

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
PREMIERE PARTIE : RAPPELS.....	3
1. ANATOMIE DE LA CAVITE BUCCALE.....	3
1. 1. Charpente osseuse	3
1. 2. Muscles	3
1. 3. Muqueuses	5
1. 4. Vaisseaux	5
1. 5. Innervation	6
2. QUELQUES PARTICULARITES ANATOMIQUES SUR LA GENCIVE ET LA LANGUE	8
2. 1. Gencive	8
2. 1. 1. Anatomie	8
2. 1. 2. Histologie	8
2. 2. Langue.....	9
2. 2. 1. Anatomie	9
2. 2. 2. Histologie	9
3. FONCTIONS DE LA CAVITE BUCCALE.....	11
4. CANCERS DE LA CAVITE BUCCALE	11
4. 1. Définition	11
4. 2. Epidémiologie	11
4. 3. Etiologie	12
4. 3. 1. Facteurs de risque.....	12
4. 3. 2. Autres facteurs favorisants.....	12
4. 4. Histologie et stade de différenciation.....	13
4. 5. Diagnostic positif	13

4. 5. 1. <i>Circonstance de découverte</i>	13
4. 5. 2. <i>Signes d'examens</i>	14
4. 5. 3. <i>Formes cliniques</i>	14
4. 6. <i>Examens paracliniques</i>	14
4. 7. <i>Diagnostic différentiel</i>	15
5. <i>PARTICULARITES DU CANCER DE LA GENCIVE</i>	15
5. 1. <i>Notion générale</i>	15
5. 2. <i>Clinique</i>	15
5. 2. 1. <i>Tumeur</i>	15
5. 2. 2. <i>Extension</i>	16
6. <i>PARTICULARITES DU CANCER DE LA LANGUE MOBILE</i>	16
6. 1. <i>Diagnostic positif</i>	16
6. 1. 1. <i>Circonstance de découverte</i>	16
6. 1. 2. <i>Signes d'examens</i>	17
6. 1. 3. <i>Bilan d'extension</i>	17
6. 2. <i>Formes cliniques</i>	17
6. 3. <i>Conduite à tenir devant les ulcérations linguales</i>	18
7. <i>TRAITEMENT</i>	18
7. 1. <i>But</i>	18
7. 2. <i>Moyens</i>	18
7. 2. 1. <i>Moyens médicaux</i>	18
7. 2. 2. <i>Radiothérapie</i>	19
7. 2. 3. <i>Chirurgie</i>	20
7. 2. 4. <i>Traitements adjuvants</i>	21
7. 3. <i>Indications</i>	21
7. 3. 1. <i>Dans les cancers de la cavité buccale</i>	21
7. 3. 2. <i>Dans les cancers de la gencive</i>	21
7. 3. 3. <i>Dans les cancers de la langue</i>	21
7. 4. <i>Complications et effets secondaires du traitement</i>	22

7. 4. 1. <i>Chimiothérapie</i>	22
7. 4. 2. <i>Radiothérapie</i>	23
7. 4. 3. <i>Chirurgie</i>	23
7. 5. Surveillance.....	24
7. 5. 1. <i>Objectifs</i>	24
7. 5. 2. <i>Moyens</i>	24
7. 5. 3. <i>Eléments de surveillance</i>	24
8. <i>PRONOSTIC</i>	24
DEUXIEME PARTIE : RESUME DE NOTRE OBSERVATION.....	26
TROISIEME PARTIE : DISCUSSIONS ET SUGGESTIONS	36
1. <i>DISCUSSIONS</i>	36
1. 1. Aspects épidémiologiques.....	36
1. 2. Facteurs de risque.....	37
1. 3. Anatomopathologie	38
1. 4. Aspects cliniques.....	39
1. 5. Paracliniques	40
1. 6. Modalités thérapeutiques	40
1. 7. Evolution et pronostic	42
2. <i>SUGGESTIONS</i>	45
2. 1. Potentialiser la prévention.....	45
2. 2. Mettre en place une prise en charge active et précoce	46
2. 3. Prévenir les récidives	46
2. 4. Communication pour le Changement de Comportement (3C)	46
CONCLUSION	48

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Vue antérieure de la bouche	4
Figure 2 : Coupe sagittale médiane de la bouche.....	4
Figure 3 : Structure anatomique de la langue.....	7
Figure 4 : Papilles linguales	10
Figure 5 : Chaînes ganglionnaires cervicales.....	10
Figures 6 : Tumeur gingivale ulcéro-végétante gauche	27
Figure 7 : Champ d'irradiation d'un cancer de la gencive.....	29
Figure 8 : Carcinome épidermoïde linguale stade T2	32
Figure 9 : Coupe histologique d'un carcinome épidermoïde de la langue.....	33

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Récapitulation des hémogrammes de notre patient..... 34

Tableau 2 : Récapitulation des bilans biologiques de notre patient..... 35

LISTE DES ABREVIATIONS

AICR :American Institute for Cancer Research

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

UICC : Union Internationale Contre le Cancer

VADS : Voies Aéro-Digestives Supérieures

INTRODUCTION

Les cancers de la cavité buccale sont indissociables des cancers ORL. Ils entrent dans le cadre des cancers des voies aéro-digestives supérieures (VADS) et représentent 30% des tumeurs des VADS, 8 à 10% du total des cancers [1].

Les cancers des VADS peuvent être repartis en trois grands groupes, selon la fréquence :

- ceux du rhinopharynx (cavum, nasopharynx) qui sont les plus rares ;
- ceux des fosses nasales, nasosinus et des glandes salivaires qui sont relativement rares ;
- et enfin, ceux de la cavité buccale, du pharynx et du larynx qui sont les plus fréquentes [2].

On note 500.000 nouveaux cas par an dans le monde, avec une grande variabilité géographique (16/100.000 habitants aux Etats-Unis, 18/100.000 en Europe et 37/100.000 en France) [2].

Une des particularités des cancers VADS est l'existence d'une seconde localisation dans près de 25% des cas. La découverte d'un cancer impose la recherche de cette seconde localisation : elle est synchrone dans 10 à 15% des cas et métachrone dans les autres cas [3].

Les cancers de la cavité buccale comprennent les sites anatomiques suivants : langue, plancher, joue, trigone rétromolaire, commissure inter-maxillaire, palais mais la localisation la plus fréquente est la langue, le plancher, la gencive et la lèvre inférieure [4, 5, 6, 7].

Les cancers des VADS surviennent dans plus de 70% des cas chez des sujets de bas niveau socio-économique [5].

Les personnes âgées de plus de 45ans, de sexe masculin sont les plus affectées par le cancer de la bouche [8]. En outre, les facteurs de risque connus sont nombreux tels que : le tabac, l'alcool, les mauvais états bucco-dentaires, l'hérédité, les carences vitaminiques (A, B, C, E), l'exposition solaire ; les dysplasies sont susceptibles de dégénérer dans près de 30% des cas. La consommation de marijuana serait également un facteur de risque [3, 8].

Les cancers de la langue constituent 17% des cancers bucco-pharyngés.

Dans le Service Oncologie Radiothérapie du CHU Antananarivo, parmi les cancers de la cavité buccale, les cancers de la langue occupent la troisième place après les cancers de la gencive et ceux des maxillaires avec un taux respectif de 26,35% ; 19,37% et 17,82% [9].

A notre connaissance, peu d'études ont été consacrées à la double localisation tumorale de la cavité buccale à Madagascar.

La sévérité du pronostic des cancers de la cavité buccale quelle que soient leur localisation et l'importance des troubles fonctionnels qu'ils engendrent, nous incite à réaliser le présent travail qui consiste à soulever les aspects épidémiologique, diagnostique, thérapeutique et les modalités évolutives. Ainsi, nous rapportons un cas de cancer de la langue mobile survenant chez un terrain déjà irradié pour cancer de la gencive, traité et suivi au Service Oncologie Radiothérapie du CHU Antananarivo.

Nous ferons en premier lieu les rappels anatomo-physiologiques de la cavité buccale en général, puis sur les cancers de la langue et de la gencive. Nous passerons ensuite à la présentation de notre cas. Nos discussions et conclusions termineront notre travail.

PREMIERE PARTIE : RAPPELS

1. ANATOMIE DE LA CAVITE BUCCALE (figures 1, 2)

La bouche comprend : un appareil de préhension des aliments (les lèvres), un appareil de propulsion (la langue), un appareil de mastication (les mâchoires armées de dents, un appareil de gustation (les papilles linguales) et un appareil de digestion chimique (les glandes salivaires) [10].

Elle est limitée en avant par les lèvres, sur les côtés par les joues, en haut par le palais et en bas par la langue et le plancher buccal. La fente orale constitue son ouverture antérieure ; à l’arrière, la cavité orale communique avec l’oropharynx [10].

Les trois organes essentiels de la bouche sont :

- les dents, implantées sur le rebord maxillaire, seule la couronne est visible à l’ouverture de la bouche.
- La langue, fixe dans sa partie postérieure et mobile pour le reste (en avant du V lingual)
- Les glandes salivaires principales (glandes parotides, glandes sous-maxillaires et glandes sub-linguales) et les glandes salivaires accessoires, reparties sur la paroi de la cavité buccale (lèvres, langue, palais, joue) [11].

1. 1. Charpente osseuse [12, 13]

La charpente osseuse est formée par la mandibule et le palais dur. La mandibule est constituée par un seul os mobile, le maxillaire inférieur. Le squelette du palais dur est formé par le processus palatin des maxillaires supérieurs et les lames horizontales des os palatins.

1. 2. Muscles [14]

Les muscles de la cavité buccale sont formés par :

* les muscles de la joue qui sont les muscles buccinateurs ; à partir du raphé ptérygo-mandibulaire et des parties voisines des maxillaires supérieur et inférieur, ils se dirigent vers les commissures labiales.

* les muscles du plancher buccal : qui sont les muscles mylo-hyoidiens. Au-dessus de ce plancher buccal se placent les deux muscles génio-hyoidiens adjacents à la ligne médiane ; au milieu de la face interne de la mandibule, naît le muscle génio-glosse qui occupe la majeure partie du corps de la langue.

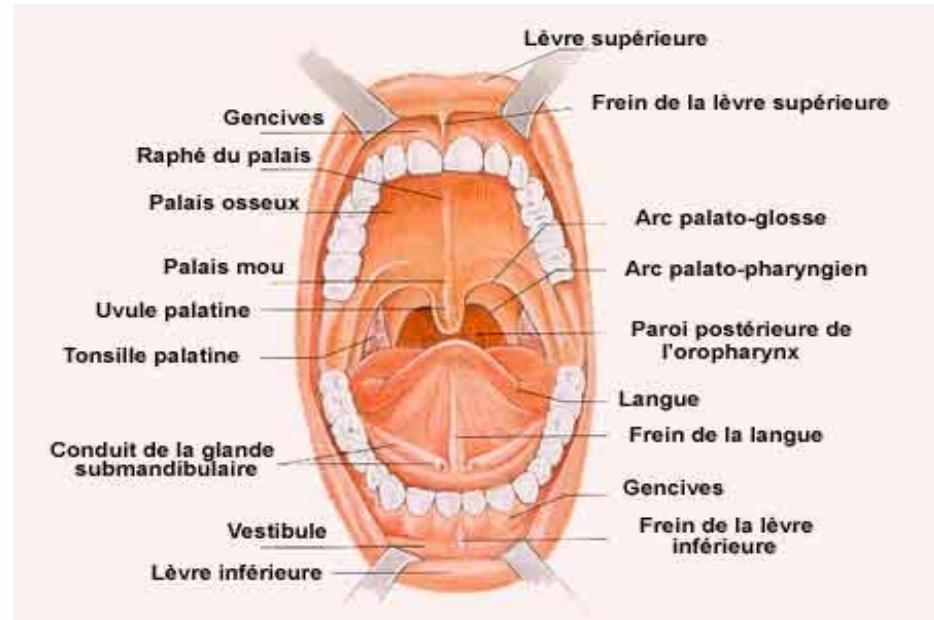


Figure 1 : Vue antérieure de la bouche

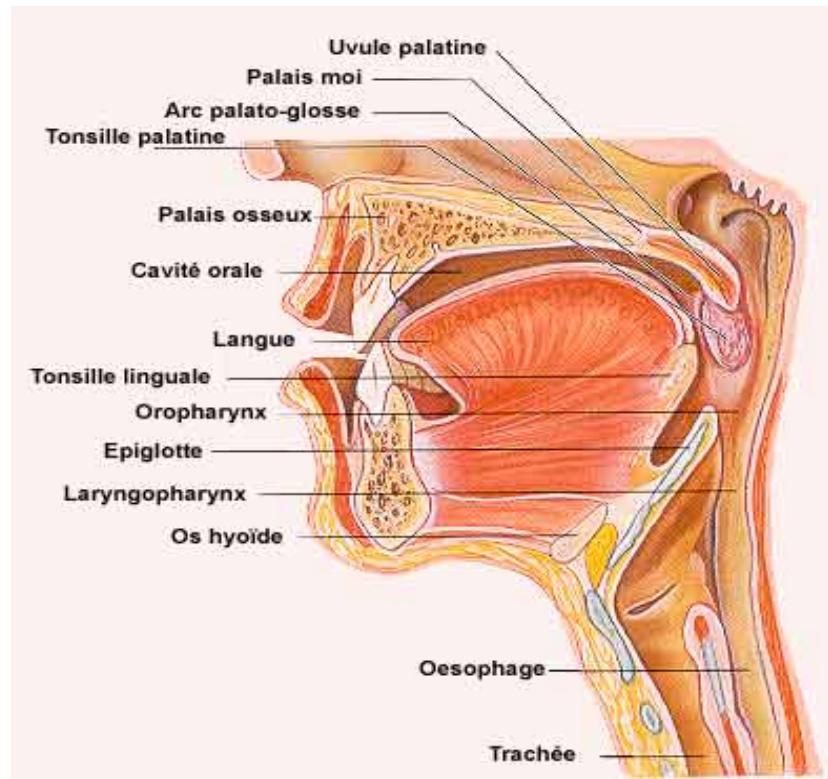


Figure 2 : Coupe sagittale médiane de la bouche

1. 3. Muqueuses [10, 15]

Il existe trois types de muqueuses buccales selon la classification de Schroëder :

* Type1 : ce sont des muqueuses non kératinisées avec un tissu conjonctif lâche, des fibres élastiques (muqueuse de la joue et de la partie inférieure de la langue, muqueuse alvéolaire, du plancher de la bouche et du palais mou).

* Type2 : ce sont des muqueuses kératinisées, avec un tissu conjonctif dense et des faisceaux de collagènes nombreux et serrés, il n'y a pas de fibres élastiques (muqueuse du palais dur, de la gencive vestibulaire au collet et au maxillaire, muqueuse gingivale vestibulaire et linguale à la mandibule).

* Type3 : ce sont des muqueuses spécialisées comme la face supérieure de la langue qui présente de petites saillies, les papilles linguales, organes du goût.

La muqueuse orale, comme tous les revêtements humides produisent des peptides antimicrobiens appelés défensines [12].

Les parois de la bouche sont tapissées d'un épithélium stratifié squameux.

Les épithéliums des gencives, du palais osseux et du dos de langue sont légèrement kératinisés.

