

UNIVERSITE CHEIKH ANTA DIOP DE DAKAR
FACULTÉ DE MÉDECINE DE PHARMACIE ET D'ODONTOLOGIE



ANNÉE 2018

N° 310

**CANCERS DU PALAIS : ETAPE PRE THERAPEUTIQUE
(A PROPOS DE 63 CAS)**

MEMOIRE

POUR OBTENIR LE DES EN OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

Présenté et soutenu publiquement le 24 Décembre 2018

Par

Docteur MEHDI BERRADA

Né le 06 janvier 1988 à Casablanca (Maroc)

MEMBRES DU JURY

| | | | |
|-----------------------------|--------------------------|------------|------------------------------|
| Président | M. Bay Karim | DIALLO | Professeur Titulaire |
| | M. Malick | NDIAYE | Professeur Titulaire |
| | M. Richard Edouard Alain | DEGUENONVO | Maitre de conférences agrégé |
| Directeur de mémoire | M. Malick | NDIAYE | Professeur Titulaire |

DEDICACES

AU BON DIEU

Par la grâce d'Allah le Clément, le Miséricordieux
« Toutes les louanges reviennent à Allah. Seigneur des mondes ».
(Coran, Sourate I, Verset 2)

A son prophète Mohamed

(P.S.L)

Que la paix et le salut d'Allah soient sur son Prophète Mohamed (P.S.L) ainsi que sur sa famille, ses compagnons et sur tous ceux qui suivent leurs parts avec ferveur jusqu'au jour de la résurrection.

LISTE DES ABREVIATIONS

| | |
|------|--|
| % | : Pour cent |
| ADP | : Adénopathie |
| CBC | : Carcinome Baso-cellulaire |
| CDDP | : Cisplatine |
| CE | : Carcinome epidermoïde |
| Gy | : Gray |
| HPV | : Human papilloma virus |
| IRM | : Imagerie par résonance magnétique |
| ORL | : Oto-rhino-laryngologie |
| RTE | : Radiothérapie |
| SIDA | : Syndrome d'immunodéficience acquis |
| TDM | : Tomodensitométrie |
| TNM | : Tumeur, Ganglion, Métastase, système de classification du stade de tumeurs (<i>Tumor, Node, Metastasis</i>). |
| USA | : Etats unis d'Amérique |
| VADS | : Voies aéro-digestives supérieures |

LISTE DES FIGURES

| | |
|--|------------------------------------|
| Figure 1: Vue inférieure du palais osseux | 6 |
| Figure 2: Innervation du palais | 7 |
| Figure 3: Muscles du voile du palais..... | 10 |
| Figure 4: Glande salivaire accessoire de type muqueux | 14 |
| Figure 5: Tumeur ulcéro-bourgeonnante du palais | 22 |
| Figure 6: Image TDM en coupe coronale d'une tumeur maligne du palais du coté droit, ne dépassant pas la ligne médiane | 25 |
| Figure 7 : Image TDM en coupe axiale d'une tumeur maligne du palais du coté gayche..... | 26 |
| Figure 8: IRM en coupe axiale montrant une lésion maligne intéressant l'hemi- palais gauche | 30 |
| Figure 9: Carcinome épidermoïde dans sa localisation palatine..... | 30 |
| Figure 10: Mélanome du palais | 31 |
| Figure 11: Sarcome de Kaposi au niveau du palais | 33 |
| Figure 12: Carcinome adénoïde kystique..... | 34 |
| Figure 13: Sarcome | 35 |
| Figure 14: Répartition des patients selon l'âge | 45 |
| Figure 15: Mélanome du palais..... | 47 |
| Figure 16: Tumeur bourgeonnante sans ulcerations | 47 |
| Figure 17: TDM d'une Tumeur du palais droit etendue au massif facial | 49 |
| Figure 18: IRM en coupe coronale T2 d'un cancer du palais droit étendu au sinus maxillaire et sinus ethmoïdal droit..... | 50 |
| Figure 19: Carcinome épidermoïde du palais dans sa forme ulcéro- bourgeonnante | 51 |
| Figure 20: Répartition selon le type histo-pathologique..... | Erreur ! Signet non défini. |

LISTE DES TABLEAUX

| | |
|---|----|
| Tableau I: Classification TNM des cancers de la cavité buccale et de l'oropharynx | 29 |
| Tableau II: Répartition des patients par année | 44 |
| Tableau III: Répartition selon la tranche d'âge | 45 |
| Tableau IV: Répartition des patients en fonction de l'aspect macroscopique | 46 |
| Tableau V: Répartition des patients en fonction des résultats de l'examen anatomopathologiques..... | 51 |
| Tableau VI: répartition des patients selon les stades de la classification TNM.. | 53 |

Table des matières

| | |
|--|----|
| INTRODUCTION | 1 |
| PREMIERE PARTIE : RAPPELS | 4 |
| I. RAPPEL ANATOMIQUE | 5 |
| I.1. Palais osseux | 5 |
| I.2. Voile du palais | 7 |
| II. RAPPEL PHYSIOLOGIQUE | 12 |
| II.1. Voile du palais | 12 |
| II.2. Palais dur | 12 |
| III. RAPPEL HISTOLOGIQUE | 13 |
| III.1. Fonctions | 13 |
| III.2. Palais dur et mou | 13 |
| IV. ASPECTS ÉPIDEMIOLOGIQUES | 15 |
| IV.1. Palais mou | 15 |
| IV.2. Palais dur | 16 |
| V. FACTEURS ETIOLOGIQUES | 17 |
| VI. ETUDE CLINIQUE | 20 |
| VI.1. Interrogatoire | 20 |
| VI.2. Examen clinique | 21 |
| VI.3. Bilan d'extension | 24 |
| VI.3.1. Bilan d'imagerie | 24 |
| VI.3.2. Examen endoscopique | 27 |
| VI.4. Formes Cliniques | 29 |
| VII.5. Diagnostic Différentiel | 35 |
| VIII. Traitement | 36 |
| VIII.1. But | 36 |
| VIII.2. Moyens | 37 |
| VIII.3. Indications | 39 |
| VIII.4. Evolution et pronostic | 40 |
| Deuxième partie : Notre travail | 41 |
| I. Patients et méthode | 42 |
| I.1. Méthode | 42 |
| I.1.1. Type et cadre d'étude | 42 |
| I.1.2. Les documents consultés | 42 |
| I.1.3. Critères de sélection | 42 |
| I.1.4. Paramètres étudiés | 42 |
| I.1.5. Collecte des données | 43 |

| | |
|--|----|
| II. Résultats | 44 |
| II.1. Données épidémiologiques | 44 |
| II.1.1. Fréquence..... | 44 |
| II.1.2. Répartition selon l'âge | 44 |
| II.1.3. Répartition selon le sexe | 46 |
| II.1.4. Antécédents et Pathologies associées | 46 |
| II.2. Données cliniques | 46 |
| II.2.1. Clinique..... | 46 |
| II.3 : Données paraclinique | 48 |
| II .4 : Bilan de d'extension | 52 |
| II.5 : Bilan d'opérabilité | 53 |
| DISCUSSION | 54 |
| I. Sur le plan épidémiologique | 55 |
| I.1.Prévalence | 55 |
| I.2.Age | 55 |
| I.3. Sexe | 56 |
| I.4. Facteurs de risque..... | 56 |
| II- Sur le plan clinique | 57 |
| II.1 Délai de consultation..... | 57 |
| II.2 Aspect macroscopique | 57 |
| II.3 Adénopathie | 58 |
| III. Sur le plan paraclinique | 58 |
| III.1Histologie | 58 |
| III.2Bilan pré-thérapeutique | 59 |
| III.2.1 Bilan radiologique | 59 |
| III.3 Extension à distance | 60 |
| IV Classification selon les stades | 61 |
| V. Bilan d'opérabilité | 61 |
| CONCLUSION | 62 |
| REFERENCES | 62 |

INTRODUCTION

Les tumeurs malignes du palais sont définies comme l'ensemble des néoformations malignes primitives ou secondaires développées aux dépend du palais, elles entrent dans le cadre des cancers des voies aériennes digestives supérieures.

Les cancers du palais sont représentés principalement par le carcinome épidermoïde.

Il existe un lien de cause à effet entre ce type tumoral et l'intoxication alcoolotabagique. Ce carcinome épidermoïde se forme très souvent à proximité de lésions pré-néoplasiques de plus son lien avec le papillomavirus humain (HPV) est aussi démontré.

Le bilan d'extension initial locorégional doit être le plus précis possible pour permettre un choix thérapeutique adapté. L'imagerie pré-thérapeutique joue un rôle primordial. Elle repose essentiellement sur la Tomodensitométrie (TDM) et l'imagerie par résonance magnétique (IRM).

Malgré l'accessibilité de la région palatine à l'examen clinique, le diagnostic est souvent tardif. C'est la latence fonctionnelle, l'insouciance ou le fatalisme des patients qui expliquent parfois leurs mauvais pronostics.

Cette localisation anatomique particulièrement lymphophile doit être considérée lors du bilan pré-thérapeutique et du traitement, quel que soit ses modalités. Les progrès apportés par de nouvelles modalités de la radiothérapie et son association à la chimiothérapie permettent de proposer ce traitement de façon exclusive en améliorant le taux de contrôle locorégional. Utilisée après exérèse chirurgicale, elle améliore aussi le pronostic.

Les cancers du voile s'accompagnent aussi d'un taux élevé de seconds cancers.

Les décisions thérapeutiques doivent être prises en accord avec le chirurgien ORL, le radiothérapeute, l'histopathologiste et le stomatologiste. Ainsi, la prise en charge des tumeurs palatines doit être un exemple pluridisciplinaire.

Le but de notre travail était de :

-Passer en revue les difficultés de prise en charge des cancer du palais dans notre

contexte d'exercice.

Pour atteindre ces objectifs nous allons faire une première partie de rappels sur les tumeurs malignes du Palais puis dans une seconde partie exposer nos résultats et les discuter à l'aide des données de la littérature.

PREMIERE PARTIE : RAPPELS

I. RAPPEL ANATOMIQUE

Le palais forme à la fois la voûte arquée de la bouche et le plancher des cavités nasales. Il sépare la cavité orale des cavités nasales et du nasopharynx, la partie du pharynx sus-jacente au voile du palais. La face supérieure (nasale) du palais est revêtue d'une muqueuse respiratoire ; sa face inférieure (orale) est tapissée par la muqueuse orale, densément pourvue de formations glandulaires. Le palais se compose de deux parties : le palais dur, en avant, et le palais mou ou voile du palais, en arrière.

I.1. Palais osseux (Figure 1)

I.1.1. Description

Il constitue la charpente ogivale, osseuse qui porte les dents, c'est l'enclume contre laquelle vient frapper la mandibule. Il est formé par l'union des processus palatin (apophyses palatines) des maxillaires et des lames horizontales des os palatins. Il est perforé en avant par le canal incisif (canal palatin antérieur) et en arrière par le canal grand palatin (canal palatin postérieur). Il est recouvert d'une muqueuse qui présente en avant une saillie médiane, la papille incisive, qui recouvre le foramen incisif, et latéralement des saillies transversales ou plis palatins transverses. Une couche de glandes orales accessoires occupe la partie postérieure [27].

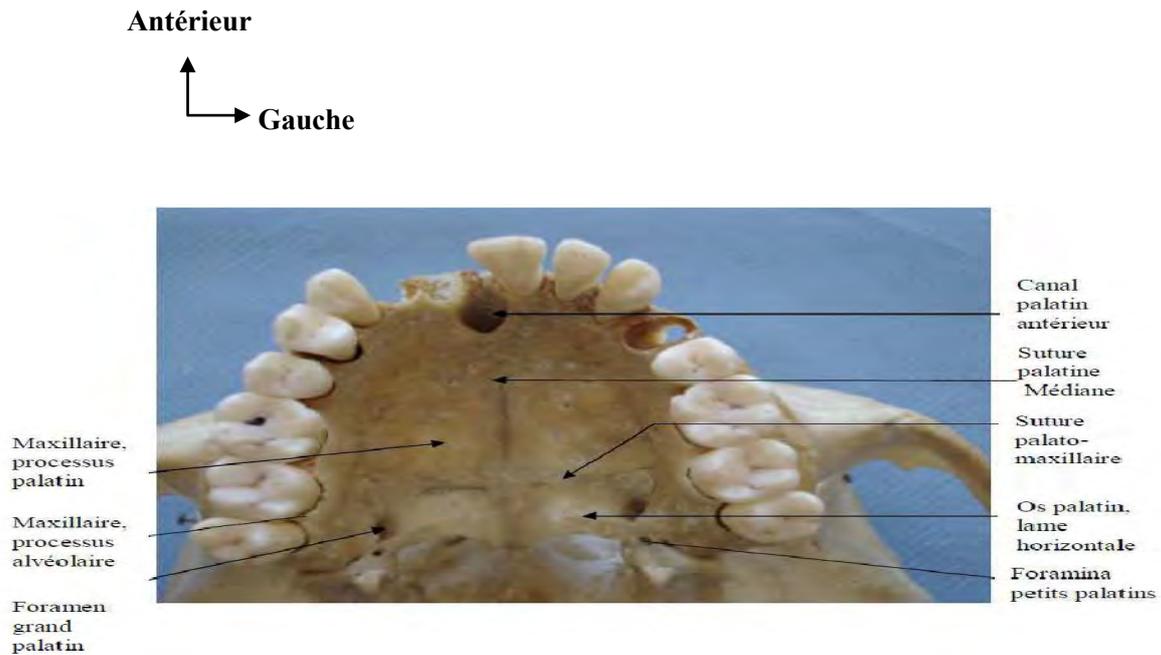


Figure 1: Vue inférieure du palais osseux [16]

I.1.2. Vascularisation et innervation

Les vaisseaux et les nerfs sont placés à la face profonde de la muqueuse sur chaque partie latérale de la voûte.

I.1.2.1. Les artères

Les artères viennent de l'artère sphéno-palatine (artère naso-palatine)

I.1.2.2. Les veines

Les veines sont satellites aux artères.

I.1.2.3. Les lymphatiques

Les lymphatiques vont rejoindre les nœuds lymphatiques jugulodigastriques.

I.1.2.4. Les nerfs (figure 2)

Les nerfs viennent du nerf maxillaire : nerf naso-palatin (nerf sphéno-palatin interne) par le canal incisif, nerf grand palatin (nerf palatin antérieur) par le canal grand palatin et nerfs petits palatins et palatins accessoires par les canaux petits palatins. Le seul pédicule important est postéro-latéral: les éléments qui sortent du foramen incisif peuvent être sectionnés; par contre, le pédicule postéro-latéral doit être respecté : il assure la vitalité de la muqueuse palatine. Les incisions chirurgicales doivent donc être antéro- postérieures [25].

