

CANCERS
DES
TISSUS MOUS DE LA BOUCHE (I)

Dr. H. RAYBAUD (MCU-PH)

Le cancer en France

Chaque jour : 700 nouveaux cas
400 décès
800 000 personnes atteintes par le cancer en vie

142 000 décès/an
Hommes : 1^{ère} cause de décès : 32%
Femmes : 2^{ème} cause : 23% (1^{ère} cause = maladies cardiovasculaires 36%)

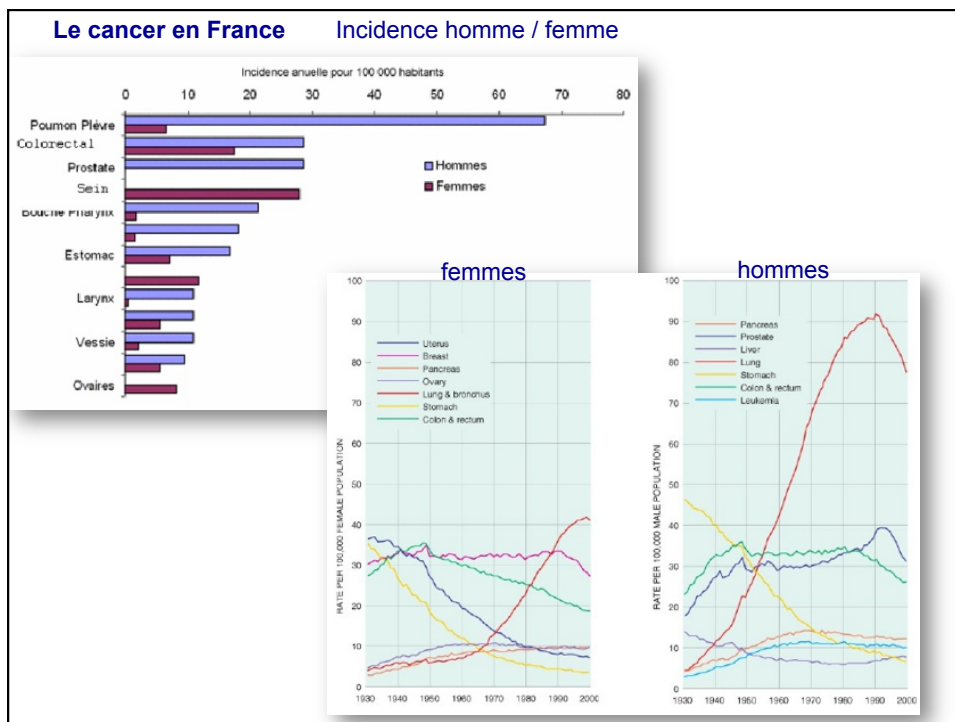
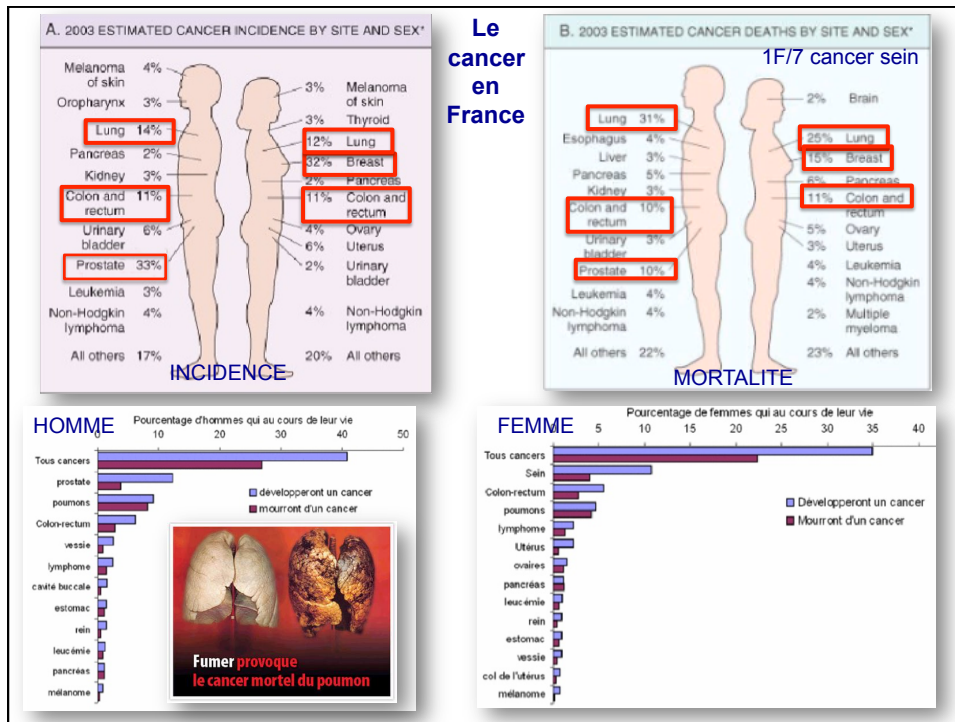
1^{ère} cancer : poumon (20 000 cas/an)
2^{ème} cancer : colon-rectum (7 750 cas/an)

