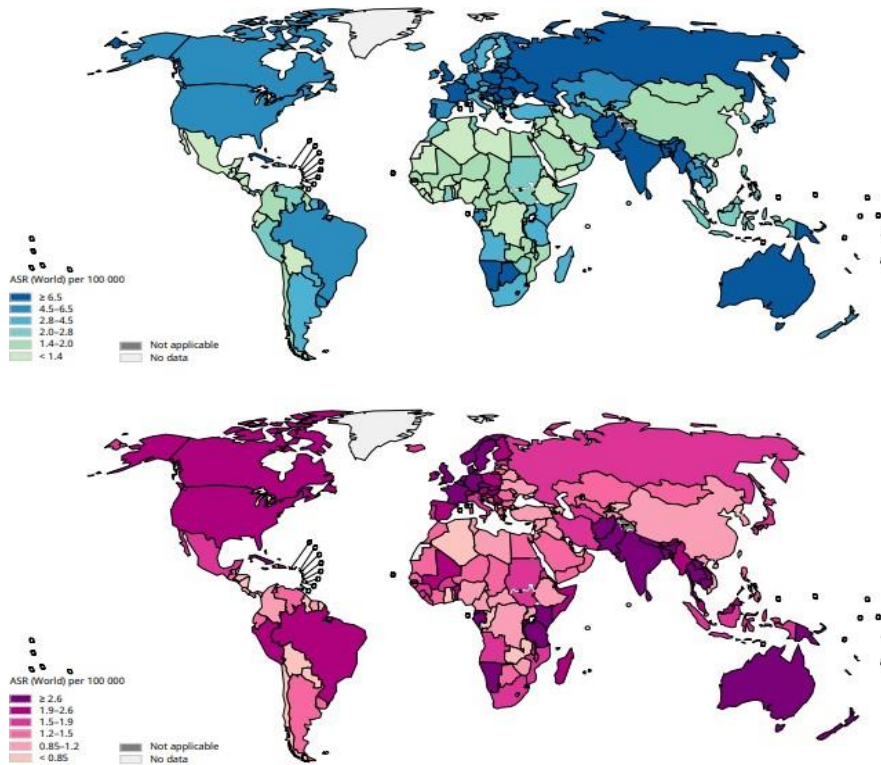
### **I.1.3.3 Épidémiologie :**

#### **I.1.3.3.1 Épidémiologie descriptive des cancers de la cavité buccale au niveau mondial :**

Le cancer de la cavité buccale (défini par les codes C00-C06 de la CIM10) occupe au niveau mondial la 11<sup>ème</sup> place parmi les cancers les plus fréquents chez l'homme et la 19<sup>ème</sup> place chez la femme et représente environ 4.6% de tous les cas de cancer , soit environ 354864 cas annuellement..

De grandes variations géographiques de l'incidence de ce cancer sont observées.

La mortalité annuelle due au cancer de la cavité oral au niveau mondial est estimée à environ 177384 décès<sup>[44]</sup>.

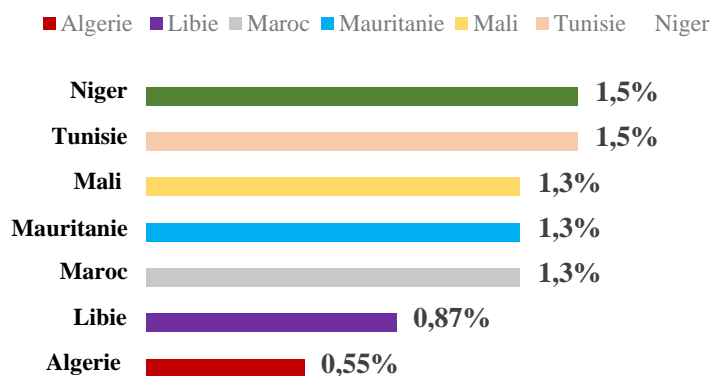


Source :GLOBOCAN 2018<sup>[44]</sup>.

**Figure 20 : Taux d'incidence mondiale du cancer de la cavité orale estimé chez l'homme et chez la femme, tous les âges.**

**I.1.3.3.2 Épidémiologie descriptive des cancers de la cavité buccale au Maghreb :**

Parmi les pays du Maghreb, le Niger et la Tunisie présentent le taux le plus élevé de la survenue des cancers de la cavité buccale avec une incidence de 1.5% , or que l'Algérie se situe en dernière position avec un taux de 0.55%<sup>[44]</sup>.



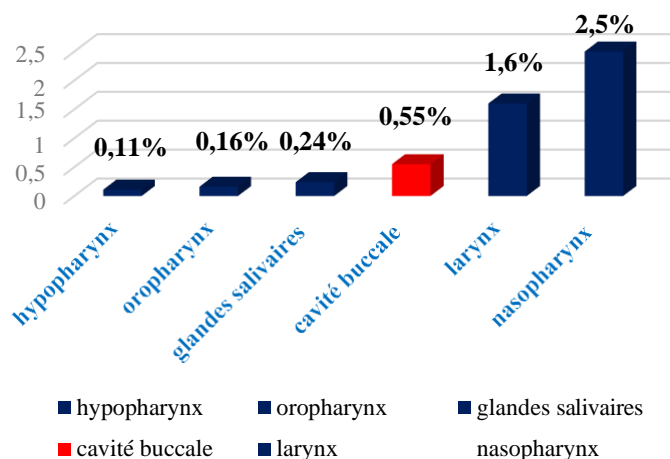
Source :GLOBOCAN 2018<sup>[44]</sup>.

**Figure 21: Taux d'incidence en Algérie du cancer de la cavité buccale parmi les autres pays du Maghreb estimé chez l'homme et chez la femme , tous les âges.**

### I.1.3.3.3 Épidémiologie descriptive des cancers de la cavité buccale en Algérie :

Environ 291 nouveaux cas de cancers de la « cavité buccale » (C00-C06) ont été diagnostiqués en 2018 en Algérie, soit 0.55% de l'ensemble des cancers . Ils sont responsables de 83 décès par an .

Il est classé la 3<sup>ème</sup> place des cancers aérodigestif supérieur et des glandes salivaires , après le cancer du nasopharynx et larynx <sup>[44]</sup>.



Source :GLOBOCAN 2018<sup>[44]</sup>.

**Figure 22 : Taux d'incidence en Algérie du cancer de la cavité buccale estimé chez l'homme et chez la femme , tous les âges.**

### I.1.3.4 Tumeurs malignes de l'épithélium de revêtement et leurs précurseurs :

La lésion croit au sein d'un épithélium muqueux, plus précisément aux dépens de sa couche granuleuse.

Ainsi, il s'agit d'une pathologie visible à l'œil nu pour un œil consciencieux ou averti et dont le diagnostic devrait être rapidement effectué. Malheureusement, ce n'est pas toujours le cas et souvent imputable à une consultation du patient tardive malgré des symptômes prématurés<sup>[7]</sup>.

#### I.1.3.4.1 Le carcinome épidermoïde de la cavité buccale :

Figure parmi les 10 plus fréquents cancers dans le monde dont 90 à 95 % des cancers de la cavité orale et de l'oropharynx sont des carcinomes épidermoïdes<sup>[30]</sup>.

Il touche surtout une population entre 40 et 65 ans qui présente le facteur de risque essentiel qu'est la double intoxication-tabac-alcool<sup>[45]</sup>.

## **I1.3.4.1.1 Topographie :**

Théoriquement, ce néoplasie peut se développer aux dépens de toutes les surfaces muqueuses de la cavité orale. En revanche, on retrouve des localisations préférentielles pour ces carcinomes épidermoïdes oraux :

- Dans plus de 50% des cas, au niveau de la zone pelvi-linguale, ainsi que de la langue et particulièrement des bords latérolinguaux ;
- Puis on retrouve les gencives, la commissure intermaxillaire (avec le trigone rétromolaire), les vestibules et faces internes des joues, le palais osseux, le voile du palais et plus rarement les lèvres...<sup>[46]</sup>.

## **I1.3.4.1.2 Aspects histologiques**

Histologiquement, on note une invasion du tissu conjonctif par des cellules cancéreuses.

On reconnaît 3 types histologiques différents selon le degré de différenciation : le carcinome différencié, peu différencié et indifférencié (cellules immatures à grande activité mitotique)<sup>[30]</sup>.

## **I1.3.4.1.3 Formes cliniques :Forme ulcéreuse**

- **Plane** : L'aspect lésionnel ne présente pas ou peu de relief si on le compare avec la muqueuse adjacente. À sa périphérie, on distingue un fin bourrelet lui-même également surélevé marquant les bords de la lésion<sup>[7]</sup>.



Source : Gauzeran D. Des lésions à risque aux cancers des muqueuses orales: Éditions CdP; 2014<sup>[40]</sup>.

**Figure 23: Carcinome épidermoïde sous forme ulcéreuse plane de la commissure labiale droite.**

- **Fissuraire** : Elle est apparentée comme son nom l'indique à une fissure, une crevasse ou un puits et est caractérisée par sa capacité d'infiltrer le néoplasie. Ses limites sont plutôt nettes, donnant à la lésion un aspect « plus propre » si on la compare à certaines autres formes cliniques<sup>[7]</sup>.



Source : Gauzeran D. Des lésions à risque aux cancers des muqueuses orales: Éditions CdP; 2014<sup>[40]</sup>.

**Figure 24: Carcinome épidermoïde latéro-lingual gauche de forme ulcéreuse fissuraire.**

- **Endophytique ou ulcéro-infiltrante :**

C'est la forme clinique creusante par excellence désignant l'ulcération carcinomateuse.

Classiquement, elle adopte une forme de « V » ouvert latéralement au niveau du plancher lingual, térébrante localement au sein de la structure anatomique qui l'accueille.

Les limites de la lésion sont épaisses et plutôt bien délimitées, car en relief, elles sont aussi indurées. L'ulcération associée est irrégulière et donne accès à un fond de lésion bourgeonnant, érythémateux, accompagne d'amas nécrotiques laiteux et saignant au moindre stimulus<sup>[7]</sup>.



Source : Gauzeran D. Des lésions à risque aux cancers des muqueuses orales: Éditions CdP; 2014<sup>[40]</sup>.

**Figure 25: Carcinome épidermoïde pelvilingual gauche dans sa forme ulcéreuse endophytique.**

- **Forme végétante (ou exophytique) :**

- **Simple :** Fréquemment retrouvée sur une muqueuse inflammatoire et turgescence, mais pas nécessairement en relief, elle se reconnaît par un volume bourgeonnant, de dimensions inconstantes. Ce volume arrondi est complété de revêtements nécrotiques ou fibrino-leucocytaires jaunâtres en surface. Des zones érosives peuvent également être retrouvées<sup>[7]</sup>.





**Source :** Bertrand C. Le dépistage des cancers de la cavité buccale et de l'oropharynx par les médecins généralistes: étude des pratiques dans la région du Havre en Seine-Maritime. 2017<sup>[14]</sup>.

**Figure 26: Carcinome épidermoïde de la gencive, forme végétante.**

- **Hyperkératosique verruqueuse :** Le néoplasie se décrit en surface par une histologie hyperkératosique ou des amas verruqueux<sup>[7]</sup>.



**Source :** Bertrand C. Le dépistage des cancers de la cavité buccale et de l'oropharynx par les médecins généralistes: étude des pratiques dans la région du Havre en Seine-Maritime. 2017<sup>[14]</sup>.

**Figure 27: Carcinome verruqueux de la face interne de joue droite.**

- **Forme ulcéro-végétante (ou endo-exophytique)**

Comme son nom l'indique, c'est une forme mixte meulant les formes ulcéreuses et végétantes. La tumeur présente un aspect irrégulier, avec un relief inconstant et est retrouvée assez régulièrement<sup>[7]</sup>.



**Source :** Gauzeran D, Saricassapian B. Pathologies de la muqueuse buccale chez le sujet âgé en perte d'autonomie. Actualités Odonto-Stomatologiques. 2013<sup>[45]</sup>.

**Figure 28: Carcinome ulcéro-végétant.**

- **Forme érosive :**

Généralement retrouvée sous forme débutante, c'est une lésion qui va éroder uniquement superficiellement le revêtement muqueux. Cette forme est régulièrement l'étape suivant un lichen ancien et précancéreux<sup>[7]</sup>.



Source : REBAI S. Le carcinome épidermoïde oral: épidémiologie, facteurs de risques et stratégies de sensibilisation des populations à risque 2017<sup>[7]</sup>.

**Figure 29: Carcinome épidermoïde érosif de bord lingual gauche, à un stade précoce.**

- **Forme nodulaire interstitielle :**

D'aspect trompeur et de diagnostic délicat, cette forme plutôt rare de carcinome épidermoïde oral se caractérise par un développement sous-jacent à une muqueuse d'apparence saine, voire discrètement érythémateuse ou inflammatoire. La voussure créée sera de degré des dimensions de la néoplasie existante.

Selon la taille du volume néoplasique, celui-ci va finir par s'extérioriser pour ressembler à un aspect plus commun<sup>[7]</sup>.



Source : Gauzeran D. Des lésions à risque aux cancers des muqueuses orales: Éditions CdP; 2014 <sup>[40]</sup>.

**Figure 30: Carcinome épidermoïde jugal droit évoluant sous forme nodulaire interstitielle.**

**\*Remarque :**

Il faut toujours être vigilant en présence de signes cliniques tels que :

- Une ulcération qui ne répond pas aux traitements classiques ;
- L'extension d'une lésion malgré un traitement ;
- Le changement d'aspect d'une lésion (congestion, aspect verruqueux, érosion, etc.).

Enfin certains signes cliniques orientent d'emblée vers un diagnostic de malignité :

- Une induration lésionnelle ou périlésionnelle ;
- La fixité d'une lésion ;
- L'apparition d'une néovascularisation en périphérie d'une lésion ;
- La présence d'une adénopathie indolore<sup>[30]</sup>.

### **I.1.3.4.2 Autres formes de carcinomes buccaux :**

**-Carcinome épidermoïde à cellules fusiformes :** c'est une forme rare d'aspect clinique polypoïde pédicule . Il siège au niveau de la lèvre inférieure , la gencive , la langue ; mais aussi le pharyngo-larynx et l'œsophage <sup>[47]</sup>.

**-Carcinome épidermoïde papillaire :** Ce type rare se présente sous forme d'une tumeur papillomateuse solidaire de couleur rosée ou blanchâtre <sup>[47]</sup>.

### **I.1.3.5 Autres tumeurs malignes de la cavité buccale :**

#### **I.1.3.5.1 Tumeurs malignes d'origine de tissu conjonctif : les sarcomes**

##### **I.1.3.5.1.1 Tumeurs du tissu mou :**

- **Rhabdomyosarcome :**

Le rhabdomyosarcome (RMS) est une tumeur maligne à différenciation musculaire striée qui touche le plus souvent l'enfant et l'adolescent de sexe masculin . Les principales localisations sont orofaciales 40 % , génito-urinaires et squelettiques. Au niveau de la cavité buccale, il touche plus le palais et la langue<sup>[48]</sup>.

- **Léiomyosarcome : LMS**

Il s'agit d'une tumeur maligne des muscles lisses.Sa localisation cervico-faciale est rare, ceci est dû à la rareté du tissu musculaire lisse dans cette région.

- **Le fibrosarcome :**

Le fibrosarcome est une tumeur des fibroblastes, la localisation au niveau de la tête et du cou est rare, il est connu pour ses nombreuses métastases (pulmonaires et sur les os longs à distance) et récidives, et un mauvais pronostic.

- **Le liposarcome :**

Le liposarcome est une des tumeurs des tissus mous adipeux les plus communes, on le trouve surtout chez l'adulte d'âge moyen(entre 30 et 50 ans). Au niveau buccal, par ordre de fréquence, il intéresse la joue, la langue (surtout le bord latéral), le palais, le plancher buccal puis les gencives<sup>[11]</sup>.

- **L'angiosarcome :**

L'angiosarcome est une tumeur maligne des cellules endothéliales des vaisseaux sanguins ou lymphatiques, plutôt rare dans la cavité buccale. Il se développe surtout sur la langue, dans la glande parotide, les lèvres, puis les joues et le palais<sup>[11, 1]</sup>.

- **Le lymphome :**

En représentant 5 % des tumeurs malignes de la tête et du cou, le lymphome est la deuxième tumeur la plus fréquente après le carcinome épidermoïde.<sup>(56)</sup> Les lymphomes se répartissent entre la maladie de Hodgkin et les lymphomes non hodgkiniens. Au niveau buccal on le retrouve au niveau des muqueuses, des glandes salivaires puis de l'os<sup>[11]</sup>.

- **Sarcome de Kaposi associé au VIH :**

L'épidémie de SIDA a engendré un nouveau type de sarcome de Kaposi qui se développe seulement chez les personnes infectées par le VIH. Cette tumeur maligne des cellules endothéliales affecte le plus souvent les régions buccales et maxillofaciales. Elle affiche aussi une forte association étiologique au virus de l'herpès humain 8<sup>[50,51]</sup>.

- **Le mélanome :**

Le mélanome est une pathologie maligne d'étiologie inconnue au niveau buccal, rare, mais très agressif, bien qu'il soit le plus souvent asymptomatique. Il est généralement retrouvé chez l'homme d'âge moyen. Il se situe principalement au niveau du palais dur.<sup>[11,52]</sup>

### **I135.12 Tumeurs du tissu dur :**

- **Le chondrosarcome :**

Les chondrosarcomes sont des tumeurs de cellules mésenchymateuses produisant du cartilage hyalin, très rares, dont environ 10% touchent les maxillaires<sup>[53]</sup>.

- **L'ostéosarcome :**

L'ostéosarcome est une tumeur maligne des os provenant de l'évolution d'une fibrodysplasie (qui évolue en cancer dans 1 à 4% des cas) et dont les ostéoblastes anormaux produisent du tissu ostéoïde, de l'os dense et trabéculaire. L'ostéosarcome des maxillaires (la plupart du temps à la Mandibule) présente un fort taux de mortalité<sup>[11]</sup>.

### **I135.13 Tumeurs odontogènes malignes :**

- **Carcinomes odontogéniques :**

Les carcinomes odontogéniques sont relativement rares comparés aux extensions osseuses des carcinomes développés aux dépens de la muqueuse buccale, en particulier gingivale. On

désigne habituellement trois types de tumeurs : Améloblastome malin (carcinome améloblastique), carcinome intraosseux primitif, carcinome sclérosant odontogène [54].

- **Sarcomes odontogéniques :**

Les sarcomes odontogéniques sont rares et redoutables. On distingue plusieurs formes : Fibrosarcome odontogénique (sarcome améloblastique), fibrodentinosarcome améloblastique et fibro-odontosarcome améloblastique [54].

- **Carcinosarcome odontogénique.**

Les deux composantes épithéliale et ectomésenchymateuse montrent des caractères cytologiques de malignité dans cette tumeur demeurante exceptionnelle [55].

### **I135.14 Métastases : tumeurs secondaires**

Les métastases sont des affections rares, représentant 1 à 3,2 % des néoplasmes malins de la sphère orofaciale. Elles proviennent d'un foyer cancéreux primitif connu ou inconnu (dans 25 % des cas), dont les cellules sont parvenues à se séparer de la tumeur, à migrer, à détruire les tissus environnants et à gagner la sphère orofaciale, essentiellement par les voies hématogènes. Potentiellement, toute localisation cancéreuse peut donner des métastases orofaciales, mais certaines sont plus fréquemment citées : poumon, sein, rein. Elles sont de croissance rapide, mais peuvent s'installer de manière insidieuse. Les signes cliniques sont aussi peu spécifiques (tuméfaction, masse à l'allure hyperplasique, mobilité dentaire, douleurs, trismus) qu'évocateurs (troubles sensoriels, fracture pathologique, masse muqueuse importante, saignements réguliers, induration). Les métastases osseuses sont les plus fréquentes. L'intérêt diagnostique est double : identifier les lésions isolées qui pourront éventuellement bénéficier d'un traitement à visée curative et, au contraire, dans un tableau plurimétastatique, permettre une prise en charge palliative rapide et adaptée [56,57,58].

### **I.1.4 Facteurs de risques :**

#### **I.1.4.1 Tabac et alcool :**

Quelle que soit la forme de consommation du tabac (cigarettes, en cigare, en pipe, chiqué, prisé, ou encore fumé à l'envers), celui-ci représente le facteur étiologique de 90 % des cancers buccaux dont la localisation tumorale est spécifique au type de consommation. Il semblerait que le risque de cancer varie non seulement en fonction de la dose et de la durée d'exposition (plus particulièrement à partir de 20 paquets années), mais aussi selon la qualité et la technique de consommation.

Par ailleurs, les individus qui consomment 3 à 4 boissons alcoolisées par jour courent 2 fois plus de risques de développer un cancer buccal que les non-buveurs.

En outre, il a été démontré que les personnes qui fument et boivent à la fois présentent un risque 35 fois plus élevé d'avoir un cancer buccal ( par un effet synergétique) que ceux qui ne boivent ou ne fument jamais ( environ 80 % des cancers oraux ) [5,55,56].

### **I.1.4.2 Facteurs viraux :**

Longtemps suspecté, souvent discuté, la responsabilité du papillomavirus( HPV) dans l'étiologie de certains cancers des voies aérodigestifs est maintenant reconnue, et c'est le HPV-16 qui accroît le risque du cancer de la cavité buccale<sup>[40,61]</sup>.

Il semblerait aussi que le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) soit associé à un risque plus accru de développer des cancers des VADS <sup>[60]</sup>.

### **I.1.4.3 Les immunodéprimés :**

Mis à part le SIDA, de nombreuses autres causes d'immunodépression sont apparues, liées entre autres à l'émergence des médicaments immunosuppresseurs, des transplants d'organes et à l'augmentation du diabète mellitus <sup>[60]</sup>.

### **I.1.4.4 Lésions précancéreuses et cancer antérieur :**

On évalue à presque 20% la proportion de cancer de la cavité buccale secondaire à des lésions précancéreuses (5). D'autre part, les personnes qui ont déjà été atteintes d'un cancer de la cavité buccale risquent davantage de voir apparaître un nouveau cancer de la cavité buccal ainsi que les individus qui sont atteints d'un cancer de l'oesophage, du larynx, du poumon ou du col de l'utérus <sup>[61]</sup>.

### **I.1.4.5 Prédisposition génétique**

Une partie seulement des individus exposés à des cancérigènes développe la maladie, donc le risque dépend aussi des facteurs intrinsèques à l'individu et peut être lié aux antécédents familiaux. <sup>[38]</sup>.

### **I.1.4.6 Facteurs nutritionnels :**

#### **I.1.4.6.1 Avitaminose**

Le déficit en fer, en vitamine B 12 et la malnutrition sont associés à un défaut de réparation de la muqueuse, responsable de la fibrose.

Certaines carences vitaminiques (vitamines A et C notamment) semblent impliquées dans la survenue de cancers de la cavité buccale et de l'oropharynx. d'autres parts le manque en acide rétinolique serait à l'origine d'une anomalie de maturation du tissu épithélial qui favoriserait la survenue de cancer<sup>[14]</sup>.

### **I.1.4.6.2 Boissons chaudes**

Selon l'OMS, la consommation de boissons chaudes (thé, café ou autres) à une température supérieure à 65°C semble constituer un facteur de risque de cancer de l'oesophage.

Une méta-analyse de 2009 montre que la consommation de maté très chaud et les lésions tissulaires résultantes ne sont pas un facteur de risque de cancer de la cavité buccale et de l'oropharynx.

Il n'existe pas à ce jour de données concernant un lien éventuel entre la consommation de boissons chaudes et les cancers de la cavité buccale et de l'oropharynx<sup>[14]</sup>.

### **I.1.4.6.3 Allergie**

Une minorité de patients ayant une lésion précancéreuse telle que le lichen semblent avoir des réactions à certains aliments et additifs alimentaires tels que la cannelle<sup>[6]</sup>.

### **I.1.4.6.4 Régime**

La consommation de fruits et légumes serait un facteur protecteur avec une diminution des cancers liée à leur action antioxydante, antiproliférative et immunostimulante<sup>[19]</sup>.

### **I.1.4.7 Cannabis**

Le rôle de la *marijuana* n'est pas clairement défini. Si sa consommation a été décrite récemment comme augmentant le risque de cancer de la cavité buccale et de l'oropharynx, il existe souvent une consommation simultanée d'alcool et de tabac, ce qui rend difficile la détermination de son rôle propre dans la carcinogenèse<sup>[14]</sup>.

### **I.1.4.8 La chique de la noix de bétel :**

Qui est le principal facteur étiologique. Elle est composée :

- d'alcaloïdes dont l'arécoline est le principal composant actif. Il augmente la synthèse du collagène.
- de flavonoïdes dont les plus importants sont les tanins et les catéchines. Ils augmentent la réticulation du collagène, le rendant résistant à la collagénase.

- de cuivre qui stimule la lysyl oxydase, enzyme essentielle à la réticulation des fibres de collagène.

Les alcaloïdes et les flavonoïdes sont absorbés et métabolisés par la muqueuse buccale, dont ils provoquent une irritation chimique.

Les fibres contenues dans la chique sont à l'origine d'une irritation mécanique, responsable de microtraumatismes de la muqueuse facilitant l'absorption des alcaloïdes et des flavonoïdes. Cette irritation chronique déclenche le processus inflammatoire à l'origine de la fibrose<sup>[19]</sup>.

### ***1.1.4.9* Autres facteurs de risques :**

-Mauvaise hygiène bucco-dentaire ;

-Expositions professionnelles : amiante (substance cancérigène avérée), acides forts, peintures...

-Traumatismes chroniques ;

-Stress

-Rayons UV ;

-Matériaux dentaires <sup>[62]</sup>.



### **I.2 LES REGISTRES DES CANCERS :**

Pour évaluer l'impact du cancer au sein des sociétés il est nécessaire de connaître en tout premier lieu son incidence et sa mortalité. Les registres du cancer sont des systèmes d'information de santé qui ont comme fonction de recueillir et de classifier systématiquement tous les cas de cancer au sein d'une population donnée (générale ou à l'hôpital). L'objectif est de produire des statistiques sur l'incidence, la mortalité et la survie du cancer et conséquemment d'apporter un point de départ pour évaluer, suivre et lutter contre le cancer.