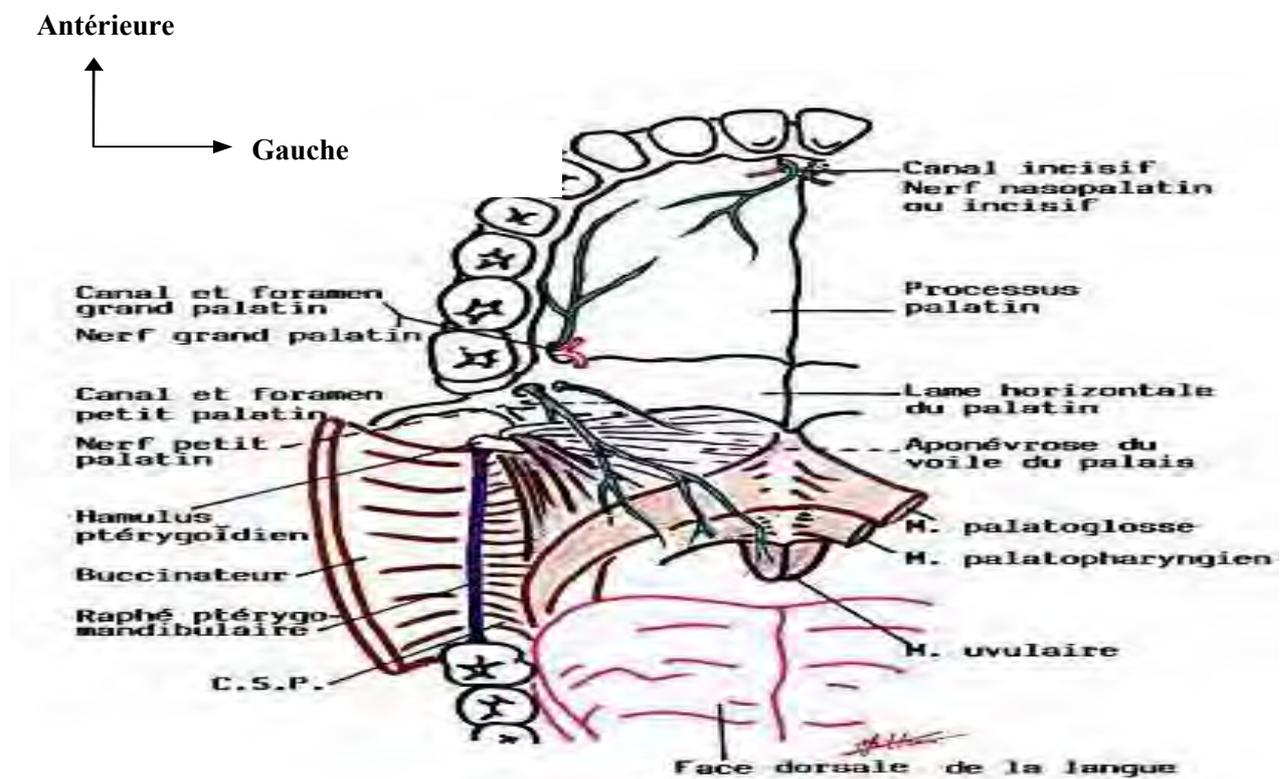


Figure 2: Innervation du palais [42]

I.2. Voile du palais (ou palais mou)

Il se compose d'une lame fibreuse sur laquelle s'insèrent un muscle médian impair et, de chaque côté, quatre muscles pairs. L'ensemble est

recouvert d'une muqueuse de type oral en avant, de type respiratoire en arrière. La lame fibreuse (aponévrose palatine) est constitué par le tendon en éventail du muscle tenseur du voile du palais (péristaphylin externe). Elle n'occupe que la moitié ventrale du voile et se fixe en avant sur le bord dorsal du palais dur (lames horizontales des os palatins) [42].

I.2.1. Les muscles du voile (figure 3)

I.2.1.1. Le muscle tenseur du voile du palais

Il naît dans la fosse scaphoïde, et en arrière de cette fossette sur la lèvre ventrale du sillon de la trompe auditive jusqu'à l'épine de l'os sphénoïde. Il s'insère également sur la face antérolatérale, fibreuse, de la trompe auditive et sur le crochet de la lame cartilagineuse [27]. De cette origine assez longue, le muscle, dans l'ensemble vertical, concentre ses fibres en un tendon qui va se réfléchir à angle droit sur l'hamulus (ou crochet) ptérygoïdien. Il s'épanouit alors en un éventail fibreux horizontal qui constitue l'aponévrose palatine. Il est innervé par le nerf du muscle tenseur du voile du palais, rameau du nerf mandibulaire.

I.2.1.2. Le muscle élévateur du voile du palais

Il naît de la lèvre dorsale du sillon de la trompe auditive, il va progressivement contourner la trompe pour se placer sous elle et soulever son plancher fibreux. Arrivées à l'ostium pharyngien, les fibres musculaires s'inclinent en bas, en arrière et médialement. Elles soulèvent ainsi un repli muqueux. En même temps, le muscle forme un arc concave, en arrière qui s'appuie sur le cartilage tubaire. Il se termine en éventail sur la face dorsale de l'aponévrose palatine.

I.2.1.3. Le muscle palato pharyngien

Entièrement situé à l'intérieur du pharynx, il se place contre la face interne des muscles constricteurs. Ce muscle, concentré à sa partie moyenne où il soulève l'arc muqueux palato pharyngien, se dissocie en éventail à ses deux extrémités: Son origine principale se fait sur toute la longueur de la ligne médiane, à la face dorsale de l'aponévrose palatine. Deux faisceaux accessoires viennent de l'hamulus ptérygoïdien et du bord inférieur du cartilage tubaire.

I.2.1.4. Le muscle palato-glosse (muscle glosso-staphylin)

Naît de la face inférieure de l'aponévrose palatine par un petit éventail tendineux. Les fibres se concentrent en un mince cordon oblique en bas, en avant et latéralement qui soulève un repli muqueux ou arc palato-glosse. Parvenues au bord latéral de la langue, elles se recourbent en bas, en avant et médialement vers le septum lingual où elles se terminent.

I.2.1.5. Le muscle uvulaire (muscle azygos de la luette)

Est situé tout entier dans l'épaisseur du voile du palais. Il naît de l'épine nasale postérieure et de la face dorsale de l'aponévrose palatine. Il se dirige dorsalement et se termine sur la face profonde.

I.2.2. Fonctions des muscles du voile du palais

Le muscle tenseur du voile du palais met en tension l'aponévrose palatine et permet alors aux autres muscles de mobiliser le voile du palais.

Le muscle élévateur élève le palais au cours de la déglutition et le plaque contre la paroi dorsale du pharynx. L'ostium intra pharyngien (isthme pharyngo-nasal) est ainsi fermé.

Les muscles tenseurs et éleveurs du voile du palais ouvrent en même temps l'ostium pharyngien de la trompe.

Les muscles palato-pharyngien et palato-glosse sont dits abaisseurs du voile et jouent un rôle dans la phonation.

Le muscle palatopharyngien élève également le larynx par son insertion thyroïdienne et ouvre la trompe auditive par son insertion tubaire [27,43].

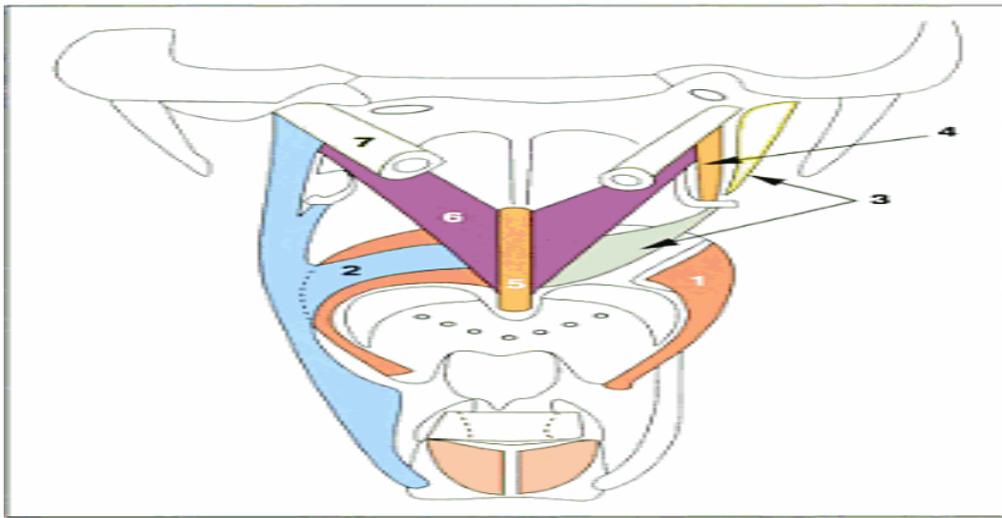


Figure 3: Muscles du voile du palais [42]

1- palato-glosse ; 2-palato-pharyngien ; 3- tenseur du voile couche externe ; 4- tenseur du voile couche interne ; 5-muscles uvulaires ; 6-muscle releveur du voile ; 7-trompe auditive

I.2.3. Vaisseaux et nerfs du voile du palais [27,43]

I.2.3.1. Les artères

L'artère linguale donne l'artère dorsale de la langue destinée au muscle palato-glosse.

L'artère faciale vascularise le voile du palais par l'intermédiaire de l'artère palatine ascendante.

L'artère maxillaire (interne) donne dans la fosse ptérygo-palatine (arrière-fond de la fosse ptérygo-maxillaire), l'artère palatine descendante qui passe par le canal grand palatin.

I.2.3.2. Les veines

Le plexus veineux sous-muqueux dorsal rejoint les veines de la cavité nasale et par leur intermédiaire le plexus ptérygoïdien et la veine jugulaire interne.

Le plexus veineux sous-muqueux antérieur se déverse dans les veines de la langue et la veine jugulaire interne.

I.2.3.3. Les nerfs

a. L'innervation sensitive

Elle est assurée par le nerf maxillaire, deuxième branche du nerf trijumeau (V2).

Les nerfs ptérygo-palatins, branches du nerf maxillaire, donnent les nerfs grand palatin (nerf palatin antérieur), petit palatin (nerf palatin moyen), et palatin accessoire (nerf palatin postérieur).

Le nerf grand palatin descend dans le canal palatin postérieur.

Les nerfs petit palatin et palatin accessoire descendent en arrière du précédent dans les canaux palatins accessoires.

L'arc muqueux palato-glosse, innervé par le nerf glossopharyngien (plexus tonsillaire) est à l'origine du réflexe nauséeux.

b. L'innervation motrice

Le muscle tenseur du voile du palais est innervé par le nerf du muscle tenseur du voile, rameau du nerf mandibulaire, troisième branche du nerf trijumeau (V3).

Tous les autres muscles du voile sont commandés en apparence par le nerf maxillaire → nerf ptérygo-palatins → nerf petit palatin.

En fait, l'origine réelle de la motricité du voile est le nerf vague, déjà moteur des muscles constricteurs moyen et inférieur du pharynx et moteur du larynx. Les fibres empruntent le nerf facial selon le circuit

suisant: nerf vague → rameau auriculaire → nerf facial → nerf grand pétéreux → nerf du canal ptérygoïdien (nerf vidien) → ganglion ptérygo-palatin → nerf ptérygo-palatins → nerf grand palatin. Le noyau moteur du voile est le noyau ambigu situé dans la moelle allongée (bulbe rachidien).

II. RAPPEL PHYSIOLOGIQUE

II.1. Voile du palais [72]

Par sa mobilité et ses propriétés contractiles, il joue un rôle dans la déglutition et la phonation. C'est un sphincter vélo-pharyngé par l'action synergique entre les muscles élévateurs du voile et palato-pharyngien d'une part, et les muscles constricteurs supérieurs du pharynx et pharyngo-staphylins d'autre part. La contraction des muscles palatopharyngiens et constricteurs supérieurs du pharynx entraîne un rétrécissement du pharynx responsable de l'occlusion vélo-pharyngée. La fermeture est ajustée par le degré d'élévation, de recul et d'épaississement du voile formant le «clapet vélaire».

Dans la phonation, le palais mou joue un rôle essentiel en permettant par ses mouvements d'élévation, la fermeture de l'isthme pharyngo-nasal qui permet d'exclure les résonateurs nasaux. L'occlusion totale permet l'émission des phonèmes buccaux et l'occlusion partielle permet l'émission des phonèmes nasaux.

II.2. Palais dur [72]

Intervient à la phase orale de la déglutition. La pointe de la langue s'applique sur le palais en arrière des incisives supérieures puis la surface de contact entre la langue et le palais s'étend progressivement vers l'arrière en formant une pression sur le bol qui se trouve ainsi propulsé vers le pharynx.

III. RAPPEL HISTOLOGIQUE

III.1. Fonctions

Elle joue de multiples rôles [49]:

- **protection des tissus profonds :**

Contre les compressions et abrasions provoquées par les forces mécaniques mises en jeu dans la préhension des aliments et dans leur mâchage. Protection également contre les nombreux micro-organismes saprophytes de la cavité buccale qui deviendraient agressifs en cas de blessure de la muqueuse ;

- **fonction sensorielle :**

Assurée par de nombreux récepteurs à la température, au tact, à la douleur disséminés dans la muqueuse. Fonction gustative liée aux bourgeons du goût situés dans la muqueuse linguale dorsale ;

- **fonction de régulation thermique :**

Très importante chez les animaux (en particulier le chien) mais ne jouant qu'un rôle secondaire chez l'homme.

III.2. Palais dur et mou (figure 4)

• **Les glandes salivaires accessoires :**

Elles représentent les annexes de la muqueuse buccale. Grâce à leur sécrétion salivaire continue, elles assurent l'humidification permanente de la bouche. Très nombreuses, elles se répartissent dans toute la muqueuse. Les glandes muqueuses siègent sur les bords du voile et de la voûte du palais.

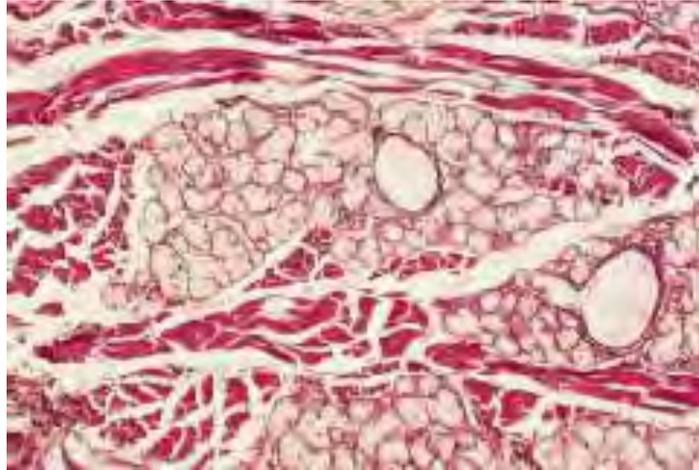


Figure 4: Glande salivaire accessoire de type muqueux. Hématéine-éosine x160. [4]

Les glandes salivaires accessoires sont situées dans le chorion ou plus profondément.

III.2.1. Palais dur

La muqueuse y est étroitement amarrée au tissu conjonctif et au plan osseux sous-jacent et est sillonnée de plis transversaux.

La muqueuse masticatrice qui tapisse gencives et palais dur, aide à la compression mécanique des aliments. Kératinisée en surface, solidement amarrée aux structures osseuses sous-jacentes (palais et os alvéolaire), elle présente des crêtes épithéliales longues s'invaginant profondément dans le tissu conjonctif. Ce dernier est riche en fibres collagènes [6].

La sous muqueuse manque et la muqueuse est directement attachée au périoste du squelette sous-jacent. Cette attache, non élastique, est dénommée mucopérioste.

Comme dans tout os de membrane, une corticale où prédominent les processus d'ostéoformation et de modelage de l'os, une spongieuse où la résorption osseuse prépondérante crée une structure trabéculaire autour

d'espaces médullaires larges. Physiologiquement, le périoste, gaine collagène riche en fibroblastes, sépare la corticale des tissus mous.

III.2.2. Palais mou

La muqueuse bordante, revêtant versant muqueux des lèvres, joues, plancher et face ventrale de la langue, palais mou, est flexible. Elle se laisse distendre par les aliments. Non kératinisée en surface, elle ne présente que des crêtes épithéliales basales peu accusées. Son chorion, très vascularisé, est connecté aux muscles sous-jacents par une sous- muqueuse.