Sur 60 millions de Fr : 27 millions développeront un cancer

1975 : 171 000 cas
1995 : 240 000 cas
2011 : 800 000 cas

<- augmentation et vieillissement de la population, élévation de l'incidence

5- D1 - Cancers de la cavité buccal -
Dr Raybaud



I- Classifica° et données épidémiologiques

But

-> objectif thérapeutique

- > évaluation clinique, radiologique, biologique, histologique d'une tumeur
- > meilleur TRT pour une tumeur donné, pour un patient
- > pronostic

-> recherche et communication

- codification des données par des codes simples, claires et universels
- > données épidémiologiques
- > communiquer entre diff pays
- > analyser et comparer les résultats,...

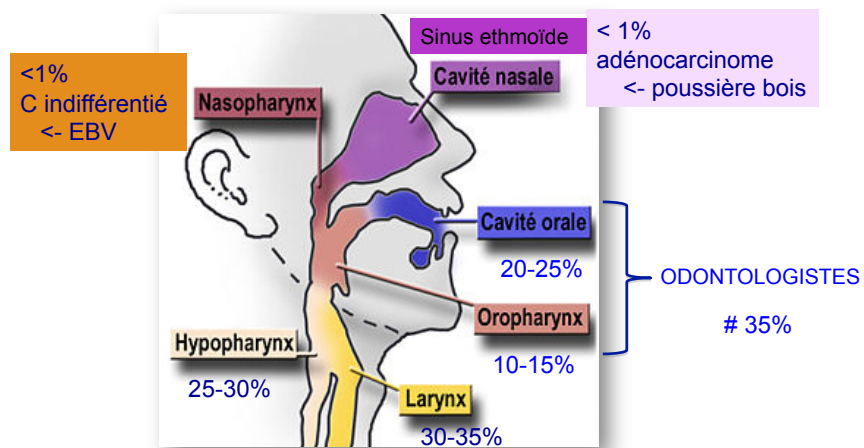
En France

-> cancers des VADS : 8% des cancers

5^{ème} rang des cancers (+ de 14000 nv cas en 2010)

taux de mortalité (5000 décès / an)

principalement des hommes (75 % des nv cas)



+ de 90% de ces cancers = CE

(HAS, 2009, 2010)

5- D1 - Cancers de la cavité buccal -
Dr Raybaud

Principaux signes cliniques en fonction de la topographie du cancer

Obstruc° nasale, rhinorrhée, épistaxis, déforma° faciale, diplopie, hypoacousie, anosmie

Nasopharynx

- ulcération indurée sv indolore et persistante
- tuméfaction
- trouble de la mobilité linguale
- otalgie réflexe
- mobilité dentaire
- gingivorragie
- gêne à la déglutition
- odynophagie
- anesthésie du V3

Cavité nasale

Cavité orale

Oropharynx

Hypopharynx

- dysphagie
- otalgie réflexe
- dysphonie

Larynx

- dysphonie
- dysphagie
- dyspnée

+ ADP

(HAS, 2009, 2010)

Sillon amygdalosse

V lingual

Base de langue

Vallécule

Épiglotte

Paroi antérieure de l'oropharynx
(Vue postérolatérale droite)

Épiglotte

Endolarynx

Tumeur du rétrocricoïde

Bouche de l'oesophage

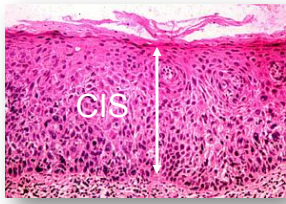
Classifica° TNM = classifica° de l'extension tumorale

Au niv de 3 repères : **T = Tumor**
N = Node
M = Métastase

T : Taille de la tumeur initiale
Examens clinique et radiologique nécessaires

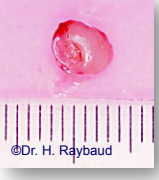

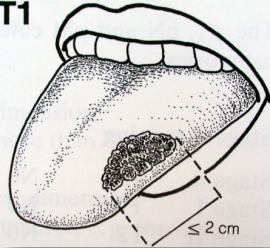
T0 : pas de T primitive

T1S : CIS
diagnostic strictement anapath



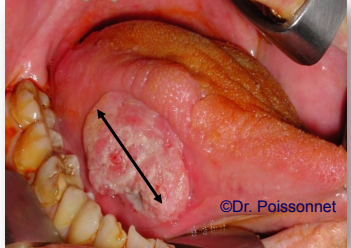
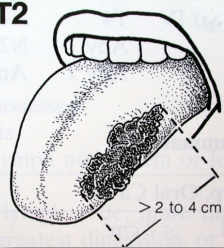
T1 : T primitive $\phi < 2$ cm