L'enregistrement des cancers est également fondamental pour la recherche étiologique, la planification des services de santé et des programmes de lutte contre le cancer ainsi que pour l'évaluation de leur efficacité. Il existe deux catégories de registres des cancers : les registres hospitaliers et ceux basés sur la population. Bien que les méthodes d'enregistrement soient très proches, il faut distinguer l'un de l'autre. Les registres basés sur la population recensent tous les nouveaux cas de cancer apparaissant dans une population définie (généralement par unité géographique), avec un objectif épidémiologique et de santé publique. Un registre hospitalier enregistre tous les cas pris en charge dans un hôpital donné, sans connaître la population de référence, à des fins administratives et de recherche clinique parfois.

Les registres obtiennent des informations concernant les cas à partir de nombreuses sources de données. Ce sont habituellement des hôpitaux ou des centres de lutte contre le cancer, mais selon le contexte le registre peut travailler aussi avec les cliniques privées, les médecins généralistes, les laboratoires d'anatomopathologie et ceux d'hématologie, les hospices, les caisses d'assurance maladie, les programmes de dépistage et les registres centraux de population. Les cas qui n'ont pas pu être enregistrés par le registre des maladies sont complétés par les médecins légistes, les services d'autopsie et les certificats de décès. L'utilisation de plusieurs sources réduit la perte de cas, grâce aux multiples notifications, mais implique la mise en place de procédures pour éviter qu'une même tumeur ne soit pas enregistrée plus d'une fois (gestion des doublons). Le rôle principal des registres est la production de statistiques sur l'incidence. Cependant, les registres développent de plus en plus leur domaine d'action par des travaux sur la mortalité et la survie. Parfois certains suivent chaque cas, depuis le diagnostic jusqu'au décès, par cancer ou par d'autres causes. Les données d'un registre de cancer peuvent être utilisées pour plusieurs objectifs : recherche étiologique, prévention primaire et secondaire, et planification<sup>[63]</sup>.

### **PROBLEMATIQUE :**

Le terme précancéreux implique un risque plus élevé d'apparition de cancers au cours de divers états pathologiques. On regroupe sous le terme de lésions potentiellement malignes les altérations tissulaires au sein desquelles le cancer apparaît plus souvent que dans le tissu normal homologue<sup>[30]</sup>.

Au niveau de la cavité buccale, ces cancers touchent des importantes structures anatomiques ayant des multiples fonctions et le traitement laisse des séquelles, plus ou moins handicapantes selon le stade du diagnostic qui est le plus souvent tardif.

Par ailleurs, la majorité des études ne distingue pas les cancers de la cavité buccale, et parfois les regroupe ensemble avec d'autres cancers de la tête et du cou, ce qui compromet la compréhension des facteurs de risque et des modèles d'incidence<sup>[63]</sup>.

L'OMS a annoncé que la fréquence des cancers pourrait encore augmenter et il y aurait alors 15 millions de nouveaux cas par an en 2020 : ces chiffres terribles nous laissent se poser une question ; quelle est la situation épidémiologique cancéreuse récente dans la wilaya de Tlemcen ? <sup>[64]</sup>.

Au niveau de la wilaya de Tlemcen, un registre de population de type épidémiologique a été établi au niveau du service d'épidémiologie et de médecine préventive au CHU de Tlemcen.

Bien qu'il comporte l'enregistrement de tous les cas de cancers, intégrant même les atteintes potentiellement malignes et les cancers de la cavité buccale, mais on note toujours la présence d'un manque énorme en matière de données portant sur leurs caractéristiques, d'où la nécessité d'établir une étude(registre) au sein du service de pathologie et chirurgie buccales.

## **Chapitre II : Matériels et Méthodes**

### **OBJECTIFS DE L'ÉTUDE :**

- **Objectif principal :**

Mettre en place d'un registre épidémio-clinique au niveau du service de pathologie et chirurgie buccales, tout en décrivant les caractéristiques épidémiologiques et cliniques des cancers et des lésions précancéreuses de la cavité buccale au CHU de Tlemcen.

- **Objectifs secondaires :**

-Déterminer les facteurs de risque décrits dans la littérature et effectuer des comparaisons entre les registres selon leur pays d'origine ainsi que celle de facteurs potentiellement explicatifs des données observées, comme le sexe, l'âge, la topographie, la morphologie.

-Lancer un programme de dépistage précoce des lésions précancéreuses et des cancers de la cavité buccale.

-Intégrer notre spécialité dans la RCP (réunion du comité pluridisciplinaire).

### **MATÉRIELS ET MÉTHODES :**

- **Type de l'étude :**

Il s'agit d'une étude descriptive prospective à recueil exhaustif.

- **Définition du cancer bucco-dentaire :**

Les cancers de la cavité orale sont codifiés dans la Classification internationale des Maladies, 10ème révision (CIM-10) , par les codes C00-C06

- **Population d'étude :**

#### **Critères d'inclusion :**

Nous avons inclus dans notre étude les sujets :

- Présentant une lésion cancéreuse ou potentiellement maligne de la cavité buccale confirmée par l'étude anatomopathologique,
- Quel que soit le sexe,
- Quel que soit l'âge,
- Quel que soit leur lieu de résidence

#### **Critères de non-inclusion :**

Tout sujet ne présentant pas une lésion cancéreuse ou potentiellement maligne de la cavité buccale.

- **Lieu de l'étude :**

L'étude a été menée dans le service de Pathologie et Chirurgie Buccales, CHU de Tlemcen ; en collaboration avec : service de CMF, service d'ORL, service d'oncologie, service de dermatologie, service de Pédiatrie, CCI, Laboratoire anatomopathologique du CHU et du secteur privé, UMC

- **Durée de l'étude**

Notre étude a duré 8 mois allant du 15 juillet 2019 au 15 Mars 2020.

- **Collecte des données :**

La collecte des données se fera de façon prospective dans les services sus cités à partir des comptes rendus anatomopathologiques, ensuite le diagnostic sera codé selon cim10 au fur et à mesure dans le temps des patients atteints d'un cancer de la cavité buccale quel que soit son

stade (ou ayant des lésions précancéreuses), quel que soit leur âge ou sexe et qui se présentent au niveau des services concernés pour une prise en charge spécialisée.

Des photographies étaient prises aussi souvent que possible lors des visites des patients afin de juger l'évolution des lésions.

Le consentement verbal des patients a été obtenu, en insistant notamment sur la prise des photographies et leur utilisation.

Les facteurs pronostiques étudiés étaient :

-Les facteurs liés aux individus (âge, sexe, antécédents.)

-Les facteurs cliniques (localisation, aspect clinique) et histopathologiques des différentes lésions précancéreuses et cancéreuses

Le recueil de toutes les données anamnestiques, cliniques, paracliniques, et thérapeutiques a été effectué à l'aide d'un questionnaire administré auprès de la population concernée par l'étude.

Le questionnaire comprenait

➤ **Tête du questionnaire (Identification du malade)**

- Nom ;

- Prénom ;

- Âge ;

- Sexe ;

- Lieu de résidence ;

- Date de consultation.

➤ **Corps du questionnaire**

-Antécédents de cancer (généraux et personnel)

-Pathologies associées ;

-Facteurs associés ;

-Caractéristiques de la lésion : topographie, couleur, morphologie, aspect, caractère hémorragique et douloureux, consistance ; le rapport avec les tissus sous-jacents

- Base de diagnostic : clinique et para clinique

- **Saisis et analyse des données :**

L'analyse descriptive des données est basée sur la transformation des variables : par regroupement en l'analyse utilisant soit le codage, soit des transformations conditionnelles pour la mise en tableau et analyse.

Les caractéristiques des deux groupes seront comparées à l'aide des tests

La saisie et l'analyse des données seront réalisées à l'aide du logiciel IBM SPSS Statistiques version 21.

Nous avons fait une saisie simple des textes, graphiques et tableaux sur les logiciels Word, Excel et End Not.

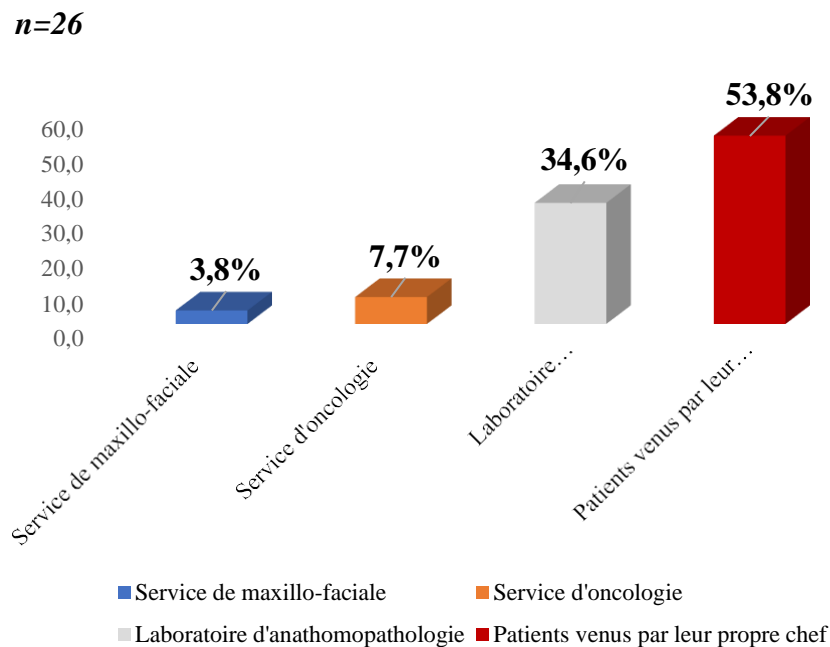
## **Chapitre III : Résultats**



**RÉSULTATS :**

**III.1 Critères sociaux démographiques :**

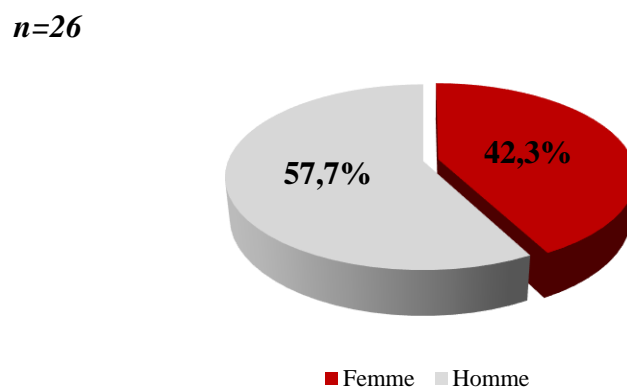
- Répartition des services de recrutement des patients.:



**Figure 31 : Répartition des services de recrutement des patients.**

Les patients recrutés via la consultation du Service de PCB du CHU de Tlemcen sont au nombre de **14 (53,8%)**. Les **12** autres patients ont été orientés : du laboratoire d'Anatomopathologie privé (**34,6%**), des services d'Oncologie (**7,7%**) et maxillofaciaux (**3,8%**) du CHU de Tlemcen.

- Répartition de la population selon le sexe

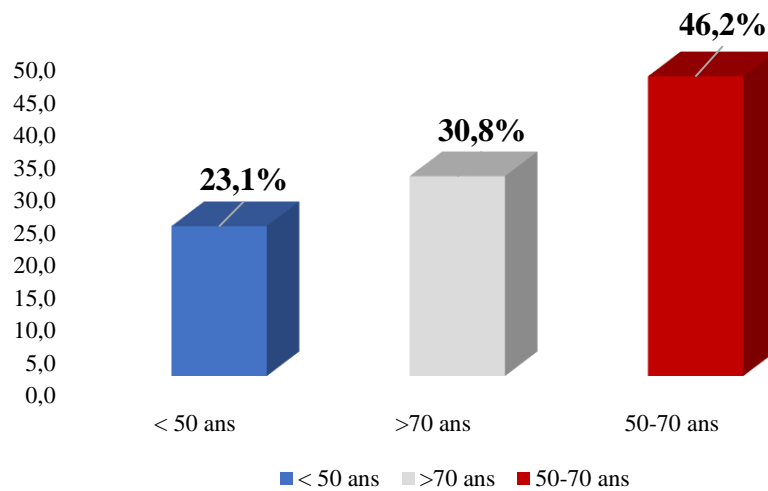


**Figure 32 : Répartition de la population selon le sexe.**

Parmi les 26 patients, **15 (57,7%)** étaient des hommes et **11 (42,3)** étaient des femmes avec un sexe-ratio de **1,36**.

- Répartition de la population selon la classe d'âge :

*n=26*

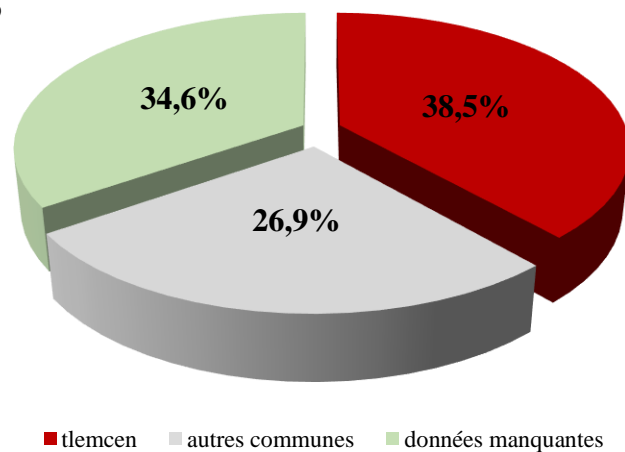


**Figure 33: Répartition de la population selon la classe d'âge.**

Dans notre population la tranche d'âge la plus touchée était de **50 à 70ans** correspondant au nombre de **12 malades (46,2%)**.

- Répartition de la population selon la commune de résidence :

*n=26*

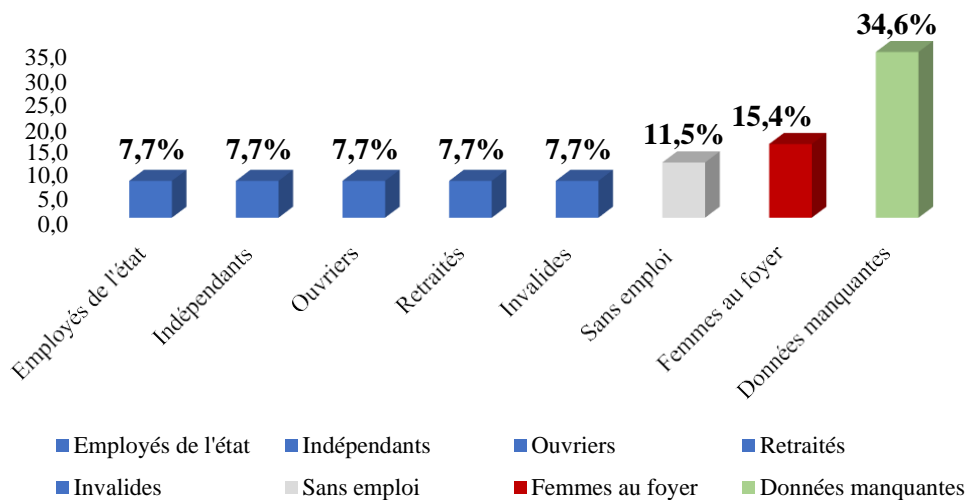


**Figure 34: Répartition de la population selon la commune de résidence**

Parmi les patients recrutés **38,5%** étaient de la ville de Tlemcen et (**26,9%**) faisaient partie des autres communes.

- Répartition de la population selon l'activité professionnelle :

*n=26*

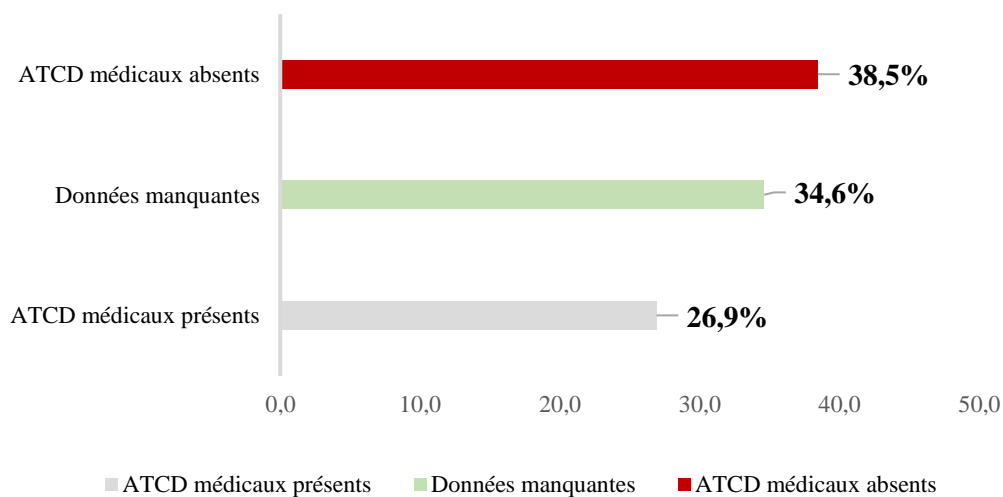


**Figure 35: Répartition de la population selon l'activité professionnelle.**

Dans notre série les femmes au foyer ont dominé avec **15,4%** des cas, suivies par les sans-emploi avec **11,5%** des cas.

- Répartition des données selon les antécédents médicaux :

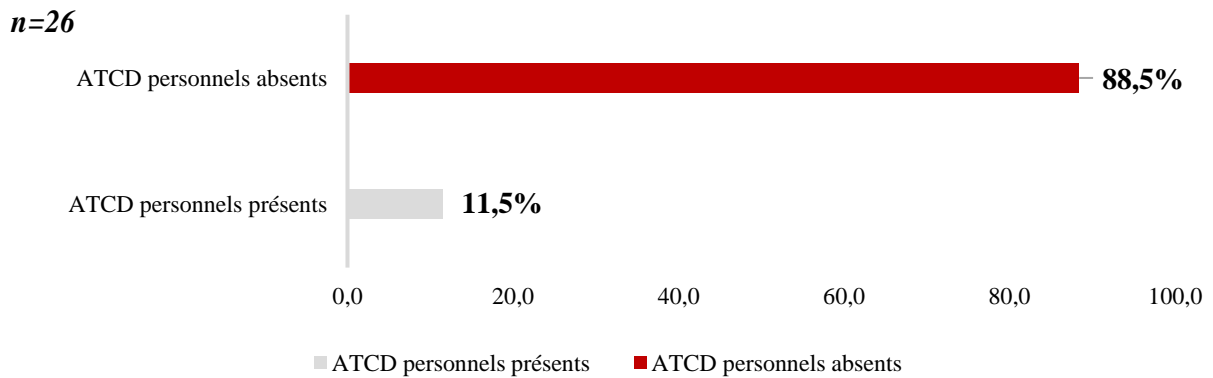
*n=26*



**Figure 36: Répartition des données selon les antécédents médicaux.**

Dans la population étudiée, **38,5%** des patients ne présentaient aucun antécédent médical et **26,9%** en présentaient.

- Répartition des données selon les antécédents personnels du cancer :

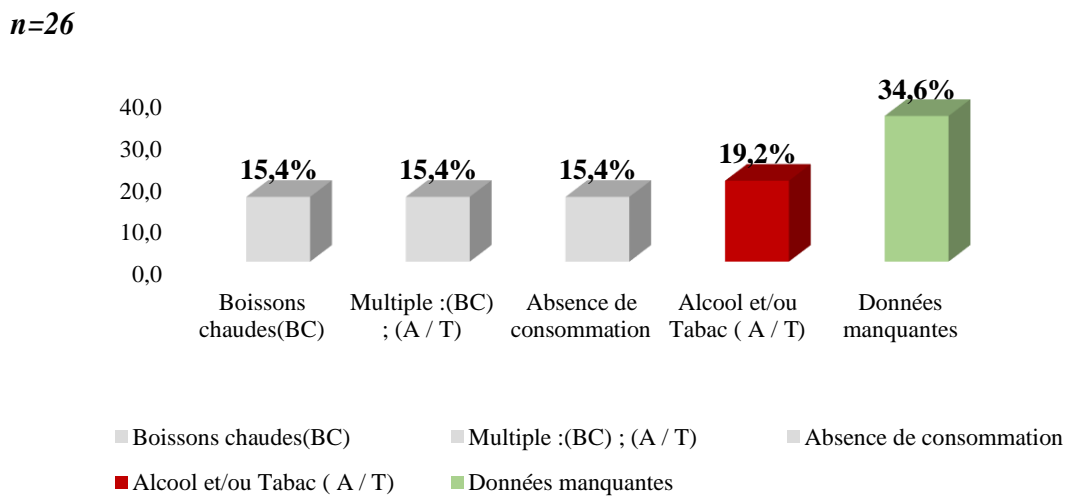


**Figure 37: Répartition des données selon les antécédents personnels du cancer.**

Parmi nos patients, **23(88,5%)** ne présentaient aucun ATCD personnel du cancer alors que ce dernier était présent pour **3 patients (11,5%)**.

### III.2 Facteurs de risque :

- Répartition selon le type de consommation de la population étudiée :

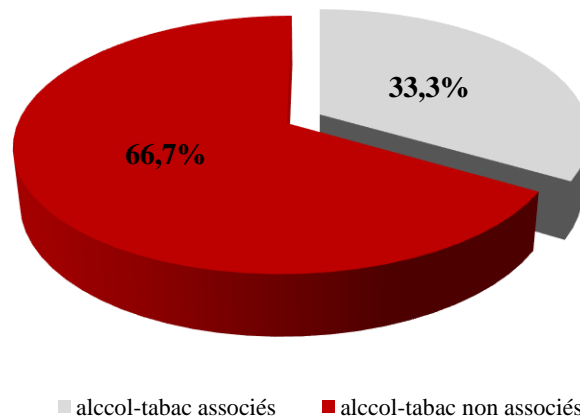


**Figure 38: Répartition selon le type de consommation de la population étudiée.**

L'alcoolisme et/ou le tabagisme sont retrouvés chez **19.2%** des patients, et **15.4%** représentent le pourcentage de consommation des BC, multiples, ou absence de consommation.

- Répartition selon l'association tabac-alcool de la population étudiée :

*n=26*

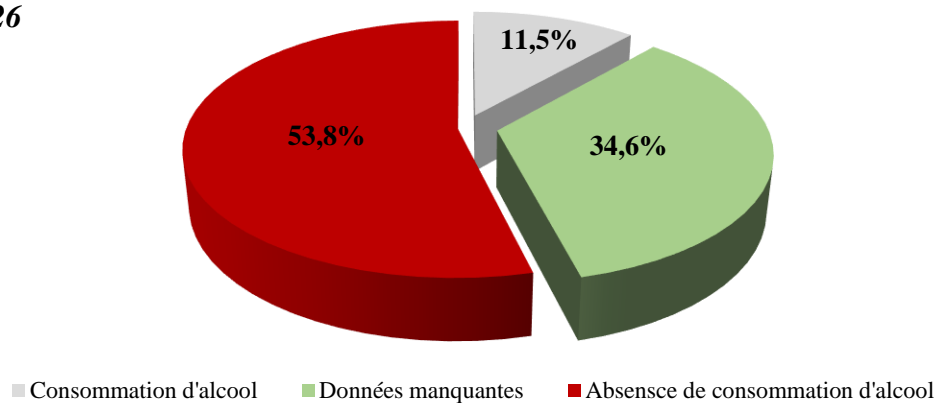


**Figure 39: Répartition selon l'association tabac-alcool de la population étudiée.**

L'intoxication alcool tabagique a été trouvée dans 66.7 % des cas.

- Patients alcooliques :

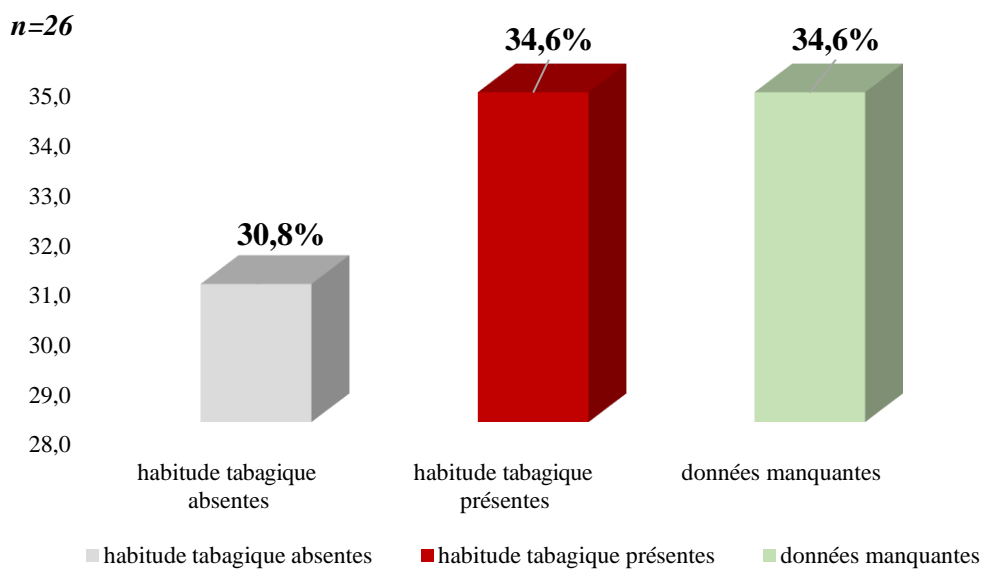
*n=26*



**Figure 40: Patients alcooliques de la population étudiée.**

La consommation de l'alcool était retrouvée chez 11.5% des patients .