1. 4. Vaisseaux [5, 16, 17]

/ *La vascularisation artérielle* est assurée par différentes branches issues de l'artère carotide externe :

- l'artère linguale qui donne des branches destinées à la langue(bords, corps, pointe), et aux gencives (artère sublinguale)
- l'artère faciale qui donne plusieurs branches : l'artère palatine ascendante, le rameau amygdalien, l'artère sous mentale, et les artères labiales inférieure et supérieure
- l'artère pharyngienne ascendante : elle donne des rameaux à la paroi pharyngienne.
- et l'artère maxillaire avec ses différentes branches :

*l'artère alvéolaire inférieure : elle vascularise les dents, les os et les parties molles du maxillaire inférieur. Elle se termine en artère sous-mentale ;

*l'artère massétérine : elle traverse l'échancrure sigmoïde et s'enfonce dans la partie postéro-supérieure du masséter ;

*l'artère buccale se destinant à la joue et à la muqueuse jugale ;

- *l'artère alvéolaire supérieure vascularise les dents et les gencives postérieures ;
- *l'artère palatine descendante distribuée au voile du palais et à la voûte palatine ;
- *l'artère sphéno-palatine : c'est la branche terminale de l'artère maxillaire interne, elle pénètre dans la fosse nasale correspondante.

✓ *Le sang veineux* de la face est rassemblé dans la veine jugulaire interne.

D'autres affluents de la veine jugulaire proviennent de la face et du cou :

- le plexus pterygoidien qui alimente la veine rétro-mandibulaire. Cette dernière se jette dans la veine jugulaire interne, le plus souvent ensemble avec la veine faciale
- le plexus pharyngien s'abouche souvent de façon isolée dans la veine jugulaire interne en formant la veine pharyngienne

✓ *Le drainage lymphatique* (figure 3) est assuré par différentes chaînes cervico-faciales, mais le groupe sous-digastrique constitue un véritable carrefour des principales voies, d'où son importance fonctionnelle en cancerologie

Les ganglions lymphatiques de la région moyenne et inférieure de la face (dents des maxillaires supérieurs et inférieur incluses) et de la langue se placent sous le rebord inférieur de la mandibule : ce sont les ganglions lymphatiques sous-mandibulaires.

La lymphé de la lèvre inférieure atteint les ganglions lymphatiques sous-mentaux.

La lymphé de la superficie du cou et de la parotide gagne des ganglions lymphatiques cervicaux superficiels.

Les ganglions lymphatiques cervicaux profonds sont plus en aval et entourent en profondeur le paquet vasculo-nerveux du cou. Leur groupe supérieur reçoit directement de la lymphé de la racine de la langue et des amygdales palatines.

1. 5. Innervation [13]

L'innervation de la cavité buccale est assurée par :

- le nerf trijumeau : sa branche moyenne innervé les dents de la mâchoire supérieure, les dents de la mâchoire inférieure et la langue sont innervées par sa branche inférieure
- le nerf facial : innervé les muscles de la face,
- le nerf glosso-pharyngien : innervé la langue et le pharynx,
- le nerf spinal : innervé les muscles du larynx,
- le nerf hypoglosse : commande les mouvements de la langue.

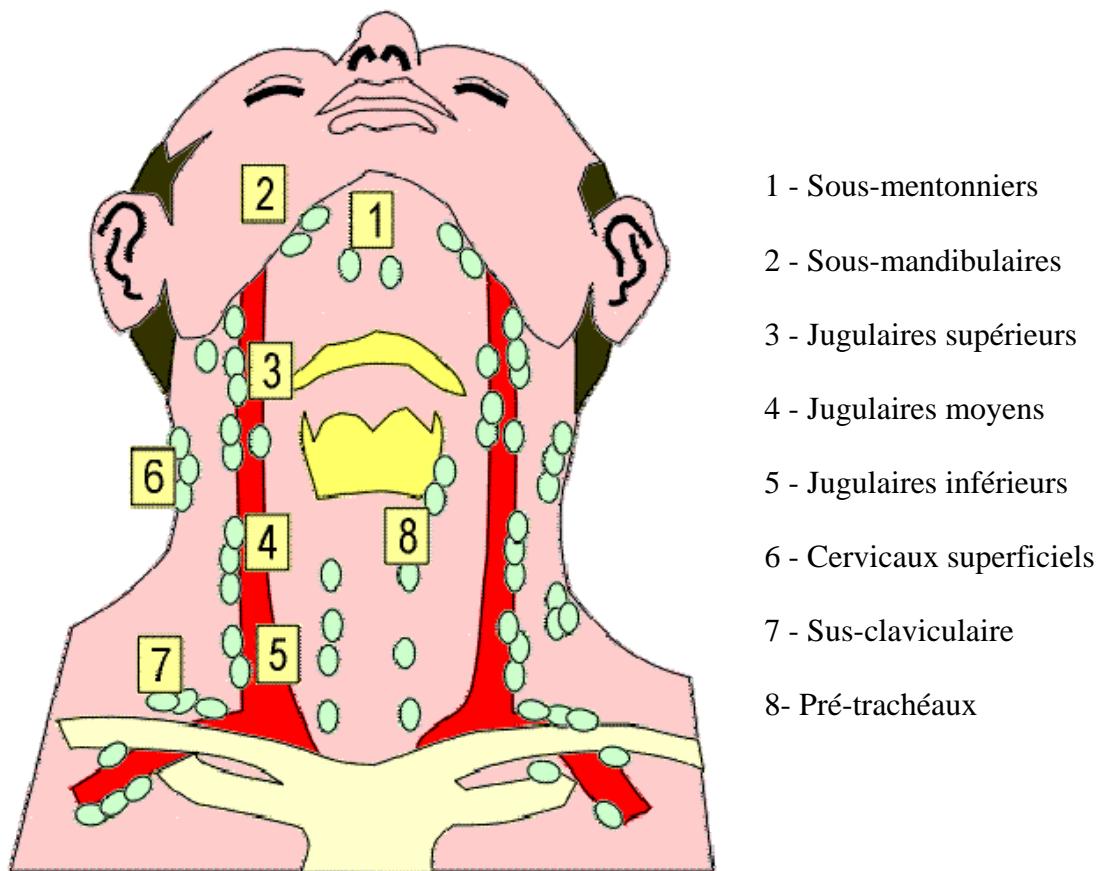


Figure 3 : chaînes ganglionnaires cervicales

2. QUELQUES PARTICULARITES ANATOMIQUES SUR LA GENCIVE ET LA LANGUE

2. 1 Gencive [14, 15,18]

2. 1. 1 Anatomie [14, 15]

C'est une fibromuqueuse de revêtement des maxillaires, très adhérente, épaisse, résistante, de couleur rosée.

La gencive se continue d'une part, avec la muqueuse des joues et des lèvres le long des gouttières vestibulaires, d'autre part, avec la muqueuse de la voûte palatine en haut et du plancher en bas. Elle s'arrête le long des lèvres internes. Son bord alvéolaire suit une ligne festonnée dont les parties saillantes, s'étendent d'une face à l'autre du maxillaire dans les interstices inter-dentaires. Ainsi, chaque dent est entourée par la muqueuse gingivale sur tout le pourtour de l'orifice alvéolaire.

Il existe trois types de gencives : la gencive marginale ou gencive libre (c'est le bord gingival libre) ; la gencive attachée, immobile et fermement attachée à la surface de la dent et à l'os alvéolaire par des fibres collagènes ; et enfin la gencive papillaire (ou inter-dentaire).

2. 1. 2. Histologie [18]

La gencive est une fibromuqueuse composée d'un chorion conjonctif recouvert par un épithélium pavimenteux stratifié. L'épithélium et le chorion sont séparés par une membrane basale sinuée. Cette disposition devient linéaire au niveau du bord libre gingival.

On distingue trois types d'épithélium : épithélium oral (partie externe de la gencive), épithélium sulculaire (du côté de la dent), et épithélium de jonction.

L'épithélium gingival est formé par des cellules fermement attachées les uns aux autres et arrangeées en couches distinctes.

Les différentes couches de l'épithélium sont : la couche basale, la couche épithéliale, la couche granuleuse, la couche cornée. En plus, les autres types de cellules épithéliales sont : les kératinocytes, les mélanocytes, les cellules de Langerhans (impliquées dans les mécanismes de défenses immunitaires).

2. 2 . Langue (figures 4, 5)

2. 2. 1. Anatomie de la langue [10, 11, 12, 14, 15]

La langue est un organe musculaire mobile, aplati, étroit dans sa partie antérieure (pointe de la langue). Elle est plus large et épaisse dans sa partie postérieure (base de langue). Les deux parties sont séparées par un sillon à angle ouvert en avant (V lingual).

La face supérieure présente des saillies : les papilles (organe du goût), la face inférieure qui est lisse, parsemée de quelques replis dont le frein [11].

La musculature de la langue se compose de 17 muscles, dont huit sont paires, et un seul, le lingual supérieur est impair. Le plus important de ces muscles est le muscle génio-glosse. Ces muscles s'insèrent sur le maxillaire inférieur, sur l'os hyoïde, sur les apophyses styloïdes du temporal et sur les palatines. Ils permettent à la langue de changer de forme ou de position [10, 14].

La vascularisation de la langue est assurée par :

- l'artère linguale et ses branches qui proviennent de l'artère carotide externe ;
- les veines linguales sont satellites de l'artère ;
- les lymphatiques de la pointe de la langue qui vont aux ganglions sous-mentonniers ; ceux du corps de langue se rendent aux ganglions sous-maxillaires et aux ganglions de la jugulaire interne [12].

La langue reçoit trois paires de nerfs :

- deux nerfs moteurs (nerfs hypoglosses) ;
- deux nerfs sensoriels (nerfs glossopharyngiens) ;
- deux nerfs sensitifs (nerfs linguaux).

Par l'intermédiaire de ces trois paires de nerfs, la langue a trois fonctions : la propulsion des aliments, la gustation et enfin, l'appréciation tactile et thermique [10].

2. 2. 2. Histologie de la langue [11, 14]

La langue est un organe musculo-conjonctif comportant le muscle lingual et la muqueuse qui s'enfonce entre les faisceaux musculaires et contient des glandes salivaires accessoires, des vaisseaux et des nerfs. La muqueuse porte un épithélium pavimenteux pluristratifié non kératinisé.

A la face inférieure, l'union avec la muqueuse est lâche ; sur la ligne médiane, la muqueuse forme le frein de la langue sur lequel transparaissent latéralement les veines linguales ; plus en dehors apparaît un pli festonné : c'est le pli frangé.

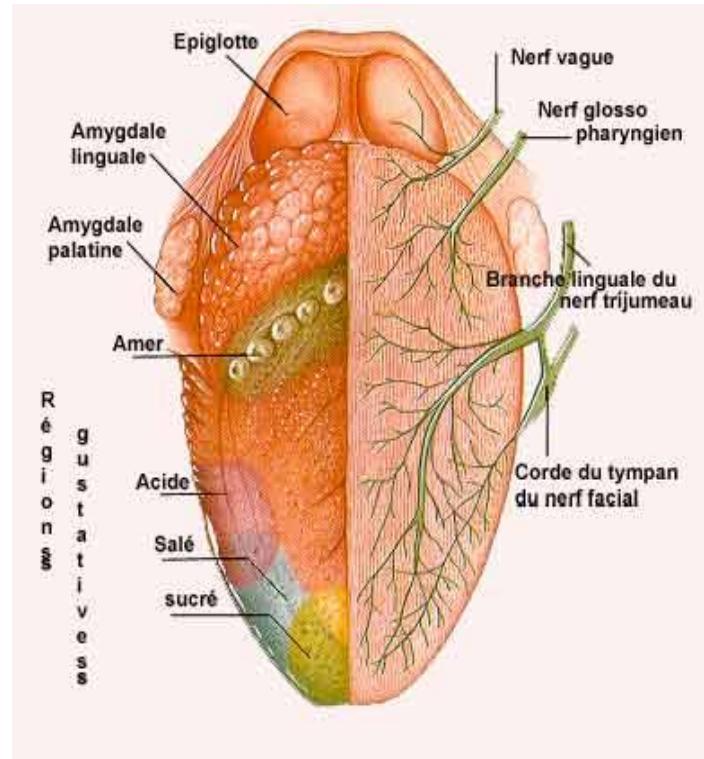


Figure 4 : Structure anatomique de la langue

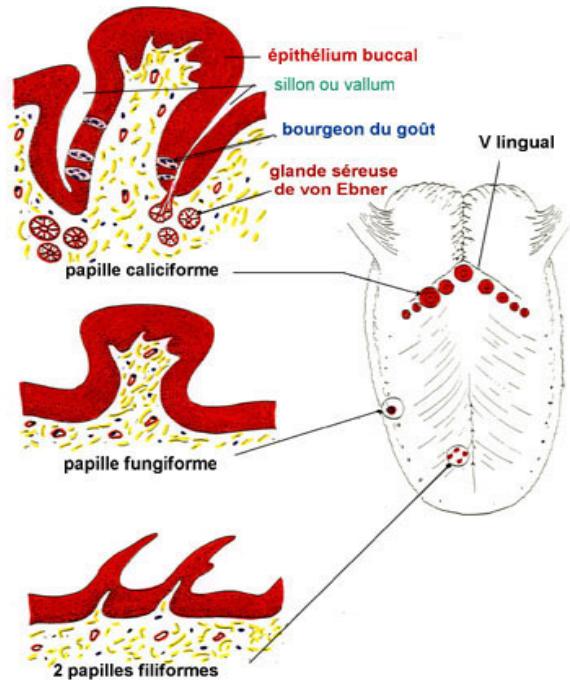


Figure 5 : Les papilles linguales

La face dorsale de la langue est hérissée de papilles linguales qui sont de trois types :

- les papilles filiformes : reparties sur les deux tiers antérieurs de la face dorsale et sont formées d'un axe conjonctif unique ou dédoublé recouvert d'un épithélium pluristratifié, pavimenteux, desquamant et peu kératinisé.
- les papilles fungiformes : beaucoup moins nombreuses, comportent un axe conjonctif ramifié, recouvert d'un épithélium de type buccal effaçant les saillies du chorion.
- les papilles caliciformes : d'une dizaine, situées au niveau du V lingual, volumineuses, enfoncées dans le chorion et entourées par un sillon ou vallum (papille circum valée), elles possèdent des bourgeons du goût sur leurs faces latérales.

3. *FONCTIONS DE LA CAVITE BUCCALE* [10, 11]

C'est dans la bouche que la nourriture est mastiquée, mélangée et humectée avec la salive contenant des enzymes qui commencent le processus de digestion chimique. La bouche amorce également le mécanisme de la déglutition qui assure le passage de la nourriture dans le pharynx, l'œsophage et l'estomac [10].

En outre, la bouche assure aussi la fonction respiratoire par le passage de l'air extérieur vers le pharynx, puis vers le larynx ; la fonction phonatoire est possible grâce à la caisse résonance avec le pharynx et la formation de certaines consonnes avec les lèvres (p, b, m), avec les dents (t, s), et enfin avec le voile du palais (k, g) [11].

4. *CANCERS DE LA CAVITE BUCCALE*

4. 1. Définition [1, 19]

Une tumeur cancéreuse est une prolifération excessive et anarchique des cellules anormales, qui envahit les structures voisines et qui a tendance à produire des tumeurs secondaires à distance.