IV. ASPECTS ÉPIDEMIOLOGIQUES

IV.1. Palais mou

Les tumeurs malignes du voile sont en majorité des carcinomes malpighiens.

Par ordre décroissant de fréquence, les tumeurs glandulaires arrivent en seconde position. Il s'agit de tumeurs nées des glandes salivaires accessoires intravélares. Les tumeurs lymphoïdes, conjonctives et mélaniques sont, quant à elles, très rares.

Les carcinomes malpighiens aux États-Unis, l'incidence annuelle des cancers de l'oropharynx est de 5000 cas par an et 85 à 90% d'entre eux sont des carcinomes malpighiens [46].

Ce groupe de tumeurs comprend les carcinomes malpighiens spinocellulaires bien ou peu différenciés, kératinisants et non kératinisants qui comprennent plusieurs sous-types [9]. Le degré de différenciation ne paraît pas corrélé au pronostic [57].

Les tumeurs liées à une positivité HPV seraient plus chimio- et radiosensibles [69].

Carcinomes d'origine glandulaire Les carcinomes adénoïdes kystiques sont des tumeurs malignes qui se développent à partir de glandes salivaires accessoires. Elles se caractérisent par de nombreux embolus vasculaires et engrainements périnerveux, et un fort pouvoir métastatique. Les adénocarcinomes sont beaucoup plus rares.

On estime entre 17 000 et 18 000 le nombre de nouveaux cas annuels de cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS) en France.

Pour la majorité, ce sont des carcinomes malpighiens de la cavité buccale et du pharynx [58].

En France, les carcinomes malpighiens de l'oropharynx représentent la première localisation pharyngée. Le sex-ratio pour cette localisation est de trois hommes pour une femme [45].

Dans les pays occidentaux, l'âge moyen au moment du diagnostic est compris entre 55 et 60 ans [25,51].

Cependant, depuis 30 ans, le nombre de patients de moins de 45 ans ne cesse d'augmenter [34].

Parmi les sous-localisations anatomiques de l'oropharynx, les carcinomes malpighiens du voile du palais ne représentent que 5 à 12% de l'ensemble des tumeurs [41].

IV.2. Palais dur

Le cancer du palais dur et de l'alvéole maxillaire représentent environ 5% des cancers de la cavité buccale [40]. Le carcinome épidermoïde est le cancer le plus fréquent de la cavité buccale et représente environ 66% des cancers du palais dur [59].

V. FACTEURS ETIOLOGIQUES

V.1. Les facteurs de risques des tumeurs malignes du palais

Pour les carcinomes malpighiens le tabac et l'alcool, sont les principales causes et leurs intrications majorent le risque de survenue.

Le rôle des HPV oncogènes (HPV16) est maintenant reconnu. La relation HPV oncogènes et cancers de l'oropharynx est surtout établie pour l'amygdale [44], moins bien pour le voile. L'intrication carcinome basaloïde squameux et HPV oncogènes, bien qu'encore controversée, paraît hautement probable [52]

La consommation d'aliments riches en fruits et légumes et en caroténoïdes serait liée à une diminution du risque de cancer pharyngé en général [52].

Pour les autres types histologiques, aucun facteur de risque n'a été identifié.

VI.2. Les lésions précancéreuses

VI.2.1. Erythroplasie [17].

L'érythroplasie de la muqueuse buccale est toujours considérée comme la lésion au potentiel de transformation maligne le plus élevé. Il s'agit d'une plaque veloutée, rouge brillant, le plus souvent uniforme sans trace de kératinisation, souvent très étendue mais ayant une limite nette, ce qui la distingue des érythèmes. Le diagnostic d'érythroplasie est un diagnostic d'élimination.

VI.2.2. Lésions palatines des fumeurs inverses [35]

Cette affection est spécifique des populations qui fument avec l'extrémité incandescente de la cigarette dans la bouche. Les lésions sont palatines, rouges, blanches ou mixtes.

VI.2.3. Fibrose sous-muqueuse [5]

Elle serait liée aux habitudes alimentaires d'ingestion d'aliments épicés et

la mastication de tabac. Cliniquement, la fibrose sous-muqueuse se traduit par une intense sensation de brûlure et la formation de vésicules (surtout sur le palais et la langue) suivies par des ulcérations superficielles. Le stade fibreux se traduit par un blanchiment de la muqueuse qui apparaît lisse, atrophique et perd progressivement son élasticité.

VI.2.4. Rhabdomyomes [5]

Très rare, le rhabdomyome est parfois rencontré chez l'enfant sans prédominance de sexe. Il se localise le plus souvent au niveau du palais mou ; c'est une tumeur nodulaire sous muqueuse ferme, bien limitée et indolore à la palpation. La base d'implantation est le plus souvent sessile. Plusieurs cas de transformations malignes ont pourtant été décrits.

VI.2.5. Brûlures chimiques [5]

Les vapeurs caustiques y associent souvent des lésions œsophagiennes qui sont de pronostic défavorable. Les brûlures par des agents caustiques sont responsables de lésions ulcérées. Des cancers du palais ont même été décrits après exposition à ces produits.

VI.2.6. Lichen plan [62]

Il s'agit d'une affection vélopalatine fréquente touchant indifféremment les deux sexes. Des causes médicamenteuses ont été mises en évidence, les lésions disparaissant généralement à l'arrêt du médicament. Ces lésions, fréquemment érosives, sont difficiles à traiter et présentent un risque de dégénérescence carcinomateuse à long terme de l'ordre de 1 %.

VI.2.7. Dyskératose congénitale [20]

Elle est appelée également syndrome de Zinsser-Engman-Cole à

transmission autosomique récessive. Cette pathologie très rare se caractérise cliniquement, chez l'enfant de 5 à 15ans, par l'apparition de plaques leucoplasiques évoluant vers un carcinome 10 à 20 ans après le début de l'affection.

VI.2.8. Porokératose de Mibelli [20]

Il s'agit d'une dermatose rare à transmission autosomique dominante qui se traduit à l'âge adulte par des lésions cutanées à type de petites papules kératosiques fusionnant pour donner des plaques à centre noir et lisse pouvant être associées à d'autres lésions buccales sous forme de bordures kératosiques surélevées retrouvées notamment sur les extrémités latérales du palais osseux et de la gencive. Ces lésions peuvent dégénérer en carcinome épidermoïde ou basocellulaire.

VI.2.9. Leucoplasies [13]

Il s'agit de lésions blanches précancéreuses rarement retrouvées au niveau du palais qui représente 10 % des localisations buccales Cette incidence augmente avec l'âge et avec l'association avec des maladies générales comme le diabète. L'étiopathogénie semble multifactorielle. Le tabac en est bien sûr la cause principale et la localisation palatine est surtout favorisée par la prise de tabac chiqué et le « reverse smoking ». Les leucoplasies inhomogènes dégénèrent dans

10 à 15 % des cas, c'est pourquoi une surveillance à long terme paraît indispensable.

VI.2.10. Érythroplasie de Queyrat [5]

Affection précancéreuse des muqueuses, rare au niveau du palais caractérisée par la survenue d'une dermatose velvétique, prenant l'aspect de velours de couleur rouge brillant, plus ou moins bien délimitée. Son évolution se fait vers un épithélioma associé à des adénopathies précoces.

VI. ETUDE CLINIQUE

VI.1. Interrogatoire [51]

- ✓ Il permet de préciser certains éléments:
 - le début de la symptomatologie
 - la durée d'évolution des symptômes
 - le taux de la croissance tumorale
 - l'histoire des antécédents de sinusites.
 - notion de prothèses dentaires mal ajustées
 - la notion d'exposition aux facteurs de risque
 - un antécédent de cancer essentiellement buccal
- ✓ Mettra en évidence les signes d'appel :
 - La tumeur peut être découverte de façon fortuite par le patient lui-même qui visualise la tumeur sur le voile du palais alors qu'il n'existe pas de signes fonctionnels.
 - Dentition lâche
 - un engourdissement du visage
 - insuffisance vélo-pharyngée
 - gonflement du visage
 - Dans une étude prospective, des tumeurs pharyngées ont été dépistées grâce à un examen clinique régulier, alors qu'il n'existait aucun signe fonctionnel. Dans 31 % des cas, la tumeur était localisée au voile du palais. Il peut s'agir également
 - d'une simple sensation de corps étranger,
 - d'une gêne à la déglutition sans véritable douleur,
 - d'une modification de la voix avec une rhinolalie fermée ou ouverte qui, dans ce cas,

- peut s'accompagner de régurgitations nasales aux liquides et/ou solides.
- Lorsque la douleur apparaît, il s'agit d'une odynophagie associée ou non à une otalgie réflexe.
- Lorsque la tumeur est volumineuse s'instaurent progressivement une dysphagie, généralement douloureuse, une dyspnée laryngée en cas d'extension vers la partie basse de l'oropharynx et un trismus en cas d'envahissement des muscles masticateurs (ptérygoïdiens).

VI.2. Examen clinique

VI.2.1. Examen local [51]

(Les appareils dentaires, doivent toujours être enlevés avant un examen, peuvent créer des lésions dysplasiques au niveau du palais)

- * La muqueuse de la voûte du palais est accessible à l'examen direct ou en vision indirecte au miroir.
- * Toutes les régions de la dentition lâche devraient être examinées près de la possible participation maligne de l'os dentaire.
- * L'examen du voile peut nécessiter la pulvérisation de Xylocaïne naphazolinée[®] à 2%.
- * Il comporte l'inspection directe de l'oropharynx.
- * L'examen neurologique palatin ou l'engourdissement du trijumeau, peut indiquer une participation maligne des trous et des voies ultérieures menant à la base du crâne.
- * L'examen des fosses nasales, du rhinopharynx et de la face postérieure voile est réalisée au miroir ou au naso-fibroscope.
- * On apprécie l'extension en surface et en profondeur de la

tumeur par la palpation du voile. Celle-ci est plus facilement réalisée sous anesthésie générale lors du bilan d'extension.

- * L'examen de la cavité buccale doit se terminer par une palpation au doigt de toutes les surfaces muqueuses.
- * On recherchera des atteintes de la muqueuse palatine (ulcérations, plaies, lésions dyskératosiques) et de l'os palatin sous-jacent (ostéome, kyste). (figure 5)
- * L'examen clinique doit être consigné sur un schéma daté et signé où apparaissent les limites de la tumeur primitive et les adénopathies (côté, niveau et taille).



Haut
↑
Gauche →

Figure 5: Tumeur ulcéro-bourgeonnante du palais gauche

VI.2.2. L'examen du reste de la sphère ORL

Il faudra s'attacher à rechercher :

Une deuxième néoplasie au niveau de la sphère ORL qui reste indispensable, à rechercher chez les éthylo-tabagiques.

Il faudra réaliser également un bilan odontologique complet.

VI.2.3. L'examen régional

La palpation des aires ganglionnaires du cou s'impose et doit être systématique. Elle explore les régions:

- sous-mentonnières,
- sous-maxillaires,
- sous-digastriques,
- jugulo-carotidiennes,
- spinales et sus-claviculaires.

Il n'est pas rare de retrouver un ganglion sensible, voire douloureux (la surinfection de la lésion étant la règle), à moins que l'on ne palpe une adénopathie fixée affirmant le diagnostic de néoplasie.

Les aires ganglionnaires cervicales sont palpées. Une ou plusieurs adénopathies cervicales sont découvertes lors de l'examen clinique initial dans 30 à 50 % des cas [58], majoritairement dans le territoire sous-digastrique.

La présence d'adénopathies est corrélée à la taille de la tumeur et à son épaisseur. Le risque d'envahissement ganglionnaire est corrélé à l'épaisseur de la tumeur et non à sa taille, dans tous les cas où la tumeur dépasse 3,12 mm au moins une adénopathie à l'examen clinique [8]. Lorsqu'une ou plusieurs adénopathies sont présentes, elles sont bilatérales dans 50% des cas [22].

VI.2.4. L'examen des appareils et systèmes

Les carcinomes du palais surtout épidermoïdes peuvent induire une métastase : osseuse, pulmonaire, hépatique et cérébrale ; d'où l'intérêt d'un

examen clinique minutieux des autres appareils. Au besoin, il faudra s'aider des examens paracliniques à la recherche de diverses autres localisations de cette lésion (radiographie, scanner, IRM...).

VII. 3.Bilan D'extension

L'examen clinique est complété par un examen endoscopique sous anesthésie générale et un bilan par imagerie.

VII.3.1. Bilan d'imagerie

Ce bilan doit répondre à quatre questions portant sur :

- l'extension tumorale sous-muqueuse;
- l'envahissement de l'os mandibulaire et/ou maxillaire, et/ou une extension en dehors de l'oropharynx ;
- la présence d'adénopathies cervicales;
- la présence de métastases viscérales. La TDM et IRM cervico-faciales sont les deux examens clés pour évaluer au mieux l'extension locorégionale (T et N) de la tumeur et dépister une éventuelle extension osseuse [44].

VII.3.1.1. Tomodensitométrie

Elle est certes moins performante que l'IRM pour juger des extensions sous- muqueuses, parapharyngées et en dehors de l'oropharynx, mais constitue un excellent examen pour dépister une érosion osseuse (mandibulaire et/ou maxillaire) (figure 6,7) et un envahissement ganglionnaire cervical [75].

Cet examen doit être fait avec injection d'un produit iodé, en coupes axiales, coronales et sagittales [77].