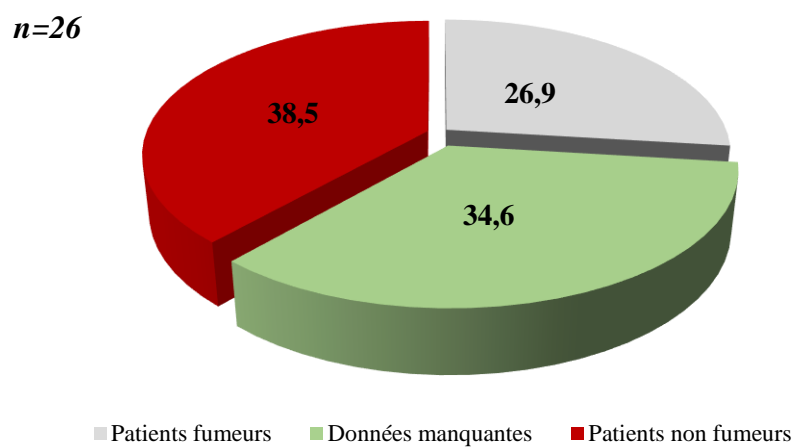
- Répartition selon les patients fumeurs de la population étudiée :



**Figure 41: Répartition selon les habitudes tabagiques.**

Dans notre étude 34.6 % des patients étaient tabagiques.

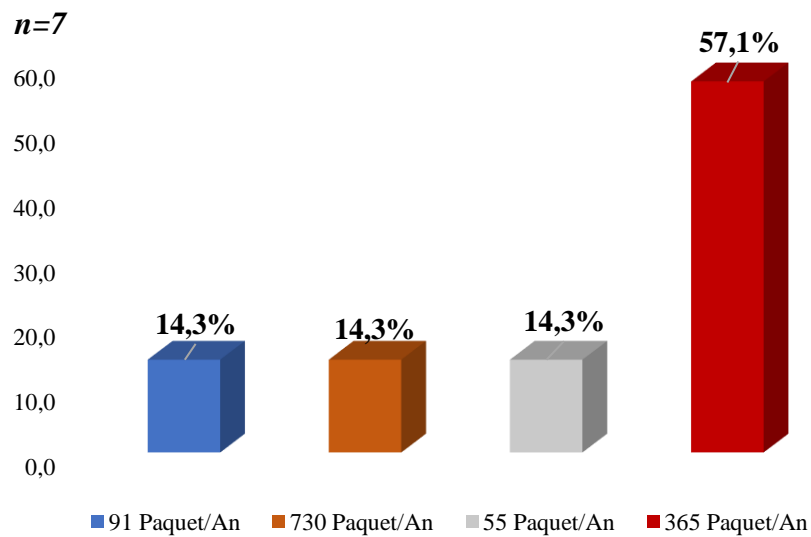
- Répartition selon les patients fumeurs de la population étudiée:



**Figure 42: Répartition selon les patients fumeurs de la population étudiée.**

Dans notre étude 38.5 % des patients étaient fumeurs.

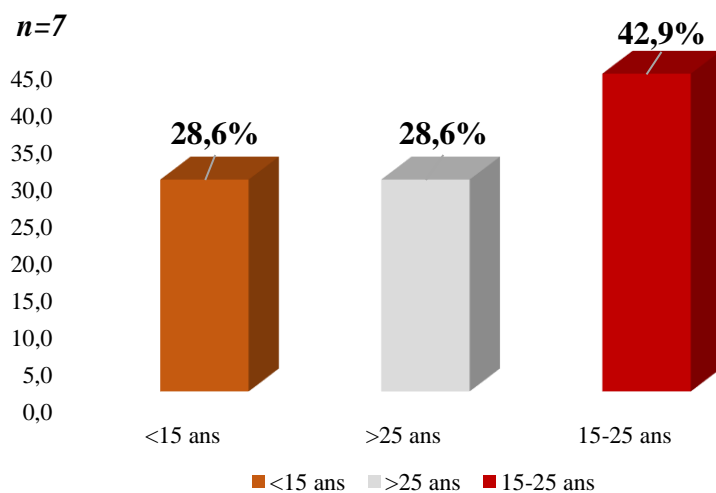
- Répartition selon le nombre de paquets de cigarettes par an :



**Figure 43: Répartition selon le nombre de paquet de cigarette par an .**

La consommation concernant les cigarettes était variée entre 55 et 730 paquets/ année.

- Répartition selon l'ancienneté du tabac fumé par an :

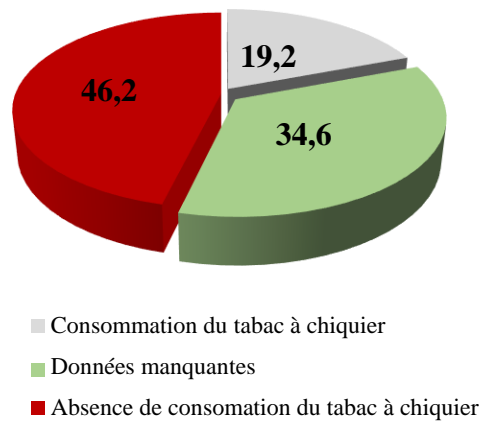


**Figure 44: Répartition selon l'ancienneté du tabac fumé par an.**

42.9% des patients fumaient depuis 15 à 25 ans.

- Répartition selon la consommation du tabac à chiquer:

*n=26*

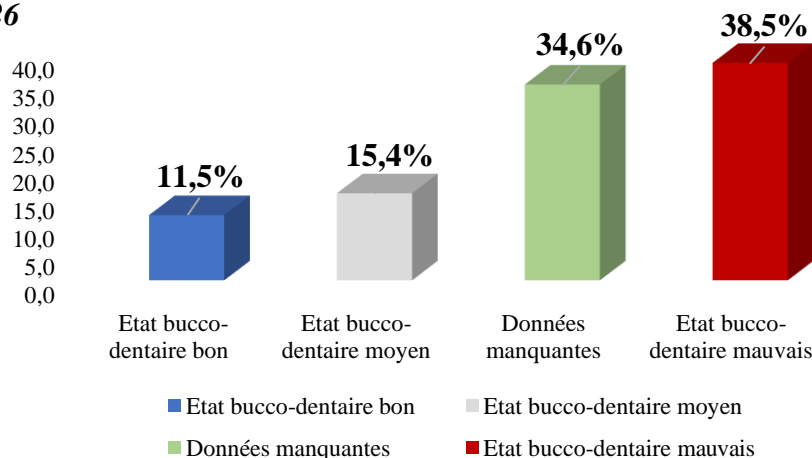


**Figure 45: Répartition selon la consommation du tabac à chiquer.**

Dans notre étude **19.2 %** des patients consommaient le tabac à chiquer.

- Répartition selon l'état bucco-dentaire de la population étudiée:

*n=26*



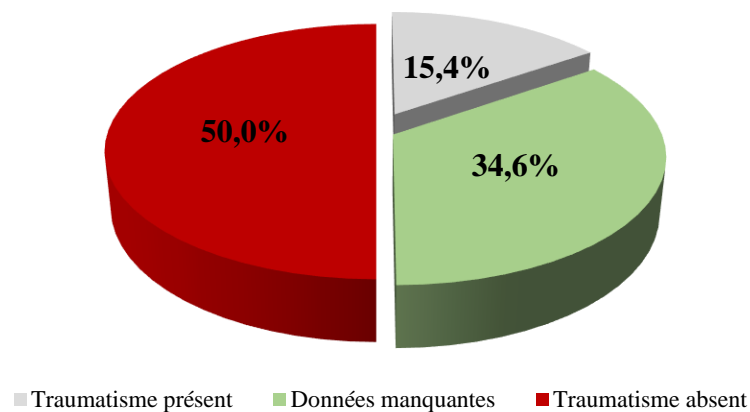
**Figure 46: Répartition selon l'état bucco-dentaire de la population étudiée.**

L'hygiène buccodentaire était mauvaise chez **(38,5%)** patients ; moyenne chez **15.4%** et bonne chez **(11,5%)** patients.



- Répartition selon le facteur traumatisme chronique :

*n=26*

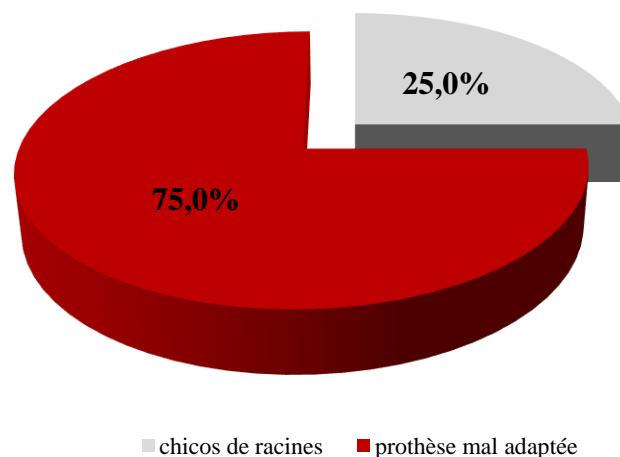


**Figure 47: Répartition selon le facteur traumatisme chronique.**

15.4% des patients signalaient avoir un traumatisme chronique.

- Répartition selon le type de traumatisme chronique :

*n=4*

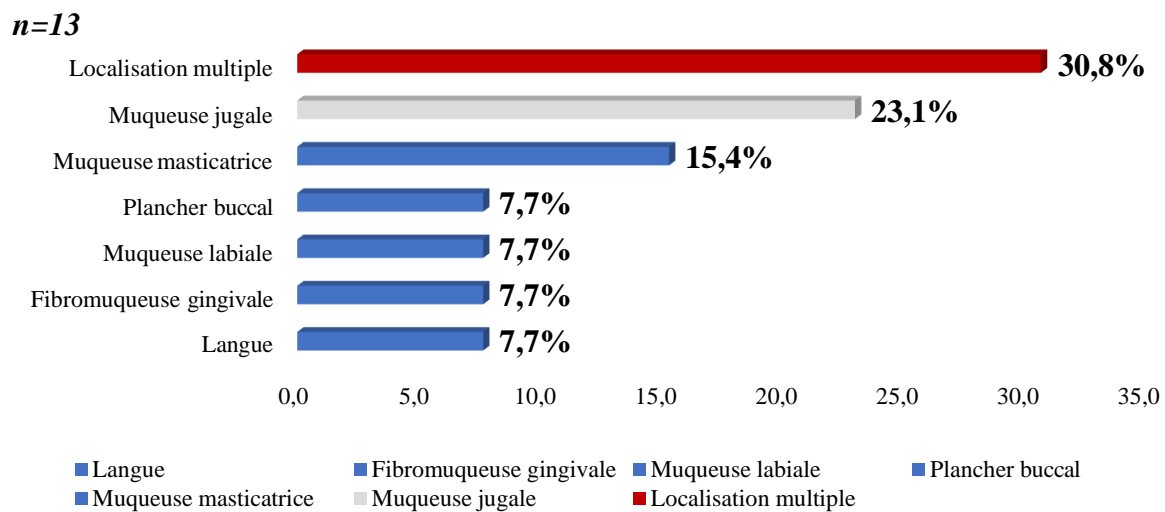


**Figure 48: Répartition selon le type de traumatisme chronique.**

75% des traumatismes étaient dus aux prothèses mal adaptées et 25% dus aux chicots des racines résiduelles.

### III.3 Les caractéristiques des lésions potentiellement malignes :

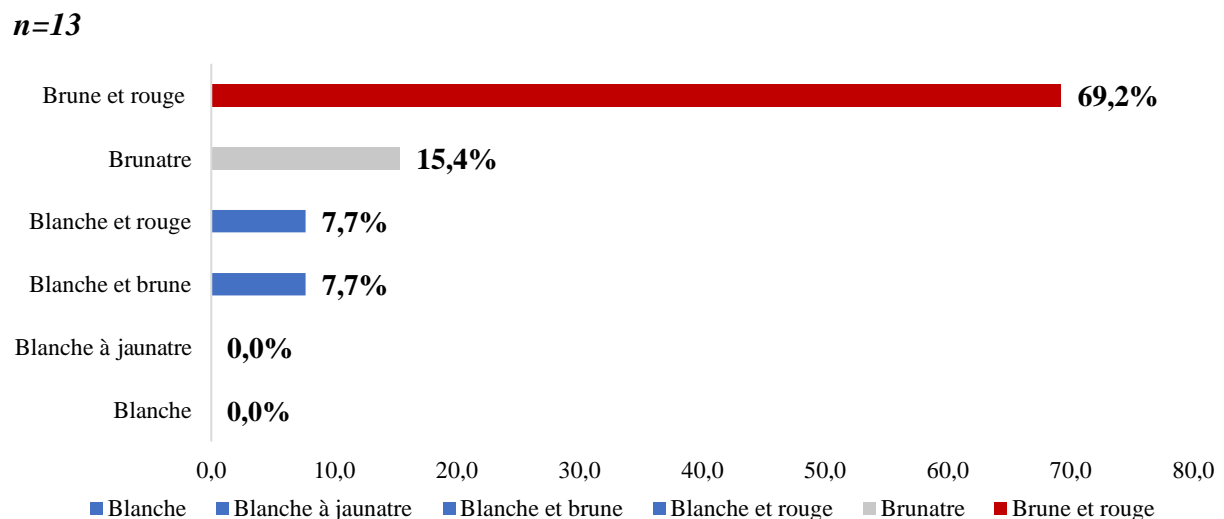
- Répartition selon le siège des LPM:



**Figure 49: Répartition selon le siège des LPM.**

Les LPM présentait des localisations multiples dans **30.8%** des cas, suivi de la localisation jugale avec **23%**, puis la muqueuse masticatoire dans **15.4%** des cas et un pourcentage de **7%** pour le reste des localisations.

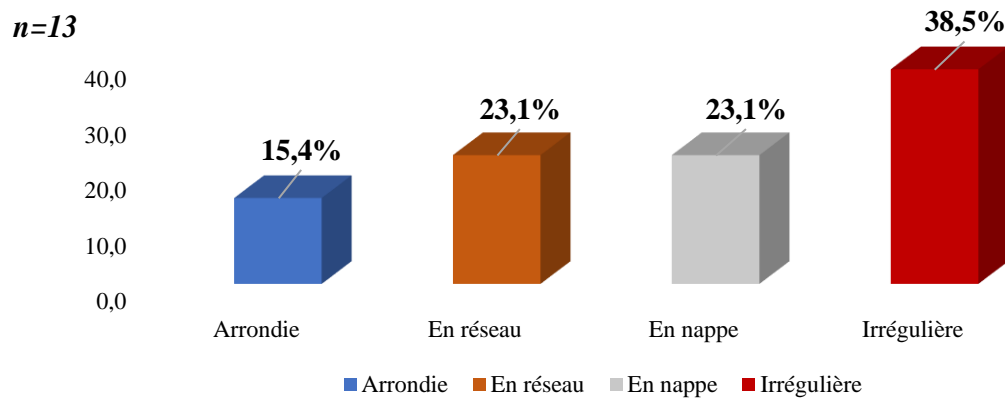
- Répartition selon la couleur des LPM :



**Figure 50: Répartition selon la couleur des LPM.**

**69.2 %** des LPM avaient une couleur brune et rouge, **15.4%** étaient plutôt brunâtre.

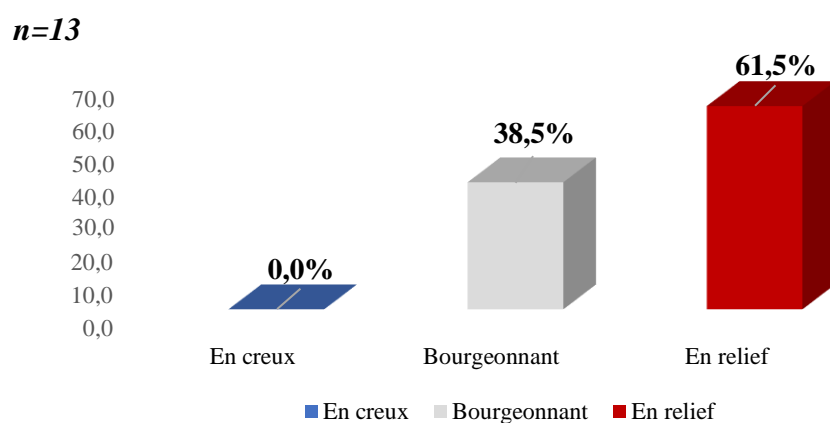
- Répartition selon la morphologie des LPM :



**Figure 51: Répartition selon la morphologie des LPM.**

38.5% des LPM étaient irrégulières, 23.1% en nappe et en réseau, et 15.4% avaient une morphologie arrondie.

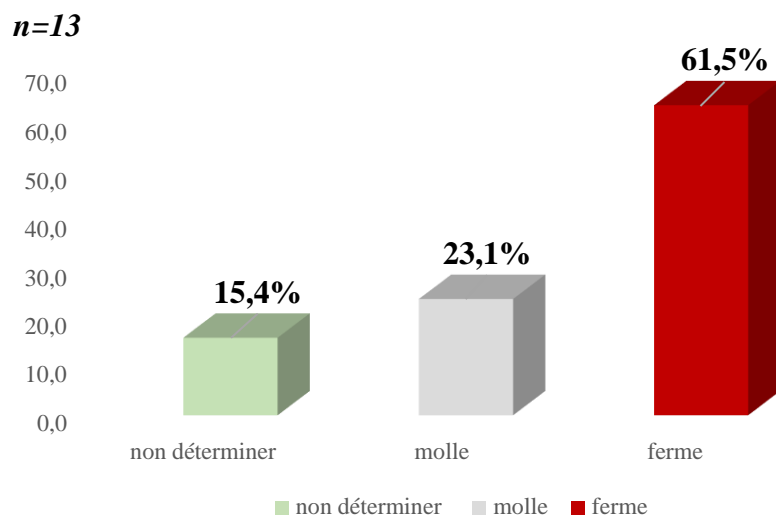
- Répartition selon l'aspect des LPM :



**Figure 52: Répartition selon l'aspect des LPM.**

76.9% des LPM avaient un aspect bourgeonnant, 15.4% en creux et 7.7 % en relief

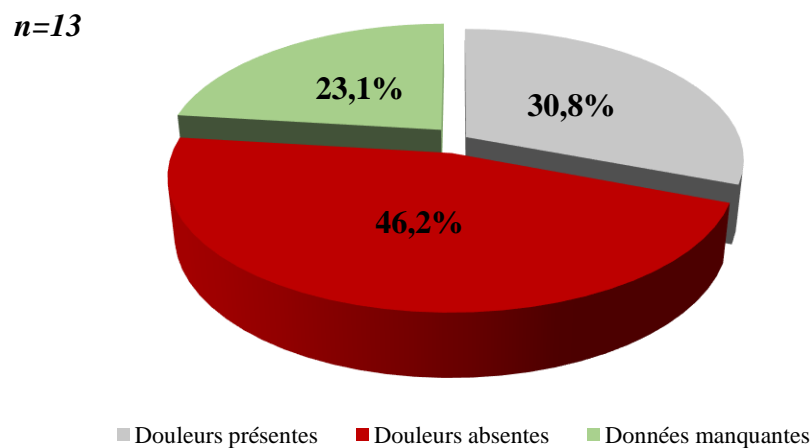
- Répartition selon la consistance des LPM :



**Figure 53 : Répartition selon la consistance des LPM.**

61.5% des LPM avaient une consistance ferme et 23.5% étaient molle.

- Répartition selon la présence de la douleur des LPM:

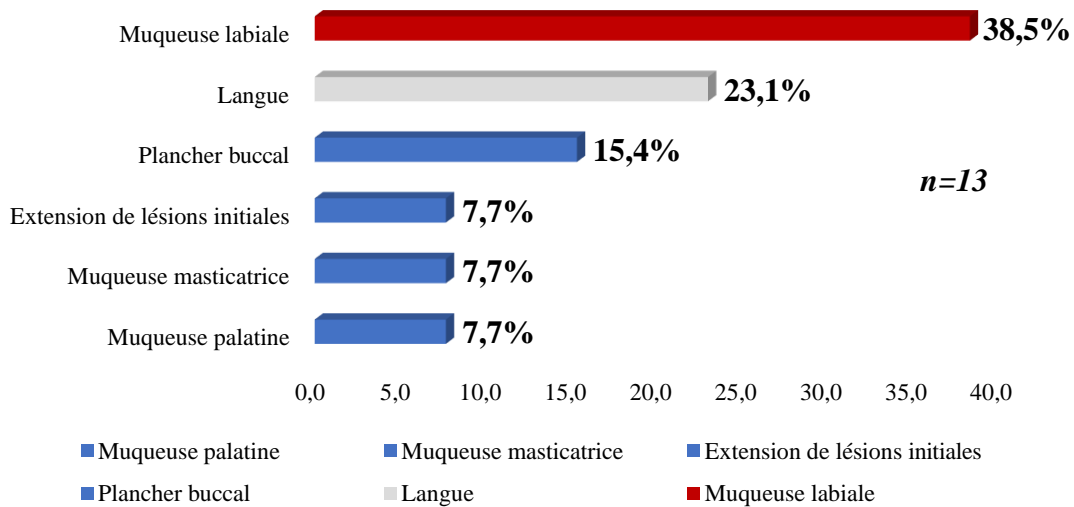


**Figure 54: Répartition selon la présence de la douleur des LPM.**

30.8% des patients ayant des LPM des se plaignaient d'avoir eu de douleurs.

**III.4 Les caractéristiques des lésions cancéreuses :**

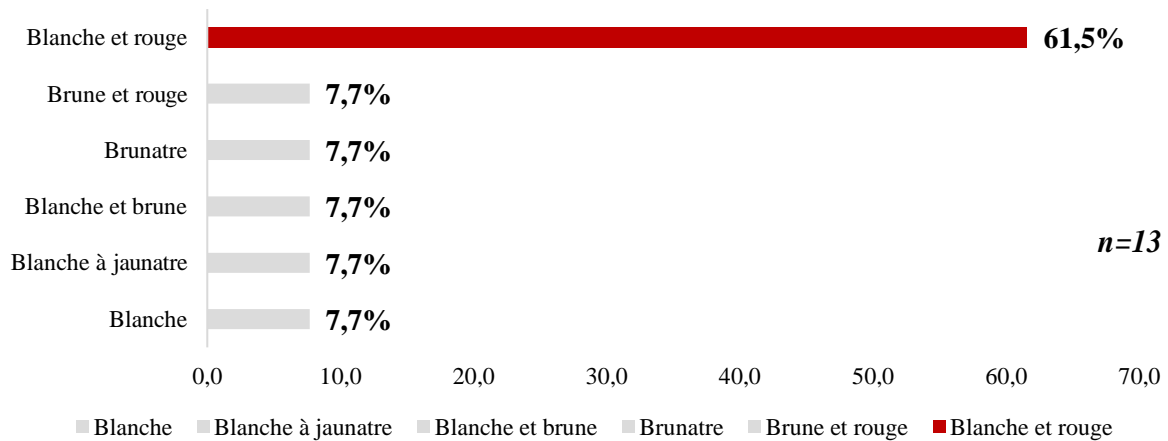
- **Répartition selon le siège des lésions cancéreuses :**



**Figure 55: Répartition selon le siège des lésions cancéreuses.**

Les lésions cancéreuses siégeaient au niveau de la muqueuse labiale avec un pourcentage de **38.5%**, suivi de la localisation linguale avec **23.1%**, puis le plancher buccal dans **15.4%** des cas et un pourcentage de **7.7%** pour le reste des localisations.

- **Répartition de la couleur des lésions cancéreuses :**

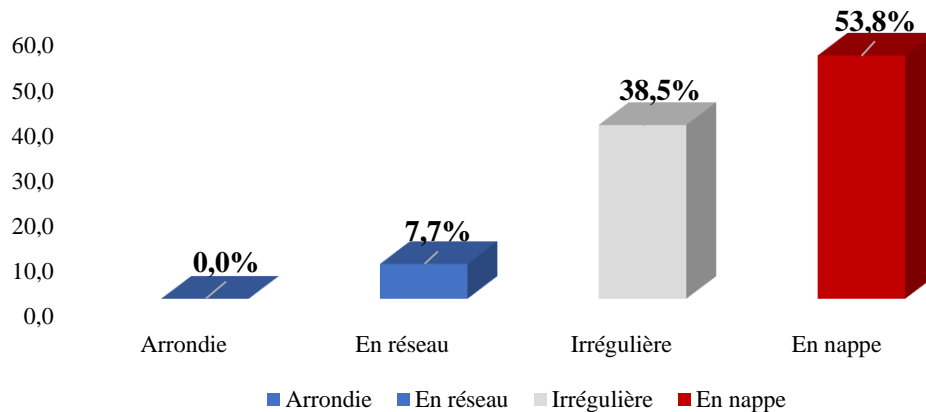


**Figure 56: Répartition de la couleur des lésions cancéreuses.**

**61.5%** des lésions cancéreuses avaient une couleur blanche et rouge, **7.7%** étaient pour le reste des couleurs.

- Répartition selon la morphologie des lésions cancéreuses :

*n=13*

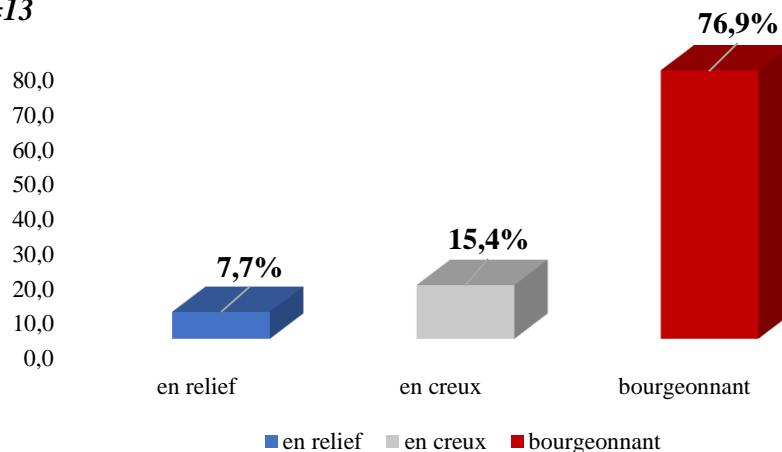


**Figure : Répartition selon la morphologie des lésions cancéreuse.**

**53.8%** des lésions cancéreuses étaient en nappe, **38.5%** irrégulières, et **7.7%** avaient une morphologie en réseau.