T1



©Dr. H. Raybaud

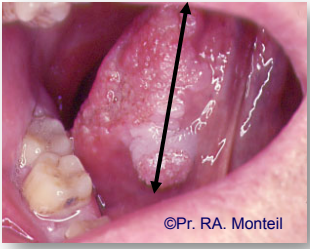
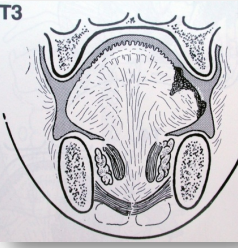
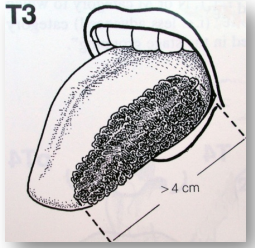
T2 : T primitive
 $2 \text{ cm} < \phi < 4 \text{ cm}$



©Dr. Poissonnet

T3 : T primitive $\phi > 4$ cm

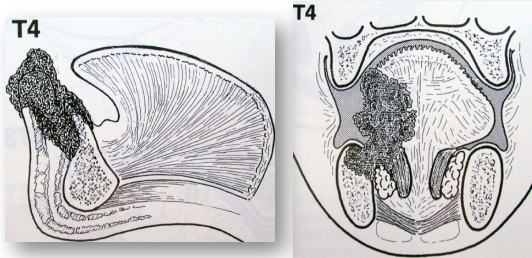

T3




©Pr. RA. Monteil

5- D1 - Cancers de la cavité buccal -
Dr Raybaud


T4 : T primitive
envahit le muscle et l'os


©Dr. H. Raybaud



©Pr. Chintamani



©Pr. Chintamani



©Pr. Chintamani

Tx : pas d'évalua° clinique ou échographique de la T

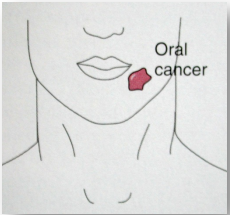
Node = Ganglions = Adénopathies

N0 : pas gg décelable

N1 : gg homolatéral < 3cm

N2 : gg homolatéraux, controlatéraux ou bilatéraux < 6cm

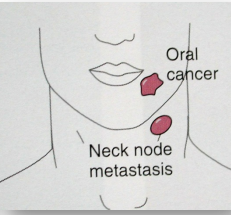
N3 : gg > 6 cm



Oral cancer

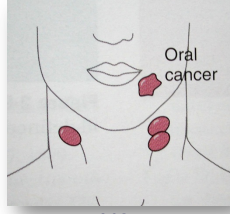
Neck node metastasis

N0



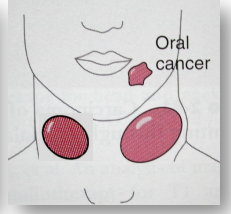
Oral cancer

N1




Oral cancer

N2



Oral cancer

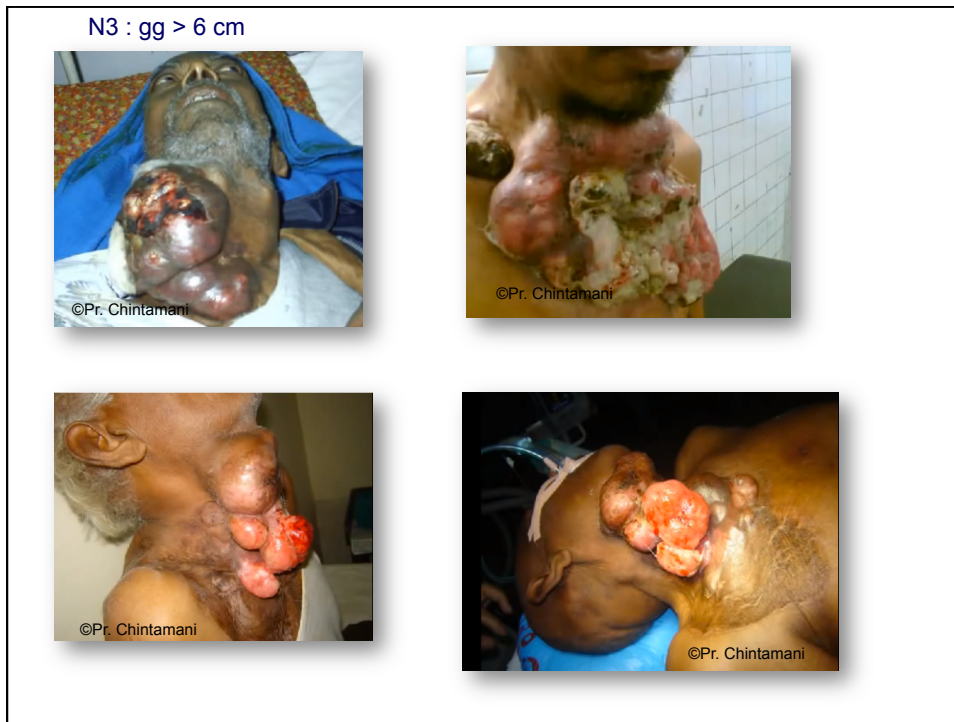
N3



©Dr. Poissonnet

Classifica° pTNM : réévaluation de la classifica° TNM en fonction de l'anapath

5- D1 - Cancers de la cavité buccal -
Dr Raybaud



M = Métastases à distance

M0 : pas de métastases
M1 : métastases à distance
Mx : ne peut être évalué

Stade

Il existe plusieurs stades : de 1 à 4

Stade I	T1	N0	M0
Stade II	T2	N0	M0
Stade III	T3 T1, T2, T3	N0 N1	M0 M0
Stade IV	T4 Tout T Tout T	N0, N1 N2, N3 tout N	M0 M0 M1

II – EPIDEMIO CANCEROLOGIQUE

Incidence = nb de nv cas de cancers / an = **indice de morbidité**
pour 100 000 personnes dans une région définie.

taux de mortalité = nb de décès par cancer / an.

% des cancers de la bouche / à l'ens des cancers de tout l'org

Cancers de la bouche st regroupés

-> ds cancers région lèvres- bouche -pharynx (LBP : CIM code 104 à 149)

-> s'intègrent ds les cancers des VADS

Ils représente 3 à 40% de tous les cancers selon les pays