Haut



Figure 6: Image TDM en coupe coronale d'une tumeur maligne du palais du coté droit, ne dépassant pas la ligne médiane [77]

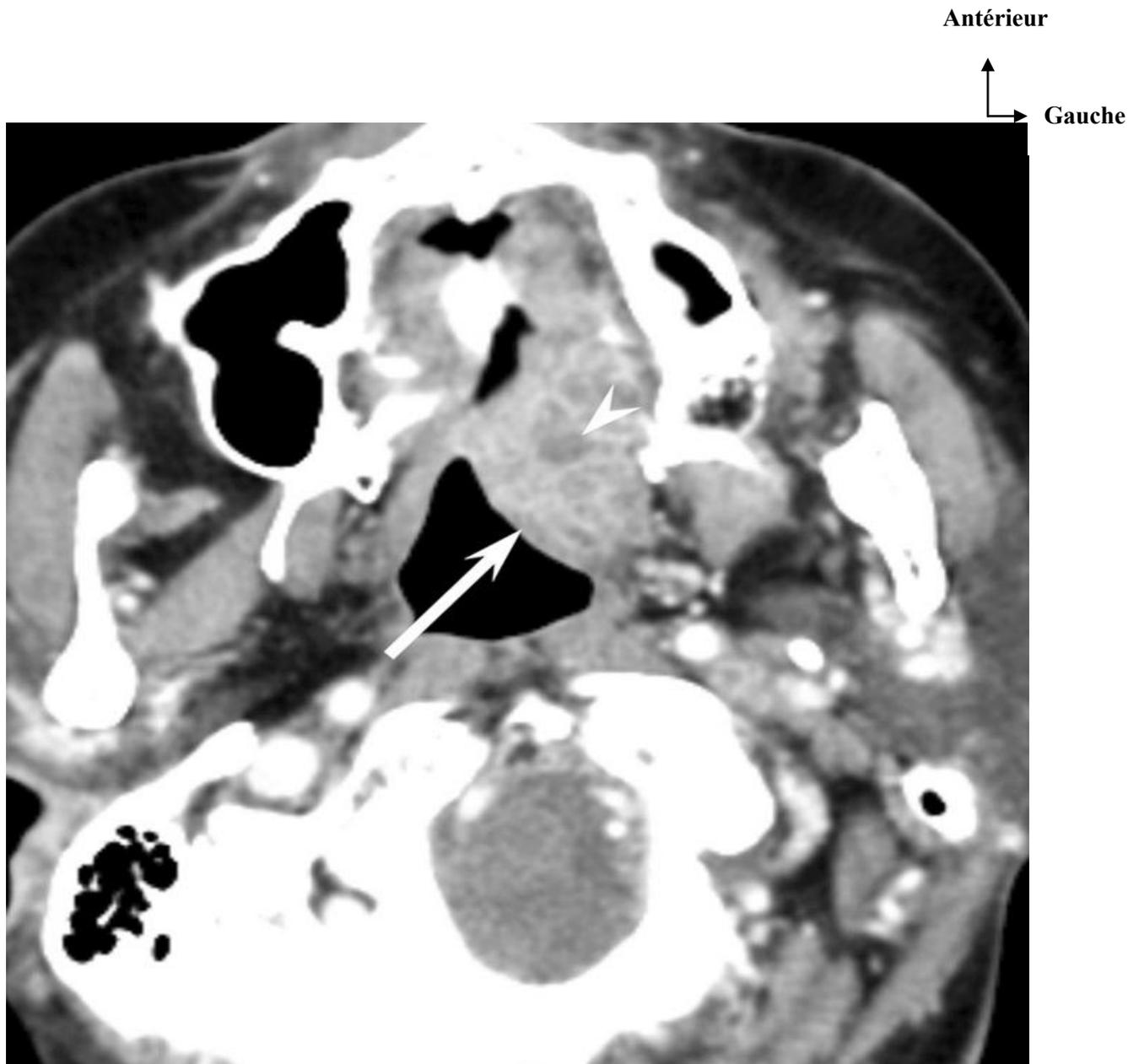


Figure 7 : TDM en coupe axiale montrant une lésion maligne intéressant l'hemi-palais gauche [75]

VII.3.1.2. Imagerie par résonance magnétique (figure8)

Elle permet d'obtenir une meilleure résolution de contraste pour les parties molles de l'oropharynx [6] ; cet examen doit comporter différentes séquences, T1, T2, T1 avec gadolinium, et des séquences avec soustraction de graisse (Figure 8). Ces séquences permettent aussi de bien différencier la tumeur, les muscles et la graisse [73].

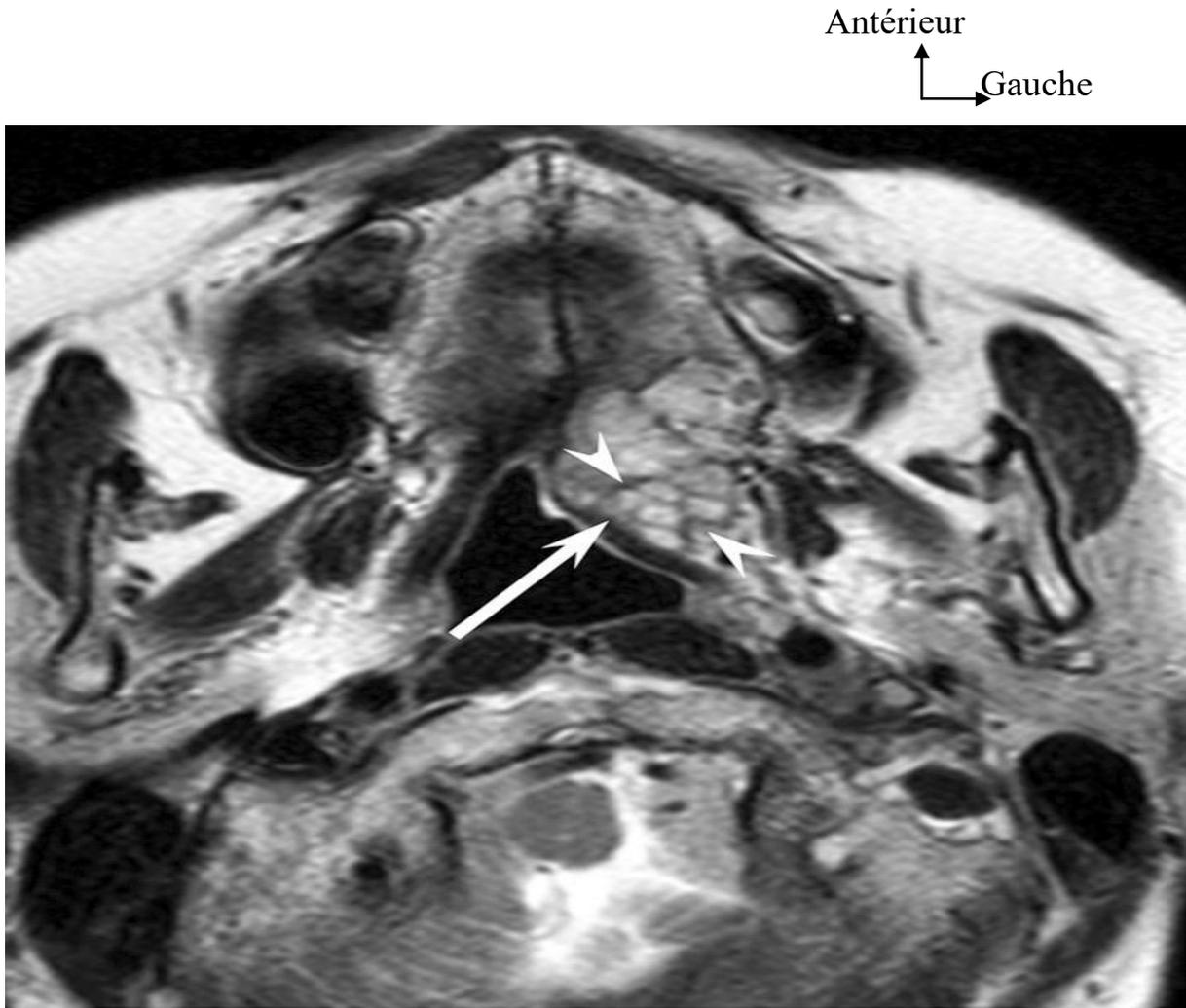


Figure 8 : IRM en coupe axiale T2 montrant une lésion maligne intéressant l'hemi-palais gauche [75].

Au terme du bilan clinique, endoscopique et radiologique, la tumeur est classée selon la classification TNM (Tableau I). Cette classification est essentielle pour le traitement [67].

VII.3.2. Examen endoscopique

En cas de carcinome malpighien, il faut faire une panendoscopie avec examen du pharyngo-larynx, de l'œsophage et de l'arbre trachéobronchique. Elle est utile pour rechercher un cancer synchrones et pour délimiter

l'extension tumorale au voile en palpant la face postérieure de celui-ci.

Il permet d'évaluer au mieux l'épaisseur tumorale, et la distance entre les berges de la tumeur et le palais dur.

La biopsie doit être réalisée de préférence quel que soit la nature de la tumeur dans une zone peu nécrotique, vascularisée.

Pour les tumeurs sous-muqueuses, il est parfois nécessaire de faire une incision du plan muqueux, la moins étendue et la moins délabrante possible.

Chaque fois que possible, surtout en cas de tumeur non malpighienne, une partie de la tumeur doit être congelée de façon à pouvoir faire des examens anatomopathologiques complémentaires (immuno-histo-chimie) et des études de biologie moléculaire [76].

Au terme de cet examen, il est possible d'établir la classification TNM qui permet de déterminer le pronostic du patient mais aussi de lui proposer un schéma thérapeutique. Elle tient compte de la taille de la lésion, du nombre de ganglions atteints s'il en existe et des autres localisations secondaires de la lésion. Cette classification TNM s'établit selon le (tableau I) ; quant aux stades, ils s'établissent comme suit :

Stade O: Tis, NO, MO

Stade I: Ti, NO, MO

Stade II: T2, NO, MO

Stade III: T3, NO, MO; Ti, T2, T3 Ni, MO

Stade IV: tous les T4; tous les N2, N3; tous les cas M1

Tableau I: Classification TNM des cancers de la cavité buccale et de l'oropharynx (UICC 2009)

| |
|---|
| <p><u>Tumeur T</u></p> <p><i>T_x</i> •tumeur primitive non évaluable <i>T₀</i> •tumeur non détectable <i>T_{is}</i> •carcinome in situ <i>T₁</i> •tumeur ≤2 cm dans sa plus grande dimension <i>T₂</i> •tumeur dont la plus grande dimension est > 2 cm et ou ≤4cm <i>T₃</i> •tumeur dont la plus grande dimension est > 4 cm <i>T₄</i> •tumeur s'étendant aux structures voisines : muscles ptérygoïdiens, mandibule, palais, muscles intrinsèques de la langue, larynx</p> |
| <p><u>Ganglions N</u> (classification reposant sur les données cliniques et radiologiques)</p> <p><i>N₀</i> •pas de signe d'atteinte des ganglions lymphatiques régionaux <i>N₁</i> •métastase dans un seul ganglion lymphatique homolatéral ≤3 cm dans sa plus grande dimension <i>N₂</i> •métastase unique dans un seul ganglion lymphatique homolatéral > 3 cm et ≤6 cm dans sa plus grande dimension, ou métastases ganglionnaires multiples, toutes ≤6cm <i>N_{2a}</i> •métastase dans un seul ganglion lymphatique > 3 cm mais ≤6cm <i>N_{2b}</i> •métastases homolatérales multiples toutes ≤6cm <i>N_{2c}</i> •métastases bilatérales ou controlatérales toutes ≤6cm <i>N₃</i> •métastases dans un ganglion lymphatique > 6 cm dans sa plus grande dimension, ganglion fixé</p> |
| <p><u>Métastases M</u></p> <p><i>M₀</i> •pas de métastase à distance <i>M₁</i> •présence de métastase (s) à distance <i>M_x</i> •métastase non précisable Elle est fondée sur le statut clinique aidé des examens complémentaires (imagerie, examen sous anesthésie générale).</p> |

VII.4. Formes Cliniques

VII.4.1. D'origine épithéliale

VII.4.1.1. Carcinomes épidermoïdes

Le carcinome épidermoïde touche surtout le palais mou (dans deux tiers des cas) et exceptionnellement la lèvre. Le carcinome épidermoïde touche

surtout l'homme dans la cinquième décennie. Sa découverte doit faire systématiquement rechercher une leucoplasie sous-jacente.

A la clinique : c'est une tumeur irrégulière, bourgeonnante, avec en son centre une ulcération saignant au contact (figure 9). Cette tumeur paucisymptomatique est redoutable du fait de l'envahissement rapide du palais osseux avec une possible extension aux fosses nasales et aux sinus maxillaires. Si la tumeur est développée aux dépens du palais mou, le risque réside surtout dans l'extension à la fosse ptérygomaxillaire.

Les extensions métastatiques sont rares (retrouvées dans trois cas sur 10 dans les localisations du palais osseux) et très rares (un cas sur 10) dans les localisations du palais mou. [30]



Haut
↑
Gauche →

Figure 9: Carcinome épidermoïde dans sa localisation palatine
(collection de professeur Diallo BK année 2014)

VII.4.1.2. Mélanomes (figure 10)

Le mélanome malin muqueux est une entité rare, mais la plus fréquente des localisations orales se trouve être le palais dur et l'arcade alvéolaire supérieure.

A la clinique : la plupart du temps, le mélanome se présente comme une

lésion pigmentée, isolée, asymétrique, à bords irréguliers, découverte parfois de façon fortuite lors d'un examen de la cavité orale (Fig. 10). La présence d'une ulcération ou l'augmentation de volume de la lésion doit faire penser au diagnostic. Par principe, toute lésion palatine de pigmentation marron doit faire penser à un mélanome malin muqueux jusqu'à preuve du contraire [54].

La lésion peut être plane ou prendre un aspect de masse nodulaire polypoïde. Certaines lésions mélaniques peuvent être non pigmentées et il s'agit alors le plus souvent d'une découverte fortuite lors du résultat de l'examen anatomopathologique. La plupart des mélanomes sont diagnostiqués à un stade avancé et évoluent à bas bruit pendant un temps variable [57].

Par ailleurs, les métastases à distance sont fréquentes au niveau pulmonaire, hépatique, cardiaque, cérébral et osseux [71].

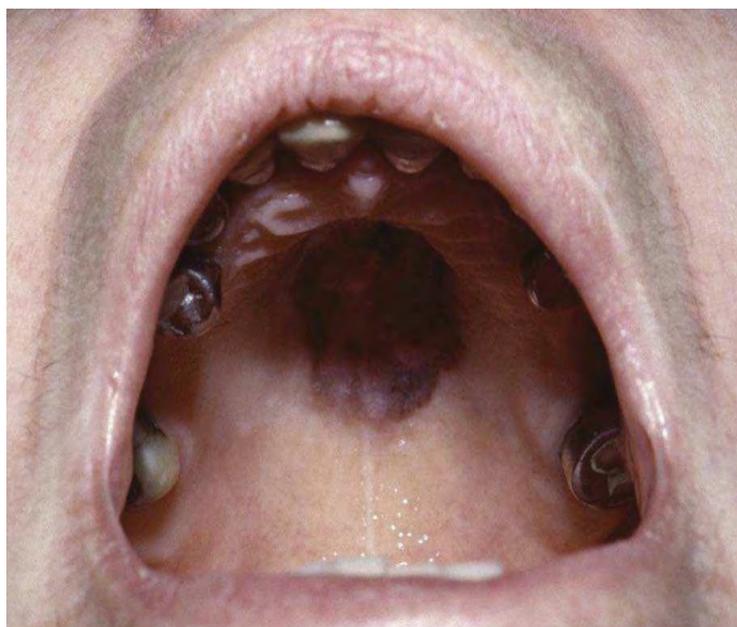
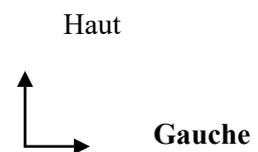


Figure 10: Mélanome du palais [17]

VII.4.2. D'origine conjonctive Fibrosarcomes[75] :

Les tumeurs sont profondes fermes ou dures, généralement indolores, mal limitées à la palpation et non mobilisables par rapport au plan profond. La muqueuse de recouvrement est non modifiée au début, puis devient érythémateuse, pouvant s'ulcérer au cours de l'évolution.

VII.4.3. D'origine musculaire [75] Myosarcomes :

Le léiomyosarcome peut atteindre la joue, le plancher et le palais mais reste exceptionnel, contrairement au rhabdomyosarcome rencontré chez l'enfant et l'adolescent.

VII.4.4. D'origine lipidique [76] Liposarcomes :

Ce sont des tumeurs malignes à évolution rapide qui ont été décrites plusieurs fois au niveau du voile du palais.

VII.4.5. D'origine vasculaire Maladie de Kaposi[44] :

L'atteinte de la muqueuse buccale entre dans le cadre d'une atteinte généralisée et est rarement primaire. L'atteinte palatine isolée a été exceptionnellement observée sous forme d'un nodule irrégulier pourpre ou noirâtre. L'atteinte de la muqueuse buccale est retrouvée dans environ 50 % des cas (trois fois sur 10 la localisation buccale précède les localisations cutanées) lorsque la maladie de Kaposi est liée à un syndrome de l'immunodéficience acquise (sida). La localisation palatine est la plus fréquente avec les localisations vélaires et gingivales supérieures.