- Répartition selon l'aspect des lésions cancéreuses :

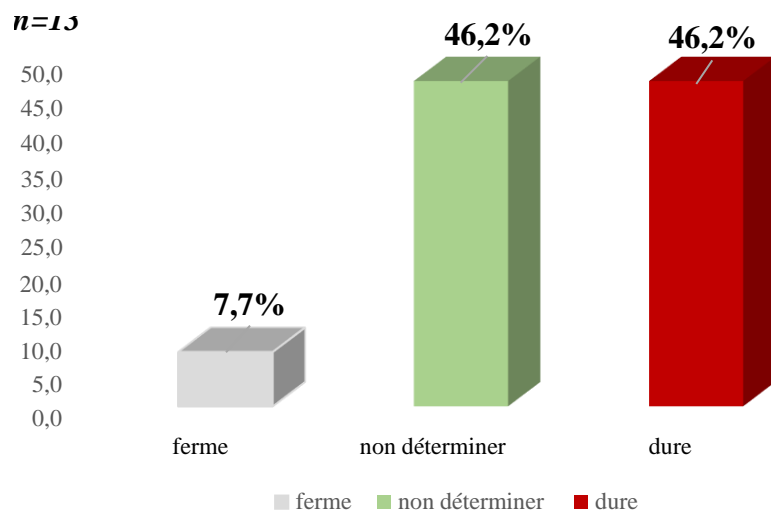
*n=13*



**Figure 57: Répartition selon l'aspect des lésions cancéreuses.**

**61.5%** des lésions cancéreuses avaient un aspect en relief, **15.4%** bourgeonnant et **7.7 %** en creux.

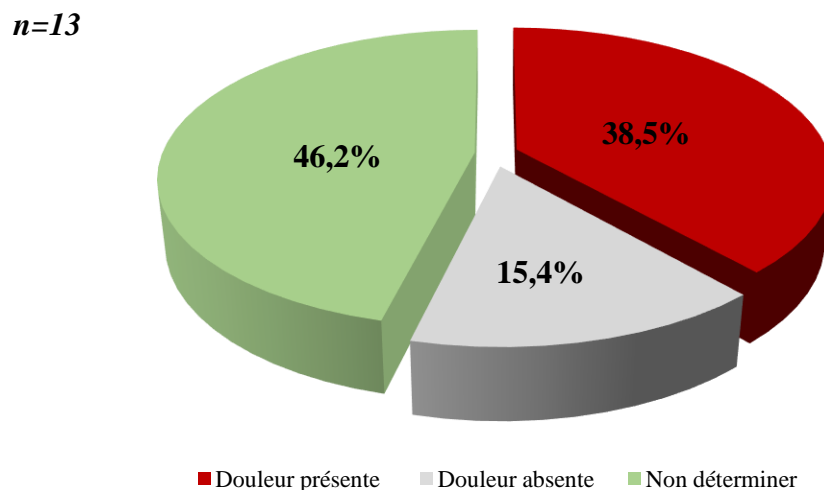
- Répartition selon la consistance des lésions cancéreuses :



**Figure 58: Répartition selon la consistance de la lésion cancéreuse**

46.2% des lésions cancéreuses sont de consistance dure.

- Répartition selon la présence de la douleur des lésions cancéreuses :

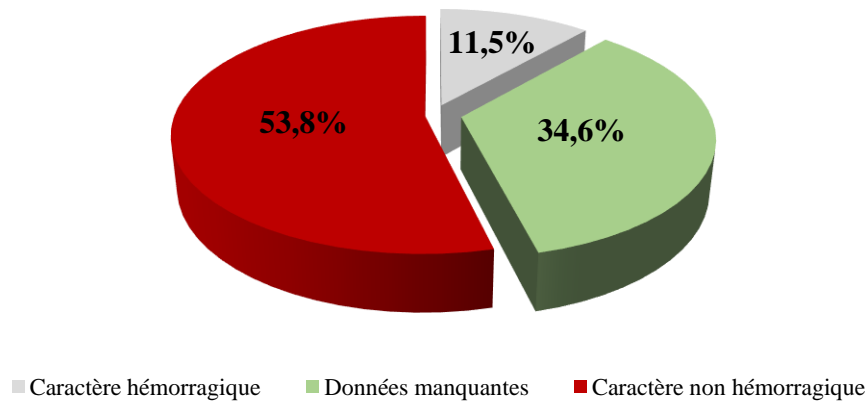


**Figure 59 : Répartition selon la présence de la douleur des lésions cancéreuses .**

38.5% des patients ayant des lésions cancéreuses se plaignaient d'avoir eu de douleurs.

### - Répartition selon le caractère hémorragique des lésions cancéreuses :

*n=26*

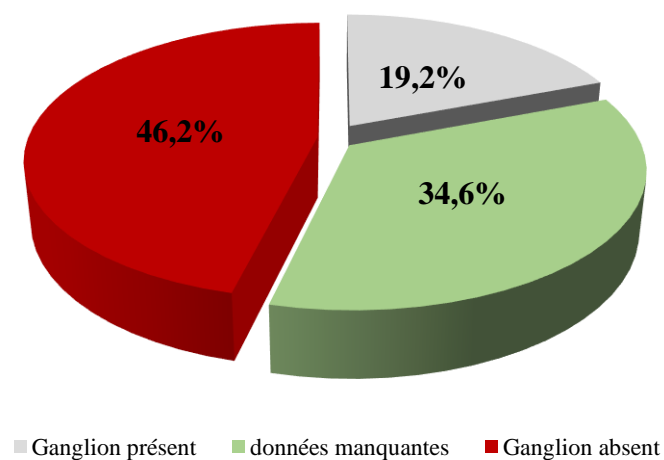


**Figure 60: Répartition selon le caractère hémorragique des lésions cancéreuses.**

Parmi toutes les lésions, **11.5%** avaient un caractère hémorragique.

### - Répartition selon la présence des ganglions :

*n=26*



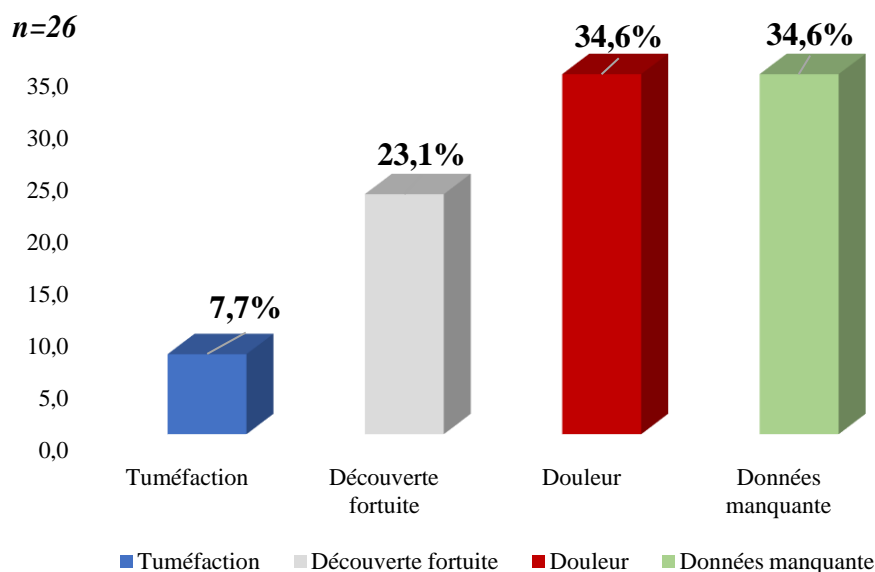
**Figure 61: Répartition selon la présence des ganglions.**

Les ganglions étaient palpables dans **19.2%** des cas.



### III.5 Diagnostic et découverte

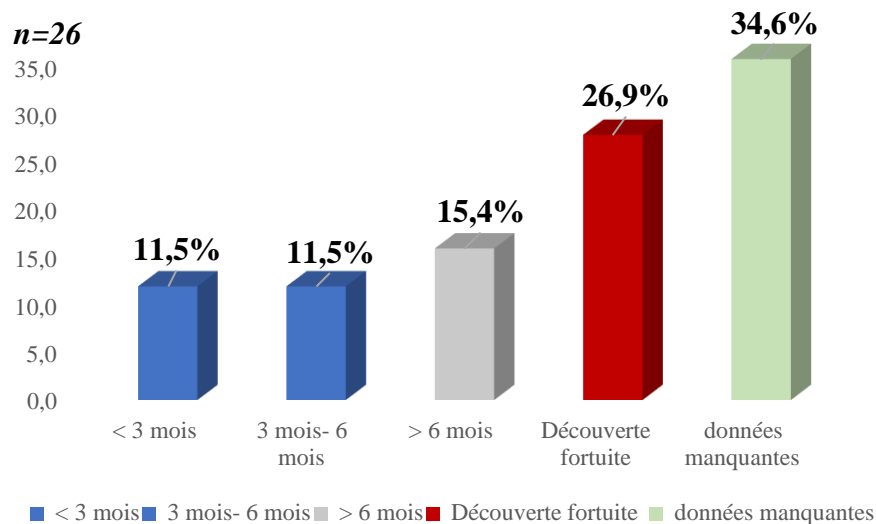
- Répartition selon la circonstance de découverte :



**Figure 62: Répartition selon la circonstance de découverte.**

Pour toutes les lésions, **34.6%** consultaient pour des douleurs, **23.1%** étaient une découverte fortuite et **7.7%** pour une tuméfaction.

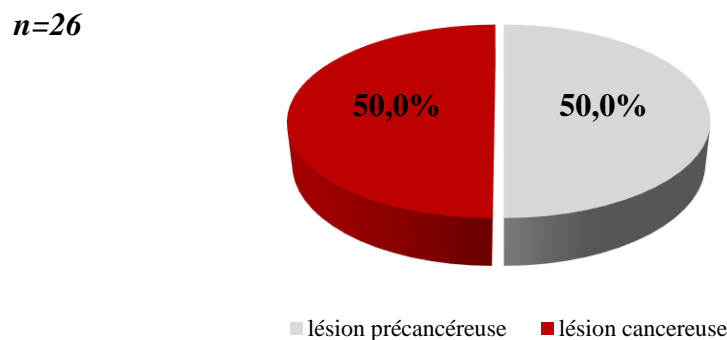
- Répartition selon la date d'apparition des signes :



**Figure 63: Répartition selon la date d'apparition des signes.**

**26.9%** n'avaient pas de date déterminée d'apparition des signes, **15.4%** avaient une date supérieure à 6 mois, **11.5%** étaient comprises entre 6 et 3 mois et moins de 3 mois.

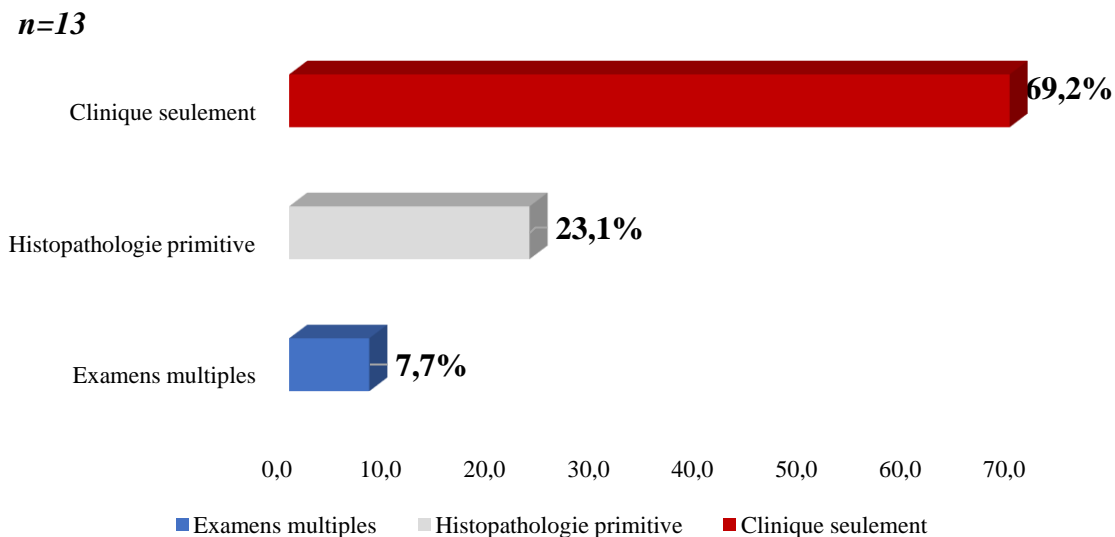
- Répartition selon le type de lésion :



**Figure 64: Répartition selon le type de lésion.**

Pour l'ensemble des lésions, 50% étaient des LPM et 50% étaient des lésions cancéreuses.

- Répartition selon la base de diagnostic des lésions potentiellement malignes :

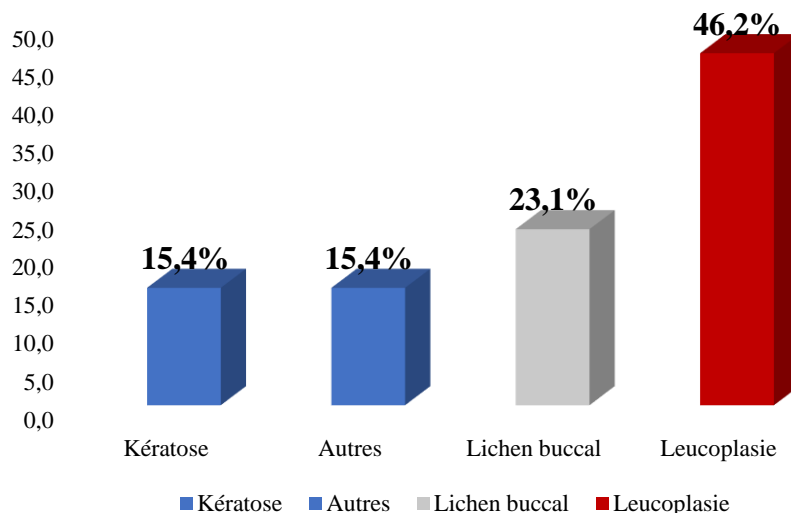


**Figure 65: Répartition selon la base de diagnostic des LPM.**

69.2 % des LPM ont été diagnostiquées cliniquement, 23.1% par une histopathologie primitive et 7.7% par des examens multiples

- Répartition selon le type de lésion potentiellement malignes :

*n=13*

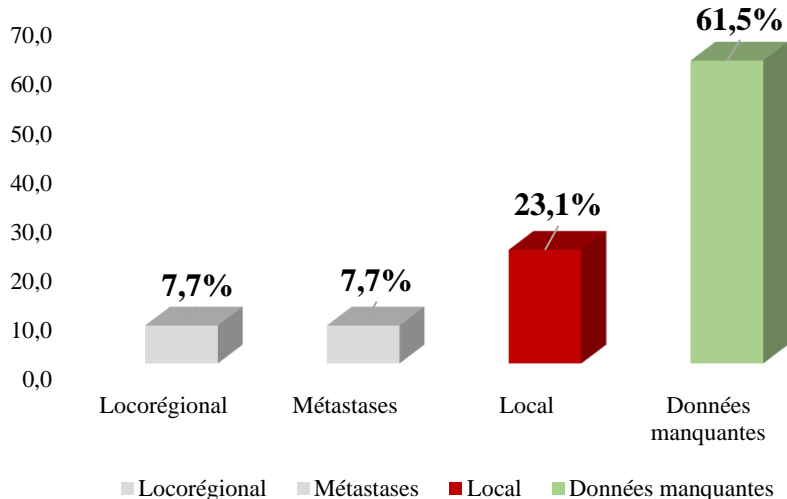


**Figure 66: Répartition selon le type des LPM.**

46.2 % des LPM étaient des leucoplasies suivies de lichen buccal 23.1% et 15.4% présentaient kératoses et autres.

- Répartition selon le stade de diagnostic des cancers :

*n=13*

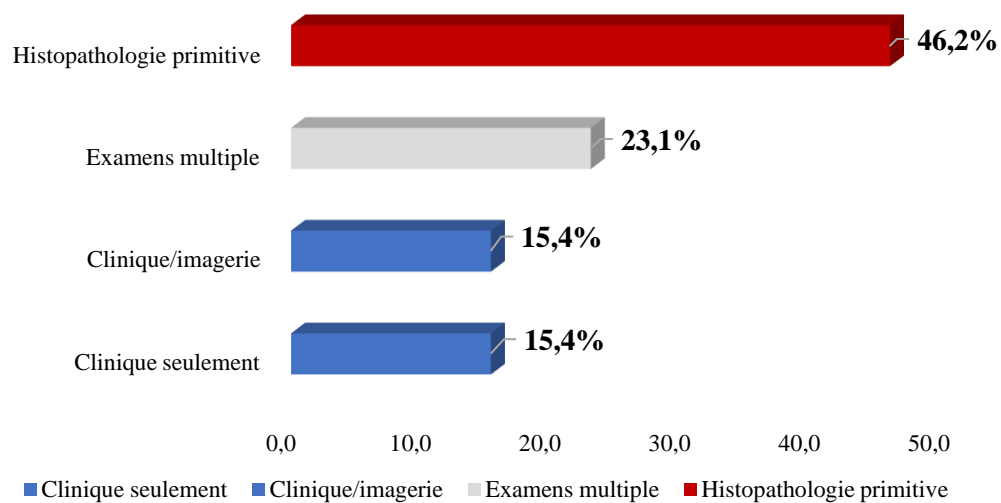


**Figure 67 : Répartition selon le stade de diagnostic des cancers.**

Les lésions cancéreuses ont été découvertes au stade local dans 23% des cas, au stade locorégional et métastatique dans 7.7%

- Répartition selon la base de diagnostic des cancers :

*n=13*

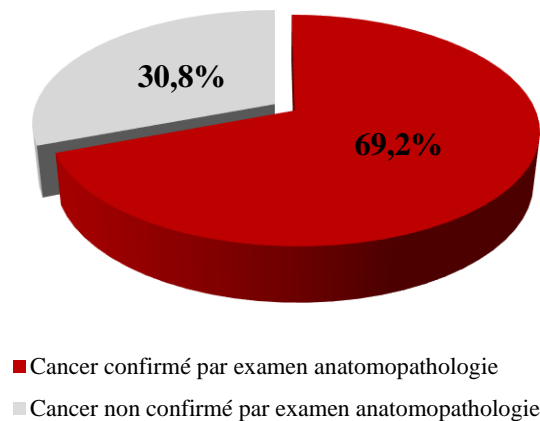


**Figure 68: Répartition selon base de diagnostic des cancers.**

Pour confirmer le diagnostic, on s'est basé sur l'histologie primitive dans **46.2%** des lésions cancéreuses, examen multiple **23.1%**.

- Répartition des cancers par confirmation avec examen anatomopathologique :

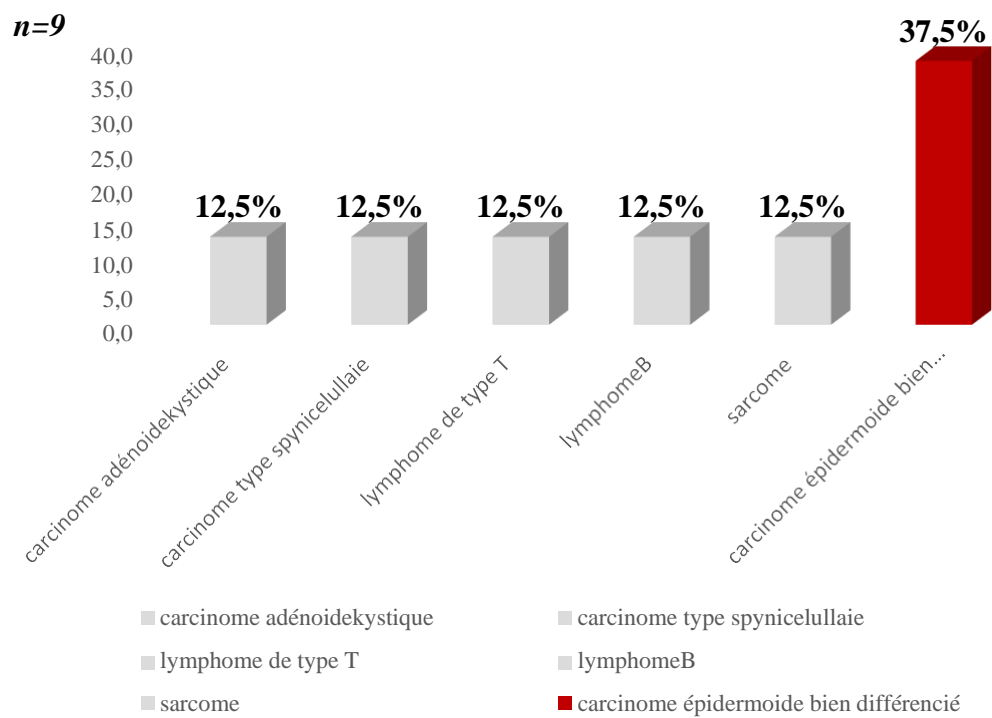
*n=13*



**Figure 69: Répartition des cancers par confirmation avec examen anatomopathologique.**

**69.2 %** des lésions cancéreuses ont été confirmées par un examen anatomopathologique.

- Répartition selon le type histologique du cancer :



**Figure 70: Répartition selon le type histologique du cancer.**

33.3% des lésions cancéreuses étaient des carcinomes épidermoïdes bien différencié, les autres types de tumeurs avaient un pourcentage de 11.1% pour chaque ty

## **Chapitre IV : Discussion**

### DISCUSSION

Pour réaliser notre étude, nous avons entamé une étude transversale, car elle reste simple, facile et elle répond à notre objectif qui est de décrire les caractéristiques épidémiologiques et cliniques des cancers et des lésions potentiellement malignes de la cavité buccale.

Un biais de sélection a été éliminé puisqu'il s'agit d'une pathologie cancéreuse grave, le malade est capté soit au niveau de la polyclinique, soit au niveau du service de la radio thérapie, sans oublier les laboratoires anatomopathologiques.

De ce fait, les données de notre enquête ont été collectées en face à face avec le patient dans 53.8% et le reste à partir des dossiers des malades ce qui a causé certaines données manquantes telles que les antécédents médicaux, variables des facteurs de risques, quelques critères de lésions ...

Par ailleurs, dans ce type d'étude, plusieurs limites peuvent être notées tel que la notion du temps où on ne peut pas déterminer la relation cause effet.

Notre étude a démontré une prédominance masculine avec un sexe-ratio de 1.36. La moyenne d'âge était de 61.5 ans. Le type histologique des LPM était les leucoplasies avec 46.2%, et celui des cancers c'est le carcinome épidermoïde avec 37.5% des cas.

#### IV.1 Critères sociaux démographiques :

##### - Recrutement des patients :

Les patients recrutés via la consultation du Service de Pathologie et Chirurgie Buccales du CHU de Tlemcen sont au nombre de **14 (53,8%)**. Les **12** autres patients ont été orientés : du laboratoire d'Anatomopathologie privé (**34,6%**), des services d'Oncologie (**7,7%**) et maxillofaciaux (**3,8%**) du CHU de Tlemcen.

##### - Genre :

Dans le monde, le nombre total de cas a été de 12 382 dont 8422 (68%) chez les hommes et 3960 (32%) chez les femmes selon M. De Camargo Cancela<sup>[63]</sup>. Selon R. Hamdoun et al, 57% des patients étaient de sexe masculin et 43% de sexe féminin avec un sex-ratio de 1,33<sup>[41]</sup>. Selon F. Slimani et al , la série se répartissait en 87 hommes et 42 femmes<sup>[65]</sup>. Pour I. Zaraa et al , les patients étaient répartis en 26 hommes et 4 femmes<sup>[66]</sup>.

Ces études sont similaires à la nôtre dont la majorité des patients étaient de sexe masculin avec 57.7% soit 15 patients, et le sexe féminin représentait 42.3% soit 11 patientes, le sexe-ratio était de 1,36.

Contrario à notre étude , F. Bougar avait une légère prédominance féminine avec 36 cas de sexe féminin (51.4%) et 34 cas de sexe masculin (48.6%) ; le sex-ratio (H/F) était de 0.94<sup>[67]</sup>. Le sexe féminin était prédominant, avec 80 femmes (55,2 %) pour 65 hommes (44,8 %), avec un sex-ratio de 0,8 selon M.M. Dieng <sup>[68]</sup>.

**Tableau 2: Tableau des résultats concernant le sexe**

Auteurs	Années	Pays(ville)	Sexe
M. De Camargo Cancela	2010	Dans le monde	H 68% ; F 32%
F. Slimani et al	2012	Maroc (Casablanca)	H 67.44% ; F 32.55%
M.M. Dieng	2012	Sénégal (Dakar)	F 55.2% ; H 44.8%
I. Zaraa et al	2013	Tunisie	H 86.66% ; F 13.33%
R. Hamdoun et al	2015	Maroc (Rabat)	H 57% ; F 43%
F. Bougar	2017	Maroc (Marrakech)	F 51.4% ; H 48.6%
<b>Notre étude</b>	<b>2020</b>	<b>Algérie (Tlemcen)</b>	<b>H 57,7% ; F42,3%</b>

### - Âge :

Selon M. De Camargo Cancela, la moyenne générale d'âge lors du diagnostic était de 60 ans pour les hommes atteints d'un cancer de la cavité buccale, chez les femmes l'âge moyen était de 66,4 ans pour les cancers de la cavité buccale <sup>[63]</sup>. Selon Ch.F. Tabeti, l'âge moyen était de 54.66 +/- 16.64 ans pour les femme et 54.33+/- 12.45 pour les hommes <sup>[6]</sup>. Contrairement à notre étude où il y avait une différence significative d'âge entre les hommes et les femmes avec une moyenne générale d'âge chez les hommes de 56.73 +/- 19.12 ans et chez les femmes 68+/- 14.4 ans

**Tableau 3 : Tableau des résultats concernant la moyenne d'âge chez les hommes et les femmes pour le cancer et les LPM**

Auteurs	Années	Pays(ville)	Moyenne d'âge chez les Hommes	Moyenne d'âge chez les Femmes
M.De Camargo Cancela	2010	Dans le monde	60 ans	66,4ans
Ch.F. Tabeti	2018	Algérie (Oran)	54.33+/-12.45ans	54.66+/-16.64ans
<b>Notre étude</b>	<b>2020</b>	<b>Algérie (Tlemcen)</b>	<b>56.73+/-19.12ans</b>	<b>68+/-14.4ans</b>



Pour les lésions cancéreuses , la catégorie de référence d'âge était de 0 à 49 ans dans le monde selon M.De Camargo Cancel <sup>[63]</sup>. Pour I. Zaraa et al , l'âge de nos patients était supérieur à 50 ans dans 80 % des cas, avec un pic de fréquence entre 60 et 70 ans <sup>[67]</sup>; la tranche d'âge la plus représentée a été celle de 65-75 ans soit 37,20% selon B. DIAKITE<sup>[69]</sup>. La tranche d'âge la plus représentative était de 60 à 69 ans selon F. Bougar <sup>[67]</sup>. Selon R.A. Rakotoarison &al la tranche d'âge la plus touchée était de 70ans et plus , soit 46.2% des patients<sup>[70]</sup>. Ce dernier résultat est similaire à notre étude où la tranche d'âge la plus touchée était celle des patients avec un âge supérieur à 70 ans avec un pourcentage de 46.2%

**Tableau 4:Tableau des résultats concernant la tranche d'âge des lésions cancéreuses.**

Auteurs	Années	Pays(ville)	Tranche d'âge des lésions cancéreuses
R.A. Rakotoarison	2010	France	70 ans et plus
M. De Camargo Cancela	2010	Dans le monde	0à 49 ans
I. Zaraa et al	2013	Tunisie	60 et 70 ans
B. Diakite	2014	Mali (Bamako)	65-75 ans
F. Bougar	2017	Maroc (Marakeche)	60 et 69 ans
<b>Notre étude</b>	<b>2020</b>	<b>Algérie (Tlemcen)</b>	<b>70 ans et plus</b>

Selon S. Haitami & al, l'échantillon comprenait 306 patients la moyenne de survenue des cancers était de 50,2ans (3), alors que dans notre étude ,les 13 patients atteints de cancer avaient une moyenne de survenue de 68ans.