4. 2. Epidémiologie [1, 5, 17, 20]

Les cancers de la cavité buccale représentent 31% des cancers des VADS. Une prédominance masculine (plus de 90% des cas) de 50 à 70 ans est constatée mais une féminisation et un rajeunissement de la population atteinte ont été retenus depuis quelques années par le fait de la tendance accrue du tabagisme chez les jeunes de sexe féminin. En effet, cette affection débute dès 35ans avec un pic à 45-55ans [1, 5, 20].

Il s'agit dans plus de 90% des carcinomes épidermoïdes [17].

Les points communs qui existent entre les cancers de la cavité buccale et ceux des VADS sont le type histologique et l'étiologie liée à la double intoxication alcoolotabagique dans 80% des cas [1].

4. 3. Etiologie

4. 3. 1. Facteurs de risque

- a) TABAC [3, 5, 20, 21, 22]

A fumer ou à chiquer, il constitue le principal facteur de risque par son action cancérogène (benzopyrènes), et par la brûlure chronique ; le tabagisme est souvent ancien, prolongé et important (plus de 20ans et de 20 paquets année).

- b) ALCOOL [1, 3, 5, 8, 21, 23]

Second grand facteur de risque et il constitue un solvant des cancérogènes du tabac. Il a également une action irritative chronique. L'association tabac-alcool a un effet synergique, c'est-à-dire qu'elle multiplie les risques.

- c) MAUVAIS ETAT BUCCO- DENTAIRE [3, 8]

Accompagne fréquemment les cancers de VADS. La présence d'une infection locale en particulier la pyorrhée alveolo-dentaire contribue à l'irritation des muqueuses.

4. 3. 2. Autres facteurs favorisants

- a) FACTEUR GENETIQUE [3, 8]

Sont plus exposés, les patients dont un des parents est décédé d'un cancer des VADS.

- b) ETATS PRE-CANCEREUX [1, 2, 5, 17, 21]

Les leucoplasies et les erythroplasies de la cavité buccale ont un taux de dégénérescence plus élevé, viennent ensuite les lichens et la syphilis tertiaire.

- c) MALNUTRITION [3, 17]

Associée à des carences vitaminiques (A, B, C, E) pourrait favoriser les lésions dysplasiques et la cancérisation.

- d) EXPOSITIONS PROFESSIONNELLES [5]

A l'amiante, au chrome, au nickel, aux hydrocarbures, aux peintures, et à d'autres produits chimiques ont été retrouvés.

- e) CERTAINES INFECTIONS CHRONIQUES [2]

Sont suspectées (rhinites, sinusites, mycoses buccales).

4. 4. Histologie et stade de différenciation [1, 17]

Seul l'examen histologique confirme le diagnostic et détermine le type de cancer et le stade de différenciation. Dans plus de 95% des cas, il s'agit d'un carcinome épidermoïde, les autres types peuvent être rencontrés mais de façon plus rares : adénocarcinomes, carcinomes adénoïdes kystiques, sarcomes, lymphomes.

En fonction de leurs aspects macroscopiques, ils présentent histologiquement les types suivants :

- végétations épithéliales épaisses et coalescentes ;
- nécrose et abrasion de la tumeur ou vastes ulcérations tapissées d'exsudats fibrino-leucocytaires ;
- infiltration en profondeur du chorion et des muscles adjacentes par des cellules épithéliomateuses ;

On distingue deux catégories selon le degré de différenciation de ces tumeurs en fonction des similitudes des cellules cancéreuses avec celles de l'épithélium buccal normal :

- * les cancers différenciés où les anomalies cytologiques sont souvent peu importantes (simple variation de taille des noyaux, quelques mitoses) et les lobules sont composés de trois assises bien caractérisées (pérophérique, intermédiaire et centrale).
- * les cancers les moins différenciés : sont composés de cellules de forme variable, cubiques, polygonales, fusiformes, monstrueuses. Celles-ci très basophiles, se disposent en travées confluantes ou en nappes diffuses sans pont d'union.

La maturation kératosique est rare et les atypies sont nombreuses (grosses noyaux bourgeonnants, hyperchromatiques avec nucléoles volumineux et multiples).

4. 5. Diagnostic positif

4. 5. 1. Circonstance de découverte [2, 3, 4, 5, 21]

Les symptômes sont frustes et non spécifiques. Sa découverte dépend souvent de la méconnaissance par le patient lui-même. Ainsi, le patient ne vient en consultation qu'après quelques mois du début des symptômes. La bonne règle impose que la persistance au-delà de 15 jours d'un ou de plusieurs des symptômes suivants, doit amener en consultation spécialisée : gène et douleur à la déglutition, dysphonie, otalgie isolée,

intolérance d'une prothèse dentaire, sialorragie, obstruction nasale unilatérale, rhinorrhée séro-sanguinolante [2, 3, 4]. Parfois, découverte devant une adénopathie cervicale [5, 21].

4. 5. 2. Signes d'examens [1, 21]

Les signes fonctionnels notés lors de la découverte peuvent orienter sur la topographie de la lésion.

L'examen doit être rigoureux et systématique : basé sur l'inspection minutieuse de la cavité buccale sous un bon éclairage, en examinant chaque structure, déplissant tous les plis et à la recherche d'une seconde localisation. Ainsi, il faut apprécier la motricité de la langue, palper soigneusement la cavité buccale ainsi que la tumeur et les aires ganglionnaires.

Au terme de l'examen, établir un dessin daté et coté des lésions constatées, ainsi qu'un bilan dentaire provisoire.

Compléter par l'appréciation de l'état général, nutritionnel et des tares associées.

Cet examen définira la classe TNM et les formes cliniques (cf. annexe).

4. 5. 3. Formes cliniques [1, 17]

L'examen clinique permettra de définir quatre formes :

a) FORME ULCEREUSE

L'ulcération apparaît à la partie visible du cancer et qui repose sur une base indurée avec un versant externe surélevé et un versant interne à bords cruentés dont le fond contient des débris nécrotiques.

b) FORME BOURGEONNANTE OU VEGETANTE

Où il y a une prolifération en bourgeon de la tumeur.

c) FORME ULCERO-BOURGEONNANTE

Caractérisée par la présence d'ulcération au sommet des bourgeons.

d) FORME FISSURAIRE OU NODULAIRE

Sous forme de crevasse ou d'un nodule souvent volumineux, maldélimité et très dur. Cette forme ne s'extériorise en surface que par une ulcération souvent minime masquée par des croûtes brunâtres.

4. 6. Examens paracliniques [1, 5, 17, 21, 24, 25]

La biopsie et l'examen anatomo-pathologique sont capitaux et permettent de poser le diagnostic. Ils précisent la nature de la tumeur et le type histologique.

Des examens complémentaires permettent de déceler les extensions, les métastases et les secondes localisations. Ces examens sont :

- bilan biologique nutritionnel (ionogramme, électrophorèse des protéines) et bilan hépatique (ASAT, ALAT, gamma GT, LDH, bilirubine) en cas de malade éthylique.
- le cliché pulmonaire visualisant la chaîne ganglionnaire médiastinale ;
- la radiographie panoramique dentaire donnant un bilan bucco-dentaire et osseux ;
- la fibroscopie digestive ;
- la fibroscopie pulmonaire pour les gros fumeurs ;
- le scanner et IRM appréciant les atteintes des structures détaillées ;
- la panendoscopie pour investigation des VADS ;
- la lymphoscintigraphie ;
- la tomographie par Emission de Positons (TEP) ;

4. 7. Diagnostic différentiel [1, 17]

Il est à différencier avec des lésions précancéreuses (leucoplasie, érythroplasie, lichen, kératose), les lésions bénignes (épulis), les aphtes géants (morsures, prothèses, dents acérées) et les lésions infectieuses (syphilis, tuberculose).

5. PARTICULARITES DU CANCER DE LA GENCIVE

5. 1. Notion générale [17, 26]

La gencive est formée par une muqueuse malpighienne kératinisée qui tapisse l'os alvéolaire.

Le cancer de la gencive représente 5% des cancers de la cavité buccale ; 95% des tumeurs gingivales sont des carcinomes épidermoïdes.

5. 2. Clinique

5. 2. 1. Tumeur [17, 26, 27]

Rencontrée le plus fréquemment chez les sujets édentés.

L'état bucco-dentaire est souvent médiocre. Le diagnostic est souvent retardé.

L'examen de la cavité buccale montre deux formes différentes : d'une part, la forme bourgeonnante, pouvant être confondue avec les épulis, et d'autre part, la forme ulcéreuse simulant des ulcérations traumatiques.

Une lyse osseuse sous-jacente peut donner une mobilité dentaire.

Le ligament alvéolo-dentaire est une zone favorisant l'extension tumorale, ainsi les cellules tumorales suivent le ligament pour passer de l'extérieur vers l'intérieur et attaquent l'os.

La Papillomatose Oral Floride (POF) est un carcinome respectant le chorion, atteignant surtout le sujet âgé.

La tumeur gingivale se différencie de l'état pyorrhéique.

5. 2. 2. Extension [26]

D'une manière générale, on a une extension osseuse sous-jacente de la mandibule avec hypoesthésie labio-mentonnière ou une extension au maxillaire supérieure.

6. PARTICULARITES DU CANCER DE LA LANGUE MOBILE [1, 17, 21, 24]

Les cancers de la langue mobile sont à différencier de ceux de la base de la langue (partie en arrière du V lingual). Les premiers représentent la localisation la plus fréquemment observée. L'atteinte de la face dorsale est rare, et constituent 17% des cancers bucco-pharyngés. Ces cancers bucco-pharyngés sont la cause de 3% des décès par cancer chez l'homme dont le quart par cancer de la langue.

Sur le plan histologique, il s'agit d'un carcinome épidermoïde dans 99%.

Macroscopiquement, les tumeurs de la langue sont végétantes, souvent ulcérées, le plus souvent ulcéro-végétantes. La forme infiltrante est rare mais redoutable par son diagnostic tardif.

L'étiologie et les facteurs favorisants ne diffèrent pas de ceux des autres cancers de la cavité buccale caractérisés par la double intoxication alcool-tabagique et la dégénérescence des lésions précancéreuses.

6. 1. Diagnostic positif

6. 1. 1. Circonstance de découverte [21, 24, 28]

La découverte fortuite par le patient ou le dentiste permet le diagnostic de forme peu évoluée et donc de meilleur pronostic.

D'une latence fonctionnelle importante avec un délai de consultation d'environ quatre mois après le début des symptômes. Les signes révélateurs peuvent être une

douleur ou un gène à la protraction de langue, une stomatorragie, une glossodynie, une odynophagie ou un trismus.

Parfois la découverte d'adénopathie cervicale doit toujours faire rechercher un cancer des VADS.

6. 1. 2. Signes d'examen [21, 24, 28]

L'interrogatoire recherche les antécédents et les facteurs favorisants.

L'inspection faite d'une façon minutieuse permet de déceler le plus souvent une ulcération à grand axe antéro-postérieur, à bords irréguliers et surélevés.

La palpation de la tumeur doit révéler des renseignements traduisant sa nature maligne par sa base indurée dépassant les limites visibles de la tumeur, le saignement au contact. Elle est peu douloureuse au stade initial de la maladie.

La palpation des aires ganglionnaires cervicales homo et controlatérales et la mesure de tumeur donnent la valeur T et N de la classification TNM.

La biopsie fait partie de l'examen clinique par son importance dans l'affirmation du diagnostic : elle constitue un geste unique et obligé du diagnostic positif.

6. 1. 3. Extension [21, 24]

Les adénopathies sont fréquentes dès le diagnostic surtout les sous digastriques du fait de la lymphophilie de ces cancers. Elles sont rapidement bilatérales quand il s'agit des tumeurs de la pointe ou de la ligne médiane.

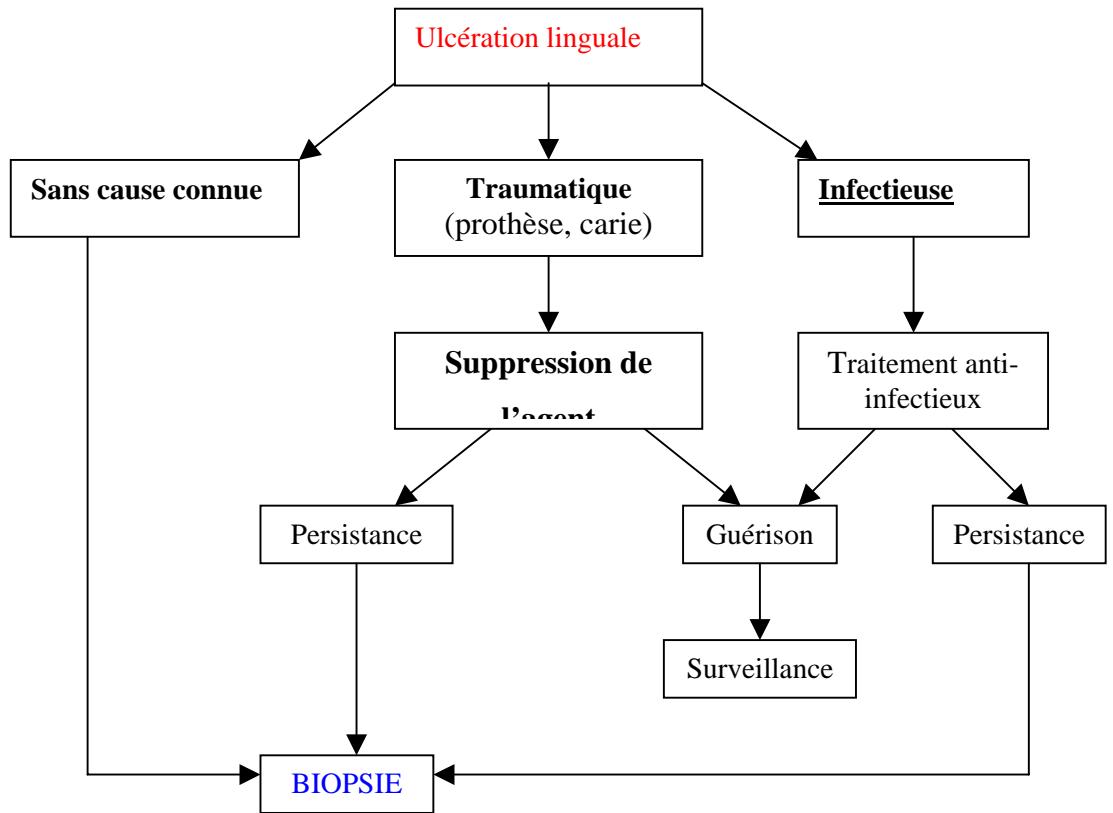
Les cellules tumorales suivent le trajet des fibres musculaires.

Quant au bilan métastatique : le foie, les poumons sont les deux localisations privilégiées d'où l'importance de l'échographie, de la palpation de l'aire hépatique et de la radiographie pulmonaire.

6. 2. Formes cliniques [21, 28]

- les tumeurs du bord libre (marginales) sont les plus fréquentes et sont de diagnostic souvent précoce.
- les tumeurs de la pointe, bien que diagnostiquées précocement, présentent un risque d'extension lymphatique bilatérale d'emblée.
- les tumeurs pelvilinguaires peuvent être masquées longtemps d'où la nécessité de déplier la muqueuse lors de l'examen.