A la clinique : la lésion élémentaire correspond à une macule érythémateuse qui devient violacée, infiltrant les tissus adjacents

(Figure 11). Elle se traduit par l'apparition, au niveau de la muqueuse,

d'une ou de plusieurs macules rouges ou violacées.



Haut
↑
└─→ Gauche

Figure 11: Sarcome de Kaposi au niveau du palais [17]

VII.4.6. Tumeurs salivaires

VII.4.6.1. Carcinome adénoïde kystique

Anciennement appelé cylindrome, il s'agit de la forme la plus fréquente de tumeur maligne du palais, représentant, selon les auteurs, entre 15 et 20 % des tumeurs malignes buccales [75].

Il peut toucher le palais dur surtout l'homme et le palais mou surtout chez la femme. L'aspect macroscopique est non spécifique et retrouve une tumeur ferme, plus ou moins bien limitée avec une muqueuse de recouvrement souvent érythémateuse (figure 12) [58].



Haut
↑
└─→ Gauche

Figure 12: Carcinome adénoïde kystique [17]

VII.4.6.2. Carcinome mucoépidermoïde

Elle représente environ 10 % des tumeurs salivaires malignes. Cette forme anatomopathologique est plus fréquente sur les glandes salivaires accessoires que sur les glandes salivaires principales. Un tiers des carcinomes mucoépidermoïdes sont retrouvés au niveau palatin.

Il s'agit d'une tumeur ovoïde bien circonscrite pouvant secondairement s'ulcérer notamment dans les localisations palatines [66].

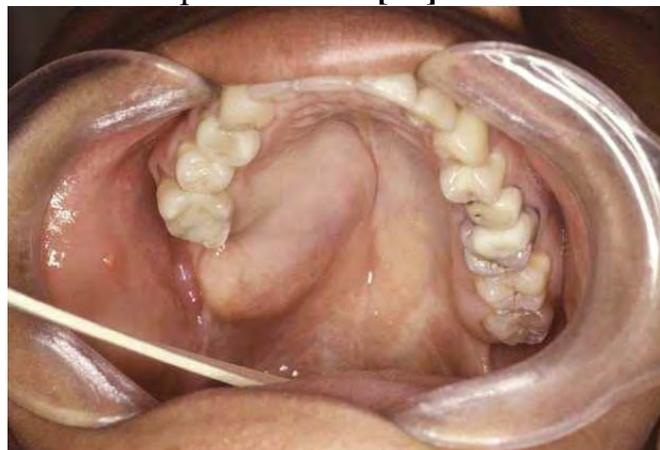
VII.4.6.3. Carcinome à cellules acineuses

Tumeur rare (2 % des tumeurs des glandes salivaires) localisée de façon exceptionnelle au niveau palatin. On retrouve une petite tumeur bien limitée avec une muqueuse saine en regard, de consistance rénitente.

VII.4.7. D'origine osseuse

VII.4.7.1. Sarcome

C'est une masse douloureuse palatine, de croissance rapide (figure 13). La propagation sanguine des cellules est responsable lors du diagnostic, dans 20 % des cas, de métastases pulmonaires [31].



Haut
↑
└─→ Gauche

Figure 13: Sarcome [31]

VII.5.Diagnostic Différentiel

Le diagnostic est en général facile. Il faut cependant faire la distinction entre tumeurs malignes et tumeurs bénignes du voile du palais, et différencier une tumeur de voisinage étendue à une partie du voile.

VII.5.1. Tumeurs bénignes du palais

- L'adénome pléiomorphe : dans sa localisation vélaire est la deuxième localisation anatomique de cette tumeur [48]. Il s'agit d'une tumeur généralement bien circonscrite, sous-muqueuse, dont la consistance est en général assez dure. En cas de doute, une ponction cytologique permet d'orienter le diagnostic. Elle doit être distinguée des tumeurs du prolongement pharyngien de la parotide par une imagerie appropriée.
- Les lipomes : sont rares, très peu symptomatiques. De siège sous- muqueux, ils ont une consistance molle au toucher.

On peut citer aussi :

- Torus palatins : une excroissance osseuse développée aux dépens des processus palatins [14]
- Kyste de la papille palatine : une tuméfaction arrondie de consistance molle en arrière des incisives centrales
- Kystes latéraux : Il s'agit de la prolifération d'inclusions épithéliales au niveau de la zone de fin des bourgeons faciaux. Ces kystes sont para- dentaires et se traduisent par une masse palatine entre l'incisive latérale et la canine.

VII.5.2. Extension d'une tumeur de voisinage

Il peut s'agir d'une tumeur parapharyngée distendant le le palais mou sans atteinte de la paroi.

Le plus souvent, il s'agit d'un adénome pléomorphe du prolongement pharyngien de la parotide. La biopsie est proscrite. Une imagerie préalable est indispensable pour confirmer la situation parapharyngée et dans certains cas orienter le diagnostic histologique Enfin, des tumeurs à point de départ nasal, sinusien ou palatin peuvent également avoir une extension vélaire.

Le granulome malin médiofacial est une forme de lymphome pouvant aussi atteindre le palais. La localisation palatine isolée est exceptionnelle.

VII.5.3. Pathologies infectieuses

Elles concernent le plus souvent les populations issues des pays en voie de développement Il s'agit de :

- la tuberculose sous divers aspects (forme ulcérée, granuleuse ou lupique) ;
- la syphilis dans sa forme scléro-gommeuse. Le clinicien doit être alerté, outre par le contexte et l'examen clinique, par les données des examens radiologiques (tomodensitométrie [TDM], imagerie par résonance magnétique [IRM]), et au moindre doute réaliser une biopsie dont une partie est envoyée en anatomopathologie et une autre en bactériologie pour une recherche et des cultures spécifiques.

VII.5.4. Pathologies inflammatoires spécifiques

Comme la sarcoïdose, qui sont dépistées par la biopsie d'une lésion en général de nature granulomateuse.

VIII. Traitement

VIII.1. But

Le traitement doit permettre :

- ✓ l'exérèse adéquate de la lésion primaire;
- ✓ le traitement des aires ganglionnaires
- ✓ et la reconstruction satisfaisante du palais.

VIII.2. Moyens

VIII.2.1. Traitement préventif

VIII.2.1.1. Prévention primaire

Il s'avère nécessaire d'instaurer des mesures de prévention pour détecter plutôt les personnes à haut risque.

Aussi la prévention primaire du cancer palatin nécessite la maîtrise de la consommation du tabac et de l'alcool ainsi que la remise en état de la cavité buccale (élimination des dents délabrées ou mobiles ou prothèses traumatisantes) [10]

VIII.2.1.2. Prévention secondaire

La prévention secondaire inclue la détection et l'exérèse des lésions précancéreuse.

- Chirurgie : La prise en charge chirurgicale est la solution de choix car permettant une étude histologique de la lésion et de ses limites.
- Surveillance : Semestrielle, elle permet de dépister les modifications des lésions (intérêt des photographies) et de prendre en charge le cancer à un stade précoce. Elle doit être envisagée sur une longue période, souvent à vie [15].

VIII.2.2. Traitement curatif

VIII.2.2.1. Chirurgie

Il comprend le traitement de la tumeur primitive et des aires ganglionnaires cervicales.

VIII.2.2.1.1. Au niveau du site tumoral

✓ Conditions de l'exérèse :

-Voile du palais :

Il est nécessaire qu'existe une marge d'exérèse macroscopique de 1 cm pour espérer une marge microscopique supérieure ou égale à 5 mm.

-Palais dur : [8, 53, 61]

Des approches communes pour la prise en charge chirurgicale du cancer limitée au palais dur et comprennent la maxillectomie partielle, inférieure, et totale.

✓ Pièce opératoire :

À la fin de l'exérèse tumorale, il est capital d'orienter la pièce opératoire avec un schéma représentant la lésion, la pièce opératoire et l'environnement anatomique. Des recoupes sont identifiées sur un schéma pour une analyse extemporanée des marges d'exérèse.

VIII.2.2.1.2. Traitement des aires ganglionnaires

En cas d'atteinte ganglionnaire clinique et/ou radiologique, le traitement des aires ganglionnaires est adapté au statut N.

VIII.2.2.2. Radiothérapie

La radiothérapie peut être proposée après une exérèse chirurgicale ou en traitement exclusif, et le plus souvent en association à une chimiothérapie (radio-chimiothérapie concomitante). [37,74]

La chimio-radiothérapie concomitante exclusive est une technique validée.

VIII.2.2.3. La curiethérapie

Du site initial de la lésion, associée à une irradiation externe, peut être aussi

utilisée comme traitement conservateur.

VIII.2.2.4. Chimiothérapie

L'adjonction concomitante est maintenant acquise car elle permet d'améliorer le contrôle locorégional de la maladie et la survie globale comparée à la radiothérapie seule [23, 2].

La chimiothérapie la plus utilisée est le Cisplatine.

VIII.3. Indications

- Carcinomes épidermoïdes [71] :

Il est chirurgical pour la plupart des auteurs, mais pour des lésions de petites tailles, il n'a pas été noté de différence entre le traitement par radiothérapie ou par chirurgie exclusive.

Si la tumeur est localement évoluée, l'association d'une chirurgie d'exérèse à une radiothérapie adjuvante sur la tumeur reste le traitement de référence.

Par ailleurs, si le patient présente un envahissement ganglionnaire clinique, l'association de l'exérèse tumorale à un curage ganglionnaire et une radiothérapie secondaire sur les sites ganglionnaires.

- Mélanomes :

Une exérèse large de la lésion apparaît indispensable, nécessitant la plupart du temps, en cas de localisation sur le palais dur, une maxillectomie associée.

Actuellement il y'a une tendance à la réalisation systématique de curages cervicaux fonctionnels pour les mélanomes de la cavité orale.

- Maladie de Kaposi [44] :

Dans le cadre de maladie de Kaposi isolée du palais, l'exérèse chirurgicale est la règle.

- Carcinomes adénoïdes kystiques, Adénocarcinomes,

Carcinomes verruqueux liposarcomes, fibrosarcomes :

Ils sont aussi préférentiellement traités par exérèse chirurgicale suivie de radiothérapie.

- Carcinomes basaloïdes :

Ils doivent être traités comme les carcinomes épidermoïdes avec la notion que ces tumeurs ont un fort pouvoir métastatique.

- Sarcomes :

Le traitement des sarcomes est fonction de leur sensibilité à la chimiothérapie et à la radiothérapie.

VIII.4. Evolution et pronostic

- Carcinome epidermoïde :

La survie globale tous stades confondus est de 30% à 5ans.

- Mélanomes :

Les chances de survie sont inférieures à celles des patients porteurs de mélanomes cutanés.

- Pour toutes les autres formes :

L'évolution de ces formes est marquée, par leur fort potentiel métastatiques et leur pronostic sombres.

Deuxième partie : Notre travail

I. Patients et méthode

I.1. Méthode

I.1.1. Type et cadre d'étude

Il s'agit d'une étude rétrospective réalisée à la clinique ORL Lamine Sine DIOP du centre Hospitalier Universitaire FANN de Dakar sur une période de 5 ans de janvier 2014 à septembre 2018.

I.1.2. Les documents consultés

Nous avons consulté :

- Les registres des admissions du service d'ORL.
- Les dossiers cliniques des patients.
- Les comptes rendus des résultats du service d'anatomie pathologique de l'hôpital Fann

I.1.3. Critères de sélection

I.1.3.1. Critères d'inclusion

Nous avons retenu tous les patients qui ont été admis au service d'ORL chez qui le diagnostic de tumeur maligne du palais a été confirmé à l'histologie.

I.1.3.2. Critères de non inclusion

Nous avons éliminé tous les patients qui n'avaient pas de résultats anatomopathologiques.

I.1.4. Paramètres étudiés

Pour cette étude, nous avons précisé pour chaque patient les paramètres suivants (voir fiche d'exploitation) :

- l'âge et le sexe du sujet ;
- les antécédents des patients ;
- le tableau clinique présenté ;

- la localisation de la tumeur ;
- la palpation des aires ganglionnaires cervicales ;
- les résultats de l'examen anatomopathologique ;
- la classification TNM

I.1.5. Collecte des données

Les données de notre étude ont été collectées selon une fiche d'exploitation préétablie.

Les données ont été saisies puis analysées à l'aide du logiciel Microsoft Excel 2010.

II. Résultats

II.1. Données épidémiologiques

II.1.1. Fréquence

Nous avons recensé 63 cas à la clinique ORL Lamine Sine DIOP de l'hôpital Fann de Dakar durant une période de 5 ans.

Le tableau II donne la répartition du nombre de cas par année (**Tableau II**).

Tableau II: Répartition des patients par année

| Années | Effectif |
|---------------|-----------------|
| 2014 | 9 CAS |
| 2015 | 18 CAS |
| 2016 | 10 CAS |
| 2017 | 15 CAS |
| 2018 | 11 CAS |
| Total | 63 |

II.1.2. Répartition selon l'âge

L'âge moyen de nos patients était de 48,09 ans avec un minimum de 11 ans et un maximum de 90 ans, dont 02 enfants âgés de moins de 15 ans soit 3,17%. (tableau III, figure 14)

Tableau III: Répartition selon la tranche d'âge

| Tranche d'âge | Nombre de cas |
|--------------------|---------------|
| 10 à 19 ans | 4 cas |
| 20 à 29 ans | 8 cas |
| 30 à 39 ans | 8 cas |
| 40 à 49 ans | 14cas |
| 50 à 59 ans | 11 cas |
| 60 à 69 ans | 10 cas |
| >70 ans | 8 cas |
| TOTAL | 63 cas |

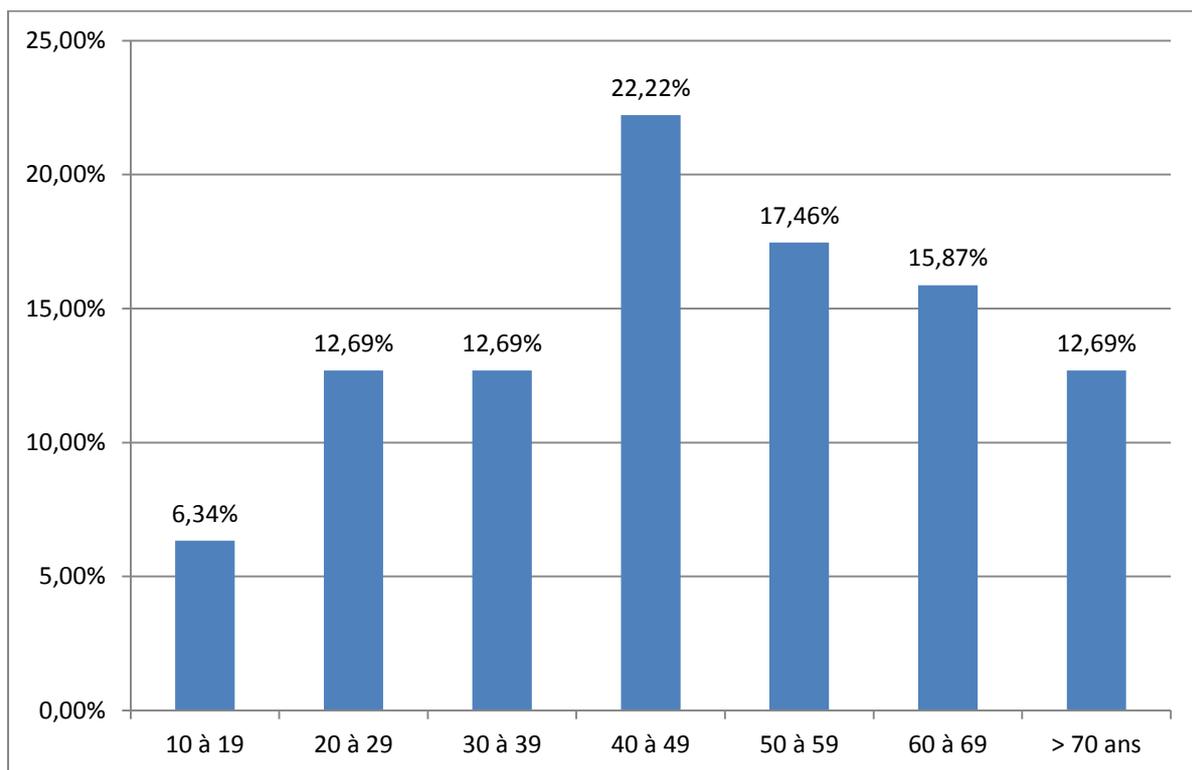


Figure 14: Répartition des patients selon l'âge

II.1.3. Répartition selon le sexe

Nous avons noté une prédominance masculine, avec 43 hommes, et 20 femmes, soit un sex ratio de 2,15 (H/F).