**Tableau 5 : Tableau des résultats concernant la tranche d'âge et de survenue des cancers**

Auteurs	Années	Pays(ville)	Moyenne d'âge
S. Haitami & al	2016	Maroc (Casablanca)	50.2 ans
<b>Notre étude</b>	<b>2020</b>	<b>Algérie (Tlemcen)</b>	<b>68 ans</b>

### - Commune de résidence :

Parmi les 26 patients recrutés, la majorité résidait à Tlemcen (38,5%), et le reste faisait partie des autres communes (26.9%).

### - Activité professionnelle :

Pour B. Diakite ,les agriculteurs ont dominé avec 50,98% des cas, suivis par les femmes au foyer avec 27,45% des cas<sup>[69]</sup>. . 49,6% de la population consultante étaient sans profession, 22,7% étaient des retraités, 16% avaient un revenu fixe, 10,1% avaient un revenu inconstant tandis que seulement 1,8% étaient des hauts cadres selon R. Hamdoun et al<sup>[41]</sup>. Dans notre série les femmes au foyer ont dominé avec **15,4%** des cas, suivis par les sans-emploi avec 11,5% des cas, les invalides ; les retraités ; les ouvriers ; les indépendants et les employés de l'état représentaient chacun d'eux 7,7% des cas .

**Tableau 6:Tableau des résultats concernant l'activité professionnelle**

Auteurs	Années	Pays(ville)	Activités professionnelles
B. Diakite	2014	Mali (Bamako)	Agriculteurs (50.98%)
R. Hamdoun et al	2015	Maroc (Rabat )	Sans profession (49.6%)
<b>Notre étude</b>	<b>2020</b>	<b>Algérie ( Tlemcen)</b>	<b>Femmes au foyer 15,4%</b>

### - Antécédents médicaux et personnels du cancer :

Dans notre échantillon 10 patients (38,5%) ne présentaient aucun antécédent médical et 7 patients (26,9%) étaient soit diabétiques, hypertendus ou asthmatiques...

3 patients (11.5%) ont déclaré avoir eu un cancer (1 cas de carcinome épidermoïde, 1 cas de myélome multiple et un cas de cancer du sein).

## IV.2 Facteurs de risques :

L'alcoolisme et/ou le tabagisme sont les facteurs de risque les plus retrouvés. Ils représentent 51% des patients selon A. El Bousaadani <sup>[71]</sup>. Ceci correspond à nos résultats où il y avait une prédominance de l'alcoolisme et/ou le tabagisme, mais avec un pourcentage moins important (19.2%).

En ce qui concerne la consommation du thé, selon l'étude de Meyer ML., la majorité des analyses concernant ce facteur (analyse groupée, études de cohorte, études cas-témoins n'ont pas observé d'association avec le risque de cancer de la cavité buccale quels que soient le type de thé (noir, vert) et sa température (chaud, glacé).Une seule étude cas-témoins a mis en

évidence un risque diminué de cancer de la « bouche » (incluant les gencives, le plancher buccal, les joues, les vestibules et les aires rétromolaires) associé avec la consommation de thé<sup>[42]</sup>. Contrario à notre étude où il y avait une forte consommation de boissons chaudes (café et/ou thé chaud) avec 15.4% (seuls ou associés au tabac et l'alcool).

### - Association alcoolotabagique :

Selon F. Slimani et al, l'intoxication alcoolotabagique a été trouvée dans 69 % des cas <sup>[65]</sup>. Parmi les 22 patients tabagiques, 10 sont éthylo-tabagiques soit 45,4% selon S. Haitami<sup>[3]</sup> et seulement 3.8% selon R. Hamdoun et al<sup>[41]</sup>. Notre résultat de 33.3% se rapproche de celui de S. Haitami.

**Tableau 7:Tableau des résultats concernant l'association alcool- tabagique**

Auteurs	Années	Pays(ville)	Association alcoolotabagique
F. Slimani et al	2012	Maroc (Casablanca)	69%
R. Hamdoun et al	2015	Maroc (Rabat)	3.8%
S. Haitami	2016	Maroc (Casablanca)	45.4%
<b>Notre étude</b>	<b>2020</b>	<b>Algérie (Tlemcen)</b>	<b>33.3%</b>

### - Patients alcooliques :

7% des patients étaient alcooliques selon M.M. Dieng et al <sup>[68]</sup>. Selon B.Diakite 58,82% des patients consommaient de l'alcool<sup>[69]</sup>. Selon A. Delagranda et al, une intoxication éthylique était notée dans 81,25 % (340/375) des cas tous sexes confondus<sup>[72]</sup>. Selon S. Haitami et al, 10 patients étaient consommateurs d'alcool, 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 33.30% plus de 20 ans<sup>[3]</sup>.

Dans notre étude 11.5% des patients étaient alcooliques , ce pourcentage ne correspond à aucun des résultats sus cités .

**Tableau 8:Tableau des résultats concernant les patients alcooliques**

Auteurs	Années	Pays(ville)	Patients alcooliques
M.M. Dieng et al	2012	Sénégal (Dakar)	7%
B.Diakite	2014	Mali (Bamako)	58,82%
S. Haitami et al	2016	Maroc (Casablanca)	3,3%
A. Delagranda et al	2017	France (Ile de la Réunion )	81,25 %
<b>Notre étude</b>	<b>2020</b>	<b>Algérie (Tlemcen)</b>	<b>11.5%</b>

### - Habitudes tabagiques :

17 % des patients étaient tabagiques selon M.M. Dieng et al<sup>[68]</sup> ; 78.43% selon B.Diakite <sup>[69]</sup>. et 86.1% selon A. Delagranda et al <sup>[72]</sup>. Dans notre population , 34.6 % présentaient des habitudes tabagiques , parmi eux 44.4% prenaient du tabac fumé ( ce pourcentage est le plus important et il est de même que l'étude de C. Bertrand<sup>[14]</sup>), 22.2% consommaient le tabac à chiquer ( ce pourcentage reste plus élevé que celui de l'étude de C. Bertrand dont le tabac prisé ou chiqué reste d'utilisation très marginale et représente moins de 0,4% de la consommation de tabac <sup>[14]</sup> et 33.3 % avaient l'association des deux types du tabac.

**Tableau 9:Tableau des résultats concernant les habitudes tabagiques**

Auteurs	Années	Pays(ville)	Habitudes tabagiques
M.M. Dieng et al	2012	Sénégal (Dakar)	17%
B.Diakite	2014	Mali (Bamako)	78,43%
A. Delagranda et al	2018	France (Ile de la Réunion )	86,1 %
<b>Notre étude</b>	<b>2020</b>	<b>Algérie (Tlemcen)</b>	<b>34.6%</b>

Par ailleurs, les patients fumeurs représentaient 26.9% de l'ensemble de notre échantillon ceci est :

- Presque similaire aux résultats de R. Hamdoun où les patients fumeurs ont représenté 21,30% de la population consultante <sup>[41]</sup>.

- Plus important par rapport aux résultats de A.El Idrissi où l'intoxication tabagique (la consommation a concerné les cigarettes ) a été retrouvée chez 4 patients (16,6%), tous de sexe masculin. <sup>[73]</sup>; et de S. Haitami et al où 22 patients fumaient soit 7,2%<sup>[3]</sup>.

- Et un peu moins important par rapport aux résultats de F. Bougar où l'intoxication tabagique (la consommation a concerné les cigarettes ) a été retrouvée chez 22 patients (31%), tous de sexe masculin<sup>[67]</sup>.

**Tableau 10:Tableau des résultats concernant les patients fumeurs.**

Auteurs	Années	Pays(ville)	Patients fumeurs
R. Hamdoun	2015	Maroc (Rabat)	21,30%
A.El Idrissi	2015	Maroc (Fès)	16,6
S. Haitami et al	2016	Maroc (Casablanca)	7,2%.
F. Bougar	2017	Maroc (Marrakech)	31%
<b>Notre étude</b>	<b>2020</b>	<b>Algérie (Tlemcen)</b>	<b>26.9%</b>

Selon F. Slimani et al, la consommation moyenne du tabac fumé est de 35 paquets/année avec des extrêmes allant de 8 et 64<sup>[65]</sup>. Selon F. Bougar , la consommation moyenne du tabac fumé varie entre 20 et 50 paquets/ année <sup>[67]</sup>. La consommation de tabac fumé était très importante chez nos patients avec une moyenne 333.71 paquets/an et des extrêmes allant de 55 et 730 paquets/ an .

**Tableau 11:Tableau des résultats concernant la consommation moyenne du tabac fumé**

Auteurs	Années	Pays(ville)	La consommation moyenne du tabac fumé (par paquet/ an)
F. Slimani et all	2012	Maroc (Casablanca)	35 paquets/an
F. Bougar	2017	Maroc (Marrakech)	20 et 50 paquets/ an
<b>Notre étude</b>	<b>2020</b>	<b>Algérie (Tlemcen)</b>	<b>333.71 Paquets/an</b>

### - Mauvaise hygiène bucco-dentaire :

Selon R. Hamdoun, le mauvais état buccodentaire a été noté chez 62,80% des patients <sup>[41]</sup>. Selon A. El Bousaadani et al, 52% des patients ont un mauvais état buccodentaire dont la responsabilité est difficile à mettre en évidence en tant que facteur de risque isolé <sup>[71]</sup>. Selon F. Bougar ,une mauvaise hygiène bucco-dentaire a été observée chez 41 patients (58.5%)<sup>[67]</sup>.

Dans notre étude, la mauvaise hygiène bucco-dentaire avait un pourcentage minime par rapport aux résultats sus cités avec un taux de 38.5% à savoir 10 patients

**Tableau 12:Tableau des résultats concernant l'hygiène bucco-dentaire**

Auteurs	Années	Pays(ville)	Mauvaise hygiène bucco-dentaire
A.El Bousaadani et al	2014	Maroc (Casablanca)	52%
R. Hamdoun	2015	Maroc (Rabat)	62,80%
F. Bougar	2017	Maroc (Marrakech)	58,5%
<b>Notre étude</b>	<b>2020</b>	<b>Algérie (Tlemcen)</b>	<b>38.5%</b>

### - Traumatisme chronique :

Selon RA Rakotoarison , l'irritation chronique provoquée par une dent très délabrée ou une prothèse dentaire amovible mal adaptée dont le crochet était agressif peut être à l'origine d'une lésion qui, en fonction du terrain (âge, intoxication éthylo-tabagique), peut se transformer à long terme<sup>[70]</sup>. Selon F. Bougar ,24 patients (34%) ont étaient porteur de prothèse dentaire<sup>[67]</sup>.

Dans notre étude, 15.4% des patients présentaient un traumatisme chronique qui était dû aux prothèses mal adaptées dans 75% et aux chicots des racines dans 25% des cas.

### **- Carence nutritionnelle et obésité :**

Les facteurs nutritionnels peuvent également être incriminés, mais nous n'avons pas pu vérifier l'impact de ces facteurs puisque l'évaluation du régime alimentaire ne faisait pas partie de nos objectifs de travail.

### **IV.3 Critères liés aux lésions :**

#### **- Siège :**

Selon S. Haitami et al , 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 <sup>[3]</sup>. La répartition topographique des lésions est inhomogène selon notre enquête avec une atteinte plus importante au niveau de la muqueuse labiale dans 23.1% des cas , la langue dans 15.4% . Les extensions des lésions initiales atteignant différentes topographies de la cavité buccale étaient retrouvées dans 19.2% . 11.5% des cas se localisaient soit dans la muqueuse masticatoire , le plancher buccal ou la muqueuse jugale . Le pourcentage le moins important avec 3.8% des cas intéressait la muqueuse palatine et la fibro muqueuse gingivale.

Pour les lésions cancéreuses notamment le carcinome épidermoïde , les localisations les plus fréquentes sont les lèvres inférieures (partie muqueuse des lèvres) dans 35 % des cas, la langue mobile dans 33 % des cas (dont le bord latéral représentait 91 % de ces cas), le plancher buccal dans 11,5 % des cas, la face interne de la joue dans 8 % des cas, le palais dans 7,5 % des cas et le trigone rétromolaire dans 5 % des cas selon F. Slimani et al <sup>[65]</sup>. Selon F. Bougar, la tumeur était au niveau de la joue dans 16 cas (23%), au niveau de la langue dans 15 cas (22%), les autres localisations ont été : la lèvre inférieure dans 12 cas (17%), gingivo-labiale dans 11 cas (16%), la lèvre supérieure dans 05cas (7%), le plancher buccal dans 06 cas (8%) et joue et lèvre dans 05 cas (7%)<sup>[67]</sup>. Selon K. Ligier, les topographies les plus fréquentes étaient la langue mobile chez l'homme et chez la femme <sup>[74]</sup>. Selon B.Diakite, la tumeur de la langue a été la plus représentée avec 39,22%<sup>[69]</sup>.

Selon R. Hamdoun ,la localisation la plus fréquente était langue avec 46,2% des cas, suivis par la face interne des joues avec 10,10%, les lèvres 7,6%, la gencive 3,3% et le plancher antérieur dans 2,5% des cas.(44). Selon M.M. Dieng et al ,la langue mobile et la face interne des joues étaient les topographies électives dans la série <sup>[68]</sup>. Selon R.A. Rakotoarison et al le siège

endobuccal du carcinome épidermoïde varie selon les auteurs. Les uns parlent d'une prédilection pour la langue tandis que, pour d'autres, la localisation linguale arrive en seconde position après le plancher buccal, avant la gencive . Il semble que cette prédilection dépende de l'agent causal : avec le tabagisme, les sites les plus affectés sont par ordre décroissant le plancher buccal, la langue et la gencive . Sur la langue, la zone la plus touchée par les carcinomes épidermoïdes est la partie marginale ; la partie mobile étant affectée dans deux tiers des cas et la base dans un tiers des cas<sup>[70]</sup>.

Nos résultats sont similaires à ceux de F. Slimani et al, où on avait une prédominance pour la localisation labiale des cancers de la cavité buccale avec un taux de 38.5% , suivi par la langue avec 23.1% puis le plancher buccal dans 15.4% des cas . Les 7.7% du reste des localisations intéressaient la muqueuse masticatoire , palatine ou bien des extensions des lésions initiales sur différents sièges.

**Tableau 13: Tableau des résultats concernant le siège le plus fréquent des cancers**

Auteurs	Années	Pays(ville)	Siège le plus fréquent des cancers
F. Slimani et al	2012	Maroc (Casablanca)	35% la lèvre
B.Diakite	2014	Mali (Bamako)	39,2% la langue
R. Hamdoun	2015	Maroc (Rabat)	46,2% la langue
F. Bougar	2017	Maroc (Marrakech)	23% les joues
<b>Notre étude</b>	<b>2020</b>	<b>Algérie (Tlemcen)</b>	<b>38.5% la lèvre</b>

### - Aspect :

Selon F. Bougar , l'aspect ulcéro-bourgeonnant a été retrouvé dans 27 cas (38%), bourgeonnant dans 16 cas (22%), et ulcéré dans 14 cas (20%), nodule interstitiel dans 10 cas (14%), et ulcéro-infiltrant dans 03 cas (4%)<sup>[67]</sup>. Selon A. El Idrissi ,l'aspect ulcéro-bourgeonnant de la tumeur a été retrouvé dans 12 cas (50%), bourgeonnant dans 6 cas (25%), et ulcéré dans 6 cas (25%)<sup>[73]</sup>. Dans notre échantillon, l'aspect bourgeonnant dominait avec un pourcentage de 76.9% , suivi de 15.4 % en creux et 7.7% en relief.

**Tableau 14: Tableau des résultats concernant l'aspect des lésions cancéreuses**

Auteurs	Années	Pays(ville)	Aspect
A.El Idrissi	2015	Maroc (Fes)	ulcéro-bourgeonnant 50%
F. Bougar	2017	Maroc (Marrakech)	ulcéro-bourgeonnant 38%
<b>Notre étude</b>	<b>2020</b>	<b>Algérie (Tlemcen)</b>	<b>Bourgeonnant 76.9%</b>

### - Palpation des aires ganglionnaires :

Selon A. El Bousaadani & al, une ou plusieurs adénopathies cervicales sont palpables dans 51% des cas <sup>[71]</sup>. , alors que pour nos patients , 19.2% des ganglions étaient cliniquement palpable.

**Tableau 15:Tableau des résultats concernant la présence d'adénopathies**

Auteurs	Année	Pays (ville)	Présence d'adénopathies
A. El Bousaadani & al	2014	Maroc (Casablanca)	51%
<b>Notre étude</b>	<b>2020</b>	<b>Algérie (Tlemcen)</b>	19.2%

### - Circonstance de découverte :

Selon M.M. Dienga & al les motifs de consultation étaient divers et variés, et dépendaient de la topographie de la tumeur au sein de la cavité buccale<sup>[68]</sup>. Selon F. Bougar , cinquante-six patients (80%) ont consulté pour une tuméfaction, la douleur a été le deuxième symptôme, notée chez vingt-trois patients (33%), les autres symptômes ont été le saignement dans dix-sept cas (24%), la gêne fonctionnelle dans treize cas (18%), le problème était esthétique dans deux cas (3%) <sup>[67]</sup>. Selon Haitami & al, 40 patients 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. 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 . Ce point est d'autant plus vrai étant donné le contexte socio-économique où l'accès aux soins bucco-dentaires est difficile<sup>[3]</sup>. Selon B.DIAKITE , la tuméfaction a été le motif de consultation le plus fréquent (54,90%).Ulcération 25,50 % Douleur19,60% <sup>[69]</sup>.

Contrairement à ces résultats, le motif de consultation majeur pour nos patients était la douleur dans 34.6% , et la deuxième position c'était la tuméfaction dans 7.7% . Pour les 23.1% des autres cas , la découverte était fortuite .

**Tableau 16:Tableau des résultats concernant les circonstances de découverte des lésions**

Auteurs	Années	Pays (ville)	Circonstances de découverte
B.DIAKITE	2014	Mali (BAMAKO)	Tuméfaction 54,90%
Haitami & al	2016	Maroc (Casablanca)	Découverte fortuite 86.9 %
F. Bougar	2017	Maroc (Marrakech)	Tuméfaction 80%
<b>Notre étude</b>	<b>2020</b>	<b>Algérie (Tlemcen)</b>	<b>Douleur 34.6%</b>



### - Date d'apparition des signes :

Selon R. Hamdoun & al , la médiane du délai de consultation était de 6 mois <sup>[41]</sup>. Selon F.Bougar ,ce délai a été compris entre 1 mois et demi et 24 mois avec une moyenne de 8 mois<sup>[67]</sup>. Selon Haitami & al, 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<sup>[3]</sup>. Nos résultats correspondaient à ceux de R. Hamdoun & al , A. El Bousaadani & al, A. El Idrissi avec une moyenne de 6 mois , cependant la majorité de nos patients ( 26.9% ) n'ont pas pu déterminer la date d'apparition des signes .

**Tableau 17:Tableau des résultats concernant le délai de consultation des patients**

Auteurs	Années	Pays (ville)	Délai de consultation
R. Hamdoun & al	2015	Maroc (Rabat)	M :6 mois.
F.Bougar	2017	Maroc (Marrakech)	M :8 mois.
<b>Notre étude</b>	<b>2020</b>	<b>Algérie (Tlemcen)</b>	<b>M : 6 mois</b>

### - Bases de diagnostic des lésions potentiellement malignes et des lésions malignes et les types histologiques de chacune :

Pour des raisons cliniques où il n'y avait pas l'indication de la biopsie , 69.2% des LPM ont été diagnostiquées cliniquement seulement ,dans 23.1% , on s'est basé sur un examen anatomopathologique. Parmi les 13 LPM, le type histologique le plus répondu était les leucoplasies avec 46.2% , suivi par le lichen plan dans 23.1% des cas , et dans 15.4% c'était des kératoses ou d'autres types des LPM. Nos résultats sont similaires à ceux de F.Bougar et A.El Idrissi où la majorité des patients avaient des leucoplasies (3 cas) et un cas de lichen plan. (76, 83)et ceux de S. Haitami & al où 62,5% des lésions dépistées étaient des leucoplasies et 15% étaient des lichens plans<sup>[3]</sup>.

**Tableau 18:Tableau des résultats concernant le type des lésions potentiellement malignes le plus répondu**

Auteurs	Année	Pays (ville)	Type histologique des LPM le plus répondu
S. Haitami & al	2016	Maroc (Casablanca)	Leucoplasie 62,5%
F.Bougar	2017	Maroc (Marrakech)	Leucoplasie 75%
<b>Notre étude</b>	<b>2020</b>	<b>Algérie (Tlemcen)</b>	<b>Leucoplasie 46.2%</b>

Sur les 13 cas des lésions cancéreuses , 69.2% ont été confirmés par un examen anatomopathologique associé ou pas à des examens radiologiques type TDM ou IRM contrairement à l'étude de F. Bougar où le diagnostic du cancer de la cavité buccale a été confirmé dans tous les cas par l'examen histologique du prélèvement biopsique fait au niveau de la tumeur<sup>[67]</sup>. Dans 15.4% des cas, on avait des examens radiologiques TDM et/ou IRM contrairement à l'étude de M.M. Dienga & al où aucun patient n'a bénéficié d'une IRM, mais plutôt d'une scanographie cervico-faciale dans 22% des cas <sup>[68]</sup>.

Selon É.Droneau 85% des cancers buccaux sont visibles lors d'un examen clinique direct étant donné l'accessibilité de la muqueuse orale<sup>[75]</sup>. alors que dans notre étude on avait qu'un pourcentage minime de 15.4% de cas diagnostiqués cliniquement seulement .

Concernant le type histologique, selon R.A.Rakotoarison & al ,les carcinomes épidermoïdes représentent plus de 90 % des cancers de la cavité buccale <sup>[70]</sup>. Selon K. Ligier & al , 95,3 % des tumeurs de la cavité buccale étaient des carcinomes épidermoïdes. Les autres types histologiques étaient répartis entre : autres tumeurs épithéliales (1,9 %), adénocarcinomes (1,3 %), cancers des tissus mous (0,3 %), mélanomes (0,2 %), tumeurs neuroendocrines (0,1 %), autres morphologies (0,9 %)(84). Selon M.M. Dienga & al, le carcinome épidermoïde a constitué le type histologique prédominant avec 98 % <sup>[68]</sup>. Selon Hamdoun & al, le carcinome épidermoïde a représenté 61% des cancers de la cavité buccale. Les autres types histologiques étaient répartis entre : carcinomes adénoïdes kystiques 11%, adénocarcinome d'origine salivaire 9%, carcinome mucoépidermoïde 6%, lymphomes malins non hodgkinien B à grandes cellules 3%, carcinome basocellulaire 2% et les autres tumeurs 9% <sup>[41]</sup>. Selon B. DIAKITE , le type histologique dominant a été le carcinome épidermoïde différencié avec 76,47% des cas<sup>[69]</sup>.

Tous ces résultats sont similaires à notre étude où le carcinome épidermoïde constituait le pourcentage le plus élevé avec 37.5% , cependant il y a une différence concernant les autres types de cancers diagnostiqués qui étaient répartis en sarcomes , lymphomes type B et type T et autres formes de carcinomes ( spinocellulaire et adénoïde kystique ) ; chacun d'eux avait un pourcentage de 12.5% .

Concernant le type histologique, le plus répondeur des cancers dans notre échantillon avec 37.5% était le carcinome épidermoïde.

**Tableau 19: Tableau des résultats concernant le type histologique des lésions cancéreuses le plus répondu.**

Auteurs	Année	Pays (ville)	Type histologique des lésions cancéreuses le plus répondu
R.A.Rakotoarison & al	2010	Madagascar	Carcinome épidermoïde : 90 %
K. Ligier & al	2011	France	Carcinome épidermoïde : 95,3 %.
M.M. Dienga & al	2012	Sénégal (Dakar)	Carcinome épidermoïde : 98 %
B. DIAKITE	2014	Mali (Bamako)	Carcinome épidermoïde : 76,47%
Hamdoun & al	2015	Maroc (Rabat)	Carcinome épidermoïde : 61%
<b>Notre étude</b>	<b>2020</b>	<b>Algérie (Tlemcen)</b>	<b>Carcinome épidermoïde : 37.5%</b>

### **Stade du diagnostic :**

Quarante-deux pour cent des carcinomes ont été classés T3 contre 13 % classés T1 selon la classification TNM selon F. Slimani & al <sup>[65]</sup>. 52% des patients ont présenté des tumeurs stade IV contre seulement 4% au stade I selon Hamdoun & al <sup>[41]</sup>.