-> 3% ds pays occidentaux;

-> 40% en Indes

Il existe donc des facteurs régionaux, génétiques et des habitudes alimentaires



III – CANCER DE LA BOUCHE ET CD

1- Type histologique

Cancers peuvent être

-> primitifs ou

-> métastatiques



d'origine :

épithéliale	Carcinome épidermoïde
mélanocytaire	Mélanome malin
glandulaire	Adénocarcinome
mésenchymateuse	Sarcome
hématopoïétique	Leucémie, lymphome

+ de 90% de cancers oraux = CE

2- Population concernée en France

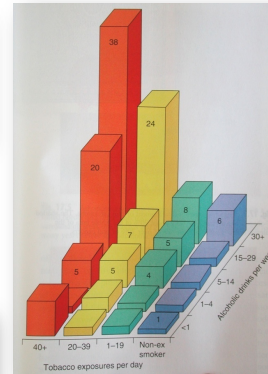
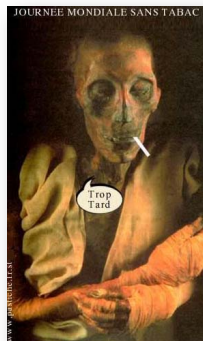
-> population alcoolo-tabagique



-> population socialement défavorisée

-> personnes de plus de 50 ans

-> 4 H/1F mais -> 1H/1F



tabac + alcool
-> x° des effets

-> **ATTENTION**

la prévalence des cancers buccaux chez les jeunes de 20 à 39 ans a été **X par 6**

3- Facteurs de risque

- **tabac** = principal facteur de risque

-> ds 80 à 90% des cas de cancers de la bouche

-> ds 95% des cas, la durée du tabagisme est > à 20 ans

seuil critique est estimé à 20 PA

tabac sous toutes les formes : cigarette, pipe, chique, narghilé, tabac à priser

Le risque de cancers buccaux augmente avec :

-> quantité de tabac consommée

-> l'ancienneté du tabagisme

-> l'âge du début de l'intoxication



5- D1 - Cancers de la cavité buccal -
Dr Raybaud

tabac -> constitué de plusieurs milliers de subst

DANGER POISON !

Acétone (Dissolvant)	Acide Cyanhydrique (Était employé dans les chambres à gaz)
*Naphtylamine	Ammoniac (Détergent)
Méthanol (Carburant pour fusée)	*Uréthane
*Pyrrène	Toluène (Solvant industriel)
Naphtalène (Antimite)	Arsenic (Poison violent)
Nicotine (Utilisé comme herbicide et insecticide)	*Dibenzacridine
*Cadmium (Utilisé dans les batteries)	*Polonium 210 (Élément radioactif)
Monoxyde de carbone (Gaz d'échappement)	DDT (Insecticide)
*Chloreure de Vinyle (utilisé dans les matières plastiques)	*Substances cancérigènes connues