II.1.4. Antécédents et Pathologies associées

Chez 7 cas soit 11,11%, nous avons retrouvé une habitude toxicologique qui est une consommation de tabac

II.2. Données cliniques

II.2.1. Clinique

➤ Délai de consultation

Le délai de consultation des patients était variable avec un délai de consultation moyen de 21 mois avec minimum de 1 mois et un maximum de 19 ans.

➤ Signes physiques

L'**ulcération** : était présente chez 71,42 % de nos malades.

L'ensemble des signes physiques retrouvés à l'admission des patients est rassemblé dans le tableau suivant

Tableau IV: Répartition des patients en fonction de l'aspect macroscopique

| Signes cliniques | Effectif | Pour cent |
|--|----------|-----------|
| Lésion ulcéro-bourgeonnante | 28 cas | (44,44%) |
| Lésion bourgeonnante sans ulcération | 12 cas | (19,04%) |
| Lésion ulcéro-cratériforme | 10 cas | (15,87%) |
| Lésion ulcéro-bourgeonnante avec nécrose | 7 cas | (11,11%) |
| Bombement avec muqueuse d'aspect normal | 4 cas | (6,34%) |
| lésion noirâtre | 1 cas | (1,58%) |
| lésion hyper vascularisée | 1 cas | (1,58%) |

Haut
↑
↘ Gauche



Figure 15: Mélanome du palais

Haut
↑
↘ Gauche

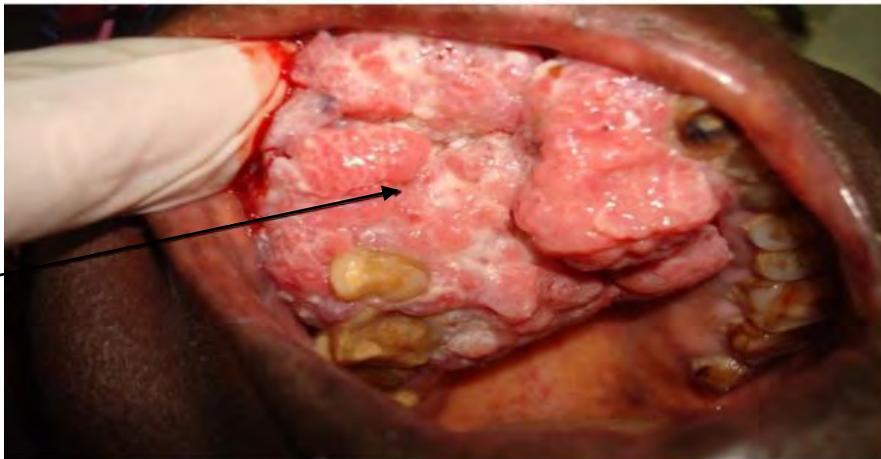


Figure 16: Tumeur bourgeonnante sans ulcérations

- Examen ganglionnaire ;

Nous avons recensé la présence d'adénopathie chez 20 cas (31,74%), au niveau du territoire sous maxillaire.

II.3 : Données paraclinique ;

II.3.1 Bilan radiologique ;

- Echographie abdominale :

Elle a été réalisée dans le cadre d'une suspicion de métastases abdominales chez 22 patients (35%) qui étaient revenues normales.

- Radio des poumons :

Tous les patients avaient bénéficié d'une radiographie des poumons qui n'avait pas décelé de métastases au niveau pulmonaire.

- TDM du massif facial et cervicale (figure 17) ;

Seuls 02 patients n'avaient pas bénéficié de la TDM cervico-facial faute de moyen

La TDM avait retrouvée une masse destructrice et ostéolytique. La localisation palatine exclusive était retrouvée chez 09 patients soit 14,23 %.

- TDM cérébrale

La présence de métastases cérébrales avait été décelée grâce à la TDM chez 06 patients (9,52%).

- TDM thoracique :

La TDM thoracique a été réalisée chez 20 (31,7%) patients et n'avait pas décelés de métastases pulmonaires.



Figure 17: TDM coupe coronale d'une tumeur du palais gauche étendue au massif facial

➤ IRM (figure 18) ;

La réalisation de l'IRM cervico-faciale et cérébrale pour chercher des métastases intéressait 02 patients seulement et n'avait pas trouvées de métastases.

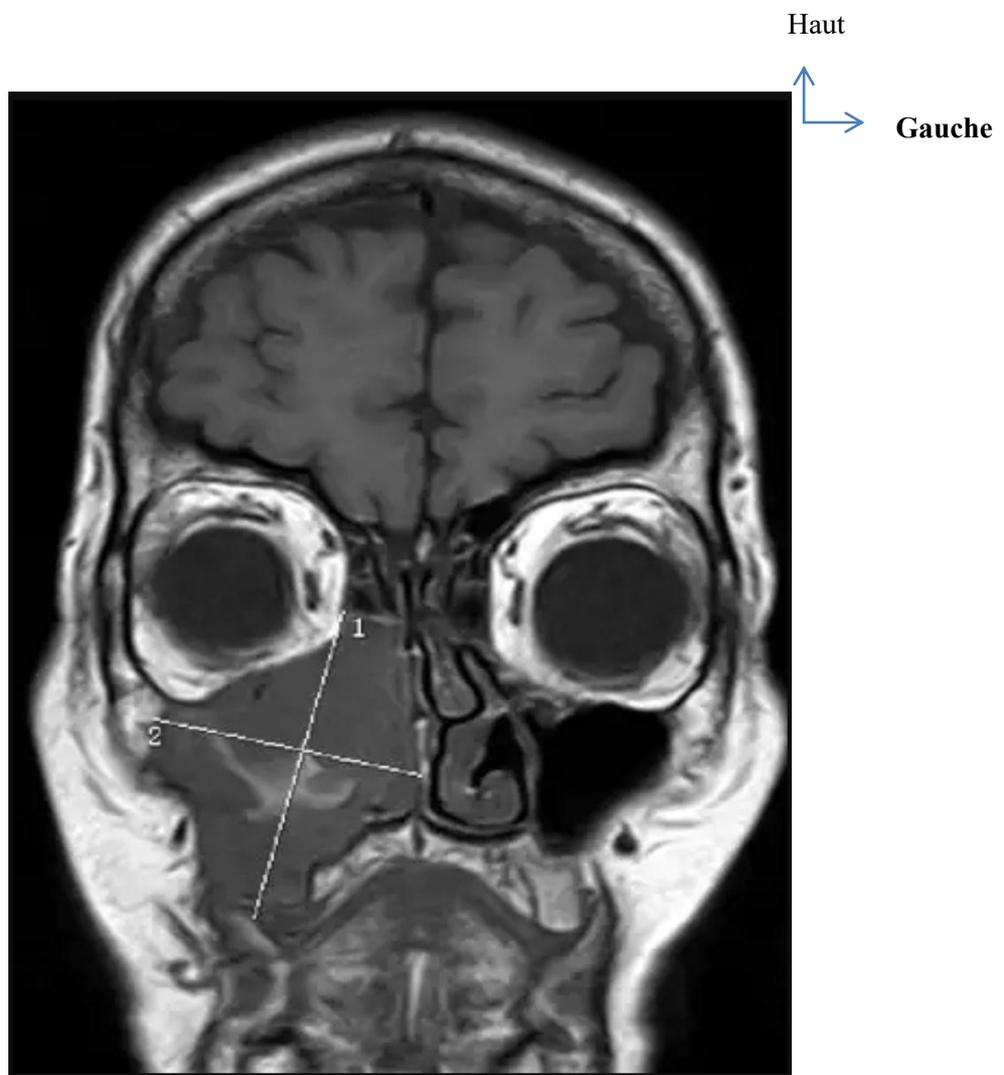


Figure 18: IRM en coupe coronale T2 d'un cancer du massif facial étendu au palais

II.3.2- Examen anatomopathologique

L'examen anatomopathologique montrait une large prédominance des carcinomes épidermoïdes (tableau V, figure 19,20)

Tableau V: Répartition des patients en fonction des résultats de l'examen anatomopathologiques

| Examen anatomopathologique | Nombre de cas |
|----------------------------|---------------|
| Carcinome épidermoïde | 41 cas |
| Cylindrome | 6 cas |
| Sarcome | 6 cas |
| Adénocarcinome | 5 cas |
| Lymphome | 3 cas |
| Mélanome | 1 cas |
| Carcinome verruqueux | 1 cas |
| Total | 63 cas |



Figure 19: Carcinome épidermoïde du palais dans sa forme ulcéro-bourgeonnante

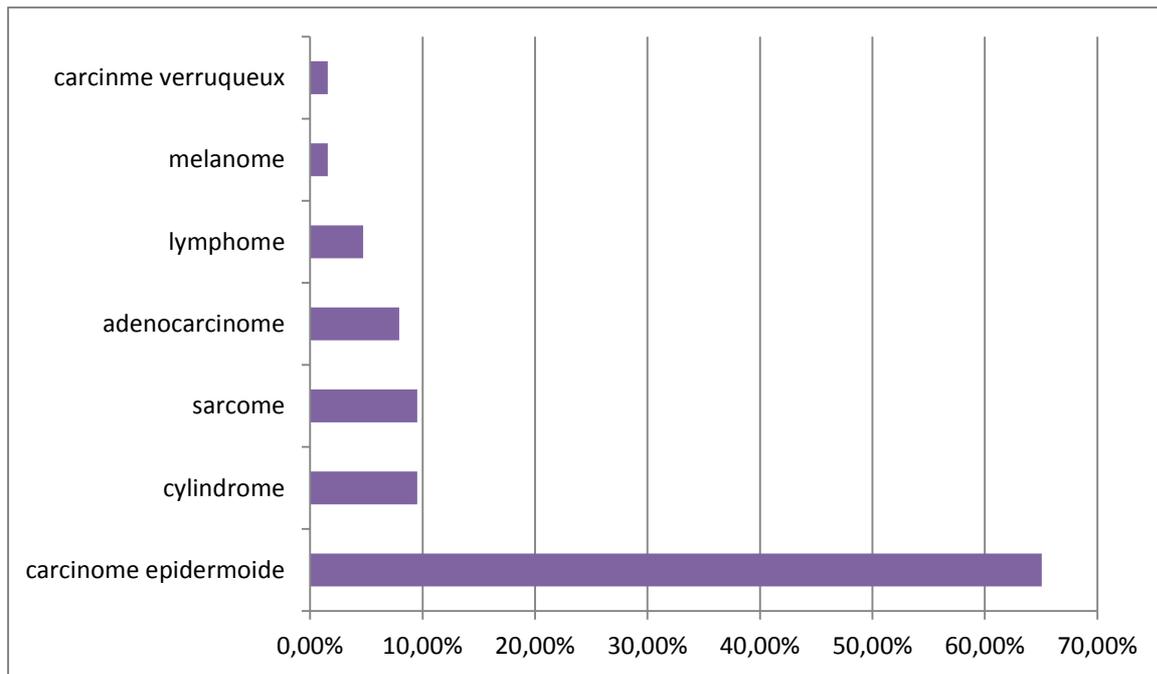


Figure 20 : Répartition des patients en fonction des résultats de l'examen anatomopathologiques

II .4 : Bilan d'extension

Le Tableau VI montre la répartition des patients en fonction des stades selon le classement TNM pour les carcinomes en dehors du mélanome.

Les lymphomes ont été classés selon la classification de Ann ARBOR, il en était ressorti que tous les lymphomes étaient de stade IV.

Pour le mélanome, il a été classé en stade IV selon la septième édition de la classification TNM AJCC 2009 pour les mélanomes de la tête et du cou, extraite de la TNM des cancers ORL.

Tableau VI: répartition des patients selon les stades de la classification TNM.

| Stades | Nombre de cas |
|---------------|----------------------|
| STADE 1 | 0 |
| STADE 2 | 5 cas |
| STADE 3 | 19 cas |
| STADE 4 | 34 cas |
| TOTAL | 59 cas |

II.5 : Bilan d'opérabilité :

Dans notre série 33 patients soit 53% avaient des lésions extirpables contre 47% des patients qui présentaient des lésions diffuses inopérables.

DISCUSSION

I. Sur le plan épidémiologique

I.1.Prévalence

Nous avons relevé 63 cas de tumeurs du palais dans la période couvrant janvier 2014 à septembre 2018 Ces malades étaient suivis à la clinique Lamine Sine DIOP d'ORL de l'hôpital FANN.

L'incidence exacte des carcinomes du palais est difficile à évaluer car ils font l'objet d'une approche épidémiologique globale, avec les cancers des voies aéro-digestives supérieures notamment des cancers du massif facial où la localisation palatine était présente chez 25,64% selon l'étude de BARRY M H et col [12]

En France annuellement sur l'ensemble parmi les sous-localisations anatomiques des VADS, les carcinomes malpighiens du palais représentent moins 5% de l'ensemble des tumeurs. [30]

La Fréquence relative des taux d'incidence observés des cancers de la cavité orale, 2000-2005 était de 10 à 11pour cent pour le palais. [18]

Une étude prospective sur les tumeurs malignes de la cavité orale a été entreprise, sur une période de 24 mois au Sénégal et a trouvé un pourcentage, de 14,3 pour la sous localisation du palais [70].

Dans nos régions, l'étude des fréquences se heurte à la qualité des archives qui fournissent des renseignements insuffisants et incomplets. Les différences de méthodologies d'évaluation rendent difficilement compte de l'évolution de la fréquence.

I.2.Age

Dans les pays occidentaux, l'âge moyen au moment du diagnostic est compris entre 55 et 60 ans [24,50]. Cependant, depuis 30 ans, le nombre de patients de moins de 45 ans ne cesse d'augmenter [34].

L'âge de nos patients variait entre 11 et 90 ans, avec moyenne de 48,09 ans. Ce résultat est assez proche de celui d'une étude turque, qui signale un âge moyen de 45 ans [5].

I.3. Sexe

Toutes les séries que nous avons étudiées, montre une prédominance masculine :

-L'étude française de **Ligier K et al** retrouve, un sex-ratio de 3 hommes pour une femme [45]

-L'étude turque de **Aydil Y et al** retrouve un pourcentage de (57,6pour cent pour les hommes) [5]

Dans notre série, le sex-ratio est de 2,15 (43 hommes pour 20 femmes), ce qui rejoint les résultats de la littérature.