Faute de suivi et de coopération des malades, on n'a pas pu déterminer le stade du diagnostic

## CAS CLINIQUES :

### Cas clinique n° 01

#### A) Observation

Il s'agit de la patiente B.M, âgée de 83 ans, originaire et demeurant à Tlemcen, femme au foyer et présentant une cardiopathie.

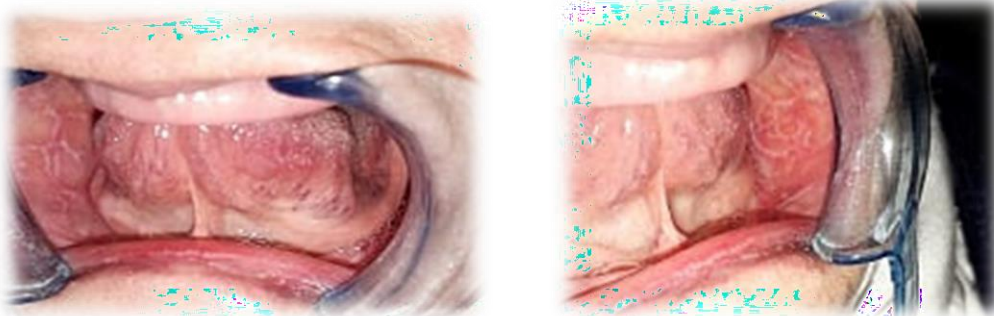
Elle s'est présentée au niveau du service de Pathologie et Chirurgie Buccales le 10/12/2019 pour un motif douloureux.

L'anamnèse a révélé une grande consommation de thé chaud de la part de la patiente.

L'examen exo buccal n'a montré aucune anomalie décelable et aucune adénopathie cliniquement palpable.

L'examen endo buccal a mis en évidence un édentement total bi maxillaire, ainsi que des lésions blanches au niveau de la muqueuse jugale droite et gauche qui évoluent depuis 4 mois, non détachables, sous forme de fines lignes en reliefs, ayant un aspect en réseau, douloureuses, non hémorragiques.

Après 2 mois de la 1ère consultation, ses lésions se sont étendues au niveau de la muqueuse labiale supérieure et inférieure, et sur la muqueuse masticatrice supérieure gauche avec un érythème plus prononcé.



**Muqueuse jugale droite**

Source : Service de pathologie et chirurgie buccales, clinique A, CHU Tlemcen

**Figure 71: Aspect clinique à la première consultation de la patiente B.M âgée de 83 ans**



**Extension labiale**



**Extension sur la muqueuse masticatrice  
côté gauche**



**Érythème plus prononcé**

Source : Service de pathologie et chirurgie buccales, clinique A, CHU Tlemcen

**Figure 72: Aspect clinique après 2 mois de la première consultation avec un érythème plus marqué et une extension au niveau de muqueuse masticatrice supérieure côté gauche et la muqueuse labiale de la patiente B.M âgée de 83 ans**

\*Examen complémentaire :

Une biopsie a été réalisée afin de poser le diagnostic.

### Protocole opératoire

- Désinfection et analgésie :



**Figure 73: Désinfection et analgésie**

- Incision et prélèvement :



**Incision**



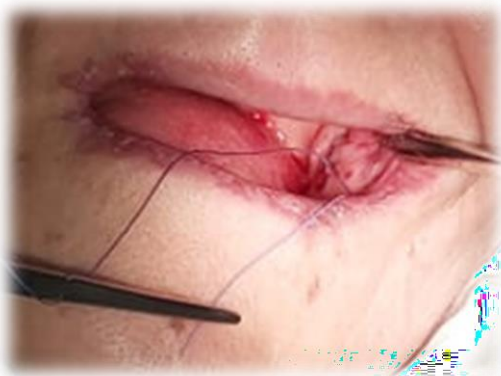
**Prélèvement**

**Figure 74: Incision et prélèvement.**



**Figure 75: Fragment prélevé.**

- Sutures :



**Figure 76: Sutures de la plaie.**

-Envoi au laboratoire :

Le fragment a été envoyé, après sa fixation dans le liquide de formol, au laboratoire accompagné de la fiche de renseignements.



**Figure 77: Envoi au laboratoire de la pièce prélevée dans le liquide de formol.**

### **Résultats :**

Parcelle tissulaire de 8 mm inclus en totalité.

L'étude microscopique du prélèvement envoyé montre une parcelle de revêtement cutané revêtue par un épithélium pavimenteux stratifié kératinisé hyper acanthosique, siège de foyers d'hyperkératose de type ortho kératosique, accompagnés d'un épaissement de la couche granuleuse et des zones et des zones d'hyperkératose de type para kératosique. Cet épithélium acanthosique présente une couche basale montrant une dégénérescence vacuolaire focale gringotée et rongée par un infiltrat inflammatoire de nature lymphocytaire disposé en bande sous-épithéliale.

### **Conclusion :**

Aspect histologique d'un lichen plan.

Absence de signe de malignité sur le prélèvement envoyé.



### **B) Discussion :**

Une patiente âgée de 83 ans, cardiopathe, grande consommatrice de thé chaud, s'est présentée au niveau du service de Pathologie et Chirurgie Buccale, elle se plaignait de douleur originaire de lésion localisée au niveau jugal.

On lui a prescrit un cocktail de bains de bouche (à base de FUNGIZONE, ELUDRIL et Bicarbonate), la lésion n'a pas disparu et elle a connu une évolution significative dans les 02 mois qui suivaient la première consultation, se montrant dans l'accentuation des douleurs et l'apparition d'un aspect érosif.

Sa localisation s'est étendue au niveau de la muqueuse labiale et masticatoire.

Une biopsie a été réalisée et l'examen anatomopathologique de la pièce a confirmé le diagnostic d'une lésion potentiellement maligne de type histologique lichen plan buccal.

Un traitement symptomatique local à base de corticoïde a été instauré (Prednisolone 20mg)

La malade est toujours sous contrôle périodique espacé de 2 mois

## Cas clinique n°02 :

### A) Observation

Il s'agit du patient H.S, âgé de 28 ans, résident à Naama, employeur de l'état, fumeur depuis 13ans (20 cigarettes/jour soit 365 P/A)

Il s'est présenté au niveau du service de Pathologie et Chirurgie Buccales le 30/11/2019 pour des douleurs.

L'anamnèse médicale n'a révélé aucune maladie générale cependant elle précise que le grand-père présentait un antécédent de cancer cérébral.

L'examen de la face présentait une symétrie du visage

L'examen des aires ganglionnaires n'a révélé aucune adénopathie cliniquement palpable.

Quant à l'examen endo buccal, ce dernier a montré une hygiène bucco-dentaire insuffisante et une lésion siégeant dans la face interne de la muqueuse labiale, évoluant depuis 4 mois et dont ses caractéristiques sont les suivants : couleur blanche , non détachable , douloureuse , de morphologie en nappe et d'un aspect en relief , ne présentant pas un caractère hémorragique.



Source : Service de pathologie et chirurgie buccales, clinique A, CHU Tlemcen

**Figure 78: Aspect clinique à la première consultation du patient H.S âgé de 28 ans.**

### **B) Discussion :**

Un jeune patient de 28ans , fumeur de 365P/A s'est rendu au service de pathologie et Chirurgie Buccales , CHU Tlemcen pour des douleurs originaires de la lésion qui se situait au niveau de la face interne de la muqueuse labiale évoquant cliniquement une leucoplasie .

Cependant, le diagnostic n'a pas pu être confirmé par des examens complémentaires puisque le patient devrait se rendre au lieu de sa résidence pour des raisons professionnelles.

### Cas clinique n°03 :

#### A) Observation

Un patient B.S. âgé de 37 ans, ouvrier, réside à Nedrouma,, asthmatique et fumeur depuis 23 ans ( 20 cigarettes/jour soit 365 P/A) , alcoolique et grand consommateur du café chaud .

Il s'est présenté le 08/08/2019 au service de Pathologie et Chirurgie Buccales, CHU Tlemcen pour une cellulite cervico faciale d'origine dentaire.

Le patient présentait un visage symétrique, une coloration physiologique des téguments et aucune adénopathie cliniquement palpable.

L'hygiène bucco-dentaire était insuffisante

Le patient avait un traumatisme chronique de la muqueuse linguale par morsure .

L'inspection buccale a montré la présence de lésions blanches, non détachables, d'aspect en relief , de consistance ferme, indolore, saignante, siégeant au niveau de la face ventrale et les bords latéraux de la langue évoluant depuis plusieurs années.



**Langue vue de  
face**



**Langue vue de  
profil**

Source : Service de pathologie et chirurgie buccales, clinique A, CHU Tlemcen

**Figure 79: Aspect clinique à la première consultation du patient B.S.M âgé de 37 ans.**

### **B) Discussion :**

Le patient âgé de 37ans s'est présenté au sein du service de pathologie et chirurgie buccale ,  
CHU Tlemcen pour un traitement d'urgence d'une cellulite cervico faciale d'origine dentaire.

Lors de son dernier contrôle, une lésion linguale a fait l'objet d'un examen minutieux évoquant  
un aspect blanc, non détachable, évoluant de plusieurs années.

Le patient présentait des facteurs associés : tabac et alcool (consommation de 365 P/A), et prise  
quotidienne de café chaud.

L'absence de symptomatologie a fait que le patient a négligé la lésion, et il n'est plus revenu  
pour poursuivre les démarches diagnostiques.

### Cas clinique n°04 :

#### A) Observation

Il s'agit du patient B.F, âgé de 47 ans, résident à Ain Youcef, manœuvrier, fumeur depuis plus de 30 ans (20 cigarettes/jour soit 365 P/A), ancien alcoolique et buveur de café chaud.

Il s'est présenté au niveau du service de Pathologie et Chirurgie Buccales le 14/08/2019 pour des douleurs.

L'anamnèse médicale n'a révélé aucune maladie générale.

L'examen exo buccal a révélé une asymétrie faciale du côté droit, et la palpation des aires ganglionnaires a mis en évidence une adénopathie sous mandibulaire de 1cm, mobile et douloureuse.



**Figure 80: Vue de face montrant une asymétrie faciale côté droit du patient B.F âgé de 47ans.**

L'examen endo buccal a montré une hygiène bucco-dentaire insuffisante et a révélé la présence d'une lésion à droite de la ligne médiane du palais dur en regard de la 2eme molaire droite ( 27) et qui s'étend vers la tubérosité du même coté , elle est de couleur rouge entouré d'un liseré blanc, de morphologie arrondie et d'aspect en creux , douloureuse, hémorragique , de consistance ferme et fixe avec les tissus sous-jacents.



Source : Service de pathologie et chirurgie buccales, clinique A, CHU Tlemcen

**Figure 81: Vue endo buccale montrant la lésion du patient B.F âgé de 47ans.**

\*Examens complémentaires :

-Une biopsie a été réalisée contenant 3 fragments biopsiques afin de poser le diagnostic positif

Compte rendu de la biopsie ;

L'examen microscopique de l'ensemble des prélèvements permet de visualiser une muqueuse malpighienne abritant une prolifération tumorale maligne diffuse en nappe respectant le revêtement de surface faite de grandes cellules aux noyaux hyperchromatiques, anisocaryotiques, nucléoles comportant de nombreuses figures de mitoses soutenues par un stroma ,réaction richement vascularisée. S'y mêle une réaction inflammatoire de voisinage.

Conclusion :

Aspect histopathologique réalisant une lésion tumorale maligne évoquant :

Un carcinome peu différencié

Un lymphome diffus à grandes cellules.

D'où l'intérêt de faire une étude immuno histochimique pour confirmer le diagnostic.

-Étude immuno histochimique :

L'évaluation immuno histochimique sur tissu fixé et inclus en paraffine a donné les résultats suivants :

CD20 : marquage intense des cellules tumorales de grande taille.

CD3 : marquage des cellules T réactionnelles.

CD20 : absence de marquage des cellules tumorales de grande taille.

Conclusion :

Aspect phénotypique d'un lymphome B diffus à grandes cellules.

### **B) Discussion :**

Un cas âgé de 47ans , de sexe masculin , souffrant de douleurs s'est présenté au niveau du service de pathologie et chirurgie buccale CHU Tlemcen .

La découverte d'une lésion palatine suspecte d'un cancer était l'origine de ces dernières .

Ce patient présentait également des facteurs de risque associés se montrant dans l'ancienne prise d'alcool et la consommation du tabac fumé soit 365 P/A avec prise de café chaud .

Il était immédiatement orienté vers le service de Chirurgie Maxillo-Faciale de l'EPH de Ain-Temouchent, où il a bénéficié d'une biopsie

L'examen anatomopathologique et immuno histochimique des pièces a confirmé le diagnostic d'un cancer en déterminant le type histologique ; il s'agissait d'un lymphome B diffus à grandes cellules. La prise en charge du patient a continué au niveau du Centre Anti-Cancéreux de Tlemcen.



### Cas clinique n° 05 :

#### A) Observations :

Il s'agit de la patiente B.F âgée de 75 ans, de Tlemcen , femme au foyer , hypertendue, qui s'est présentée au niveau du service de pathologie et chirurgie buccale le 08/10/2019 pour un motif douloureux.

- L'inspection du visage face et profil a mis en évidence une tuméfaction au niveau de la région antérieure du maxillaire tout en conservant l'état physiologique des téguments.



**Vue de face**



**Vue de profil**

**Figure 82: Vue de face et de profil de la patiente B.F âgée de 75 ans.**

- La palpation des aires ganglionnaires a révélé la présence d'une adénopathie unilatérale sous mandibulaire, d'environ un 1 cm, ferme, indolore et mobile.

La patiente avait un édentement total et porteuse d'une prothèse adjointe totale bi maxillaire depuis 17 ans, mal adaptée.

Elle présentait également une lésion siégeant au niveau de la muqueuse masticatrice du maxillaire supérieur, de couleur blanche, d'aspect bourgeonnant, de morphologie irrégulière, de consistance ferme avec un caractère hémorragique et douloureux à la palpation.

Cette lésion était détectée l'an dernier lors de sa consultation, mais la patiente a refusé toute prise en charge, mais l'évolution continue de cette lésion et l'apparition des douleurs l'ont poussé à revenir.



Source : Service de pathologie et chirurgie buccales, clinique A, CHU Tlemcen 2019

**Figure 83: Aspect clinique de la lésion il y a un an de la patiente B.F âgée de 75 ans.**



Source : Service de pathologie et chirurgie buccales, clinique A, CHU Tlemcen 2020

**Figure 84: Aspect clinique de la lésion à la première consultation de la patiente B.F âgée de 75 ans.**

\*Examens complémentaires :

TDM cranio facial :

Une coupe TDM axiale jointive et coronale de 05mm d'épaisseur, parallèles au plan OM, sans et avec injection IV de PC a donné les résultats suivants :

- Les coupes TDM centrées sur le massif facial pratiqué pour lésion blanche au niveau de la région antérosupérieure mettent en évidence une lésion hypodense grossièrement ovalaire développée au niveau de la face antérosupérieure du maxillaire supérieur, mesurant : 12,9mm/28,9mm avec densification des parties molles.
- Présence d'image lytique de la région médiane du maxillaire supérieur en regard de la lésion.
- Après injection du PC, la lésion se rehausse de façon hétérogène
- Réaction sinusienne maxillaire bilatérale
- Bonne pneumatisation des sinus frontaux et sphénoïdaux ainsi que les cellules ethmoïdales
- Absence de calcification.

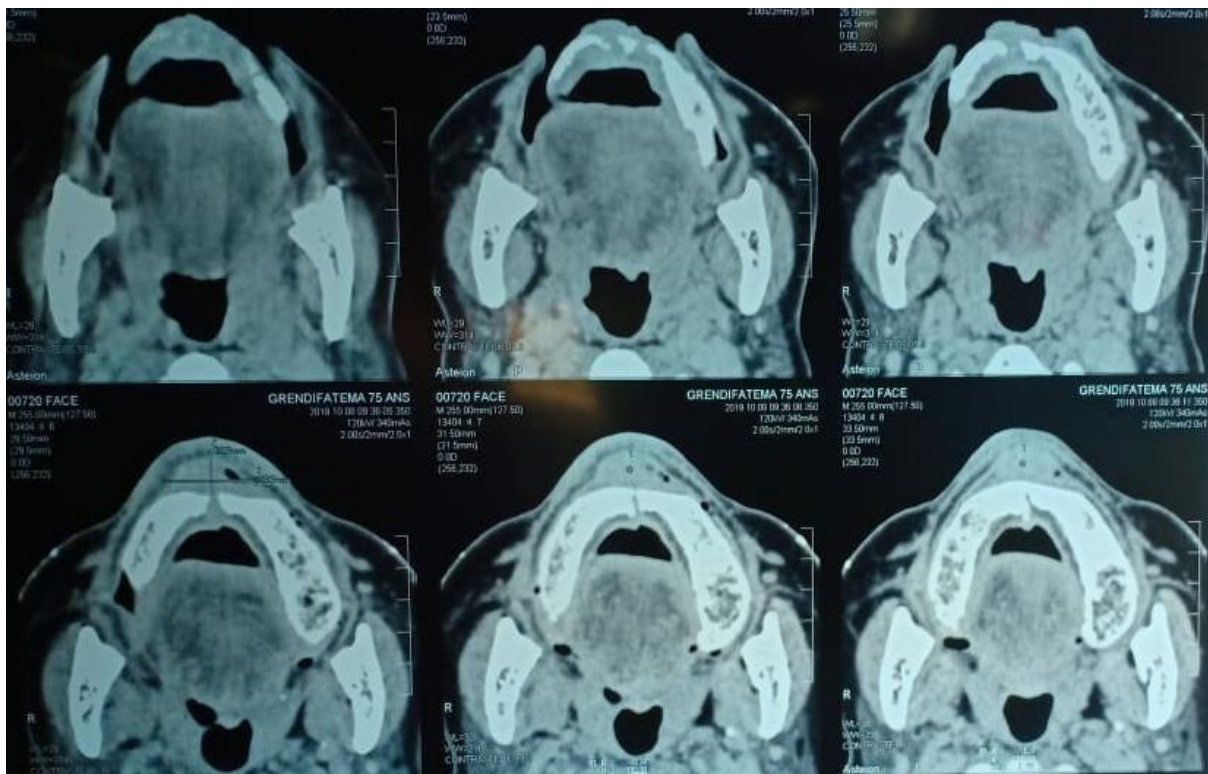


Figure 85: Coupe de TDM axiale de la patiente B.F âgée de 75 ans.

Conclusion :

L'examen TDM facial et mandibulaire en faveur d'un processus lésionnel hypodense évoluant avec des lésions ostéolytiques du maxillaire supérieur.

**B) Discussion :**

La patiente avait développé une lésion bourgeonnante il y a plus d'un an , mais l'absence de symptomatologie clinique a fait part de sa négligence .

Cette lésion a connu une évolution dans l'ensemble et une apparition de douleurs.

Elle portait une prothèse dentaire totale bi maxillaire mal adaptée à l'origine de traumatismes répétés

L'examen TDM facial et mandibulaire était en faveur d'un processus lésionnel hypodense évoluant avec des lésions ostéolytiques du maxillaire supérieur.

Elle était orientée vers le service de Chirurgie Maxillo-Faciale de l'EPH de Ain-Temouchent où elle a bénéficié d'une chirurgie , mais malheureusement, il n'y avait pas possibilité d'avoir les résultats anatomopathologiques pour confirmer la nature du cancer.

### Cas clinique n°06 :

#### A) Observation

Il s'agit du patient B.A, âgé de 79 ans, de Tlemcen, invalide , fumeur du tabac fumé depuis 50 ans environ ( 5 cigarettes/jour soit 91 P/A) ainsi que le tabac à chiquer depuis 20 ans ( 3 prises par jour , en le mettant dans la région canine inférieure gauche) .

Il s'est présenté au niveau du service de Pathologie et Chirurgie Buccales le 14/08/2019 pour une consultation.

L'anamnèse médicale a révélé la présence d'un goitre nodulaire.

À l'inspection, il y avait la présence d'une lésion importante siégeant sur le côté gauche de la lèvre inférieure, bourgeonnante et fissuraire, inhomogène, de consistance ferme, non douloureuse et non saignante, elle était fixe avec les tissus sous-jacents.

Cette dernière s'étend jusqu'à la face interne de la lèvre inférieure ainsi que la commissure labiale du même côté.

L'examen les chaines ganglionnaires n'a révélé aucune adénopathie cliniquement décelable.

L'hygiène bucco-dentaire est insuffisante.



**Bouche fermée**



**Bouche ouverte**

Source : Service de pathologie et chirurgie buccales, clinique A, CHU Tlemcen

**Figure 86: Aspect de la lésion lors de la première consultation du patient B.A âgé de 79 ans.**

### **B) Discussion :**

Un cas âgé de 79 ans, de sexe masculin ayant une lésion au niveau de la lèvre inférieure gauche.

La présence de cette dernière était le motif de sa consultation au niveau du service de pathologie et chirurgie buccale CHU Tlemcen.

Il présentait des facteurs de risque se montrant dans la consommation du tabac à chiquer dans le même siège de la lésion et du tabac a fumé soit 91 P/A.

Une remise en état de la cavité buccale a été réalisée pour une éventuelle biopsie.

En raison de la crise de sanitaire dû au COVID 19, le patient n'a pas pu revenir pour le suivi du cas et la réalisation de l'examen anatomopathologique.

### Cas clinique n°07 :

#### A) Observation :

Il s'agit de la patiente A.N, âgée de 77 ans, de Tlemcen, ancienne femme au foyer, qui s'est présentée au niveau du service de Pathologie et Chirurgie Buccales le 30/09/2019 pour un motif douloureux.

Les antécédents personnels de la patiente ont révélé une ancienne atteinte d'un myélome multiple, dont le traitement était une chimiothérapie durant 2 mois (l'arrêt l'an dernier).

Ajoutant à cela des antécédents familiaux du cancer du sein, prostate et de la peau (lien de parenté : la mère et les frères).

L'examen exo buccal n'a montré aucune anomalie décelable et l'examen des aires ganglionnaires n'a révélé aucune adénopathie cliniquement palpable.

L'examen endo buccal a mis en évidence un édentement total bi maxillaire, avec le port d'une prothèse totale mal adaptée.

Au niveau du plancher, il y avait la présence d'une tuméfaction rose blanchâtre en regard de la région prémolomolaire droite, bourgeonnante, de morphologie irrégulière, de consistance dure, mobile , douloureuse , ne présentant pas un caractère hémorragique.



Source : Service de pathologie et chirurgie buccales, clinique A, CHU Tlemcen

**Figure 87: Aspect clinique de la lésion à la première consultation de la patiente A.N âgée de 77 ans.**

### **B) Discussion :**

Cette patiente âgée de 77 ans est venue pour un motif douloureux.

En vue de ses antécédents de cancer, elle a senti qu'il peut s'agir aussi d'une lésion dysplasique.

De peur de revivre les mêmes craintes, et subir à nouveau le traitement lourd qu'imposent ces lésions, elle n'a malheureusement plus donné un signe de vie.



### Cas clinique n°08 :

#### A) Observation :

Il s'agit de la patiente T.M , âgée de 65 ans, de Tlemcen , ne présentant aucune maladie générale ; qui s'est présentée au niveau du service de pathologie et chirurgie buccales le 19/01/2020 pour une augmentation de volume lingual .

L'examen exo buccal n'a montré aucune anomalie décelable tant dis que l'examen des aires ganglionnaires a révélé la présence d'adénopathies multiples de 1cm sous mandibulaires bilatérales , et sous angulo-maxillaire du côté droit , de consistance dure, indolore et immobile.

L'examen endo buccal a mis en évidence un édentement total au niveau du maxillaire supérieur et partiel au niveau de la mandibule

Il y avait aussi une tuméfaction linguale droite intéressant le bord droit , de couleur blanche ,arrondie, d'aspect bourgeonnant, de consistance dure, fixe avec les tissus sous-jacents , sans évocation de douleur ou de signe hémorragique.



Source : Service de pathologie et chirurgie buccales, clinique A, CHU Tlemcen

**Figure 88: Aspect clinique de la lésion à la première consultation de la patiente T.M âgée de 65ans.**

\*Examen complémentaire

IRM de la langue

### **Résultats :**

Mise en évidence d'une lésion nodulaire tissulaire intéressant le bord droit de la langue mobile , à la jonction tiers antérieur et deux tiers postérieur , mesurant 27mm d'axe hypersignal T2, hyposignal T1 , de diffusion restreinte , fortement rehaussée par le PC , infiltrant le muscle longitudinal de la langue , s'étendant en profondeur , infiltrant le liseré graisseux de séparation avec le muscle hyoglosses droit sans preuve formelle d'infiltration , restant à distance des muscles génioglosses, géniohyoïdiens et mylohyoïdiens, à bonne distance de la ligne médiane de la langue.

La lésion reste à distance de la base de la langue, de la commissure intermaxillaire, des régions tonsillaires et du muscle buccinateur.

-Pas d'infiltration du plancher buccal.

-Pas d'anomalie des parois de l'oropharynx, de l'hypopharynx, et du nasopharynx.

-Aspect normal des glandes submandibulaires et parotides.

-Mise en évidence d'innombrables structures ganglionnaires à petits axes infracentimétriques sous mandibulaires bilatérales, sous angulomaxillaires bilatérales, jugulocarotidiennes bilatérales, la plus volumineuse siège au niveau sous-angulo-maxillaire droit et mesure 12x7mm.

-Pas d'anomalie visible de l'os mandibulaire.

### **Conclusion :**

-Formations nodulaires du bord droit de la langue mobile, à la jonction tiers antérieur et deux tiers postérieur, semblant infiltrer le muscle stylo-glosse et palatoglosse, au contact du muscle hyoglosse sans preuve formelle d'infiltration, à distance de la ligne médiane , très fortement suspecte de nature néoplasique agressive.

-Multiples structures ganglionnaires infracentimétriques sous-mandibulaires sous-angulo-maxillaire et jugulocarotidiennes bilatérales.