ARRETEZ DE FUMER

crée dépendance tabagique
mais pas cancérigène
-> activité anti-apoptotique qui
annule l'effet des médicaments
anti-tumoraux

alcool
= co-carcinogène
= solvant des subst cancérigènes du tabac
et favorise leur pénétration ds muq
-> action irritative chronique

96% des patients atteints de cancers buccaux st des fumeurs et buveurs

Autres facteurs de risque peu explorés

Facteurs nutritionnels : *mal connus, mal évalués et sans doute sous estimés*

- > alimentation déséquilibrée (pauvre en fruits et légumes)
- > carences vitaminiques
- > dénutritions occasionnées par l'alcoolisme
- > viande / poisson séchés, salés, fumés contiennent des produits cancérigènes

Hygiène bucco-dentaire :

- > 80% des patients avec CE ont une mauvaise hygiène buccale, (alcooliques+++)
- > aug de la flore orale participerait à la dégradation de l'éthanol en acétaldéhyde augmentant ainsi la cc° buccale de ce carcinogène

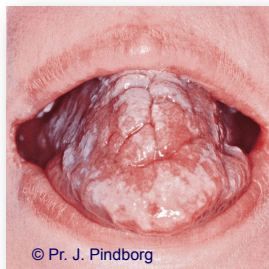


Age :

une personne de 70 ans présente env 100 fois plus de risques de développer un cancer qu'un jeune de 20 ans, et ce, sans facteurs de risque associé (tabac, alcool,..)

Inflammations chroniques :

- > rôle prépondérant ds la possible transformation maligne de ct lésions
 - > candidose chr
 - > lichen plan érosif
 - > zones subissant un traumatisme chronique (prothétique?)



la nature infl chr de certaines lésions

+ associée à turn over rapide des cell épith orales

- > risque d'erreurs génétiques ds phases de réparation tissulaire

=> transformation maligne

3- Etats et lésions précancéreuses

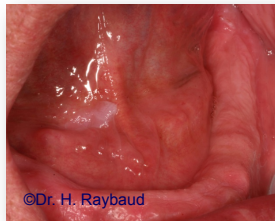
état précancéreux = état général auquel s'associe un risque de cancer significativement augmenté et il n'y a pas d'action localisée d'un carcinogène

lésion précancéreuse = tissu morphologiquement altéré ds lequel un cancer a plus de chance de se développer que ds un tissu homologue normal. Elle résulte, dans ce lieu précis, de l'action d'un carcinogène

Dans la cavité buccale, il y a des cancers primitifs

<- qui font suite à des lésions pré-cancéreuses

<- qui apparaissent *de novo* (c-à-d d'emblée)

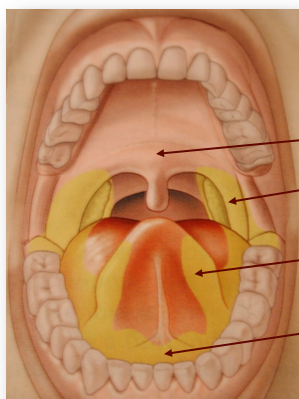


chez alcoolo-tabagique
-> rechercher des leucoplasies



4- Site principal

= complexe du palais mou (65% des cas)