6. 3. Conduite à tenir devant les ulcérations linguales [1]



7. TRAITEMENT

7. 1. But

C'est d'éliminer au maximum les cellules tumorales.

Avant toute instauration de traitement, un bilan préthérapeutique doit être effectué, qui comprend : bilans nutritionnels clinique et biologique, bilan cardio-respiratoire (car les malades sont souvent polyvasculaires et bronchitiques), bilan dentaire et parodontal, bilan de coagulation (si la chirurgie est à envisager)[24].

7. 2. Moyens

Les moyens thérapeutiques disponibles sont : médicaux, chirurgicaux, radiothérapies, et les traitements adjuvants.

7. 2. 1. Moyens médicaux : chimiothérapie [21, 29, 30, 31]

La chimiothérapie est un traitement à la fois local et régional et en même temps empêche la dissémination à distance.

Le protocole le plus utilisé est l'association de 5 Fluoro Uracile et Cisplatine. Elle peut apporter une efficacité notable sur la tumeur. En revanche, elle n'augmente en aucune façon la survie des patients [29].

La chimiothérapie peut être néo-adjuvante, c'est-à-dire de première intention ou initiale et sera réalisée avant tout autre traitement. Elle peut être soit curative, lorsque la guérison de la maladie est espérée ; soit palliative lorsque le pronostic vital est engagé de façon irrémédiable et l'incurabilité est certaine ou lorsque la radiothérapie et la chirurgie sont contre-indiquées [21, 30, 31]

7. 2. 2. Radiothérapie

Il s'agit d'un traitement loco-régional. Son objectif est de limiter les cellules tumorales tout en épargnant les organes sains environnants [32].

Elle doit être précédée d'une remise en état de la cavité buccale [33].

On distingue deux types : la radiothérapie externe et la curiethérapie.

a) PRINCIPE DE BASE [21, 32, 33, 34]

La dose délivrée sera toujours un compromis entre la dose tumoricide et la tolérance des organes critiques. Elle sera uniforme dans le volume cible et le plus faible possible à l'extérieur de celui-ci .

L'effet biologique est lié à la dose délivrée à un volume donné, exprimée en Grays (Gy ; 1Gy = 1 joule / kg).

Le fractionnement permet la réparation des lésions sublétale s ou la restauration des systèmes de réparation cellulaire, ce qui revient au même. La dose habituelle est de 1,8 à 2,5Gy par séance, 5 séances par semaine pendant trois à sept semaines en fonction de la nature histologique de la tumeur.

L'étalement est le temps écoulé entre le début et la fin du traitement, qui en favorisant tous les tissus à cinétique rapide, minimise les réactions aiguës au traitement. Ceci permet aux cellules survivantes de se multiplier et de favoriser la repopulation, en particulier au niveau des tissus sains.

b) PARTICULARITES DE LA RADIOTHERAPIE EXTERNE [3, 33, 34]

On utilise une source à distance du patient, soit :

- du Cobalt 60 avec des photons de 1,25 MeV ;
- des accélérateurs linéaires avec des photons de 4 à 6 MeV (qui a un meilleur rendement en profondeur) ou avec des électrons (pour les irradiations superficielles).

Sont indiqués :

- les reliquats tumoraux encore importants ;
- les interventions à évidemment incomplet avec des restes tumoraux ou des adénopathies en place ;
- les sites d'adénopathies avec rupture capsulaire.

c) PARTICULARITES DE LA CURIETHERAPIE [5, 21, 32]

On utilise une source placée à l'intérieur du tissu.

L'application est toujours réalisée en deux temps :

- Un temps non radioactif où des guides vecteurs sont mis en place sous anesthésie locale ou régionale.
- Un temps radioactif où les sources (Césium 137, Iridium 192) sont mises en place au niveau des vecteurs, suivi d'une dosimétrie. Le patient séjourne en chambre protégée pendant quelques jours.

Elle peut être instituée à titre exclusif en cas de petite tumeur ou en complément de la radiothérapie externe pour donner un complément de dose sur le lit tumoral ou sur un résidu tumoral.

La curiethérapie interstitielle utilise l'Iridium 192 pour l'irradiation de la peau, la cavité buccale et la langue.

7. 2. 3. *Chirurgie* [5, 35]

La chirurgie est la thérapeutique la plus ancienne ; devant une tumeur limitée, elle est souvent le traitement de choix.

Elle s'adresse à la tumeur et aux ganglions cervicaux, réalisée soit en même temps (en monobloc), soit exérèse tumorale suivie d'un curage ganglionnaire.

La chirurgie tumorale doit être carcinologique, c'est-à-dire avec résection en tissu sain, d'où l'intérêt d'une analyse histologique extemporanée des limites.

La chirurgie ganglionnaire peut être soit complète en cas de grosses adénopathies fixées, soit conservatrices en cas de ganglions mobiles moins de 3cm.

On peut pratiquer un évidemment homolatéral associé à un curage controlatéral sous maxillaire, sous-digastrique voire un évidemment complet controlatéral.

Actuellement, le traitement chirurgical des cancers de la cavité buccale fait appel à des méthodes de reconstruction plus performantes tels les lambeaux musculo-cutanés,

l'ostéosynthèse par miniplaque de titane ou transplantation des greffons osseux libres revascularisés.

7. 2. 4. Traitements adjutants [4, 21, 36, 37]

Dans le but de prévenir une généralisation de la maladie, ils sont indispensables pour l'efficacité des traitements curateurs, et comprennent :

- un sevrage alcoolo-tabagique avec prévention des syndromes de sevrage : pour le sevrage au tabac, on peut recourir à une gomme à mâcher ou aux dispositifs transdermiques contenant de la nicotine ; pour celui à l'alcool, une association de divers médicaments sera bénéfique tels que : sédatifs, polyvitaminothérapie, en particulier B1-B2-PP, traitement de l'hypoglycémie, l'hypomagnésémie, ainsi que le déséquilibre hydroélectrolytique.
- les autres traitements adjutants comprennent les antalgiques, la nutrition entérale ou parentérale, l'antibiothérapie (car le malade est souvent fragile, dénutri, victime de multiples infections).

7. 3. Indications

7. 3. 1. Dans les cancers de la cavité buccale [38]

- en cas de tumeur de faible volume, on utilise, soit : une radiothérapie interstitielle, soit une chirurgie primaire avec ou sans radiothérapie selon le siège, les extensions de la tumeur et la présence des adénopathies métastatiques (N+, R+, multiple).
- en cas de tumeurs volumineuses, la chirurgie primaire du site tumoral et des aires ganglionnaires avec radiothérapie est indiquée.

7. 3. 2. Dans les cancers de la gencive [12, 17]

Une résection large avec os sous-jacent et un évidement ganglionnaire sont indiqués. Ainsi, son traitement est singulièrement difficile. Le risque de radionécrose rend indispensable une résection mandibulaire segmentaire.

7. 3. 3. Dans les cancers de la langue [3, 12, 38]

Il est possible de proposer, soit :

- une radiothérapie exclusive sur le site tumoral et les aires ganglionnaires.
- un évidement bilatéral suivi d'une radiothérapie complémentaire systématique sur le

site tumoral et les aires ganglionnaires si celles-ci sont envahies.

En cas de tumeur importante, il faut envisager une chimiothérapie néo-adjuvante avant la chirurgie et / ou la radiothérapie.

Selon la valeur T de la classification TNM :

- les cancers de stade T1 / T2 relèvent de la chirurgie par voie endo-buccale (glossectomie partielle) ou de la curiethérapie si la tumeur reste à distance de l'os mandibulaire et de diamètre de moins de 2,5cm.
- les cancers de stade T3 / T4 nécessitent une pelviglossectomie avec ou sans mandibulectomie selon le siège et les extensions tumorales suivie d'une reconstruction plastique si possible.

La radiothérapie complémentaire est indiquée en fonction du statut ganglionnaire :

- en l'absence d'adénopathies métastatiques : on fera l'abstention et surveillance ou évidemment ganglionnaire bilatéral avec ou sans radiothérapie en fonction de l'atteinte histologique ou une radiothérapie prophylactique.
- en présence des ganglions métastatiques : un évidemment ganglionnaire radical avec radiothérapie et chirurgie de rattrapage, en cas d'échec est recommandé.

7. 4. Complications et effets secondaires (cf. annexe)

7. 4. 1 Chimiothérapie [39]

Le produit peut aussi attaquer les cellules saines occasionnant les effets secondaires. Les cellules les plus touchées sont : cellules hématopoïétiques, cellules épithéliales, cellules des phanères, cellules de l'appareil reproducteur.

Les principaux effets secondaires peuvent être :

- IMMEDIATS : nausées et vomissement qui sont dus aux effets des médicaments sur le centre nerveux qui contrôle le vomissement et sur les cellules qui tapissent l'appareil gastro-intestinal (estomac et intestin).

Ces effets surviennent quelques heures après l'administration.

- TARDIFS : alopécie, mucites, problèmes digestifs (nausée, diarrhée, constipation), infections dues à la leucopénie.

Ces manifestations se voient au cours de la première semaine de traitement, et disparaissent quelques temps après la fin du traitement.

7. 4. 2 Radiothérapie [24, 30, 34, 40, 41, 42]

Les effets secondaires peuvent être soit :

- Précoce, apparaissant habituellement pendant la radiothérapie et disparaissant progressivement sans séquelles ;
- Tardifs, survenant dans un mois voire des années après la radiothérapie et ne régressant pas en général [34].

Les complications aiguës liées à la radiothérapie sont : mucites, œdème laryngé, agueusie, hyposialie (prolongée ou permanente par irradiation des glandes salivaires). Il en résulte rapidement des caries multiples et d'installation insidieuse [34, 40, 41].

Parmi les complications tardives, les ostéoradionécroses des maxillaires et les fibroses sont les plus fréquentes et souvent difficiles à identifier sur les films radiologiques du maxillaire ou de la mandibule. Habituellement, l'os est séquestré et rapidement surinfecté. Ceci conduit à des résections chirurgicales étendues car les limites des lésions à l'œil nu sont difficiles à apprécier lors de l'intervention [24].

Les cancers radio-induits ont un risque de survenue très faible : les radiations ionisantes altèrent le génome d'où un potentiel carcinogène. Histologiquement, ces cancers radio-induits sont comparables aux cancers spontanés ; les plus fréquents sont les leucémies, les sarcomes, les cancers du sein, thyroïdien et bronchopulmonaire [34].

Les séquelles de la curiethérapie sont mineures dans 5 à 10% et majeures dans 10 à 60% des cas avec apparition de douleurs et de nécrose nécessitant le port de gouttière protectrice du maxillaire infecté.

7. 4. 3. Chirurgie [5, 21]

Parfois, il s'agit d'une chirurgie lourde et mutilante dont les séquelles fonctionnelles et esthétiques sont variables.

Leurs complications les plus redoutables sont : les pharyngostomes, les ruptures carotidiennes, survenant dans les suites semi-récentes ou plus éloignées d'une thérapeutique radiochirurgicale sur les aires ganglionnaires cervicales. Actuellement, elles sont rendues plus rares depuis l'utilisation de méthodes de reconstruction plastique plus performantes.

7. 5. Surveillance

Elle est identique dans tous les cancers des VADS traités.

7. 5. 1. Objectifs [2, 3]

- Apprécier et maintenir l'état général du patient.
- Rechercher les effets secondaires et complications thérapeutiques à court et à long terme dont la plus redoutable est la nécrose osseuse, cartilagineuse et muqueuse.
- Dépister les suites de la maladie cancéreuse : récidive loco-régionale, seconde localisation et métastase.
- Soutenir le patient psychologiquement, et l'aider à l'insertion socio-professionnelle.

7. 5. 2. Moyens [21, 36]

Basés sur des consultations régulières dont la fréquence est variable selon la littérature : tous les trois mois pendant les deux premières années, puis tous les six mois jusqu'à 5ans pour être annuelle après. En fait, les patients doivent être surveillés à vie.

7. 5. 3. Eléments de surveillance [3, 36, 43]

- L'état général : poids, mesures hygiéno-diététiques (alimentation, suppression du tabac et de l'alcool), atténuation de la douleur ;
- L'état bucco-dentaire ;
- Examens complémentaires radiologiques : radiographie thoracique, panendoscopie avec biopsie au moindre signe d'appel.
- Examens biologiques : numération sanguine, bilan nutritionnel.
- Les autres examens sont demandés en fonction de l'état du malade.

8. PRONOSTIC [1, 3, 5, 12, 17, 21, 44]

Le pronostic dépend de nombreux paramètres :

- La classification TNM constitue le meilleur indicateur.
- Le statut ganglionnaire montre une graduation pronostique allant au stade N- en passant par l'adénopathie métastatique avec ruptures capsulaires N+ R+.

- La multiplicité ganglionnaire est un élément péjoratif ;
- Sur le plan histologique : spontanément, les carcinomes épidermoïdes bien différenciés ont une évolution plus favorable que les peu différenciés ou indifférenciés. Mais le traitement inverse le pronostic car les indifférenciés sont plus sensibles au traitement.
- Macroscopiquement, les tumeurs bourgeonnantes ont une réponse plus favorable au traitement radiothérapeutique que les formes ulcérées ou ulcéro-infiltrantes.
- Les groupes qui répondent mieux à la chimiothérapie ont une survie plus élevée.

Dans les formes traitées avec un traitement radical d'emblée, les cancers de la bouche donnent une survie de 60% à 5ans.

L'évolution non traitée, la non-stérilisation ou la récidive évoluent inexorablement vers une extension loco-régionale. Le décès conclut alors soit un tableau de cachexie progressive, soit la rupture d'un axe vasculaire, plus rarement une extension métastatique.

DEUXIEME PARTIE : RESUME DE NOTRE OBSERVATION

Il s'agit de Monsieur RAS... âgé de 60 ans, agent de banque, traité et suivi au Service Oncologie CHU Antananarivo de 1997 à 2001 pour un carcinome épidermoïde gingival puis réadmis pour un deuxième carcinome épidermoïde au niveau de la langue mobile.

La maladie débutait en mars 1996 par la non cicatrisation d'une plaie gingivale supérieure gauche causée par une extraction dentaire. Les traitements antibiotiques et anti-inflammatoires n'ont apporté qu'une amélioration passagère. Notons que le patient a changé 5 fois de médecins : successivement un dentiste, un médecin de dispensaire privé, un médecin libre, un autre dentiste, et enfin un stomatologue avant d'avoir une biopsie de la lésion et un examen anatomo-pathologique à l'Institut Pasteur de Madagascar (IPM). Cet examen a révélé un aspect histologique de carcinome épidermoïde moyennement à bien différencié et largement invasif.

Dans les antécédents, on note :

- un tabagisme majeur de 30 paquets-année ;
- un éthylique non précisé mais avoué ;
- une leucoplasie de la joue droite, traitée par une exérèse chirurgicale.
- *par ailleurs, une sinusite maxillaire jugulée par un traitement médical et une notion d'allergie à la poussière. Il n'y a pas eu de notion de cas similaire ni d'autre antécédent de cancer dans la famille.*

A l'examen clinique, à l'entrée, le malade était en bon état général, indice de Karnofski à 90% (cf. annexe), son poids à l'entrée est de 46kg qui correspond à son poids habituel pour une taille de 1m 50.