### **B) Discussion :**

Dans ce cas , la patiente âgée de 65ans était orientée par son médecin traitant au service de pathologie et chirurgie buccales CHU Tlemcen , consultant pour sa tuméfaction au niveau de la langue.

Elle ne présentait aucun facteur associé.

Elle avait à sa disposition un compte rendu d'un examen IRM précisant que cette lésion est fortement suspecte de nature néoplasique agressive.

Après avoir eu des explications de son cas, et sachant qu'elle devrait être prise en charge par spécialiste maxillofacial , elle a décidé de se faire traiter en France , d'où le manque d'information sur son type de cancer .

### **LIMITES DE NOTRE ÉTUDE :**

- La taille relativement réduite de la population étudiée ; par rapport aux populations étudiées dans la littérature où la durée d'étude était plus importante
- Le manque de temps, car ces affections nécessitent des contrôles réguliers sur une longue durée.
- Le refus de réaliser la biopsie de la part des patients par phobie des résultats de l'examen anatomopathologique, de leur cout élevé ou de l'acte chirurgical proprement dit.
- La contre-indication de la biopsie chez certains patients.
- Certains renseignements manquants ou insuffisants dans les comptes rendus anatomopathologiques
- La consultation à un stade tardif vu l'asymptomatologie de la maladie.
- Raccourcissement de la durée d'étude vu la situation sanitaire actuelle (pandémie du COVID-19 ).
- La perte de vu de certains malade cancéreux vu l'absence de prise en charge de ces cas lourds dans notre service de Pathologie et Chirurgie Buccales.
- Absence totale de la collaboration avec le service de maxillofacial de Ain Temouchent qui a reçu pas mal de malades orientés de notre part et ce qui peut constituer un biais de sélection.
- Absence de collaboration de certains secteurs privés.

### **DÉPISTAGE ET PRÉVENTION :**

#### **Dépistage :**

Le dépistage consiste en la détection d'une lésion lors d'un examen systématique pratiqué chez tout patient, mais de façon encore plus rigoureuse chez des patients de plus de 50 ans ou chez des patients à risques (éthylotabagisme évident) <sup>[19]</sup>.

\* Pour ces derniers, Il est recommandé en cas de tabagisme et/ou d'intoxication alcoolique, de noter les éléments suivants dans le dossier médical :

- La quantité fumée (en paquets/années) et la durée de l'intoxication,
- Les unités d'alcool consommées sur 24 heures <sup>[76]</sup>.

Aux stades précoces, la lésion peut être plate ou surélevée et peut être à peine palpable ou indurée. D'un point de vue symptomatologique, certains cancers peuvent être asymptomatiques, ce qui contribue davantage au diagnostic tardif (50 % sont diagnostiqués au stade de métastase) <sup>[59]</sup>.

Le diagnostic précoce est utile dans toutes les situations pour la majorité des cancers. Lorsque le diagnostic intervient à un stade avancé, un traitement curatif n'est parfois plus possible ce qui est un problème très fréquent (seuls 30 % des cancers buccaux et du pharynx sont identifiés à un stade précoce de développement). Des programmes peuvent être conçus pour réduire les retards et les obstacles et permettre aux patients d'avoir accès suffisamment tôt à un traitement <sup>[59,77]</sup>.

C'est pour cela que le rôle de l'odontologiste est primordial : il doit dépister les facteurs irritants habituels et informer le patient du rôle de ces derniers dans l'étiologie, l'entretien et l'aggravation d'une lésion <sup>[8]</sup>.

Potentiel de guérison et taux de mortalité parmi les cancers se prêtant à une détection précoce

Certains des types de cancer les plus répandus tels que le cancer du sein, le cancer du col de l'utérus, le cancer de la cavité buccale et le cancer colorectal présentent des taux de guérison élevés s'ils sont décelés et traités précocement conformément aux meilleures pratiques <sup>[77]</sup>.

#### **Prévention**

La prévention des cancers des VADS est primordiale et nécessite une éducation de la population concernant le tabac, l'alcool et l'hygiène bucco-dentaire.

- **La prévention primaire** : consiste à incruster une éducation à l'hygiène bucco-dentaire depuis le jeune âge et insister à l'arrêt le tabagisme et la consommation d'alcool, pouvant ainsi entraîner une baisse importante de l'incidence des cancers au-delà des seuls cancers de la cavité buccale et des VADS.

- L'hygiène bucco-dentaire :

Pour qu'elle soit optimale, il faut mettre en place des mesures au quotidien et effectuer des consultations régulières chez un chirurgien-dentiste, spécialiste de tout ce qui touche à la **santé bucco-dentaire**. Brosse à dents, dentifrice, fil dentaire, bossettes interdentaires, bain de bouche et gratte-langue constituent les principaux éléments nécessaires à une bonne hygiène bucco-dentaire <sup>[62]</sup>.

- Lutte contre le tabagisme :

Une étude a démontré que 60% des patients estiment que les dentistes devraient offrir un service de counseling sur le tabac, celui-ci se divise en trois types:

-L'intervention minimale comporte quatre actions :

Évaluer le statut tabagique du patient ; déterminer à quel stade de changement il se situe ; lui conseiller de cesser de fumer et lui donner la documentation nécessaire ; enfin, le diriger vers les services, si appropriés.

-L'intervention brève comprend les éléments de l'intervention minimale auxquels s'ajoute l'évaluation de la motivation du patient à cesser de fumer, les conseils visant à l'informer et à l'aider, selon son stade de changement.

-L'intervention complète ou intensive est généralement effectuée dans un centre d'abandon du tabagisme ou par des ressources spécialisées qui peuvent consacrer plus de dix minutes à l'intervention <sup>[62]</sup>.

Tous les dentistes devraient, dans leur pratique, intervenir auprès des patients fumeurs et considérer cette démarche comme indissociable de la qualité des soins buccodentaires<sup>[62,78]</sup>.

L'OMS a introduit le Programme **MPOWER** pour aider les pays à mettre en œuvre des mesures efficaces pour réduire la demande de tabac ; Il contient 6 mesures phares :

**Monitor** : cette mesure vise à surveiller la consommation de tabac et à mettre en place des politiques de prévention. Chaque pays doit évaluer avec précision l'épidémie de tabagisme et l'impact des mesures mises en œuvre pour la maîtriser afin d'optimiser les interventions.

**Protect** : il s'agit avec ces mesures de protéger la population contre la fumée du tabac, la disposition la plus efficace étant d'interdire de fumer dans les lieux publics et les lieux de travail. On sait en effet que le tabagisme passif fait des ravages et cause des maladies cardiaques, des cancers et d'autres maladies chez les fumeurs passifs.

**Offer** : plus d'un milliard de personnes sont dépendantes au tabac dans le monde et ont besoin d'aide pour se sevrer. Cette disposition du programme vise à offrir aux fumeurs désireux d'arrêter de fumer, des conseils, des médicaments et une assistance téléphonique pour les aider à mener à bien leur sevrage.

**Warn** : Les dispositions de cette mesure ont pour objectif de mettre en garde les fumeurs contre les méfaits du tabagisme en imposant aux fabricants d'apposer une information visible et des photos percutantes sur les faces avant et arrière des paquets des produits du tabac.

En force : Cette mesure vise à faire respecter l'interdiction de publicité, de sponsoring et de promotion en faveur des produits du tabac.

**Raise** : L'augmentation des taxes est un procédé efficace pour limiter la consommation et favoriser l'arrêt du tabac chez les fumeurs. Cette mesure permet également de dissuader une partie des jeunes de commencer à fumer<sup>[79]</sup>.

- Lutte contre l'alcool :

Tout d'abord, le praticien peut, grâce à des consultations simples et régulières, profiter d'une proximité répétée avec des patients de tout âge, et de toute origine sociale. Ces consultations permettent de délivrer des messages préventifs et de constater les conséquences de l'alcool sur leur cavité buccale de manière régulière. En effet, en tant que soignant, le chirurgien-dentiste est en 1<sup>er</sup> ligne pour repérer les consommations à risque. Grâce à des interventions brèves (conseil minimal), son rôle est déterminant pour aider le patient à modifier son comportement additif. Dans la mesure où les 40 000 chirurgiens-dentistes de France voient quelque 880 000 patients par jour et qu'ils suivent la plupart d'entre eux la plus grande partie de leur vie, leur place est très importante dans la lutte contre les addictions.

De plus, comparé aux autres professionnels de santé, le chirurgien-dentiste passe souvent plus de temps avec son patient, plusieurs séances sont souvent nécessaires à l'aboutissement d'un plan de traitement. Ce temps permet de mieux le connaître et d'adapter son dialogue sur l'alcool à chaque profil<sup>[80]</sup>.

Le chirurgien-dentiste dispose, par ailleurs, du matériel technique nécessaire (miroir grossissant, camera intrabuccale, radiographies.) Pour montrer les dommages intrabuccaux

causés par la consommation alcoolique, et ce, de façon immédiate. Cette visualisation directe favorise la prise de conscience de certains patients, c'est donc un outil préventif non négligeable [80].

- **La prévention secondaire** : consiste en un dépistage précoce des cancers de la cavité orale et des lésions précancéreuses, qui sont à retirer chirurgicalement avec contrôle histologique dès lors que leur exérèse ne pose pas de problème majeur de reconstruction.

Il est donc conseillé de se rendre chez un odontologiste au moins une fois par an [62].

-**La prévention tertiaire** : La prévention des cancers ne doit pas être considérée comme exclusivement primaire, faisant reposer la prise en charge des malades atteints de cancer sur les traitements antitumoraux spécifiques (chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie). Si ces traitements associés à une prise en charge plus précoce par une amplification des dépistages ont permis un recul de la mortalité.

L'enjeu de la réhabilitation de ces malades est double : d'une part, diminuer leur fatigue, leur anxiété, leur dépression et améliorer leur qualité de vie et, d'autre part, prévenir les éventuelles récurrences de cancer et le développement d'un nouveau cancer primitif ou d'autres maladies chroniques [81].



### CONCLUSION

Les cancers de la cavité buccale sont souvent référés au carcinome épidermoïde puisqu'il représente 90% de la totalité de ces derniers.

Malgré l'accessibilité directe de la cavité buccale à son examen , il fait souvent l'objet d'un retard important de diagnostic alourdissant ainsi les séquelles thérapeutiques et aggravant le pronostic vital des patients , ce retard s'explique par la discrétion de la symptomatologie , par l'ignorance des malades vis-à-vis de leurs santé bucco-dentaires et par l'absence de dépistage systémique par les professionnels de santé .Pour cela il faut avoir une attention particulière à toute lésion suspecte , et savoir diagnostiquer une lésion potentiellement maligne pour empêcher son évolution , en se basant sur les différents moyens de diagnostic.

Étant donné le facteur étiologique principal est l'intoxication tabagique souvent aggravée par l'abus d'alcool, la prévention des cancers de la cavité buccale passe avant tout par la motivation à l'arrêt de cette consommation ainsi que la suppression de tout agent causal , sans oublier le suivi clinique et histologique de toute lésion pathologique présente .

Cette étude est la deuxième faite sur les lésions potentiellement malignes et les cancers de la cavité buccale au niveau du service de Pathologie et Chirurgie Buccales du CHU de Tlemcen. Elle nous a permis de décrire les caractéristiques épidémiologiques et cliniques de ces lésions et d'identifier les différents facteurs de risque décrits dans la littérature. Cependant, l'évaluation de l'impact des cancers de la cavité buccale ne peut être réalisée en absence de données épidémiologiques. C'est pour cette raison, la mise en place d'un registre épidémio-clinique est indispensable permettant de rapporter des statistiques sur l'incidence, la mortalité et la survie du cancer de la cavité buccale ainsi que ses caractéristiques cliniques. Cette étude mérite d'être étudiée pendant une durée plus longue et sur un échantillon de taille suffisante.

### **RECOMMANDATIONS :**

#### **Recommandations pour le patient :**

Douze conseils pour diminuer les risques de cancer<sup>[82]</sup>.

-Alimenter de façon équilibrée ;

-Réduire la surcharge pondérale ;

-Consommer davantage de fruits et de légumes : Certaines études ont montré le rôle protecteur d'une consommation importante de fruits et légumes, mais les résultats sont parfois contradictoires<sup>[62]</sup>.

-Manger davantage de pain, de riz, de pommes de terre et de pâtes ;

-Diminuer votre consommation de viande ;

-Utiliser de préférence des graisses végétales ;

-Boire moins d'alcool ;

-Savoir cuisiner en douceur ;

-Attention à la conservation des aliments ;

-En bonne santé sans compléments alimentaires ;

-Davantage d'activité physique : elle a été investiguée comme soin de support au traitement anticancéreux dans le but de lutter à court terme et à plus long terme contre les effets secondaires des traitements adjuvants dans de nombreux essais randomisés contrôlés (ERC). L'ACSM a effectué une synthèse de la littérature existante, confirmant l'innocuité de la pratique d'AP pour des patients traités ou en rémission d'un cancer et établissant des niveaux de preuve de l'effet d'une intervention en AP sur des variables physiologiques et psychologiques<sup>[81]</sup>.

-Ne pas fumer.

#### **Recommandations pour le praticien :**

Devant toute lésion buccale suspecte, quel que soit l'âge du patient, il est impératif de :

-De réaliser, de manière systémique, un examen clinique minutieux et attentif de l'ensemble des muqueuses buccales ;

-Nécessité d'une biopsie dès qu'une lésion, blanche ou rouge persiste plus de dix à quinze jours.

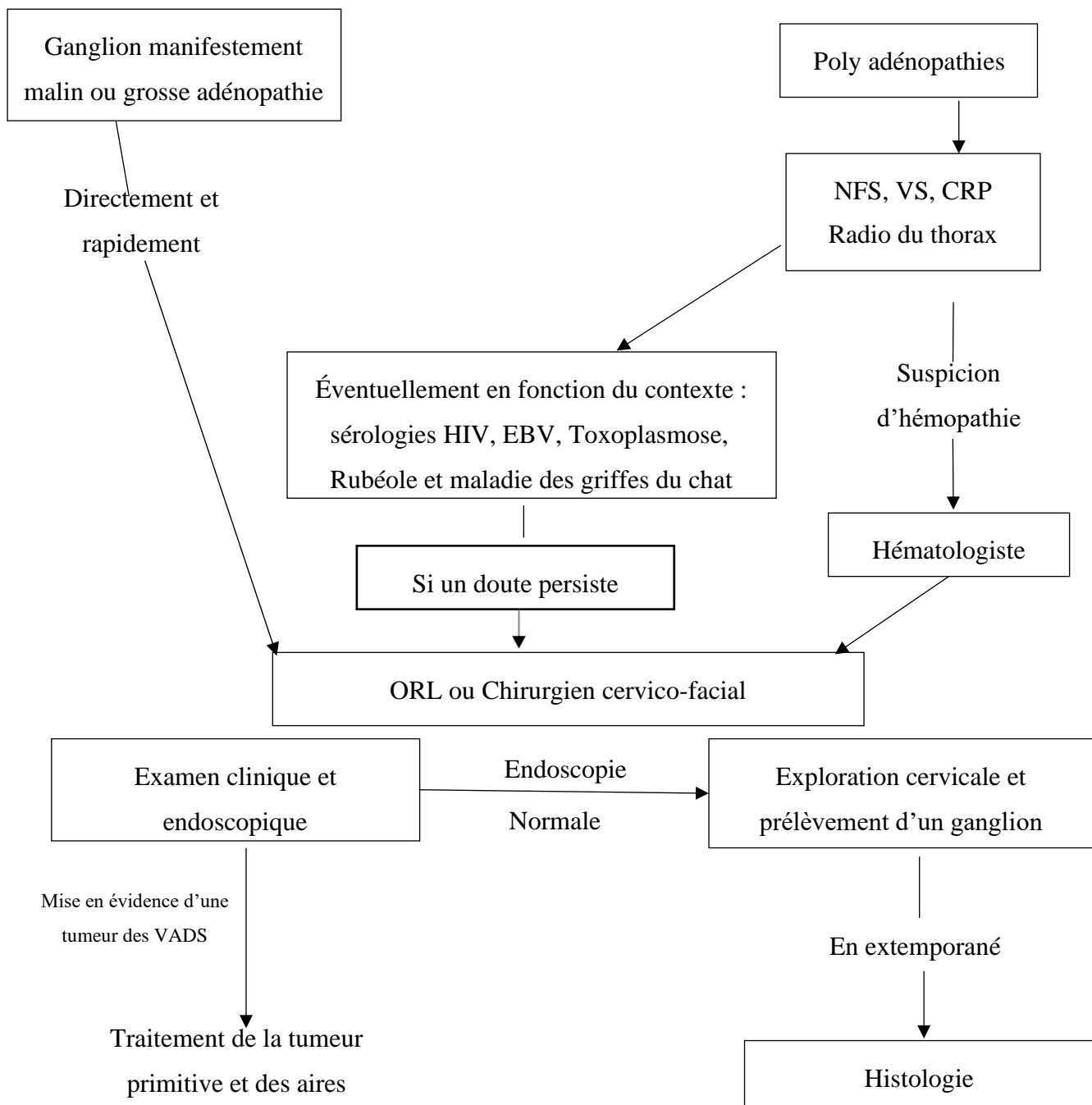
## Recommandation

---

- D'encourager et d'initier d'autres études sur l'échantillon plus large afin d'avoir un meilleur aperçu de ces pathologies en Algérie ;
- Lancer un programme de recherche active et de dépistage précoce des lésions précancéreuses et des cancers de la cavité buccale ;
- Orientation des patients ayant des lésions suspectes vers les professionnels de santé qualifiés.
- Encourager une approche thérapeutique multi disciplinaire des cancers de la cavité buccale, en intégrant des spécialistes de diverses disciplines ;
- Proposer et mettre en place un registre épidémiologique au niveau du service de Pathologie et Chirurgie buccales CHU de Tlemcen <sup>[8]</sup>.

## ANNEXES

## Annexe 1: Conduire à tenir face à une adénopathie



Source : [http://campus.cerimes.fr/orl/enseignement/adenopathie/site/html/cours\\_2014](http://campus.cerimes.fr/orl/enseignement/adenopathie/site/html/cours_2014) [83].

## Annexe 2: Formes cliniques du lichen plan oral

Forme commune du LPO	Prédominances des lésions blanches
<b>Formes cliniques témoignant d'une activité marquée observée principalement au cours d'un LP plus au moins récent, ou en poussée :</b>	
F. érythémateuse	Érythème prédominant
F. érosive :	
Mineure	Prédominance des lésions blanches, petites érosions
Majeure	Prédominance des lésions et de l'érythème
F. bulleuse :	
Simple	Bulle souvent unique, petite, absence d'anticorps
Pemphigoïde	Bulle étendue, multiple, anticorps anti-BMZ
<b>Formes cliniques témoignant d'une activité souvent réduite observée principalement au cours d'un LP plus au moins ancien ou de l'état post-lichénin :</b>	
F. atrophique :	
Simple	Perte plus au moins complète des crêtes épithéliales
Scléreuse	Atrophie épithéliale et fibrose du chorion
F. hyperkératosique	
Simple	Ortho- ou parakératose plus au moins épaisse, lisse
	Verruqueuse, kératose et papillomateuse, rugueuse
F. pigmentée (LP nigricons)	Migration du pigment mélanique dans le chorion
F. hypertrophique	Très rare, acanthose importante, papillomateuse
État post-lichénien	État cicatriciel, arrêt (sub) total de l'activité du LP

Source : Lombardi T, Kuffer R. [Dynamic concept of oral lichen planus. The diagnosis easy at early stages may become difficult in ancient lichen planus]. Presse Med. 2016

## Annexe 3: Classifications CIM 10

- C00 Tumeurs malignes des lèvres (lèvre cutanée exclue)
  - C00.0 Lèvre supérieure externe (vermillon, lèvre rouge)
  - C00.1 Lèvre inférieure externe (vermillon, lèvre rouge)
  - C00.2 Lèvre externe, non spécifié
  - C00.3 Lèvre supérieure interne
  - C00.4 Lèvre inférieure interne
  - C00.5 Lèvre interne, non spécifié
  - C00.6 Commissures buccales
  - C00.8 Lésions étendues de la lèvre
  - C00.9 Lèvre, non spécifiée
- C01 Tumeurs malignes de la base de la langue (face dorsale de la base de la langue, tiers postérieur de la langue, langue fixe)
- C02 Tumeurs malignes des autres parts de la langue
  - C02.0 Surface dorsale de la langue, deux-tiers antérieurs
  - C02.1 Bords de la langue, pointe de la langue
  - C02.2 Face ventrale de la langue, deux-tiers antérieurs
  - C02.3 Deux-tiers antérieurs de la langue, localisation non spécifiée
  - C02.4 Amygdales linguales
  - C02.8 Lésions étendues de la langue
  - C02.9 Langue, non spécifiée
- C03 Tumeurs malignes des gencives (muqueuse du rebord alvéolaire, gencive)
  - C03.0 Gencive supérieure
  - C03.1 Gencive inférieure
  - C03.9 Gencive, non spécifiée
- C04 Tumeurs malignes du plancher buccal
  - C04.0 Plancher buccal antérieur
  - C04.1 Plancher buccal latéral

- C04.8 Lésions du plancher buccal étendues
- C04.9 Plancher buccal, non spécifié
- C05 Tumeurs malignes du palais
- C05.0 Palais dur
- C05.1 Palais mou (surface nasopharyngienne du palais mou exclue)
- C05.2 Lnette
- C05.8 Lésions étendues du palais
- C05.9 Palais, non spécifié
- C06 Tumeurs malignes des autres parts de la cavité orale
- C6.0 Muqueuse des joues
- C06.1 Vestibule buccal (labial supérieur et inférieur, jugal supérieur et inférieur)
- C06.2 Aire (trigone) rétromolaire
- C06.8 Lésions étendues des autres parts de la cavité orale
- C06.9 Bouche, non spécifié.

Source : CLASSIFICATION STATISTIQUE INTERNATIONALE DES MALADIES ET DES PROBLÈMES DE SANTÉ  
CONNEXES CIM-10 FR Á USAGE PMSI 2015 <sup>[43]</sup>.

Meyer ML. Facteurs de risque des cancers de la cavité orale en France: Analyse des données d'une étude cas-témoins en  
population, l'étude ICARE: UNIVERSITÉ PARIS SUD 11; 2013<sup>[42]</sup>.

## Annexe 4: Classification TNM pour le cancer des VADS

Tumeur primitive (T)	Nœud lymphatique anatomique correspondant (N)	Métastase à distance (M)
<b>T<sub>x</sub></b> : la présence de tumeur ne peut pas être mise en évidence.	<b>N<sub>x</sub></b> : la présence d'adénopathie ne peut être mise en évidence.	<b>M<sub>x</sub></b> : la présence de métastase(s) ne peut être mise en évidence.
<b>T<sub>0</sub></b> : pas de mise en évidence d'une tumeur primitive. <b>T<sub>is</sub></b> : carcinome in situ.	<b>N<sub>0</sub></b> : absence d'adénopathie.	<b>M<sub>0</sub></b> : pas de métastase à distance.
<b>T<sub>1</sub></b> : < 2 cm dans sa plus grande dimension.	<b>N<sub>1</sub></b> : adénopathie unique et homolatérale à la lésion < 3 cm dans sa plus grande dimension.	<b>M<sub>1</sub></b> : mise en évidence d'une ou plusieurs métastase(s).
<b>T<sub>2</sub></b> : 2 < T ≤ 4 cm dans sa plus grande dimension.	<b>N<sub>2</sub></b> : 3 < adénopathie ≤ 6 cm	
<b>T<sub>3</sub></b> : T > 4 cm dans sa plus grande dimension.	<b>N<sub>2a</sub></b> : adénopathie unique homolatérale à la lésion.	
<b>T<sub>4a</sub> (Lèvres)</b> : T envahit au travers de l'os cortical, nerf alvéolaire inférieur, plancher de la bouche ou téguments de la face (nez ou menton).	<b>N<sub>2b</sub></b> : adénopathies multiples et homolatérales à la lésion	
	<b>N<sub>2c</sub></b> : adénopathies multiples bilatérales, voire controlatérales	
<b>T<sub>4a</sub></b> : (cavité orale) : T envahit les structures anatomiques adjacentes comme la corticale osseuse (maxillaire ou mandibulaire), les muscles profonds (extrinsèques) de la langue (génio-gloss, hyo-gloss, palato-gloss, sphénogloss), le sinus maxillaire ou les téguments de la face.	<b>N<sub>3</sub></b> : adénopathie > 6 cm.	
	<b>N<sub>3a</sub></b> : adénopathie unique homolatérale.	
	<b>N<sub>3b</sub></b> : adénopathies multiples unilatérales.	
	<b>N<sub>3c</sub></b> : adénopathies multiples bilatérales voir controlatérales.	
<b>T<sub>4b</sub></b> : T locale très avancée, infiltrant l'espace masticateur (muscles masticateurs), les lames ptérygoïdes ou la base du crâne et/ou l'enferment de l'artère carotide interne.		

Source : Rebai S. Le carcinome épidermoïde oral: épidémiologie, facteurs de risque et stratégies de sensibilisation des Populations à risque 2017<sup>[7]</sup>.