I.4.Facteurs de risque

- L'intoxication tabagique a été retenue comme un facteur de risque chez différents auteurs [52] Elle a été retrouvée chez 7 de nos patients.
- La mauvaise hygiène bucco-dentaire chronique, rencontrée chez nos patients, est un facteur souvent évoqué dans la littérature, cependant aucune étude n'a pu le confirmer comme étant un facteur étiologique [10]

Les autres facteurs étiologiques, essentiellement les lésions précancéreuses étaient difficiles à mettre en évidence chez nos patients puisque les patients arrivaient à un stade avancé.

II- Sur le plan clinique

II.1 Délai de consultation

Dans notre série, le temps d'évolution de la symptomatologie clinique était de 21 mois avec des extrêmes allant de 1 mois à 19 ans.

Le patient dont le délai de consultation était de 19 ans présentait une lésion bien localisée et hyper vascularisée indolore longuement progressive, le caractère hémorragique avait motivé la consultation 19 ans après, le résultat histologique de la tumeur était revenue en faveur d'un carcinome épidermoïde peu différencié de bas grade.

II.2 Aspect macroscopique

La plupart de nos patients ont consulté parce qu'ils ont constaté une tuméfaction se développer au niveau du palais.

Notre série montre des résultats conformes à ceux notés dans la littérature et chez la majorité des auteurs en ce qui concerne la prédominance de la tuméfaction ulcéro-bourgeonnante [59] et aux États-Unis, 85 à 90% d'entre eux sont des carcinomes malpighiens révélées par des tumeurs ulcéro-bourgeonnante [30], c'est le cas de notre étude où il représente 55,55 % des cas.

Dans notre étude nous avons retrouvé les formes cliniques suivantes:

- ulcéro-bourgeonnante (28 cas),
- Lésion bourgeonnante sans ulcération (12cas)
- Lésion ulcère-cratériforme (10 cas).
- Lésion ulcéro-bourgeonnante avec nécrose (7 cas)
- Bombement avec une muqueuse d'aspect normal (4 cas)
- Lésion noirâtre (1cas)
- Lésion hyper vascularisée (1 cas)

II.3 Adénopathie

Une ou plusieurs adénopathies cervicales étaient découvertes lors de l'examen clinique initial dans 30 à 50 % des cas [30].

La présence d'adénopathies était notée chez 20 de nos patients, soit 31,74% majoritairement dans le territoire sous-digastrique.

III. Sur le plan paraclinique

Les examens complémentaires à la recherche d'une métastase ont révélées la présence de métastases chez 06 patients soit 9,52%

III.1 Histologie

Elle a été réalisée systématiquement chez tous nos patients.

- Notre série rejoint la plupart des études, mais ne rejoint pas une étude en Turquie, qui a retrouvée une prédominance chez 28 patients des tumeurs des glandes salivaires malignes et qui représentait (60.5%) [5].
- Quant à la prédominance des carcinomes spino-cellulaires, elle a été retrouvée dans d'autres études, comme celles des Etats-Unis, qui montre une majorité des carcinomes malpighiens (85 à 90%), par ordre décroissant de fréquence, les tumeurs glandulaires arrivent en seconde position [31].
- Une autre étude faite dans le même pays (USA), a retrouvé une fréquence élevée du carcinome épidermoïde représentant environ 66% des cancers du palais [60].
- Dans notre étude la majorité des tumeurs retrouvées était des carcinomes épidermoïdes 41 cas qui représentent 65,07%, suivi des carcinomes des glandes salivaires 11 cas, les sarcomes 6 cas, les lymphomes 3 cas et enfin mélanome et carcinome verruqueux chacun 1 cas.

III.2 Bilan pré-thérapeutique

Dans notre série, le bilan comportait systématiquement une radio des poumons et une TDM chez la quasi totalité des patients 97%, tous nos patients avaient bénéficié d'un examen anatomopathologique

III.2.1 BILAN RADIOLOGIQUE

III.2.1.1 Panoramique dentaire

L'analyse de l'orthopantomogramme permet d'évaluer l'état dentaire du patient et de visualiser une lyse osseuse d'origine néoplasique. La sensibilité de cet examen radiologique pour ce dernier critère est toutefois faible. La présence d'une lyse signe en général un envahissement osseux massif [1]. Dans notre étude cet examen n'était pas courant.

III.2.1.2 L'échographie cervicale.

Permet le repérage d'adénopathies trouvées ou suspectées cliniquement, dans notre série cet examen a été remplacé par la TDM cervico-faciale plus sensible pour détecter les métastases ganglionnaires ceci rejoint les études de Adyil et al [5] et de Weber et al [75]

III.2.1.3 Tomodensitométrie (TDM) cervico faciale

Elle permet une excellente évaluation des structures osseuses. Au niveau cervical, la visualisation des adénopathies suspectes radiologiquement participe à la classification de la lésion (fiabilité bien supérieure à l'examen clinique, de l'ordre de 93% contre 70 % pour la palpation isolée) et pèse sur l'indication chirurgicale (bi latéralisation d'un évidement). L'exploration des parties molles (cavité buccale et oropharynx) en l'absence d'artefact métallique est possible, souvent suffisante. Pour les tumeurs de grande taille (> 2 cm), ou en présence d'adénopathie, on demande une tomodensitométrie de la région cervicale pour mieux juger de l'extension

locorégionale. [30]

Dans notre série la quasi-totalité avait bénéficié d'une TDM cervico-faciale (97%) qui avait pu objectiver la lésion et noté la présence d'adénopathie présente chez 32 % des cas.

Toutefois, pour l'appréciation de l'envahissement des parties molles, les images délivrées par l'imagerie en résonance magnétique (IRM) sont de meilleure qualité. Dans notre série faute de moyen et de disponibilité de l'IRM seuls 02 patients ont pu bénéficier de cet examen.

III.3 Extension à distance

Radiographie pulmonaire

Elle est systématique dans notre étude puisque les métastases pulmonaires sont les premiers sites métastatiques en importance pour les carcinomes épidermoïdes des VADS.

Elle est remplacée par la TDM thoracique dans la littérature ce qui ne corrobore pas nos résultats [5, 24 et 37].

Echographie abdominale

L'échographie abdominale est indiquée en cas de suspicion de métastases hépatiques car le foie constitue un site important de métastases pour les carcinomes épidermoïdes des VADS, surtout pour les tumeurs volumineuses. Dans notre étude l'échographie abdominale a été réalisée chez 35 de nos patients cet examen a été remplacé par le scanner abdomino-pelvien [5, 31 et 45].

TDM thoracique

La TDM thoracique a été réalisée chez 31,7% seulement, alors que dans la littérature elle est indiquée systématiquement [5, 24 et 37].

IV. Classification selon les stades

Au terme d'un bilan clinique et paraclinique la tumeur est reportée sur des schémas datés, et définie selon la classification TNM et Ann ARBOR

En fait, plus de la moitié de nos patients avaient consulté à un stade tardif : 54% des patients avaient consulté dans un délai supérieur à 8 mois contrairement à 2 études réalisées aux USA où le délai de consultation était court moins de 02 mois [51,52].

V. Bilan d'opérabilité

Dans la littérature le bilan d'extirpabilité dépend du stade de la tumeur et de la décision thérapeutique qui est faite après une concertation pluridisciplinaire entre orl, oncologue, radiothérapeute, réanimateurs, stomatologue et prothésiste [5, 26, 30, 59] et c'est le cas aussi au niveau des différents services orl du Sénégal.

CONCLUSION

Le cancer du palais est une prolifération tumorale maligne développée aux dépens du palais. Il est souvent révélé par une masse et ou une ulcération douloureuse. Le diagnostic est histologique et la prise en charge est essentiellement chirurgicale associée selon l'indication à la radiothérapie et/ou à la chimiothérapie.

Par notre étude, nous avons voulu contribuer à une meilleure connaissance des cancers du palais rencontrés à Dakar. Pour ce faire, nous avons effectué une étude rétrospective sur une période de 5 ans au service d'ORL et à partir des comptes rendus d'anatomie pathologique du laboratoire d'anatomie pathologique de l'Hôpital FANN de Dakar [Janvier 2014- Septembre 2018].

Soixante-trois cas de cancers du palais avaient été colligés durant cette période. Un plus grand nombre de cancers a été recensé durant l'année 2015 (n=18) quant aux autres années de 2014, 2016, 2017 et 2018 le recensement était respectivement de (n=9), (n=10) , (n=15) et (n=11). Le carcinome du palais aux États-Unis représente 5% des cancers buccaux. En Afrique, au Sénégal en particulier, sa prévalence est mal connue.

Pour cette étude l'âge moyen des patients était de 48,09 ans avec des extrêmes de 11 ans et de 90 ans. Notre série comprenait 43 hommes et 20 femmes, soit un sex-ratio de 2,15 ce qui corrobore les données de la littérature.

Le temps d'évolution de la symptomatologie clinique était en moyenne de 21 mois. Nos patients présentaient une tumeur ulcéro-bourgeonnante et infiltrante très évoluée à la première consultation chez le spécialiste ORL ; ce qui permettait les prélèvements biopsiques en vue d'un résultat histologique.

La tumeur intéressait, les palais dur et mou. Dans la littérature, la localisation de ces carcinomes au niveau du palais intéresse la totalité du palais. Pour cette courte série, nos résultats sont conformes à ceux de la littérature.

Vingt patients (20) présentaient des adénopathies cervicales palpables au premier examen clinique chez les spécialistes.

En ce qui nous concerne l'examen para clinique. Il se résumait en un bilan pré opératoire en vue d'une exérèse chirurgicale de propreté, et de confirmation diagnostique avec un bilan d'extension comportant une TDM cervico-faciale et une radio des poumons pour la quasi-totalité des cas.

Selon les données de la littérature, la certitude diagnostique demeure anatomopathologique.

- Pour cette série, tous les prélèvements provenaient du service d'ORL de Fann. On notait 41 cas de carcinomes épidermoïdes, suivi des carcinome des glandes salivaires 11 cas, les sarcomes 6 cas, les lymphomes 3 cas et enfin mélanome et carcinome verruqueux chacun 1 cas.

Selon la classification TNM de l'UICC et Ann ARBOR pour les lymphomes. On notait

- Aucun cas de T₁, cinq cas de T₂, et 19 cas de T₃ et 35 T₄.
- 3 cas de lymphome stade 4
- Vingt cas avec adénopathie cervicale palpable.

Au Sénégal, la représentation sociale du cancer demeure associée à la mort. La prise en charge psychologique de ces malades passe par une connaissance du ressenti du patient et de l'impact du cancer sur la vie quotidienne sans oublier une meilleure information des explications adaptées et une meilleure organisation des soins. Ce besoin se heurte à la pénurie de psychologues, de médecins et notamment d'oncologues. Ce besoin se heurte aussi à l'éloignement des spécialistes d'organe de l'Institut

Curie de l'HALD d'où relève la quasi-totalité de la prise en charge de malades souffrant de cancers. Cet éloignement limite les possibilités diagnostiques et thérapeutiques et assombrit le pronostic des malades. Tel est le cas des cancers du palais au Sénégal.

RECOMMANDATIONS

Afin d'améliorer les résultats obtenus, on peut préconiser les perspectives suivantes :

1. Encourager le dépistage précoce des cancers de la cavité buccale qui fait partie intégrante du rôle du chirurgien dentiste.
2. Prendre en charge précocement des lésions pré-néoplasiques, ce qui permet d'arrêter l'évolution des carcinomes in situ.
3. Encourager et initier d'autres études sur un échantillon plus large afin d'avoir un meilleur aperçu sur les facteurs de risque incriminés.
4. Créer des services spécialisés ou de triage au niveau des structures de santé des régions pour rapprocher les compétences auprès de la population.
5. Renforcer le plateau technique au niveau des structures hospitalières
6. Améliorer la qualité de vie des patients par la préparation aux traitements, la gestion des effets secondaires des différents traitements, et par la prise en charge précoce.
7. Assurer une meilleure coordination des différents intervenants dans ces cancers pour éviter les délais longs entre les différentes étapes de traitements (centres anticancéreux).
8. Sensibiliser les patients sur l'intérêt d'un suivi rigoureux pour le diagnostic précoce des récidives.
9. Sensibiliser à une meilleure hygiène bucco -dentaire.
10. Réduire les coûts des traitements.
11. Intéresser le personnel soignant à la carcinologie ORL.

REFERENCES

- 1. Al Eddine C., Piekarski JD., Benamour M.**
Imagerie des tumeurs de l'oropharynx et de la cavité orale.
J. radiol. 2008 ; 89 : 968-983.
- 2. Al-Sarraf M, Pajak TF, Byhardt RW, Beitler JJ, Salter MM, Cooper JS.**
Postoperative radiotherapy with concurrent cisplatin appears to improve locoregional control of advanced, resectable head and neck cancers: RTOG 88-24.
In *J Radiat Oncol Biol Phys* 1997;37: 777-82.
- 3. Ang KK, Trotti A, Brown BW, Garden AS, Foote RL, Morrison WH, et al.**
Randomized trial addressing risk features and time factors of surgery plus radiotherapy in advanced head-and-neck cancer.
In *J Radio Oncol Biol Phys* 2001;51:571-8.
- 4. Auriol MM, Le Charpentier Y**
Histologie de la muqueuse buccale et maxillaire
EMC Stomatologie, 22-007-M-10, 1998.
- 5. Aydil Y, Utku M, Ekinci A, Ozgu I**
Neoplasms of the Hard Palate. *J Oral Maxillofac Surg* Head and Neck Surgery Congress.
Antalya, Turkey; October 26 to 30, 2011.

- 6. Babin E , Desmouts C, Hamon M, Bénateau H, Hitier M.**
PET/CT for assessing mandibular invasion by intraoral squamous cell carcinomas.
Clin Otolaryngol 2008;33:47-51.
- 7. Ballartin M. Thompson LD, Wieneke JA**
Significance of retropharyngeal nodes in cancer of the head and neck.
J Surg 2004;108:500.
- 8. Baredes S, Leeman DL, Chen TS, Mohit-Tabatabai MA.**
Significance of tumor thickness in soft palate.
Laryngoscope 1993;103:389-93.
- 9. Barnes L, Eveson J, Reichart P, Sidransky D.**
World Organization classification of tumors, pathology and genetics of head and neck tumors.
Lyon: IARC Press; 2005.
- 10. Barthélémy I., Sannajust JP, Revol P, Mondié JM.**
Cancers de la cavité buccale: Préambule, épidémiologie, étude clinique.
Encycl. Méd. Chir.- Stomatologie 2005 ; 1-4 :277-294.
- 11. Basset Seguin N., Renaud Vilmer C. Et Verola O.**
Carcinomes spino-cellulaire.
Encycl. Méd. Chir. Dermatologie 2002 ; 98 : 625.

12. Barry M W

Les tumeurs malignes naso-sinusiennes : à propos de 39 cas colligés à la clinique Lamine Sine Diop du CHU De Fann
These n 110 2018 UCAD

13. Bekke JP, Baart JA.

Six years' experience with cryosurgery in the oral cavity.
Int J Oral Surg 1979;8:251–70.

14. Belsky JL, Hamer JS, Hubert JE, Insogna K, Johns W.

Torus palatinus: a new anatomical correlation with bone density in postmenopausal women.
J Clin Endocrinol Metab 2003; 88:2081–6.

15. Ben Slama L, Lalo S, Bertrand JC

Lésions précancéreuses de la muqueuse buccale.
Rev Stomatol Chirurgie Maxillo-Faciale 2001 ; 102:77-108.

16 . Berrada M.

Cancers du palais étape pré thérapeutique de 14 cas colligés de 1999 à 2001 au service d'orl du CHU de Dakar
Thèse N96 UCAD 2014

17. Béziat J L

Lésions malignes du palais (collection du professeur Béziat).
Hôpital de la Croix-Rousse, 69317 Lyon cedex 04, France.