On note l'existence d'une tuméfaction gingivale supérieure gauche, ulcéro-végétante mesurant 5cm x 2,5cm x 2,5cm infiltrant la face interne de la joue gauche, douloureuse spontanément et à la palpation, et d'un chicot dentaire molaire inférieur droit. Les aires ganglionnaires cervicales sont libres.

Le reste de l'examen clinique est normal.

L'examen biologique ne révèle rien de particulier.

La radiographie pulmonaire est normale.

La radiographie du maxillaire n'a pas montré de lyse osseuse.

Au total, le malade est classé T3 No Mo (figure 6).



Figure 6 : Tumeur gingivale ulcéro-végétante gauche

Une radiothérapie était prescrite mais l'appareil de cobaltothérapie était tombé en panne d'où la décision d'une chimiothérapie première à base de Cisplatine 100mg /m² à J1 et 5 Fluoro Uracile 1g /m² de J1 à J5, précédée d'une hyperhydratation.

Le bilan biologique pré-chimiothérapique comprend :

- la numération sanguine (GR : 5.710.000 GB : 5.500 Plaquettes : 356.000)
- taux d'hémoglobine : 21,6g/dl.
- taux d'hématocrite : 52%.

Le bilan rénal (créatininémie : 11mg/l, créatininurie : 998mg/24h, la clearance de la créatinine à 62,90ml/mn/1,73m²) est normale.

Une remise en état de la cavité buccale a été réalisée.

La première cure a entraîné une réduction de la taille tumorale, un comblement de l'ulcération jugale et une persistance de la douleur gingivale.

Des effets secondaires : une fatigabilité, des nausées et des vomissements à répétition ont persisté jusqu'au lendemain.

Une deuxième cure de chimiothérapie a donné une réponse objective de la tumeur, supérieure à 50% avec diminution de l'ulcération jugale de 2,5cm x 5cm à 1cm de diamètre.

La reprise de fonction de l'appareil de cobaltothérapie et le coût de la chimiothérapie, ont amené à la réalisation d'une radiothérapie 15jours après la chimiothérapie, précédée de contrôle biologique (numération sanguine et bilan rénal).

On a administré en fractionnement classique 2gy par séance et de 5 séances par semaine. La dose totale délivrée pendant la première série est de 75gy dont 45gy pour la cavité buccale et les aires ganglionnaires, 30gy sur un champ réduit au niveau de la gencive (figure 7).

- 1 : protection de l'oreille interne
- 2 : réduction médullaire à 45 Gy
- 3 : champ réduit gingival
- 4 : bouchon pour isoler la langue

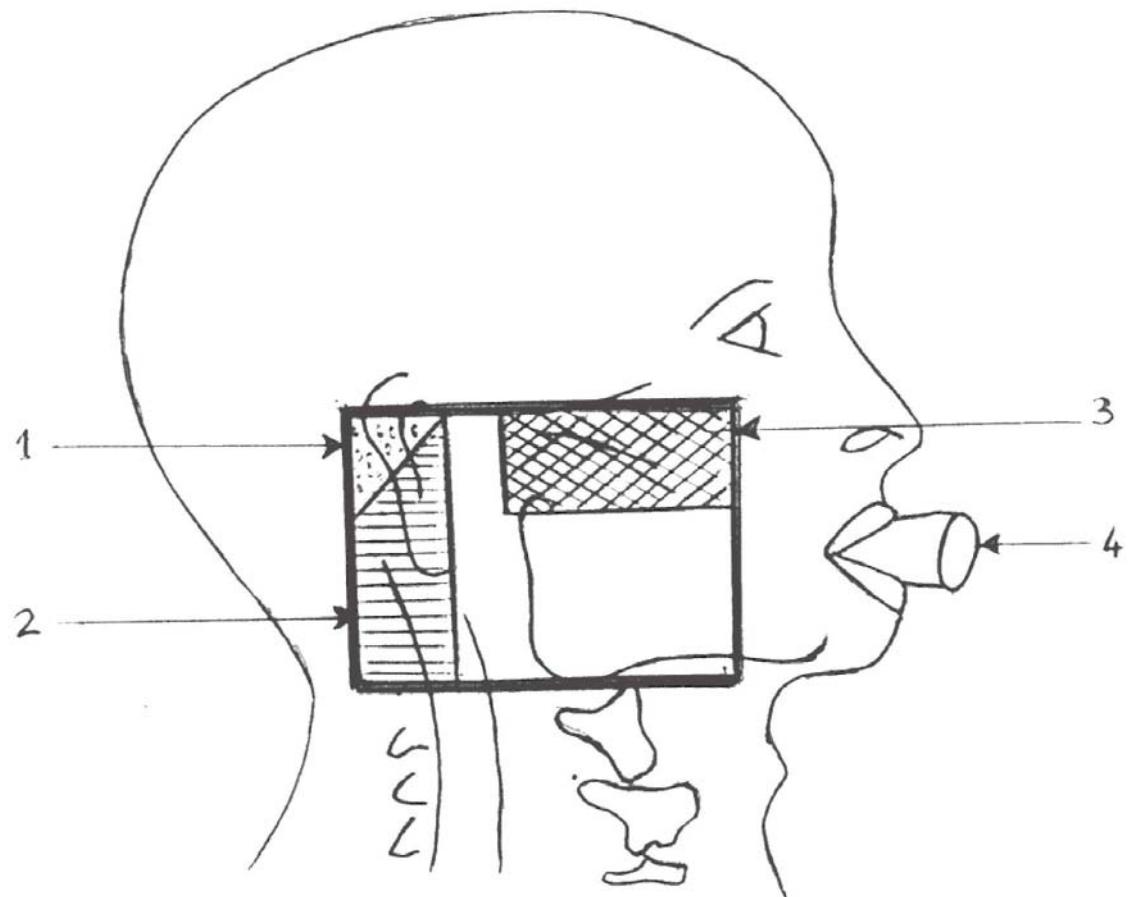


Figure 7 : Champ d'irradiation d'un cancer de la gencive

Une consultation de surveillance hebdomadaire est faite par le médecin afin d'expliquer au malade le déroulement du traitement et ses effets secondaires.

On note comme effets secondaires précoce de la radiothérapie :

- une sécheresse buccale ;
- à la 3^{ème} semaine, des mucites juguiale et de la voûte palatine grade II ;
- à la 5^{ème} semaine apparaît une petite fistule palato-nasale et une mycose de la cavité buccale ;
- une sécheresse de la muqueuse nasale et une sensation de nez bouché sont apparus ultérieurement.

Des traitements locaux étaient entamés (bain de bouche, fungizone en application locale, des gouttes nasales). Un cocktail standard pour bain de bouche est aussi prescrit (cf. annexe).

Le bilan à la fin de la radiothérapie a relevé un assez bon état général avec une perte de poids de 4 kg au total.

Le rythme de surveillance préconisé est de :

- une fois tous les trois mois pendant la première année ;
- puis une fois tous les six mois jusqu'à 5 ans ; et tous les ans après.

Au cours de la surveillance, l'examen de la cavité buccale après 4 mois de radiothérapie montre une bonne trophicité, malgré une petite télangiéctasie au niveau de la face interne de la joue gauche en regard du siège de la lésion. Des effets secondaires persistent comme l'asialie, la sécheresse muqueuse nasale, la petite fistule palato-nasale de 0,5mm jugulés par des soins locaux.

Au bout de cinq cures, le patient est considéré comme en rémission complète cliniquement.

Le patient était assidu à la surveillance pendant les deux premières années où il était en rémission complète. Il y a persistance de l'hyposialie qu'il arrive à bien gérer.

Il a été adressé au Service de Stomatologie en vue d'une prothèse.

Ensuite, le sujet a abandonné la surveillance.

En juillet 2001, il y a apparition d'une autre tuméfaction localisée au milieu de la face dorsale de la langue mobile (figure 8), avec une adénopathie latéro-cervicale gauche d'une taille de 3cm x1,5cm, peu mobile.

L'examen anatomo-pathologique fait à l'IPM le 19 juillet 2001 a relevé un aspect histologique d'un carcinome épidermoïde moyennement différencié et invasif (figure 9).

Des bilans généraux et loco-régionaux ont été faits, montrant une tumeur linguale de 3cm x 2cm, une surélévation gingivale droite, rouge et lisse de 1,3cm ; une adénopathie latéro-cervicale gauche peu mobile de 3cm x 1cm.

La radiographie cœur poumons, l'échographie abdominale, et le bilan osseux sont normaux.

On a référé le patient en Service de Chirurgie Maxillo-faciale, mais l'intervention chirurgicale est récusée, d'où une décision de reprise de la chimiothérapie (associant CDDP 100mg/m² le 1^{er} jour et 5 FU 1,5g /m² le 1^{er} et 2^{ème} jour)

Au début, la chimiothérapie a donné une réduction du volume tumoral, mais la persistance des effets secondaires nécessite le report de la cure suivante. Ainsi, on constate une réponse plus lente qu'à la première chimiothérapie.

Au bout de cinq cures, il y a une nouvelle rémission complète, la langue est souple à la palpation, mais le patient a présenté un syndrome hémorragique (gingivorragie) nécessitant une hospitalisation en urgence dans un autre hôpital où il est décédé.

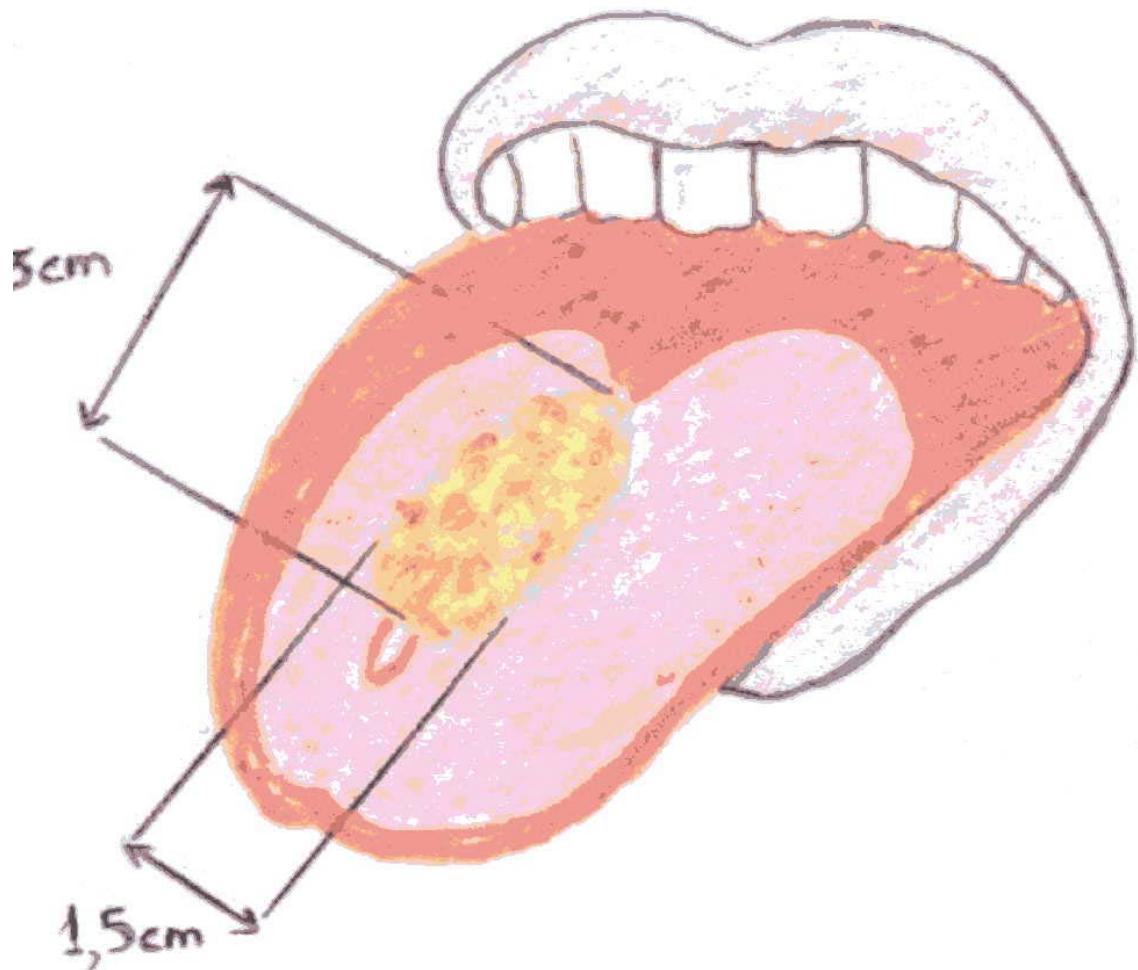


Figure 8 : Tumeur linguale stade T2

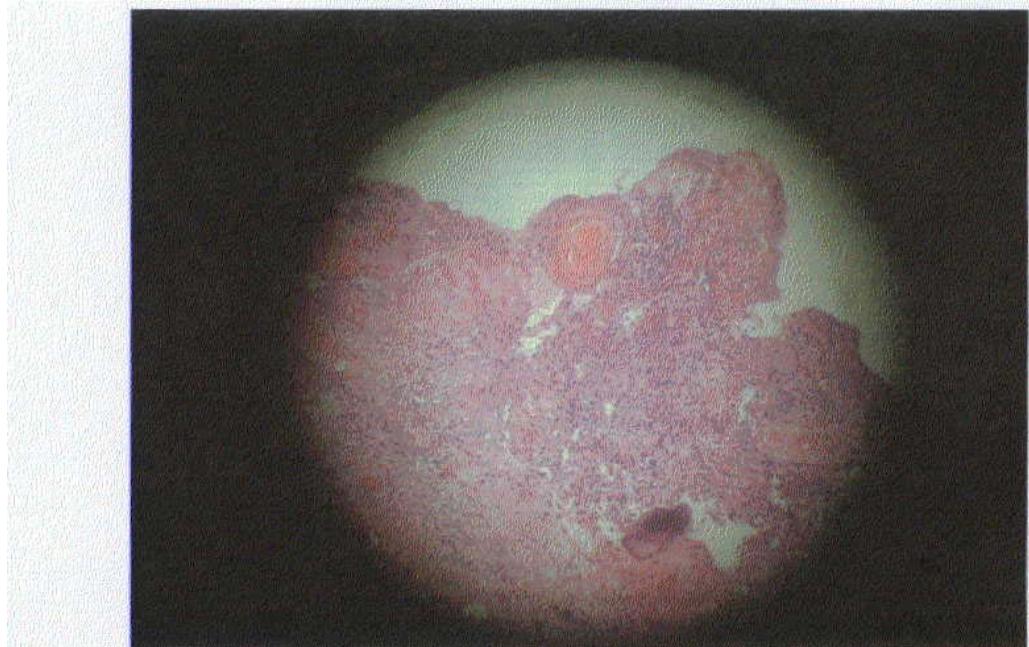


Figure 9 : coupe histologique d'un carcinome épidermoïde de la langue

Tableau 1 : Récapitulation des résultats de l'hémogramme

DATE	Globules rouges $\times 10^3 / \text{mm}^3$	Globules blancs $\times 10^3 / \text{mm}^3$	Hémoglobine s $\text{g} / 100\text{ml}$	Plaquettes $/\text{mm}^3$	Hématocrite %	VGM μ^3	TGMH pg	CGMH $\text{g} / 100\text{ml}$
07-03-97	5.710	5,5 N :48% L :51%	21,6	356.000	52	91	37,8	41,5
08-04-97	4.810	4,7 N :22% L :70%	14	180.000	43	89	29,1	32
24-04-97	4.510	4,5 N :33% L :62%	13,1	225.000	40	88	29,04	32,75
29-07-97	5.300	5,3 N :55% L :34%	15,9	272.000	48	90	30	33
01-04-99	5.210	5,1 N :48% L :49%	15,8	215.000	47	90	30,3	33,6

15-10-01	4.300	9,2 N :60% L :35%	12,4	240.000	38	88	28,8	32,6
05-11-01	3.500	9,0 N :58% L :36%	9,4	215.000	30	86	26,8	31,3
10-12-01	4.310	8,8 N :66% L :29%	12,5	240.000	38	88	29	32,8

Tableau 2 : Récapitulatif des bilans biologiques du patient

Date	Créatininémie mg/l (ou μ mol/l)	Azotémie g/l (ou mmol/l)	Ionogramme sanguin mEq/l		
			Na+	K+	Cl-
07-03-97	11 (97,24)				
08-03-01	12 (106,08)	0,41 (6,82)			
01-04-99					
15-10-01	12 (106,08)	0,33 (5,49)	140	4,49	99
05-11-01	14 (123,7)		139	5,02	97
12-11-01	12,3 (108,7)	0,46 (7,65)	138,9	4,91	97
16-11-01	14 (123,7)	0,48 (7,99)	139	3,98	97
12-10-01	11,8 (104,31)				

TROISIEME PARTIE : DISCUSSIONS ET SUGGESTIONS

1. DISCUSSIONS

Nous avons rapporté dans cette observation un cas unique d'une double localisation cancéreuse de la cavité buccale. Notre étude va se baser sur l'aspect anatomo-pathologique de la lésion, la clinique, les modalités thérapeutiques et l'évolution de la maladie.