voile du palais

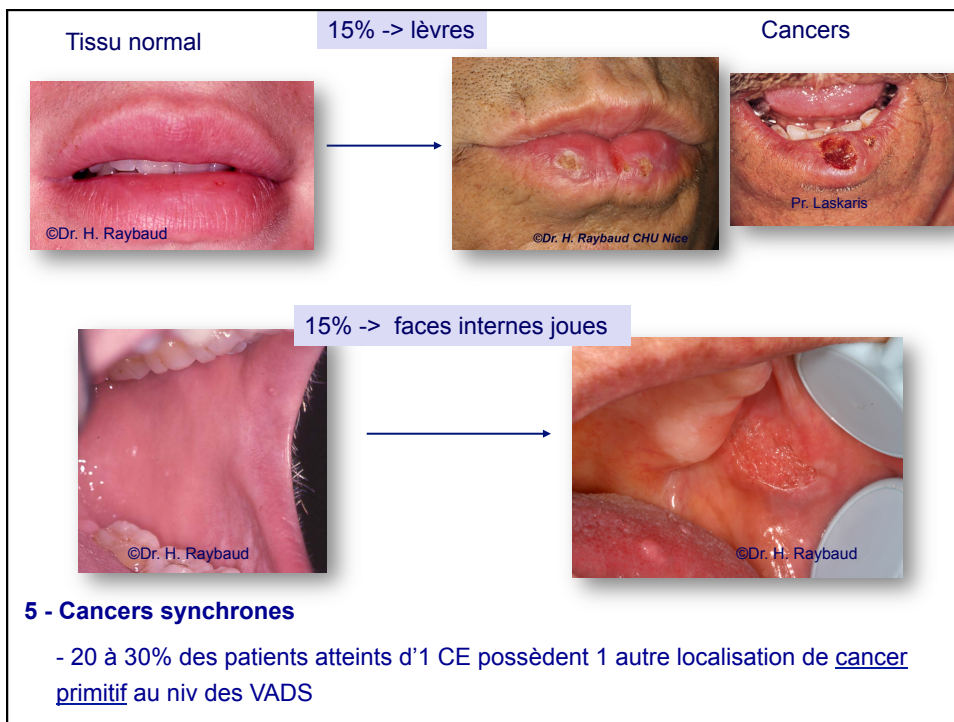
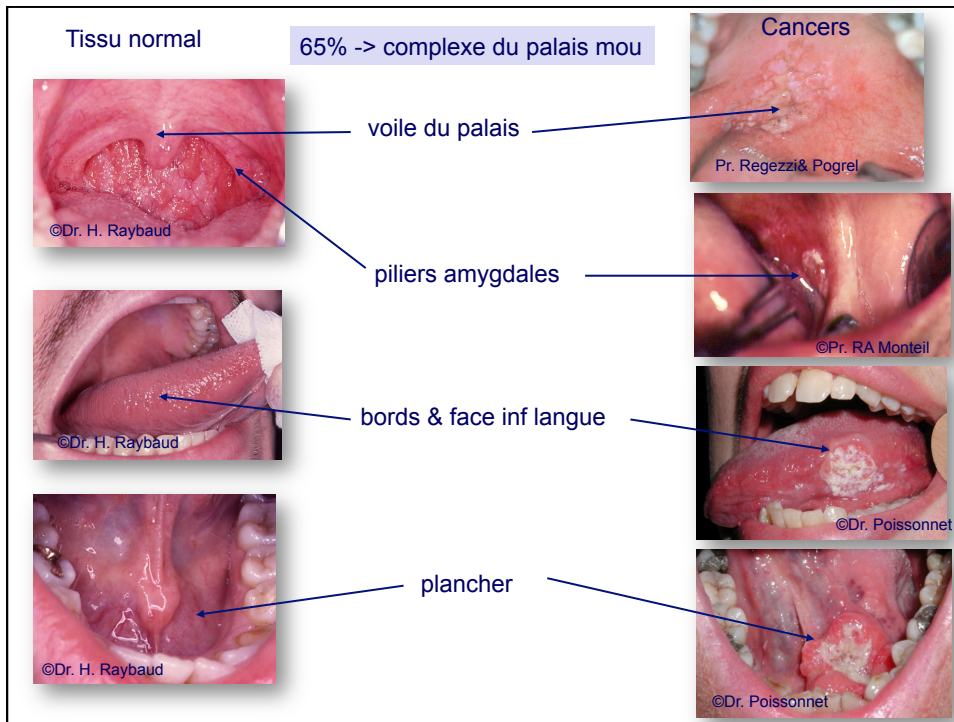
piliers des amygdales

bords et face inf de la langue

plancher de la bouche

-> épit non kératinisé, très mince et fragile

5- D1 - Cancers de la cavité buccal -
Dr Raybaud



6 - Présentation clinique du CE

Ex rigoureux, systématique + palpation+++ (tumeur + gg)

-> il explore les lèvres, l'ens de la cavité buccale et de l'oropharynx

CE peut se présenter sous diff formes :



- leucoplasie, érythroplasie
ou érythroleucoplasie



- lésion ulcéro-infiltrante +++ contour irrégulier, bord épais et induré, fond bourgeonnant, saignant au contact



- lésion ulcéro-bourgeonnante avec une
composante exophytique saignant facilement



- lésion endophytique : lésion infiltrante envahissant
les tissus en profondeur

* Les signes fonctionnels :

-> symptomatologie frustrée et non spécifique

Lésions

- **débutantes** -> discrètes et totalement asymptomatiques

- **avancées** -> indurées, associées à la présence de douleurs importantes

SIGNES FONCTIONNELS = STADE TARDIF

- douleurs spontanées / provoquées, irradiant vers l'oreille

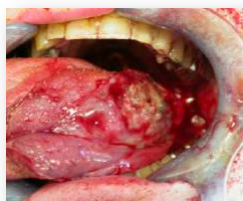
-> patient consulte mais tumeur déjà stade avancé

- saignements

- induration (caractère pierreux à la palpation)