## Annexe 5: Stadification des cancers des VADS

<b><u>Stade 0</u></b>	T0/Tis	N0	M0
<b><u>Stade I</u></b>	T1	N0	M0
<b><u>Stade II</u></b>	T2	N0	M0
<b><u>Stade III</u></b>	T3	N0	M0
	T1	N1	M0
	T2	N1	M0
	T3	N1	M0
<b><u>Stade IVa</u></b>	T4a	N0	M0
	T4a	N1	M0
	T1	N2	M0
	T2	N2	M0
	T3	N2	M0
	T4a	N2	M0
<b><u>Stade IVb</u></b>	T quel qu'il soit.	N3	M0
	T4a	N quel qu'il soit	M0
<b><u>Stade IVc</u></b>	T quel qu'il soit	N quel qu'il soit	M1

Source : Rebai S. Le carcinome épidermoïde oral: épidémiologie, facteurs de risque et stratégies de sensibilisation des populations à risque 2017

**Annexe 6: Liste (non-exhaustive) des variables standards et optionnelles qui peuvent être recueillies par les registres du cancer**

	Variables standards	Variables optionnelles	
<b>L'individu</b>			
Identification des données démographique	Nom	Numéro d'enregistrement	
	Sexe	Numéro d'identification personnel	
	Date de naissance ou âge	Noms	
	Adresse de résidence		Lieu de naissance
			État marital
			Nationalité
			Groupe ethnique
			Religion
			Données socio-économiques
			Profession
Année d'immigration			
		Pays de naissance des parents	
		Niveau d'éducation	
<b>La tumeur</b>			
Caractéristique de la tumeur	Date d'incidence	Méthode du premier diagnostic	
	Base de diagnostic	Extension de la maladie avant le traitement	
	Topographie	Extension selon données chirurgicales et anatomopathologiques	
	Morphologie	Système TNM (stade)	
	Comportement		Localisation de métastase à distance
Tumeur primitive multiple			
Latéralité			
<b>Traitement</b>			
Résultat		Traitement initial	
		Date du dernier contact	
		État du dernier contact	
		Date du décès	
		Cause du décès	
		Lieu du décès	
<b>Source d'information</b>			
	Source d'information	Type de source	
		Nom des sources	

Source : de Camargo Cancela M. Les cancers de la cavité buccale et de l'oropharynx dans le monde: incidence internationale et classification TNM dans les registres du cancer 2010.

## Annexe 7:Questionnaire médicale

**QUESTIONNAIRE MEDICAL :**

Date d'enquête : .../.../....

Source d'information : CHU de Tlemcen, service de :

ORL(1) ;Maxillo-facial(2) ; Dermatologie (3) ;Oncologie(4) laboratoire d'anapathe(5) ;  
non orienter **IDENTIFICATION DU MALADE :**1. **Nom et prénom :**2. **Sexe :** masculin(1) féminin(2) 3. **Age :**4. **Lieu de naissance :**5. **Adresse actuelle :**6. **N° de téléphone :**7. **Niveau socio-économique :** faible(1) moyen(2) élevé (3) 8. **Niveau d'instruction :** analphabète(1) école primaire(2) collège(3)lycée ou équivalent(4)université(5)  
diplôme postuniversitaire obtenu (6)9. **Activité professionnelle principale des 12 derniers mois :** Haut fonctionnaire de l'état (1) employé de l'état(2) haut cadre dans le privé(3)  
employé dans le privé(4) indépendant (e) (5) ouvrier (6) étudiant lycéen (7) femme  
au foyer (8) retraité(9) chômeur(10)invalide(11)**LES ANTÉCÉDENTS :**1. **ATCD personnel de cancer :** oui(1) non(2) 

Si oui :

➤ Type de cancer :

➤ Traitement réalisé : Chirurgie (1) chimiothérapie(2) radiothérapie(3) autre(4) 

\*Durée :

\*Dose :

\*Arrêt :

2. **Maladies associées :** oui(1) non(2) 

Si

oui,

préciser :

3. **ATCD familiaux du cancer :** oui(1) non(2) 

Si oui :

➤ type du cancer : .....

➤ Lien de parenté : 

parents(1) frère (2) sœur(3) fils ou fille (4) grands-parents (5)

**FACTEURS ASSOCIES :**1. **Consommation de :** 

tabac fumé (1) tabac à chiquer (2) alcool (3) thé chaud (4) café chaud (5)

➤ Tabac fumé :

\*Durée du tabagisme :

\*Arrêt : oui (1) non(2) 

\*Quantité maximale par jour :

➤ Tabac à chiquer :

\*Durée :

\*Arrêt : oui (1) non(2)

\*Combien de prise par jour :

\*Siège :

Région antérosupérieure(1) Région canine supérieure droite (2) Région canine supérieure gauche(3)

Région antéro-inférieure(4) Région canine inférieure droite (5) Région canine inférieure gauche (6)

**2. L'état bucco-dentaire** : Bon (1) moyen(2) mauvais(3)

PI=

**3. Exposition d'irradiations ionisantes dans la sphère orofaciale** : oui(1) non(2)

**4. Traumatisme chronique** :oui (1) non (2)

Si oui :

➤ type de traumatisme : prothèse mal adaptée (1) morsure (2) autre (3)

Si porteur (euse) d'une prothèse :

➤ Depuis combien de temps ?

➤ Nature de la prothèse : totale(1) partielle(2) résine (3) métallique (4) autre (5)

**5. Autres facteurs :**

**EXAMEN CLINIQUE :**

**1. Inspection de la lésion :**

➤ Siège des lésions buccales :

Muqueuse jugale droite(1) Muqueuse jugale gauche(2)

Langue face dorsale (3) Langue face ventrale (4) Langue bord latéral droit (5)

Langue bord latéral gauche (6) Fibromuqueuse gingivale (7) Fibromuqueuse palatine (8)

Muqueuse palatine (9) Muqueuse labiale (10) Plancher buccal (11) muqueuse masticatrice (12)

➤ Couleur :

➤ Morphologie :arrondie(1) triangulaire(2) en réseau(3) en nappe (4) irrégulière(5)

➤ Aspect : en relief (1) en creux (2) bourgeonnant (3) Végétant (4) fissuraire (5)

➤ Caractère hémorragique : oui (1) non (2)

➤ Douleur : oui (1) non(2)

➤ Sensibilité nerveuse : conservée(1) abolie (2)

**2. Palpation de la lésion :**

➤ Consistance : molle(1) fluctuante(2) dure (3) ligueuse(4) ferme(5)

➤ Rapport avec tissu sous-jacent : fixe (1) mobile (2) détachable (3)

**3. Palpation des aires ganglionnaires :**

➤ Présence de ganglions :oui (1) ;non(2)

➤ Siège :

➤ Nombre : unique (1) multiple (2)

➤ Taille :

➤ Consistance :indurée (1) souple(2)

➤ Sensibilité : indolore (1) sensible (2) hyperalgique(3)

➤ Mobilité : mobile (1) fixe (2)

**DIAGNOSTIC :****1. Circonstances de découverte :**

douleur (1) limitation de l'ouverture buccale (2)  fortuite (3) tuméfaction (4)  
saignement (5)

**2. Date de diagnostic :** .../.../....**3. Stade de diagnostic :** 

Local (1) locorégional (2) métastase (3) indéterminé (4)

**4. Base de diagnostic :** 

Clinique seulement (1) clinique/imagerie (2) chirurgie exploratrice (3)

Histopathologie primitive (4) histopathologie métastase (5) inconnue (6)

**5. Date d'apparition des signes :** .../...../....**6. Type de la lésion :** 

lésion précancéreuse (1) ; lésion cancéreuse(2)

➤ Lésion précancéreuse :

Leucoplasie (1) érythroplasie (2) lichen buccal (3) kératose (4) Autres (5)

➤ Cancer de la cavité buccale :

\*Type histologique :

\*Stade TNM : T...N.....M....

**THÉRAPEUTIQUE :**

1. **Chirurgicale :** oui (1) non (2)

2. **Chimiothérapie :** oui (1) non (2)

Si oui :

➤ Nombre de cures

➤ Date de 1<sup>ère</sup> séance :

3. **Radiothérapie :** oui (1) non (2)

Si oui :

➤ Nombre de séances :

➤ Dose :

➤ Date de 1<sup>ère</sup> séance : .../.../....

## BIBLIOGRAPHIE

1. Barthélémy I, Bellot-Sanson V, Slama LB, Bertolus C, Bettega G, Blanc J-L, et al. Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie: Réussir les ECNi: Elsevier Health Sciences; 2017.
2. Ariyawardana A, Sitheequa M, Ranasinghe A, Perera I, Tilakaratne W, Amaratunga E, et al. Prevalence of oral cancer and pre-cancer and associated risk factors among tea estate workers in the central Sri Lanka. *Journal of oral pathology & medicine*. 2007;36(10):581-7.
3. Haitami S, El Mokhlis K, Hamza M, Yahya IB. 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. *LA TUNISIE MEDICALE*. 2016;94(1).
4. Mvidulu B. ELEMENTS D'ANATOMIE TOPOGRAPHIQUE POUR LE FUTUR CHIRURGIENDENTISTE.pdf> 2016
5. Pare A, Joly A. [Oral cancer: Risk factors and management]. *Presse Med*. 2017;46(3):320-30.
6. TABETI CF. Lichen plan buccal, lésion lichénoïde buccale et dégénérescence maligne : Etude des facteurs pronostiques au Service de Pathologie et de Chirurgie Buccale CHU Oran Faculté de Médecine d'Oran 2018.
7. REBAI S. Le carcinome épidermoïde oral: épidémiologie, facteurs de risques et stratégies de sensibilisation des populations à risque 2017.
8. S.BENMOSTEFA;, A.ATTAR;. Profil épidémiologique et clinique des cancers et des lésions précancéreuses de la cavité buccale au Centre Hospitalo-Universitaire de Tlemcen UNIVERSITE ABOU BEKR BELKAID FACULTE DE MEDECINE DR. B .BENZERDJE EB; 2019.
9. DIANE D. Etude épidémiologique et histopathologique des cancers stomatologiques et maxillo-faciaux: à propos de 70 cas: Thèse de médecine; 2007.
10. Del Fabbro M. Effets de la carence en œstrogène sur le remodelage du tissu osseux alvéolaire 2013.
11. Kilburg.M . Les cancers de la cavité buccale chez le jeune adulte UNIVERSITE CLAUDE BERNARD-LYON I 2016.
12. Barnoud; D, Bruyas; A, Delubac; H, Faraldi; M, Gautier; H, al SGe. Les traitements des cancers des voies aéro-digestives supérieures: collection Guides patients Cancer info; 2018.
13. Monica U. Dépistage et prévention primaire du cancer de la cavité orale: attitudes et connaissances des médecins généralistes en France et en Italie: Université de Bourgogne; 2016.
14. Bertrand C. Le dépistage des cancers de la cavité buccale et de l'oropharynx par les médecins généralistes: étude des pratiques dans la région du Havre en Seine-Maritime. 2017.
15. Gilbert B. Aspects épidémiologiques , cliniques et paracliniques des adénopathies cervicales chroniques dans le service d'ORL et de CCF du CHU de Ouagadougou. BURKINA FASO UNIVERSITE DE OUAGADOUGOU; 2003.
16. Kassambara A. Les adénopathies cervicales et la tuberculose (TBC) au Centre Hospitalier Universitaire d'Odontostomatologie de Bamako (CHU-OS. 2011.
17. Foulquier E. Approche clinique et anatomopathologique des lésions papillomateuses de la cavité buccale: Université Toulouse III-Paul Sabatier; 2016.

18. Grandin A. Le dépistage et la détection précoce des cancers et lésions précancéreuses de la cavité buccale et de l'oropharynx par les médecins généralistes: étude des pratiques chez un échantillon de médecins du Calvados 2012.
19. Zimmer C. Les lésions précancéreuses de la muqueuse buccale. Rôle de l'odontologiste: dépistage et prise en charge: UHP-Université Henri Poincaré; 2010
20. S. Bahbah, Dghoughi S, Wady WE. Lésions potentiellement malignes de la muqueuse buccale.diagnostic et prise en charge.pdf>. 2015;10.
21. Reychler H, Weynand B. Dépistage et diagnostic des lésions précancéreuses de la muqueuse orale. Revue de Stomatologie et de Chirurgie Maxillo-faciale. 2010;111(4):203-7.
22. Auriol M-M, Le Naour G. Biopsie. EMC-Stomatologie. 2005;1(1):8-20.
23. Mayo Foundation for Medical Education and Research (MFMER) excisional biopsy 1998\_2019.
24. Gauzeran D. Lésions à risque et cancers de la bouche: diagnostic et traitement: Wolters Kluwer France; 2007.
25. Lalonde B. Le meilleur moyen de détecter le cancer buccal2004. 12 p.
26. CHARIBA I. l'envahissement mandibulaire dans les cancers de la cavité buccale: place de l'image 2010.
27. Faissal BM. Cancers de la cavité buccale étude épidémiologique et clinique rétrospective à propos de 70 cas. 2017.
28. Grégoire; V, al. Traitement de la cavité orale diagnostic; traitement et suivi. 2014;30.
29. Barnoud; D, Bruyas; A, Delubac; H, Faraldi; M, Gautier; H, al SGe. Les traitements des cancers des voies aéro-digestives supérieures: collection Guides patients Cancer info; 2018.
30. Loeb I, Evrard L. Les lésions précancéreuses et cancéreuses de la cavité buccale. Revue médicale de Bruxelles. 2008;29(4):267-72.
31. Slama LB. Affections potentiellement malignes de la muqueuse buccale: nomenclature et classification. Revue de Stomatologie et de Chirurgie Maxillo-faciale. 2010;111(4):208-12.
32. Lombardi T, Carrel J-P, Samson J. Une lésion blanche kératosique isolée de la muqueuse buccale. Médecine Buccale Chirurgie Buccale. 2012;18(3):315-6.
33. Aragon A. Tabac et cavité buccale: prise en charge du patient fumeur en cabinet libéral: Université Toulouse III-Paul Sabatier; 2017.
34. Moreau NA. Les leucoplasies buccales : des lésions potentiellement malignes. 2014.
35. C R-V, Cavelier-Balloy;B. [Precancerous lesions of the buccal epithelium]. Ann Dermatol Venereol. 2017;144(2):100-8.
36. Lombardi T, Kuffer R. [Dynamic concept of oral lichen planus. The diagnosis easy at early stages may become difficult in ancient lichen planus]. Presse Med. 2016;45(2):227-39.
37. BENYAHIA DH. Les lésions blanches de la muqueuse buccale 2019-2020
38. Brennan PA, Aldridge T, Dwivedi RC. Premalignant Conditions of the Oral Cavity: Springer; 2019.
39. Tumeurs de la cavité buccale Collège hospitalo-universitaire français de chirurgie maxillo-faciale et stomatologie: Université Médicale Virtuelle Francophone; 2010-2011 [

40. Gauzeran D. Des lésions à risque aux cancers des muqueuses orales: Éditions CdP; 2014.
41. Hamdoun R, Chbicheb S, El Wady W. Étude épidémiologique des cancers de la cavité buccale dans les centres d'oncologie privés de Rabat. *Journal Africain du Cancer/African Journal of Cancer*. 2015;7(3):113-7.
42. Meyer ML. Facteurs de risque des cancers de la cavité orale en France: Analyse des données d'une étude cas-témoins en population, l'étude ICARE: UNIVERSITÉ PARIS SUD 11; 2013.
43. ATIH. CLASSIFICATION STATISTIQUE INTERNATIONALE DES MALADIES ET DES PROBLÈMES DE SANTÉ CONNEXES CIM-10. France2015.
44. OMS. The global cancer observatory 2020 [Available from: [https://gco.iarc.fr/?fbclid=IwAR3EK4Lf7rEIOYe1s87wN1-US-dkGL\\_5XO6uxmUMVrPyeVMNuBzBUo3Zcpw](https://gco.iarc.fr/?fbclid=IwAR3EK4Lf7rEIOYe1s87wN1-US-dkGL_5XO6uxmUMVrPyeVMNuBzBUo3Zcpw)].
45. Gauzeran D, Saricassapian B. Pathologies de la muqueuse buccale chez le sujet âgé en perte d'autonomie. *Actualités Odonto-Stomatologiques*. 2013(262):13-23.
46. Ben Slama L. [Carcinoma of the lips]. *Rev Stomatol Chir Maxillofac*. 2009;110(5):278-83.
47. Lombardi T, Samson J, Kuffer R. La muqueuse buccale: de la clinique au traitement: Ed. Med'Com; 2009.
48. SLIMANI F, IRO MS. Rhabdomyosarcome géant endobuccal : à propos d'un cas. Faculté de médecine et de pharmacie de Casablanca, Hassan II University of Casablanca, Service de Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale, Hôpital 20 Août, CHU Ibn Rochd; 2019.
49. Renard N, Canonica M, Piral T, Princ G. Lymphomes malins non hodgkiniens buccaux: À propos de 18 cas. *Médecine Buccale Chirurgie Buccale*. 2015;21(2):77-83.
50. RH A, Njatosoa R, Rasolondraibe A, Rakotoarimanana F, Rakotoarison R, Razafindrabe J. ASPECT BUCCO-FACIAL D'UN SARCOME DE KAPOSI ASSOCIE AU VIRUS DE L'IMMUNODEFICIENCE HUMAINE (VIH)(A PROPOS D'UN CAS ET REVUE DE LA LITTERATURE).
51. Daley T, Darling M. Tumeurs malignes de la cavité buccale autres que les carcinomes spinocellulaires: un aperçu. *J Can Dent Assoc*. 2003;69(9):577-82.
52. Rathore RS, Phulari RG, Vasavada DG, Patel DK. A rare and extensive case of oral malignant melanoma involving mandibular gingiva. *Journal of Clinical and Diagnostic Research: JCDR*. 2016;10(2):ZD11.
53. Bencheikh R, Benhammou A, Benbouzid M-A, El Edghiri H, Boulaich M, Essakali L, et al. Chondrosarcome mésoenchymateux de la mandibule. *Revue de Stomatologie et de Chirurgie Maxillo-faciale*. 2007;108(2):156-8.
54. Besozzi J. Histogenèse et histopathogenèse des tumeurs odontogènes: rôle de l'odontologiste: UHP-Université Henri Poincaré; 2003.
55. Speight PM, Takata T. New tumour entities in the 4th edition of the World Health Organization Classification of Head and Neck tumours: odontogenic and maxillofacial bone tumours. *Virchows Archiv*. 2018;472(3):331-9.



56. Maschino F, Curien R, Lê A, Bally J, Sourdou A, Bravetti P. Métastases de la sphère oro-faciale : mécanismes, aspects cliniques et conduite à tenir. *Actualités Odonto-Stomatologiques*. 2009(248):325-38.
57. Boulanger L, Gérard E, Curien R. Multiple gingival metastasis of renal cell carcinoma: a case report. *Journal of Oral Medicine and Oral Surgery*. 2019;25(2):15.
58. Picot E, Jouan R, Bach E, Murcier G, Borgnat F. Oral metastasis of pulmonary adenocarcinoma: diagnosis and treatment. *Journal of Oral Medicine and Oral Surgery*. 2019;25(1):9.
59. Ben Yahya I, Anagnostou F. Le cancer buccal prévention et prise en charge FDI World Dental Federation. 2018:11.
60. Lescaille G, Eruenwein D, Toledo R. Cancers de la cavité buccale: dépistage et facteurs de risque. *EMC, Traité de Médecine AKOS*, 6 (1). 2010:1-8.
61. <https://www.cancer.ca/fr-ca/cancer-information/cancer-type/oral/risks/?region=on>.
62. Rouget M. Mandibulectomies d'origine tumorale: apport de l'odontologiste: Université de Lorraine; 2014.
63. de Camargo Cancela M. Les cancers de la cavité buccale et de l'oropharynx dans le monde: incidence internationale et classification TNM dans les registres du cancer 2010.
64. Cancer LdRsl. <Rapport\_2011\_2016\_Corrigé (1).pdf> 2011 – 2016.
65. Slimani F, Aboussaouira T, Belhallaj M, Nadifi S, Oukerroum A, Chekkoury-Idrissi A. Profil épidémiologique des cancers de la cavité orale et de la lèvre inférieure au service de stomatologie et chirurgie maxillofaciale de l'hôpital du 20-Août, CHU Ibn-Rochd de Casablanca. *Journal Africain du Cancer/African Journal of Cancer*. 2013;5(2):84-7.
66. Zaraa I, Taazayet SB, Dakhli I, Chelly I, Mokni M, Zitouna M, et al. Carcinome épidermoïde des lèvres: à propos de 30 cas. *Tunisie Méd*. 2013;91:148-53.
67. Bougar MF. Cancers de la cavité buccale étude épidémiologique et clinique rétrospective à propos de 70 cas. 2017.
68. Dieng M, Dem A, Gaye P, Diouf D, Toure S, Diop R, et al. Cancers de la cavité buccale: à propos de 145 cas à l'institut Joliot-Curie de Dakar. *Cancer/Radiothérapie*. 2012;5(16):547.
69. Boubacar D. Etude épidémiologique-clinique des carcinomes épidermoïdes dans le service de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale du CHU-OS de Bamako de 2011 à 2014: à propos de 51 cas. 2014.
70. Rakotoarison RA, Ralaïarimanana LF, Alson SR, Razafindrabe JB, Rakotovao FJ. Carcinome épidermoïde de la langue mobile et irritation d'origine prothético-dentaire: à propos d'une observation. *Médecine Buccale Chirurgie Buccale*. 2010;16(1):53-6.
71. El Bousaadani A, Taali L, Eljahd L, Abouelfad M, Bennani Z, Abada R, et al. Épidémiologie et incidence des cancers des voies aérodigestives supérieures à la grande région de Casablanca au Maroc au cours de l'année 2014. *Journal Africain du Cancer/African Journal of Cancer*. 2015;7(4):202-5.
72. Delagranda A, Leterme G, Chirpaz E, Ferdynus C, Fernandez C, Rubin F. Caractéristiques épidémiologiques des cancers de la cavité buccale, de l'oropharynx, de l'hypopharynx, et du larynx sur l'île de la Réunion. *Annales françaises d'Oto-rhino-laryngologie et de Pathologie Cervico-faciale*. 2018;135(3):175-81.

73. EL IDRISSE A. Cancer de la langue 24 cas. FES, MAROC: Université Sidi Mohamed Ben Abdellah 2015.
74. Ligier K, Belot A, Launoy G, Velten M, Delafosse P, Guizard A. Epidemiologie des cancers de la cavité buccale en France. *Revue de Stomatologie et de Chirurgie Maxillo-faciale*. 2011;112(3):164-71.
75. Droneau É. Le rôle du chirurgien dentiste dans le dépistage des lésions précancéreuses et cancéreuses de la muqueuse buccale 2011.
76. de Monès E, Vergez S, Barry B, Righini C, Rolland F, Raoul G, et al. Bilan initial des carcinomes épidermoïde de la cavité buccale, du larynx et du pharynx (nasopharynx exclu). Partie 3: bilan général. Recommandations SFORL 2012. *Annales françaises d'Oto-rhino-laryngologie et de Pathologie Cervico-faciale*. 2013;130(3):169-77.
77. 77.  
[https://www.who.int/fr/newsroom/factsheets/detail/cancer?fbclid=IwAR3cmLSjLQ8QjjkXB3V-e9\\_Y7Q07KDmsxt6DTz3N4KAWem2GV9VB4kXuifE](https://www.who.int/fr/newsroom/factsheets/detail/cancer?fbclid=IwAR3cmLSjLQ8QjjkXB3V-e9_Y7Q07KDmsxt6DTz3N4KAWem2GV9VB4kXuifE).
78. Lalonde B. Le meilleur moyen de détecter le cancer buccal. *ément*. 2004:12.
79. mondiale de la Santé O. Rapport de l'OMS sur l'épidémie mondiale de tabagisme, 2017: surveiller la consommation de tabac et les politiques de prévention: résumé d'orientation. Organisation mondiale de la Santé; 2017.
80. Le Moing É. Éthylisme et cavité buccale 2010.
81. Carayol M. Le rôle de l'activité physique dans la prévention tertiaire du cancer. *Journal de pharmacie clinique*. 2013;32(1):23-30.
82. et Lsclc, l'alimentation Asp. Manger sainement pour réduire son risque de cancer. 2000;6.
83. <http://campus.cerimes.fr/orl/enseignement/adenopathie/site/html/cours>

### Résumé :

Les cancers de la cavité buccale sont codifiés dans la Classification Internationale des Maladies, 10ème révision (CIM-10), par les codes C00-C06. Ils sont précédés dans 10 à 80% des cas par des lésions potentiellement malignes. Ils représentent environ 4.6% de tous les cas de cancer annuellement dans le monde.

Notre objectif a été de mettre en place un registre épidémiologique-clinique au niveau du service de pathologie et chirurgie buccales, tout en décrivant les caractéristiques épidémiologiques et cliniques des cancers et des lésions potentiellement malignes de la cavité buccale au CHU de Tlemcen de l'année 2020.

Notre travail est une étude descriptive à recueil prospectif des cancers et des lésions potentiellement malignes de la cavité buccale au cours de l'année 2020, colligés au service de Pathologie et Chirurgie Buccales (PCB), CHU de Tlemcen ; en collaboration avec : service d'oncologie, service de maxillo-facial, Laboratoire anatomopathologique du secteur privé.

Nous avons noté 13 cas de lésions potentiellement malignes dont 23.1% étaient confirmées histologiquement et qui sont dominées par les leucoplasies suivies du lichen plan buccal.

Les cancers de la cavité buccale étaient retrouvés aussi pour 13 cas, parmi eux 69.2% ont été confirmés par un examen anatomopathologique associés ou pas à des examens radiologiques type TDM ou IRM et d'où le carcinome épidermoïde était le type histologique le plus répandu.

La moyenne d'âge est de 61.5 ans. Le sex-ratio homme/femme est de 1.36. L'alcoolisme et ou le tabagisme est présent chez 33.3% patients. Le délai moyen de consultation de nos patients est de 6 mois.

La mise en place du registre de ces lésions reste nécessaire pour identifier la population à risque et mettre en place un programme de dépistage afin d'améliorer le pronostic de ce cancer.

**Mots clés :** Cancers de la cavité buccale- Dépistage - Facteurs de risque -Lésions potentiellement malignes. Registre.

### Abstract:

Oral cancers are classified according to the international classification of diseases (CIM-10, C00-C06). It accounts for 4.6% of all cancers.

Our objective was to create a local registry and to describe oral premalignant lesions and cancers in hospital university of Tlemcen during 2020. Patients were recruited for our department and others including oncology, maxillofacial surgery, and pathology department.

We have included 13 patients with oral premalignant lesions, in which 23.1% were histologically confirmed, mainly leukoplakia and lichen planus.

Oral cancer was reported in 13 cases, 69.2% of them were histologically and/or radiologically confirmed with carcinoma being the most common type.

The mean age was 61.5 years, with a sex ratio H/F of 1.36. Smoking and alcohol use were reported in 33.3% of cases. The mean follow-up period was six months.

The creation of that registry may improve the management of patients with oral premalignant lesions and cancers.

**Keywords :** oral cancer; screening; risk factors; oral premalignant lesions; registry.