Ainsi, nous allons voir les grandes lignes de cette observation à la lumière de la revue de la littérature afin d'argumenter notre étude.

1. 1. Aspects épidémiologiques

1.1.1. Fréquence

A Madagascar, une étude rétrospective datant de 1984 à 1998 faite par Ramiarisoa. L sur 129 cas de cancers de la cavité buccale retrouvés dans le Service Oncologie Radiothérapie du CHU Antananarivo à relevé 34 cas de localisation gingivale (soit 26%) et de 23 cas de localisation linguale (soit 18%) [9].

Une double localisation soit simultanée, soit d'apparition successive de cancers de la cavité buccale n'était pas abordée dans les autres études, cependant selon plusieurs auteurs, il s'agit d'une circonstance fréquente et impose même une surveillance stricte après une première localisation cancéreuse intra-buccale [37].

Dans le Service Oncologie Radiothérapie du CHU Antananarivo, c'est le seul et unique cas que nous avons pu observer. Ceci évoque pour le moment la rareté de cette forme. Elle peut s'expliquer par l'apparition souvent métachrone d'une seconde tumeur (dans 85 à 90 %) ainsi les patients ont rarement survécu à cette période [4].

Dans la littérature, les tumeurs malignes de la cavité buccale figurent parmi les 10 cancers plus fréquents dans le monde [45]. Elles représentent 30% des tumeurs des voies aéro-digestives supérieures (VADS) et 8 à 10 % du total des cancers [1]. On note 500.000 nouveaux cas par an des cancers des VADS dans le monde avec une grande variabilité géographique : 37/100.000 habitants en France, 18/100.000 en Europe et 16/100.000 aux Etats-Unis [2].

Les cancers de la gencive représentent 5 à 10 % des cancers buccaux [17, 26] et ceux de la langue sont de 17 à 30 % des carcinomes de la cavité buccale [17, 21, 46]. La majorité des cancers de la langue touche la partie mobile allant jusqu'à 80 % des cas [24, 26].

Noguchi et Al, à Hong Kong dans une étude sur les cancers de la cavité buccale réalisée sur 104 malades ont trouvé 42 % de cancers de la langue et 17 % de cancer de la gencive [47].

1. 1. 2. Sexe et âge

Vu notre cas unique, âgé de 60ans, de sexe masculin, nous ne pouvons pas affirmer cet aspect épidémiologique même s'il est compris dans la tendance de fréquence.

Une forte prédominance masculine est constante dans la littérature allant de 90 à 95 % de cas avec un pic de fréquence situant entre 55 à 65 ans [2]. L'âge moyen de découverte est à 50 ans pour les hommes et 60 ans pour les femmes [2, 3], mais les enfants ne sont pas épargnés [48]. La rareté de ces cancers chez les femmes suggère le rôle protecteur des estrogènes vis-à-vis de la muqueuse buccale [17].

Actuellement, la fréquence de survenue de ces cancers augmente chez les sujets de sexe féminin, conséquence du tabagisme accru [20,]. Ainsi, le sex ratio femme/ homme est égal à 1/6 [49].

1. 2. Facteurs de risque

La majorité des facteurs favorisants sont retrouvés chez notre patient tels que : tabagisme, alcoolisme, chicot dentaire, leucoplasie de la joue droite et nous permettent d'argumenter notre cas.

Quelle que soit la localisation de la tumeur de la cavité buccale, l'influence du tabac et de l'alcool est déterminante. Moins de 5 % de patients sont non fumeurs [2, 5, 41, 50].

D'autre part, la place des irritations locales prolongées (chicot dentaire, appareil ou prothèse mal adaptée n'est pas négligeable [1].

La mauvaise hygiène dentaire, et l'état de dénutrition (vitaminique et protidique) sont liés parallèlement aux conditions socio-économiques [24] et retrouvés dans 80 % des patients porteurs de carcinome des VADS.

Les lésions précancéreuses ont un taux de dégénérescence de 10 à 40 %. Néanmoins, ces lésions sont fréquemment retrouvées notamment les leucokératoses (leucoplasie, lichen plan, candidose chronique), les érythroplasies et la syphilis tertiaire [21, 27].

D'autres facteurs peuvent exister mais sont rares. Ils ne sont pas cités dans notre observation. Toutefois, ces tumeurs peuvent survenir même en dehors de tout facteur de risque [38].

1. 3. Anatomopathologie

La biopsie en vue d'un examen anatomo-pathologique est capitale pour la confirmation du diagnostic d'un processus néoplasique [2].

Concernant notre patient, les deux examens anatomopathologiques réalisés au sein des deux localisations tumorales ont montré :

- au niveau de la tumeur gingivale : un carcinome épidermoïde moyennement à bien différencié et largement invasif
- au niveau de la tumeur linguale : un carcinome épidermoïde moyennement différencié et invasif.

Leur aspect macroscopique est ulcéro-végétant.

La majorité des auteurs affirment que dans plus de 95% des cancers de VADS, il s'agit des carcinomes épidermoïdes [3, 5, 21].

Une appréciation histologique fondée sur le degré de différenciation est également utile sur le plan diagnostique et pronostique [17].

En fonction de leur aspect macroscopique, ils présentent les formes suivantes : ulcéreuse, végétante, infiltrante mais la forme la plus fréquente est ulcéro-végétante [1, 21, 46].

Donc, confrontées aux caractères histologiques, macroscopique décrits par divers auteurs, les constatations de cette observation rejoignent les types fréquemment rencontrés.

1. 4. Aspects cliniques

Notre patient a perdu des mois avec une lésion traînante suite d'une extraction dentaire non cicatrisée, en changeant 5 fois de médecin avant d'avoir une biopsie et un examen anatomo-pathologique de la première tumeur. Avant le diagnostic de la deuxième tumeur, le patient a traîné une lésion fissuraire linguale persistante faute de suivi du rythme de surveillance préconisé.

A l'examen clinique, le patient n'a présenté aucun signe particulier à part l'inflammation péri-lésionnelle. Le bilan d'extension loco-régionale et le bilan métastatique sont négatifs lors de la première localisation. Par conséquent, il est classé T3NoMo. Par contre lors de la découverte de la seconde tumeur, il est venu avec un ganglion latéro-cervicale gauche peu mobile de 3 x 1,5 cm, classé T2N1Mo.

Selon divers auteurs, les circonstances de découverte peuvent être fortuites ou à l'occasion des manifestations fonctionnelles, parfois devant une adénopathie cervicale [21, 38]. En fait, 2/3

des cancers de la cavité buccale sont diagnostiqués à un stade avancé [47] et ceci s'applique à Madagascar : selon Ramiarisoa L [9], la majorité des patients arrivent au stade T4 lors de la 1^{ère} consultation. Or, la bonne règle impose que la persistance des symptômes au delà de 15 jours devrait amener en consultation spécialisée [2].

Par ailleurs, la grande variabilité d'une symptomatologie souvent fruste et aspécifique explique le retard diagnostique [2].

En tout cas, le retard de diagnostic peut être attribué :

© en cas d'une tumeur primitive, soit :

- à la méconnaissance des gens concernant les signes d'appel de ces cancers, d'où une tendance fréquente à la négligence ;
- au problème financier rencontré par les malades qui sont souvent de niveau socio-économique bas ;
- à la prise en charge inadéquate par les praticiens.

© en cas de seconde localisation : l'explication serait le manque de suivi régulier après rétablissement.

Pour les malades traités par radiothérapie, on peut confondre les lésions buccales secondaires post-radiques avec une nouvelle lésion tumorale. Ainsi une surveillance stricte à vie chez un spécialiste doit être faite régulièrement.

De plus, du fait du nombre insuffisant des anatomopathologistes et des cancérologues, se trouvant seulement dans les grandes villes, l'orientation des malades et la prise en charge spécialisée restent difficiles.

1. 5. Paraclinique

Pour notre cas, aucune anomalie n'a été décelée au cours du bilan préthérapeutique, seule une remise en état bucco-dentaire était nécessaire. La radiographie des maxillaires, la radiographie pulmonaire, l'échographie abdominale sont toutes normales même juste avant le décès de notre patient traduisant l'absence de métastase viscérale.

A part l'examen anatomo-pathologique qui est capital pour le diagnostic, les autres examens paracliniques servent à réaliser le bilan pré-thérapeutique qui consistent à évaluer l'état nutritionnel, l'état cardio-vasculaire, la fonction respiratoire, la fonction rénale et l'état bucco-dentaire [21] ; le bilan métastatique se fait surtout avec la radiologie et l'échographie afin de diagnostiquer les métastases à priori pulmonaire, hépatique et/ou osseuse. Enfin, au cours de la

surveillance post-thérapeutique (Chimiothérapie ou Radiothérapie), le bilan biologique sert à détecter les variations anormales de la numération sanguine et de la fonction rénale.

1. 6. Modalités thérapeutiques

Quant à notre patient, à cause de la panne de la cobaltothérapie, deux cures de chimiothérapies premières ont été faites. Elles ont donné des résultats remarquables au sein de la tumeur.

Dès que la radiothérapie fut disponible, après la chimiothérapie, on a décidé de passer à l'irradiation de la tumeur.

Sachant que des complications peuvent survenir après une irradiation, telles que mycoses, mucites et ostéo-radiation [42] et que selon Sullivan [51], l'incidence d'ostéoradiation croît considérablement quand la dose totale dépasse 60 Gy. Des complications secondaires à type de mucite et d'altération du goût sont observées chez notre malade. Pourtant une disparition complète de la tumeur gingivale était obtenue. De ce fait le patient était mis en rémission complète de sa maladie lors de la première tumeur, même si quelques manifestations secondaires réglées par des traitements locaux restaient gênantes.

La chimiothérapie, la radiothérapie, la chirurgie sans oublier les traitements adjuvants constituent les moyens thérapeutiques utilisés en cancérologie.

Concernant le traitement préconisé en cas de tumeur gingivale, il est principalement chirurgical et expose à la résection mandibulaire segmentaire. Ainsi, la mise en place d'une prothèse endobuccale est indispensable [12].

Toutefois, l'orientation en cours de la dernière décennie s'est faite vers une chirurgie moins mutilante conservant les structures indispensables aux fonctions physiologiques. Le traitement chirurgical des cancers de la cavité buccale fait appel à des méthodes de reconstruction plus performante.

Pour une tumeur importante au niveau de la langue, une chimiothérapie néo-adjuvante avec la radiothérapie ou la chirurgie peut être envisagée. Certains auteurs ont émis l'hypothèse, sans confirmation statistique, d'une diminution des métastases viscérales, voire des localisations multiples métachrones après chimiothérapie néo-adjuvante [5]. Or, des études multicentriques ont montré que la chimiothérapie n'améliore pas la survie [38].

Mais il est également possible de réaliser soit une radiothérapie exclusive sur le site tumoral et les aires ganglionnaires, soit un évidement bilatéral suivi d'une radiothérapie complémentaire systématique sur le site tumoral et les aires ganglionnaires si elles sont envahies.

Les stades T1 et T2 de la langue mobile relèvent d'une glossectomie partielle ou d'une curiethérapie interstitielle, tandis que les stades T3 et T4 sont traités chirurgicalement par pelviglossectomie avec ou sans mandibulectomie et associée à une reconstruction plastique. La radiothérapie complémentaire est indiquée en fonction du statut mandibulaire [5].

En outre, une étude tunisienne sur les carcinomes épidermoïdes a évoqué l'importance du curage ganglionnaire systématique vu la lymphophilie de ces cancers quelle que soit la taille tumorale [52].

Certains auteurs dans les pays développés soulignent l'intérêt de l'adenectomie de ganglions sentinelles guidée par une lymphoscintigraphie dans les carcinomes de la cavité buccale. Cette technique évite l'évidement ganglionnaire systématique. [53].

Concernant notre patient, l'apparition d'une nouvelle tumeur située au niveau de la face dorsale de la langue, diagnostiquée 4 ans après la première, découverte avec une adénopathie cervicale et de même type histologique que celle de la gencive pose des problèmes thérapeutique et diagnostique :

Le patient a déjà reçu une dose complète à la radiothérapie et la proposition de réaliser la chirurgie est récusée. Aussi, lui a-t-on prescrit une nouvelle série de chimiothérapie. La tumeur a bien réagi même si la réponse était plus lente qu'à la première cure. Ceci pourrait être due à une chimiorésistance (phénotype Multidrug Resistant : MDR) [31].

Ce patient aurait pu bénéficier de glossectomie partielle s'il avait bien suivi la surveillance.

On peut donc conclure que le diagnostic précoce est le meilleur garant des chances de guérison et une surveillance stricte d'une seconde localisation en cas de cancer de la cavité buccale devrait être faite régulièrement, car elle n'est pas rare et est présente dans plus de 20% [37].

1. 7. Evolution et pronostic

Malgré le traitement entrepris, le pronostic de ces cancers volontiers latents et diagnostiqués tardivement est souvent médiocre [17, 36]. La mortalité liée à ces tumeurs reste lourde.

Les récidives loco-régionales peuvent être tardives mais aussi très précoces.

Les métastases ganglionnaires cervicales homo ou controlatérales atteignant les chaînes jugulaires et sus-claviculaires peuvent apparaître secondairement. Elles sont fréquentes dans 60 à 70 % des cas et mettent en exergue l'importance de l'évidement ganglionnaire préventif. [12].