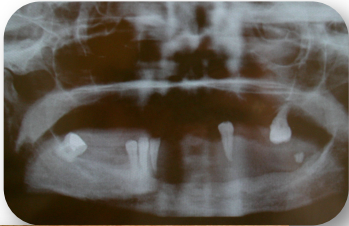
- ulcération qui ne passe pas

- nécrose au centre de la lésion



*** Les signes fonctionnels :**

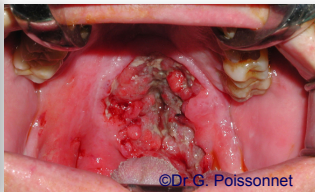
- mobilité dentaire (témoigne d'un envahissement osseux)
- fixation musculaire en particulier au niveau de la langue
- gêne à la déglutition
- dysphonie
- adénopathies



7- Diagnostic et diagnostic différentiel

- seule la biopsie fait le diagnostic positif+++
- ne jamais poser un diagnostic de cancer avant le résultat de la biopsie
- tte lésion qui ne guérit pas en 15 j, malgré un TRT adapté, doit conduire à 1 biopsie

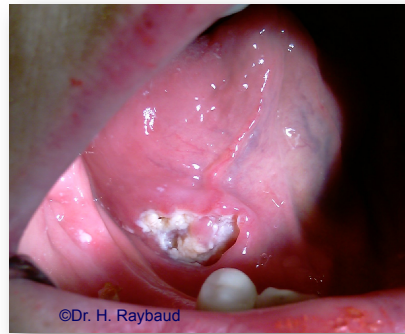
En général, le diagnostic s'impose d'emblée pour les lésions évoluées



Diagnostic différentiel

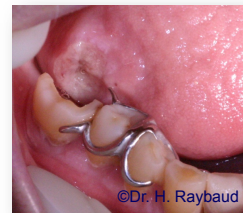
- ulcération cancéreuse :

- > bords durs, surélevés
- > fond sanieux, hémorragique
- > base indurée
- > indolore au début
- > ne cicatrise pas



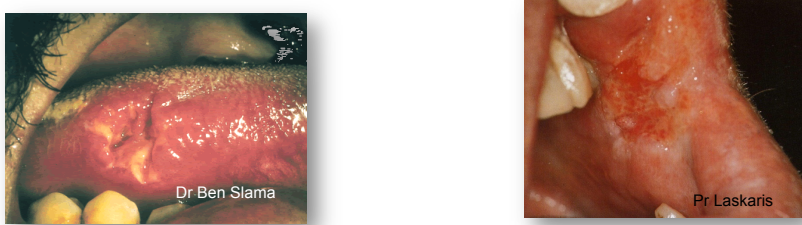
- ulcération traumatique :

- > souple, bords irréguliers, fond propre, douloureuse, d'apparition brutale, provoquée par le bord tranchant d'1 dent, par un crochet d'1 prothèse,....
- > guérit en qq j après suppression de la cause
- > si chronique -> lésion entourée de kératose

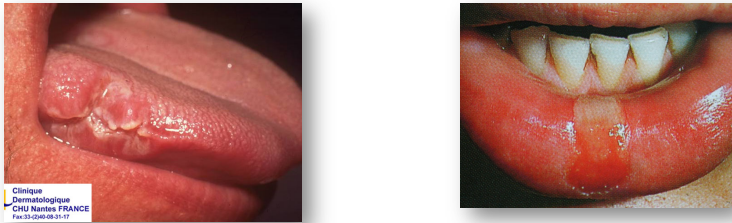


5- D1 - Cancers de la cavité buccal -
Dr Raybaud

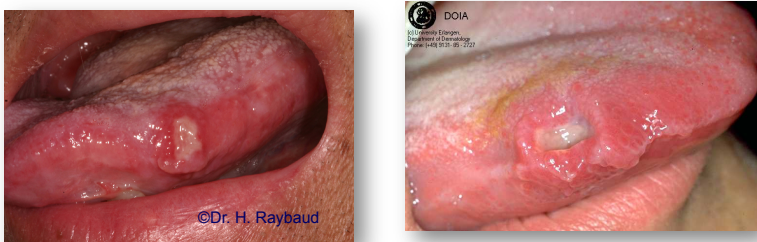
- tuberculose (langue) : ulcération douloureuse + ADP



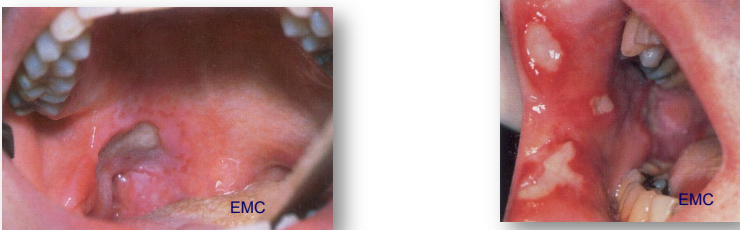
- syphilis : érosion ou ulcération, fond vernissé, consistance cartonnée, ADP(s) ++ indolore