18. Blot WJ, McLaughlin JK, Winn DM, Austin DF, Greenberg RS, Preston-Martin S et al.

Smoking and drinking in relation to oral and pharyngeal cancer.

Cancer Rev 2008;48:3282–7

19. Bohle G, Rieger J, Huryn J, Verbe D, Hwang F, Zlotolow I.

Efficacy of speech nid prostheses for acquired defects of the soft palate and velopharyngeal inadequacy — clinical assessments and cephalometric analysis: a Memorial Sloan-Kettering Study.

Head Neck 2005;27:195-207.

20. Bonner JA, Harari PM, Giralt J, Azarnia N, Shin DM, Cohen RB. Radiotherapy plus cetuximab for squamous-cell carcinoma of the head and neck.

N Engl J Med 2006;354:567-78.

21. Bouquot JE, Gorlin RJ.

Leukoplakia, lichen planus, and other oral keratoses in 23,616 white Americans over the age of 35 years.

Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1986;61: 373–81.

22. Caban DM, Papal S, Kaplan SE, Rigual N, Loree T, Hicks Jr WL.

Oropharyngeal cancer current understanding and management.

Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg 2009;17:88-94.

23. Calais G, Alfonsi M, Bardet E, Sire C, Germain T, Bergerot P, et al.

Randomized trial of radiation therapy versus concomitant chemotherapy and radiation therapy for advanced-stage oropharynx carcinoma.

J Natl Cancer Inst 2009;91:2081-6.

24. Calais G, Goga D, Chauvet B, Carand G, Beutter P, Le Floch O.

Carcinomes du palais mou et de la lèvre. Analyse des résultats et des causes d'échecs. Étude de 76 cas.

Rev Stomatol Chir Maxillofac 2008;89:306-10.

25. Chang AE, Karnell LH, Menck

The national cancer data base report on cutaneous and non cutaneous melanoma: a summary of 84,836 cases from the past decade.

Cancer 1998;83:1664-78.

26. Chepeha DB, Sacco AG, Erickson VR, Lyden T, Haxer M, Moyer J, et al.

Oropharyngoplasty with template-based reconstruction of oropharynx defects.

Arch Otolaryngol Head Neck Surg 2009;135:887.

27. Chevrel J P, Fontaine C.

Anatomie clinique Tête et cou

p : 87-93 et 330 (1996)

28. Chohayeb AA, Volpe AR.

Occurrence of torus palatinus and mandibularis among women of different ethnic groups.

Am J Dent 2001;14:278–80

29. Domenge C, Hill C, Lefebvre JL, De Raucourt D, Rhein B, Wibault P, et al.

Groupe d'Étude des Tumeurs de la Tête et du Cou (GETTEC). Randomized trial of neoadjuvant chemotherapy in oro-pharyngeal carcinoma.

Br J Cancer 2010;83:1594-8.

30. E. Reyt, C. Righini, G. Bettega, V. Beneyton.

EMC d'ORL tumeurs malignes du palais.

20-600-A-10 volume 7 n^o4 2012 Paris.

31. Fanburg-Smith 6JC, Furlong MA, Childers EL.

Liposarcoma of the oral and salivary gland region: a clinicopathologic story of 18 cases with emphasis on specific sites, morphologic subtypes, and clinical outcome.

Med Pathology 2012;15: 1020–31

32. Ferrari S, Ferri A, Bianchi B, Copelli C, Sesenna E.

Reconstructing large palate defects: the double buccinator myomucosal island flap.

J Oral Maxillofac Surg 2010;68:924-6.

33. Fujita S, Conway W, Zorick F, Roth T.

Surgical correction of anatomic abnormalities in obstructive sleep apnea syndrome: uvulopalatopharyngoplasty.

Otolaryngol Head Neck Surg 2011;89:923-34.

34. Gillison ML.

Current topics in the epidemiology of oral cavity and oropharyngeal cancers.

Head Neck 2007;29:779-92.

35. Gupta PC, Mehta FS, Daftary DK, et al.

Incidence rates of oral cancer and natural history of oral precancerous lesions in a 10-year follow-up study of Indian villagers.

Community Dent Oral Epidemiol 2010;8:287–333.

36. Heck JE, Berthiller J, Vaccarella S.

Sexual behaviours and the risk of head and neck cancers: a pooled analysis in the International Head and Neck Cancer Epidemiology (INHANCE) consortium.

Int J Epidemiol 2010;39:166-81.

37. Horton D, Tran L, Greenberg P, Sekh MT, Parker RG.

Primary radiation therapy in the treatment of squamous cell carcinoma of the soft palate.

Cancer 2009;63:2442-5.

38. Huang M, Ma D, Sun K, Yu G, Guo C, Gao F.

Factors influencing survival rate in adenoid cystic carcinoma of the salivary glands.

Int J Oral Maxillofac Surg 2007;26:435–9.

39. Hussain A, Evans A et al

Oropharyngeal reconstruction using a myo-mucosal uvular transposition flap following transoral resection of oropharyngeal carcinoma.

Ear Nose Throat J 2009;88:E5-8.

40. Inagi K, Takahashi H, Okamoto M.

Treatment effects in patients with squamouscell carcinoma of the oral cavity.

Act Otolaryngol Suppl 547:25-29, 2002

41. Jamerson RE, White JA.

Carcinoma of the soft palate and uvula.

Store Med Soc 2001;143:7-9.

42. Gaudy J F

Anatomie clinique 2^{ème} édition

Collection JPIO Paris édition CDP p65 (2007)

43. Lahlaidi A.

Anatomie topographique tête, cou, organes de sens

2003; (4): 142-14

44. Lenz M. CT and MRI of head and neck.

Methods, guidelines, differential diagnosis, and clinical recuits.

New York: Thiennie Medical Publishers; 2003

45Ligier K, Belot A, Launoy G, Velten M, Bossard N, Iwaz J, et al.

Descriptive epidemiology of upper aerodigestive tract cancers in France; Incidence over 180 — 2005 and projection to 2010.

Oral Oncol 2011;47:302-7

46Lin DT, Cohen SM, Coppit GL, Burkey BB.

Squamous cell carci-noma of the oropharynx and hypopharynx.

Otolaryngol Clin North Am 2005;38:59-74.

47.Loh FC, Loh HS et al

Use of the buccal fat pad for correction of intraoral defects: report of cases.

J Oral Mazillofac Surg 2003;49:413-6.

48.Lomeo P, Finneman J et al

Pleiomorphic adenoma of the soft palate.

Oto-laryngol Head Neck Surg 2011;125:122.

49. Mackenzie IC, Binnie WH et al

Recent advances in oral mucosal research.

J Oral upper alveolar ridge. Oncology 8:43-48, 2003.

50. Mak-ICregar S, Hilgers FJ, Levendag PC, Manni JJ, Lubsen H. Roo- denburg JL, et al.

A nationwide study of the epidemiology, treatment and survival of oropharyngeal carcinoma in the Netherlands.

Eur Arch Otorhinolaryngol 2005;252:133-8.

51. Mashberg A, Meyers H.

Anatomical site and site of 222 early asymptomatic oral squamous cell carcinomas: a continuing prospective study of oral cancer. II.

Cancer 2006;37,2149-57.

52. Mayne ST , Morse DE, Winn DM.

Cancers of the oral cavity and pharynx. In: Schottenfeld D, Fraumeni JF, editors. Cancer epidemiology and prevention. New York: Oxford University Press; 2012. P. 674-96.

53. McCombe D, Lyons B, Whilder R, Morrison W.

Speech and swallowing following radial forearm flap reconstruction of major soft palate defects.

Br J Plast Surg 2005;58:306-11.

54. Meleti M, Leemans CR, Mooi WJ, Van der Waal I. Oral malignant melanoma: the amsterdam experience. J Oral Maxillofac Surg 2007;65:2181-6

55. Menegoz F, Macé Lesec'h J, Ravie JP.

Les cancers de la lèvre, de la cavité buccale et du pharynx en France : incidence, mortalité et tendance (période 2000-2011).

Bull Cancer 2012;89:419-29.

56. Osborne RF, Brown JJ.

Carcinoma of the oral pharynx: an analysis of subsite treatment heterogeneity.

Surg Oncol Clin N Am 2004;13:71-80.

57. Pandey M, Abraham EK, Mathew A, Ahamed IM.

Primary malignant melanoma of the upper aero-digestive tract

Int J Oral Maxillofac Surg 2009;28:45–9

58. Perrin A, Brasnu D, Menard M, Fabre A,

Lacau-St-Guily J, Fernandez G, et al.

Les cancers du voile du palais. À propos de 135 cas.

Ann Otolaryngol Chir Cervicofaciale 2012;103:105-12

59. Petruzzelli GJ, Myers EN and Mackenzie, IC, Binnie WH.

Malignant neoplasms of the hard palate Recent advances in oral mucosal research.

J Oral upper alveolar ridge. Oncology 8:43-48, 2004.

60. Pinto H, da Silva Dalben G. Pegoraro-ICrook MI.

Speech intelligibility of patients with cleft lip and palate after placement of speech prosthesis.

Cleft Palate Craniofac J 2007;44:635-41.

61. Rabbins KT.

Indications for selective neck dissection, when, how, and why.

Oncology 2010;14:1455-69.

62. Randell S, Cohen L.

Erosive lichen planus. Management of oral lesions with intralesional corticosteroid injections.

J Oral Med 1999;29:88-91.

63. Rapini RP, Golitz LE, Greer Jr RO, Krekorian EA, Poulson T.

Primary malignant melanoma of the oral cavity. A review of 177 cases.

Cancer 2005;55:1543-51.

64. Robbins KT, Clayman G, Levine PA, Medina J, Session R, Saha R, Som P.

Neck dissection classification update.

Arch Otolaryngol Head Neck Surg 2002;128:751-8.

65. Rouvière H.

Anatomie humaine, tome I: tête et cou. Paris: Masson; 1978p 462.

66. Smitheringale A, Noyek AM, Chapnik JS, Blair RL, Freeman JL.

Mucoepidermoid carcinoma of the palate.

J Otolaryngol 2009;10:261–6.

67. Sobim LH, Wittekind C.

UICC. TNM classification of malignant tumors

New York: Wiley-Liss; 2002.

68. Szmeja Z, Kulczynski B, Citowicki W, Kopec T, Kedzia

Adenoid cystic carcinomas of the head and neck (cylindromas).

Otolaryngol Pol 1999;53:539–44.

69. Thariat J, Badoual C, Faure C, Butori C, Marcy PY, Righini CA.

Basaloid squamous cell carcinoma of the head and neck: role of HPV and implication in treatment and prognosis.

J Clin Pathol 2010;63:857–66.

70. Toure S, Sonko L., Diallo B-K., Diop R., Diop A., Diouf R., Diop E.M.

Profil épidémiologique des cancers de la cavité buccale au Sénégal

Revue de chirurgie maxillo-faciale et de stomatologie c(17)-26 année 2005.

71. Truitt TO, Gleich LL, Huntress GP, Gluckman JL.

Surgical management of hard palate malignancies.
Otolaryngol Head Neck Surg 2009;121:548–52.

72. Uziel A, Guerrier Y.

Physiologie des voies aéro-digestives supérieures. Paris:
Masson; 1999.

**73. Vidiri A, Guerrisi A, Pellini R, Manciooco V, Covello R,
Mattioni O.**

Multi-detector row computed tomography (MDCT) and
magnetic resonance imaging (MRI) in the evaluation of the
mandibular invasion by squamous cell carcinomas (SCC) of
the oral cavity. Correlation with pathological data.

J Exp Clin Cancer Res 2010;29:1-8.

74. Wakasugi S, Kageshita T, Ono T.

Metastatic melanoma to the palatine tonsil with favorable
prognosis. Br J Dermatol 2011;145:327-9.

75. Weber AL, Romo L, Hashmi S.

Malignant tumors of the oral cavity and oropharynx:
clinical, pathologic, and radiologic evaluation.

Neuroimaging Clin N Am 2003;13:443-64.

76. Weber RS, Peters LI, Wolf P, Guillaumondegui O.

Squamous cell carcinoma of the soft palate, uvula, and
anterior faucial pillar.

Otolaryngol Head Neck Surg 2008;99:16-23.

77. Yasumoto M, Shibuya H, Takead M, Korenaga T.

Squamous cell carcinoma of the oral cavity: MR findings and value of T1 versus T2-weight fast spin echo images.

AJR Am J Roentgenol 1995;164:981-7.

78. Zohar Y, Buter N, Shvilli Y, Sabo R.

Reconstruction of the soft palate by uvulopalatal flap.

Laryngoscope 1998;108:47-50.

RESUME

Objectifs :

Les objectifs de notre travail étaient :

-de passer en revue les difficultés de prise en charge des cancers du palais dans notre exercice.

Patients et méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective menée à la clinique ORL Lamine Sine DIOP du CHNU de FAANN à Dakar à propos de 63 cas des cancers du palais colligés sur une période 4 ans et 9 mois, allant de Janvier 2014 à Septembre 2018. Les paramètres étudiés étaient épidémiologiques, cliniques, paracliniques, anatomopathologiques.

Résultats :

Soixante-trois cas de cancers du palais avaient été colligés durant cette période. Un plus grand nombre de cancers a été recensé durant l'année 2015 (n=18) quant aux autres années de 2014, 2016, 2017 et 2018 le recensement était respectivement de (n=9), (n=10) , (n=15) et (n=11).

En Afrique, au Sénégal en particulier, sa prévalence est mal connue.

Pour cette étude l'âge moyen des patients était de 48,09 ans avec des extrêmes de 11 ans et de 90 ans.

Notre série comprenait 43 hommes et 20 femmes, soit un sex-ratio de 2,15 ce qui corrobore les données de la littérature.

Le temps d'évolution de la symptomatologie clinique était en moyenne de 21 mois.

Nos patients présentaient une tumeur ulcéro-bourgeonnante et infiltrante très évoluée à la première consultation chez le spécialiste ORL ; ce qui permettait les prélèvements biopsiques en vue d'un résultat histologique.

La tumeur intéressait, les palais dur et mou.

Vingt patients (20) présentaient des adénopathies cervicales palpables au premier examen clinique chez les spécialistes.

En ce qui nous concerne l'examen para clinique. Il se résumait en un bilan pré opératoire en vue d'une exérèse chirurgicale de propreté, et de confirmation diagnostique avec un bilan d'extension comportant une TDM cervico-faciale et une radio des poumons pour la quasi-totalité des cas.

Selon les données de la littérature, la certitude diagnostique demeure anatomopathologique.

On notait 41 cas de carcinomes épidermoïdes, suivi des carcinomes des glandes salivaires 11 cas, les sarcomes 6 cas, les lymphomes 3 cas et enfin mélanome et carcinome verruqueux chacun 1 cas. Selon la Stadification, on ne notait aucun cas de T₁, 5 cas de T₂, et 19 cas de T₃ et 35 T₄ et 3 cas de lymphome stade 4. Plus de la moitié 53% des cas présentaient des lésions extirpables.

Conclusion :

Les cancers du palais sont rares et rentrent dans le cadre des cancers des VADS avec un sex ratio en faveur des hommes et une moindre implication de l'alcool et du tabac. A la clinique la lésion ulcéro-bourgeonnante est prédominante Le diagnostic est anatomopathologique. Le couple TDM et IRM permettent de faire un bilan d'extension correcte.

Mots clés : cancers du palais, épidémiologie, TDM, IRM, anatomopathologie.