La survie globale à 5 ans ne dépasse guère 30 % tout stade confondu [3] et selon la taille de la tumeur, elle est de 60% pour les stades T1 et T2 ;

45% pour le stade T3 ;

20% pour le stade T4 [35].

Au cours de l'évolution à distance, le patient reste indéfiniment menacé par la survenue d'une localisation cancéreuse métachrone [5]. Les risques de récidive, l'apparition d'une seconde localisation et de métastases imposent une surveillance régulière à vie, en milieu spécialisé (cancérologue, ORL compétent en cancérologie, radiothérapeute) [36].

Comme rythme de surveillance, on préconise :

- 1 consultation tous les 2 mois pendant 1 an ;
- 1 consultation tous les 4 mois pendant 2 ans ;
- puis 1 consultation tous les 6 mois pendant 2 ans ;
- puis tous les ans [3].

Quant à notre malade, l'évolution était favorable après traitement. En effet, dès la première cure, une diminution voire disparition de la tumeur est obtenue.

Puis le malade n'était plus assidu après les 2 premières années et n'est revenu que 2 ans plus tard avec une nouvelle localisation tumorale linguale. Ainsi, malgré le terrain déjà irradié, l'apparition d'une nouvelle tumeur n'est pas empêchée.

Actuellement, il est établi que le risque de développer un deuxième cancer se situe entre 20% et 30% dans les années qui suivent le traitement du premier cancer [42, 54].

Cette nouvelle localisation tumorale ne peut pas être une métastase loco-régionale même si l'on est en présence d'un ganglion cervical, car les métastases d'un cancer de la cavité buccale se font essentiellement vers les poumons, foie et os [5, 55]. On n'a trouvé aucune anomalie particulière pouvant correspondre à une métastase ni à l'examen clinique, ni aux examens complémentaires, notamment des radiographies pulmonaires, maxillaires, et échographie abdominale.

Cette deuxième tumeur est à différencier d'un cancer radio-induit malgré le type histologique comparable au cancer spontané. Selon la littérature, un cancer radio-induit survient plusieurs années après l'irradiation : 10 à 20ans pour les tumeurs solides et ce risque est généralement très faible [34].

C'est pour cette raison qu'on peut retenir le diagnostic d'une seconde localisation tumorale de ce cancer de la cavité buccale. Son caractère métachrone est retrouvé dans la majorité des cas. Effectivement, l'apparition de cette seconde localisation est favorisée par la prédisposition du terrain ; de plus, durant le moment où le patient était perdu de vue, le respect d'une mode de vie adéquate n'est pas certain en tenant compte de sa rémission.

Au total, le traitement a donné une rémission complète tumorale et ganglionnaire mais le patient est décédé d'un syndrome hémorragique probablement en relation avec une thrombopénie secondaire.

Ce patient illustre bien le problème de prise en charge des cancéreux dans les pays en voie de développement : retard de la prise en charge du malade, assiduité irrégulière au cours de la surveillance, bonne réponse thérapeutique mais intolérance aux effets secondaires, et insuffisance des traitements adjuvants.

2. SUGGESTIONS

Il est malheureusement admis qu'il n'y a pas de dépistage reconnu et validé de cancers de VADS.

Sachant que les cancers de la cavité buccale représentent un problème de santé publique et qu'ils atteignent surtout les patients de niveau socio-économique bas. Des mesures méritent d'être appliquées pour laisser espérer une amélioration de la situation face à ces tumeurs.

En tenant compte de la difficulté de prise en charge des patients tant sur le plan diagnostic que thérapeutique, et des problèmes socio-économiques, les recours à l'ensemble de moyens de prévention et de surveillance de ces cancers s'impose et doit s'intégrer à la pratique médicale courante.

2. 1. Prioriser la prévention

- En premier lieu, mener vigoureusement des campagnes contre le tabagisme et l'abus des boissons alcoolisées en faisant connaître aux fumeurs l'effet néfaste du tabac et des fumées sur eux même et à ceux qui les entourent.
- Favoriser une bonne hygiène bucco-dentaire à l'aide d'un brossage régulier et en réalisant une consultation chez le dentiste 2 fois par an, car le maintien d'une hygiène buccale modifie favorablement le milieu buccal et préserve l'intégrité tissulaire.
- Appliquer des mesures hygiéno-diététiques en se basant sur une alimentation équilibrée car selon AICR (cf. annexe) dans « Food, Nutrition and the prevention of cancer ; A global perspective » dans plus de 4500 études aux Etats Unis, le choix de l'alimentation joue un rôle central dans la protection contre les cancers, en plus de la santé en général qu'il donne : Ceci met en exergue le rôle et l'importance des vitamines, minéraux, graisses et nutriments dans la prévention des cancers.

2. 2. Mettre en place une prise en charge active et précoce

- Il est donc capital de penser au diagnostic de cancer devant toute symptomatologie suspecte survenant dans un contexte évocateur.

- Organiser une formation continue des médecins.
- La réalisation d'un examen anatomopathologique et l'orientation en service spécialisée sont vivement recommandées devant une lésion traînante suspecte.
- Dépister précocement les complications secondaires des traitements adoptés et bien contrôler les anomalies biologiques pouvant survenir .

2. 3. Prévenir les récidives

- Renforcer la surveillance régulière et stricte qui vise surtout à diagnostiquer au plus tôt une récidive locale ou ganglionnaire d'une tumeur déjà connue, une diffusion métastatique viscérale et l'apparition d'une deuxième localisation néoplasique.
- Ne pas négliger la prise en charge médico-sociale et l'incitation à une certaine hygiène de vie (abandon définitif de l'habitude alcoololo-tabagique, hygiène bucco-dentaire, port de gouttières dentaires fluorées).
- Il faut rechercher systématiquement une hypoplasie médullaire.

2. 4. Communication pour le Changement de Comportement (3C)

- Pour la population :
 - Informer la population sur l'existence de cancers de la cavité buccale, ses facteurs favorisant et les moyens pour les prévenir.
 - Eduquer et sensibiliser les gens sur l'importance de la prévention, et d'un mode de vie sain et équilibré.
- Pour les praticiens :
 - Il faut connaître l'aspect clinique d'une tumeur, car les lésions sont souvent accessibles à l'examen simple.
 - Il faut prendre en charge de façon sans retard et orienter les patients vers le spécialiste.
- Aux spécialistes
 - Renforcer le soutien psychologique du patient.
 - Dépister précocement les complications secondaires des traitements et les traiter.
 - Encourager les patients à bien suivre le rythme de surveillance après un premier cancer.

■ Aux autorités compétentes :

- Lutter contre le tabagisme et l'alcoolisme dès le jeune âge.
- Faire connaître aux fumeurs les différents composants du produit pour que le public connaisse les dangers qui l'attendent.
- Rendre difficile l'accès au tabagisme en augmentant la taxe.
- Fournir les médicaments anticancéreux en établissant une politique de subvention de l'Etat.
- Augmenter le nombre des spécialistes dans la matière (ORL, Anatomopathologistes, Cancérologues, Radiothérapeutes).
- Vu l'utilité de l'appareil de cobaltothérapie en cancérologie, les pannes sont à éviter au maximum à l'aide d'un entretien facilité par une subvention de l'état ou par une partie de la recette à réserver dans ce but.
- Envisager un reclassement professionnel des gens ayant eu des cancers.
- Elargir les plateaux techniques de radiothérapie.

CONCLUSION

Cette observation de seconde localisation cancéreuse de la langue mobile apparaissant chez un patient déjà irradié, et remis d'un cancer de la gencive, unique cas relevé dans le service Oncologie Radiothérapie Antananarivo, nous a permis de mettre en exergue :

- La rareté de cette forme, qui mérite cependant d'être connue du fait de l'existence d'une prépondérance des facteurs de risque dans notre pays tels que : le tabagisme majoré par l'alcoolisme, le mauvais état bucco-dentaire inséparable avec le niveau socio-économique bas et la mauvaise habitude à négliger les ulcérations traînantes de la cavité buccale.
- L'importance d'un diagnostic précoce à l'aide d'une biopsie, nécessitant une extrême vigilance constante des praticiens afin d'éviter le retard de diagnostic en sachant que le diagnostic précoce est le meilleur garant des chances de guérison.
- Au point de vue thérapeutique, la place de l'évidement ganglionnaire préventif mentionné par divers auteurs, vu la lymphophilie de ces tumeurs.
- La possibilité d'avoir de bon résultat avec les moyens thérapeutiques disponibles (*chimiothérapie et radiothérapie*) car, le recours à la chirurgie souvent mutilante est fréquemment refusé par les patients, ainsi que le traitement des complications secondaires devrait être préoccupant.
- La nécessité d'une surveillance régulière, stricte, à vie, dans la hantise de la survenue d'une deuxième localisation, même après un traitement bien fait et réussi.

ANNEXE 1

**CLASSIFICATION T.N.M SPECIFIQUE DES VOIES AERO-DIGESTIVES
SUPERIEURES (U.I.C.C. 1987)**

* T indique la taille de la tumeur :

- T1 : moins de 2cm au niveau du plus grand axe.
- T2 : entre 2 à 3cm.
- T3 : supérieure à 4cm.
- T4 : présence d'un envahissement osseux, cutané ou musculaire profond quelque soit la taille.
- Tx : extension imprécise.

* N indique l'extension ganglionnaire :

- N0 : absence de ganglion palpable.
- N1 : présence d'un ganglion unique homolatéral, mesurant moins de 3cm.
- N2 :
 - a. ganglion unique homolatéral, mesurant entre 3 à 6cm.
 - b. ganglion homolatéral, multiple, mesurant entre 3 et 6cm.
 - c. ganglion controlatéral ou bilatéral, plus de 6cm.
- N3 : présence d'une adénopathie supérieure à 6cm.
- Nx : extension imprécise.

* M indique les métastases :

- M0 : absence de métastase.
- M+ : présence de métastase.

Cette classification TNM est complétée par une autre classification histologique :

* R indique la rupture capsulaire :

- R- : absence de rupture capsulaire.
- R+ : présence de rupture capsulaire.

ANNEXE 2

EFFETS SECONDAIRES DE LA CISPLATINE ET DE LA FLUORO-URACILE

Nom du produit →	CISPLATINE	FLUORO-URACILE
Effets secondaires ↓		
TROUBLES DIGESTIFS	Nausée, vomissement : 1 à 4 heures après l'administration	<ul style="list-style-type: none"> - Nausée, vomissement, anorexie, stomatite, mucite, diarrhée, - Hémorragies digestives (exception)
TOXICITE HEMATOLOGIQUE	<ul style="list-style-type: none"> - Leucopénie - Thrombopénie - Anémie 	<ul style="list-style-type: none"> - Leucopénie - Thrombopénie - Anémie (plus rarement)
TOXICITE NEUROLOGIQUE	<ul style="list-style-type: none"> - Neuropathies périphériques - Pertes du goût et de la sensibilité 	Ataxie cérébelleuse
TROUBLES ORL.O	<ul style="list-style-type: none"> - Bourdonnements d'oreille - Perte auditive 	Hypersécrétion lacrymale
TROUBLES CARDIO-VASCULAIRES	<ul style="list-style-type: none"> - Réaction type anaphylactique : oedème facial, hypotension, tachycardie, dyspnée - Troubles cardiaques (rares) 	<ul style="list-style-type: none"> - Précordialgie - Modification transitoire de l'ECG - Infarctus du myocarde
TOXICITE RENALE	Insuffisance rénale avec augmentation de l'urée sanguine ou augmentation de la créatininémie et/ou réduction de clearance de la créatinine	
TROUBLES DERMATOLOGIQUES		<ul style="list-style-type: none"> - Coloration brunâtre du trajet veineux - Dermatite, hyperpigmentation, alopecie - Eruption à prédominance palmo-plantaire - Rash, urticaire,

		photosensibilisation
TROUBLES RARES	<ul style="list-style-type: none"> - Anoréxie - Augmentation des transaminases 	

ANNEXE 3

EFFETS TOXIQUES AIGUS ET SUBAIGUS (cotation OMS)
DE LA CHIMIOTHERAPIE

	Grade 0	Grade 1	Grade 2	Grade 3	Grade 4
Hématologique :					
Hémoglobine	>11g/100ml >6,8mmol/l	9,5- 10,9g/100ml 5,6- 6,7mmol/l	8-9,4g/1000ml 4,95- 5,8mmol/l	6,5-7,9g/100ml 4-4,9mmol/l	< 6,5g/100ml < 4mmol/l
Leucocyte x 10 ³	> 4	3 – 3,9	2 – 2,9	1 – 1,9	< 1
Poly-Neutrophiles	> 2	1,5 – 1,9	1 – 1,4	0,5 – 0,9	< 0,5
Plaquettes x 10 ³	> 100	75 -99	50 - 74	25 - 49	< 25
Hémorragies	Absence	Pétéchies	Modérées	Moyenne	Importante
Nausées / Vomissements	Absence	Nausée	Vomissement transitoire	Vomissement nécessitant un TRT antiémétique	Vomissement incoercible
Cutané	Sans changement	Erythème	Desquamation Vésicules Prurit	Suintement Desquamation Ulcération	Dermatite exfoliative Nécrose appelant exérèse

ANNEXE 4

EFFETS SECONDAIRES PRECOCES DE LA RADIOTHERAPIE

RADIODERMITE

- I** : Erythème modéré - Epilation - Desquamation sèche - Folliculite.
- II** : Erythème brillant - Desquamation humide limitée.
- III** : Desquamation humide confluante.
- IV** : Ulcération - Hémorragie - Nécrose

RADIOMUCITE

- I** : Enanthème moyen, pas d'analgésique.
- II** : *Mucite en taches, analgésique.*
- III** : *Mucite fibreuse confluante.*

ANNEXE 5

INDICE DE KARNOFSKI		PERFORMANS STATUS
100% - 90%	Pas d'assistance, activité normale	0
80% - 70%	Pas d'assistance, activité diminuée	1
60% - 50%	Assistance intermittente, non autonome	2
40% - 30%	Assistance permanente, non autonome	3
20% - 10%	Assistance lourde (hospitalisation permanente)	4

CLASSIFICATION DES REPONSES AUX TRAITEMENTS
(CRITERES O.M.S)

<ul style="list-style-type: none"> - Réponses objectives (R.O) : . R.C : Rémission Complète . R.P > 50% : Rémission Partielle avec diminution de plus de 50% de lésions. - Stabilisation : R.P < 50% : Réponse Mineure ou Absence de variation de plus de 25% des lésions. - Progression : augmentation de plus de 25%.

ANNEXE 6

FORMULE COCKTAIL UTILISE POUR SOINS LOCAUX DE LA CAVITE BUCCALE

Serum bicarbonnatum à 14 % 500 cc

±

Hextril 0,1 % 70 ml (1/3 flacon) ou autre antiseptique

±

fungizone suspension buvable 40 ml (un flacon)

avec ou sans aspirine 1 gramme

avec ou sans **xylocaïne** à 5 % 24 ml (un flacon)

ANNEXE 7
RECOMMANDATION AICR
 (American Institute for Cancer Research) sept 97

Recommandation 1 Donnez la préférence à une alimentation végétale fraîche en réduisant au minimum la part des aliments conservés.

Recommandation 2 Surveillez votre poids et maintenez-le dans des limites de plus ou moins 5 kilos.

Recommandation 3 Si vos occupations sont sédentaires, marchez une heure par jour et faites au moins une heure d'exercice violent par semaine.

Recommandation 4 Mangez au moins 400 gr (de préférence 800 gr) de végétaux et fruits par jour.

Recommandation 5 Mangez de 600 à 800 gr par jour de céréales variées, de légumes, ou de racines. Réduisez votre consommation de sucre.

Recommandation 6 Evitez les boissons alcoolisées. Limitez-en l'usage à deux verres par jour pour un homme et un verre par jour pour une femme.

Recommandation 7 Viande rouge: 80 gr maximum par jour. Préférez le poisson, la volaille, le gibier.

Recommandation 8 Peu de graisses, surtout de graisses animales. Préférez un peu d'huile végétale.

Recommandation 9 Peu de sel dans les aliments et sur table. Utilisez plutôt des condiments.

Recommandation 10 Ne consommez pas des aliments qui auraient été conservés longtemps à la température ambiante.

Recommandation 11 Conservez vos aliments par le froid.

Recommandation 12 Attention aux additifs alimentaires et aux produits de conservation, surtout en pays pauvre.

Recommandation 13 Ne mangez pas d'aliments brûlés. N'abusez pas de viandes et poissons grillés sur la flamme, salés ou fumés.

Recommandation 14 Pour ceux qui suivent ces recommandations, l'usage de suppléments est probablement inutile pour réduire le danger de cancer.

Recommandation 15 Pas de tabac.

("Food, Nutrition and the Prevention of Cancer: A Global Perspective.". The American Institute for Cancer Research. September 1997.)

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. http://www.dentalespace.com/fc/patho/cancer_cd1.htm
2. Sarini J, Everard F, Lefebvre JL. Cancer des VADS : Traquer les signes d'alarme. Rev Prat 2001, N°550 : 1779-1780.
3. <http://cri-cirs-wnto.univ-lyon1.fr/Polycopies/Orl/ORL-9.html>
4. Fattorusso V, Ritter O. Cancers de la cavité buccale. 15^{ème} édition. Vademecum clinique. Paris : Doin, 1998 ; 1475.
5. Brasnu D. Cancers de la tête et du cou. In : Andrieu JM, Colonna P eds. Cancers : évaluation, traitement et surveillance. ESTEM, Paris : Doin, 1997.
6. Barasch A, Morse DE, Krutchkoff DJ, Eisenberg E. Smoking, Gender, and Age as Risk Factors for Site-Specific Intraoral Squamous Cell Carcinoma - A case series Analysis. *Cancer* 1994 ; 73 : 509-513.
7. Mashberg A, Boffetta P, Winkelman R, Garfinkel L. Tobacco smoking, Alcohol, Drinking, and Cancer of the Oral Cavity and Oropharynx Among United States Veterans. *Cancer* 1993 ; 72 : 1369-1375.
8. <http://www.cda-adc.ca/public/news-events/dentalhealthmonth/oralcancerfrench.html>
9. Ramiarisoa L. Etude rétrospective des cancers de la cavité buccale (à propos de 129 cas à l'HJRA). Thèse Med 1999. N°4884.
10. <http://www.infopediacom/Gpublic/appareil-digestif/elements1.html>
11. <http://www-rocq.inria.fr/Marc.Thiriet/Glosr/Bio/tub-Digest/Bouche.html>
12. <http://www.geneva-link.ch/ceppin/final/ORL/cavité%20buccale.html>

13. Allard F, Badin C, Barré A, Berthe T, Bertillon A. Larousse Médical illustré. Paris : 1972 .
14. Khale W, Leonhardt H, Platzer W. Cavité buccale. In : Cabrol C eds. Anatomie 2 Viscères. Paris : Doin,1999 :186
15. <http://www.chez.com/nbruy/09/01.html>
16. Khale W, Leonhardt H, Platzer W. Vaisseaux périphériques. In : Cabrol C eds. Anatomie 2 Viscères. Paris : Doin,1999 :186
17. Chomette G, Auriol M. Tumeurs malignes. In : Vaillant JM eds. Histopathologie buccale et cervico-faciale. Paris : Doin,1986 : 142-159.
18. <http://www.chez.com/nbruy/09/02.html>
19. Mannila L, Mannila A, Lewalle P, Nicoulin M. Dictionnaire Médical. 9^{ème} édition. Paris Masson ; 2000.
20. Dautzenberg B, Lagrue G. Tabagisme. Rev Prat 2001 ; 51 : 877-882.
21. ujf-grenoble.fr/santé/corpmed/Corpus/corpus/question/orl052.htm
22. National Cancer institute. Smokeless Tobacco or Health. An International perspectives U. S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, National Institutes of Health. NIH Publication N°93-3461. Washington, D.C. September 1992.
23. Sawyer DR, Wood NK. Oral cancer. Etiology, recognition, and management. Dent Clin North Am 1992 ; 36 : 919-44.
24. Devauchelle B. Carcinome épidermoïde de la langue. Rev Prat 1999 ; 49 : 1451-1458.
25. <http://www.chir-max-fac-sto.com/ROUEN2001/PGscient/resume/Dfisches/D19.html>

26. <http://www.dentalespace.com/fc/patho/cancer-cd2.htm>
27. Godeau P, Herson S, Piette JC. Lésions précancéreuses de la cavité buccale. *Traité de Médecine*. 3^{ème} édition. Médecine Sciences Flammarion. 1996 : 2661-2662.
28. Lecornu L, Ricbourg B. Carcinome épidermoïde de la langue. *Stomatologie, ORL, Stomatologie*. Impact Internat 1999 ; N°208 : 275-280.
29. Zelek L, Khayat D. Traitements médicaux des cancers. Edition *La gazette médicale. Guide pratique en Cancérologie*. Paris : Doin, 1994 : 24-37.
30. Desfosses G. Soins palliatifs au cours des cancers. *Rév Prat* 1999 ; 49 : 1063-1067.
31. <http://cri-cirs-wnts.univ-lyon1.fr/Polycopies/Cancérologie/Cancérologie-13-html>
32. <http://www-santé.ujf-grenoble.fr/santé/Corpmed/Corpus/corpus/question/canc173.htm>
33. Zelek L, Khayat D. Principes de base de la radiothérapie. Edition *La gazette médicale. Guide pratique en Cancérologie*. Paris : Doin, 1994 : 18-23.
34. Bernard A, Bourhis J. Radiothérapie. *Rév Prat* 2001 ; 51 : 1265-1271.
35. Zelek L, Khayat D. Principes de base de la chirurgie oncologique. Edition *La gazette médicale. Guide pratique en Cancérologie*. Paris : Doin, 1994 : 78-88.
36. Zelek L, Khayat D. Cancers des voies aéro-digestives supérieures. Edition *La gazette médicale. Guide pratique en Cancérologie*. Paris : Doin, 1994 : 78-87.
37. <http://cri-cirs-wnts.univ-lyon1.fr/polycopies/ChirurgieMaxilloFaciale/index.html>
38. Brugère J. Cancers des voies aéro-digestives supérieures. Flammarion Paris 1987 : 491p.

39. <http://www.ontario.cancer.ca/Siteboth/french/CCSA1B4C2DOEOFAGO.asp>
40. Vidal E, Liozon E, Soria P. Bouche sèche. *Rév Prat* 2001 ; 51 : 151-153.
41. Szpirglas H, Guilbert F. Cancers de la cavité buccale. *Encycl Méd Chir. Stomatologie-Ondontologie* I. Paris 1996 : 22-063 A 05
42. <http://www.john-libbey-eurotext.fr/articles/bdc/86/7/640-65>
43. Lefebvre JL. Thérapeutique des cancers des voies aéro-digestives supérieures. In : Morere JF, Mornex F, Piccart M, Nabbboltz JM eds. *Thérapeutique du cancer*. Paris : Springer-Verlag, 2001 : 347-360.
44. <http://www-chir-max-fac-sto.com/ROUEN2001/Pgscient/resume/Dfisches/D21.html>
45. <http://www.adf.asso.fr/congres/quintessence/quintessence99/B23.html>
46. Leroux-Robert J, Poncet P. Cancers de la langue. Edition Masson. *Actualités de carcinologie cervico-faciale*. 1983.
47. Noguchi I, Sato Y, Ando T. Mouth cancer for the month of may 1996. *Natl Defense Medical coll. Hong Kong* ; 1996 : 71.
48. Rasolomaharo V, Rakotobe P, Andriamanantenasoa H. Les carcinomes des lèvres : à propos d'un cas observe chez l'enfant. Recherche pour le développement à Madagascar. *Médecine* 2 1992 ; 21-23
49. Bergerat JP, Dufour P, Oberling F. Cancers ORL. *Onco-hématologie Guide Pratique*. Editions Heures de France 1996 : 83-94.

50. Mashberg A, Boffetta P, Winkelman R, Garfinkel L. Tobacco smoking, Alcohol, Drinking, and Cancer of the Oral Cavity and Oropharynx Among United States Veterans. *Cancer* 1993 ; 72 : 1369-1375.
51. Sullivan BP, Oatis GW, Grisius RJ. Osteoradionecrosis : its prevention. *Clin Prev Dent* 1982 ; 8 : 8-12.
52. <http://www.storl.com/français/journal/nov1992.html#ro6>
53. <http://www-chir-max-fac-sto.com/ROUEN2001/Pgscient/resume/Dfisches/D20.html>
54. Renaud-Salis JL, Blanc-Vincent MP, Brugère J, Demard F, Faucher A. Standards, options et recommandations pour le diagnostic, le traitement et la surveillance des cancers épidermoïdes de l'oropharynx. *Bull cancer* 1999 ; 57 : 550-72.
55. http://www.doctissimo.fr/html/sante/encyclopedie/sa_936_cancer_langue.htm

VELIRANO

Eto anatrehan'ny ZANAHARY, eto anoloan'ireo Mpampianatra ahy, sy ireo Mpiaramianatra tamiko eto amin'ity toeram-pampianarana ity, ary eto anatrehan'ny sarin'i HYPOCRATE,

Dia manome toky sy mianiana aho fa hanaja lalandava ny fitsipika hitandrovana ny voninahitra sy ny fahamarinana eo am-panatontosana ny raharaha-pitsaboana.

Ho tsaboiko maimaimpoana ireo ory ary tsy hitaky saran'asa mihoatra noho ny rariny aho, tsy iray tetika maizina na oviana na oviana ary na amin'iza na amin'iza aho mba hahazoana mizara aminy ny karama mety ho azo.

Raha tafiditra an-tranon'olona aho dia tsy hahita izay zava-miseho ao ny masoko, ka tànako ho ahy samirery ireo tsiambaratelo haboraka amiko ary ny asako tsy avelako atao fitaovana hanatontosana zavatra mamoafady na hanamoràna famitan-keloka.

Tsy ekeko ho efitra hanelanelanana ny adidiko amin'ny olona hotsaboiko ny anton-javatra ara-pinoana sy ara-pirenena, na ara-pirazanana, ara-pirehana ary ara-tsaranga.

Hajaiko tanteraka ny ain'olombelona na dia vao torontoroinina aza ary tsy hahazo hampiasa ny fahalalako ho enti-manohitra ny lalànan'ny maha-olona aho na dia vozonana aza.

Manaja sy mankasitraka ireo Mpampianatra ahy aho, ka hampita amin'ny taranany ny fahaizana noraisiko tamin'izy ireo.

Ho toavin'ny mpiara-belona amiko anie aho raha mahatanteraka ny velirano nataoko.

Ho rakotry ny henatra sy ho rabirabian'ireo mpitsambo namako kosa anie aho raha mivadika amin'izany.

PERMIS D'IMPRIMER

LU ET APPROUVE

Le Président de thèse,

Signé : Professeur RAKOTOBE Pascal

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Le Doyen de la Faculté de Médecine,

Signé : Pr. RAJAONARIVELO Paul

Name and Surname : ANDRIANASOLO Miakajato Fierenana

Title of the thesis : A CASE OF DOUBLE CANCER LOCALISATION IN THE ORAL CAVITY,
ON THE GUM AND ON THE FREE TONGUE.

Classification : SURGERY

Number of the page : 48 Number of figures : 9 Number of tables : 2

Number of annexes : 7 Number of references : 55

SUMMARY

Second localisation in the mouth of epidermoid carcinoma of the free tongue, in a patient irradiated from gum cancer of the same histology, is an unique and rare case that we found in cancerology ward at the CHU of Antananarivo. Thus, this observation is an original one.

The aim of this study is to show epidermological, clinical and follow-up features of this kind of oral cavity and in the same time its therapeutical management.

Our patient is a 60 year-old man, thus he represents epidemiological features in literature. Symptomatology was simple and non specific, therefrom any chronic oral cavity lesion which happens in an evocative situation must be subject to biopsy, the main examination which confirms the diagnosis.

Prevention must be based on eradication of tobacco and bad oral state, chief leading factors of histological degeneration.

Evolution is favourable if management is taken soon, but recurrence risk and second localisation despite the onset of treatment impose a multidisciplinary follow-up for the rest of the life.

Key words : cancer of the oral cavity, cancer of the tongue, cancer of the gum, double localisation.

Director of thesis : Professor RAKOTOBE Pascal.

Reporter : Doctor RAFARAMINO Josoa Florine

Correspondence : PoBox 3092 Antananarivo 101

Nom et Prénoms : ANDRIANASOLO Miakajato Fierenana

Titre de la thèse : UN CAS DE DOUBLE LOCALISATION CANCEREUSE DE LA CAVITE BUCCALE, AU NIVEAU DE LA GENCIVE ET DE LA LANGUE MOBILE.

Rubrique : Chirurgie

Nombre de pages : 48

Nombre de tableaux : 2

Nombre de figures : 9

Nombre d'annexes : 7

Nombre de références bibliographiques : 55

RESUME

Une seconde localisation dans la cavité buccale d'un carcinome épidermoïde de la langue mobile chez un terrain déjà irradié d'un cancer de la gencive de même type histologique constitue l'unique et rare cas que nous avons trouvé dans le Service Oncologie Radiothérapie CHU Antananarivo. Ceci justifie l'originalité de ce travail.

L'objectif de ce travail est de soulever les aspects épidémiologiques, cliniques et évolutifs ainsi que les modalités thérapeutiques de cette forme de cancers de la cavité buccale.

Notre patient de sexe masculin, âgé de 60 ans relève les aspects épidémiologiques décrits dans la littérature.

La symptomatologie est fruste et non spécifique, ainsi, toute lésion traînante de la cavité buccale survenant sur un contexte évocateur devrait faire l'objet d'une biopsie, capitale pour affirmer le diagnostic.

La prévention devrait insister sur la lutte contre le tabagisme et le mauvais état bucco-dentaire, principaux facteurs favorisants de la dégénérescence tissulaire.

L'évolution est favorable si la prise en charge est active et précoce, mais les risques de récidive et de seconde localisation constamment menaçante même après traitement imposent une surveillance multidisciplinaire, régulière, à vie.

Mots clés : Cancers de la cavité buccale - Cancers de la langue - Cancers de la gencive - Double localisation.

Directeur de thèse : Professeur RAKOTOBE PASCAL

Rapporteur : Docteur RAFARAMINO JOSOA Florine

Adresse : BP : 3092 101- Antananarivo