- aphte : douleur+++ , pas de saignement au contact, fond jaunâtre, entouré d'un halo érythémateux, récurrence, pas d'ADP

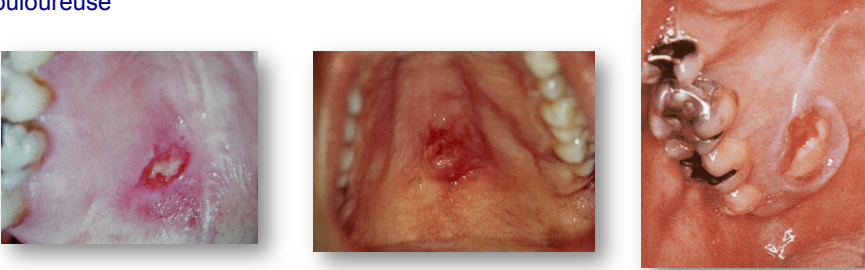


- ulcérations de l'infection VIH : douleur+++ , longues à guérir malgré les TRT, pf bords irréguliers avec fond sanieux

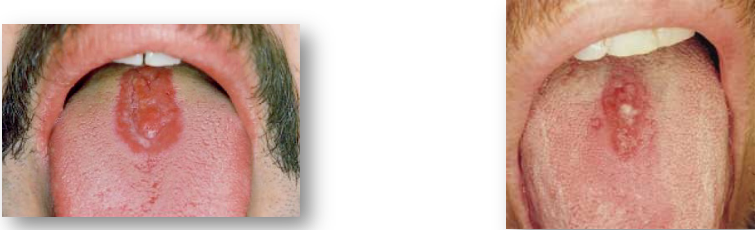


5- D1 - Cancers de la cavité buccal -
Dr Raybaud

- sialométaplasie nécrosante (palais) : nodule douloureux puis ulcération non douloureuse



- glossite losangique médian : lisse ou mammelonée au centre de la langue en av du V lingual



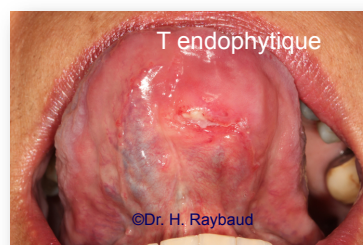
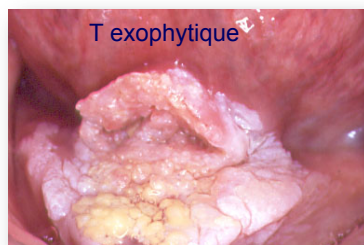
8- Pronostic actuel

TRT des CE -> peu ou pas de progrès en terme de durée de vie
-> amélioration en matière de qualité de vie

a- Facteurs pronostiques

* Etat général du patient :
facteurs négatifs = diabète, surpoids, éthylo-tabagisme persistant

* Présentation clinique




T exophytiques, bougeonnantes


-> meilleur pronostic que T endophytiques, ulcérées

5- D1 - Cancers de la cavité buccal -
Dr Raybaud


* localisation




CE lèvre
-> bon pronostic




CE jugal
-> pronostic moyen
(50% à 5 ans)




CE langue 1/3 post :
-> mauvais pronostic
(25% à 5 ans)



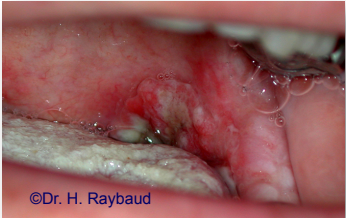
CE gingival /palais dur
-> pronostic sombre
(méta ds 50% des cas)



CE pl/lang ant
-> pronostic moyen (43% à 5 ans)

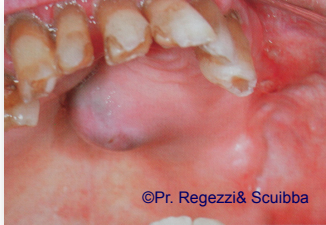


Pr. Neville



©Dr. H. Raybaud

CE de l'amygdale :
mauvais pronostic

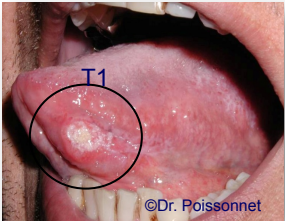


©Pr. Regezzi& Scuibba

CE du sinus :
très mauvais pronostic (10% à 5 ans)

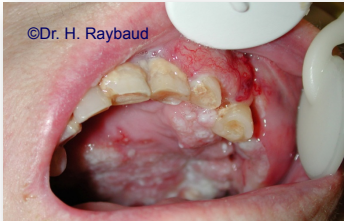
* Taille avec la classification TNM

T1, T2 -> assez bon pronostic



©Dr. Poissonnet

T3, T4 infiltrant en prof muscles, os
-> mauvais pronostic



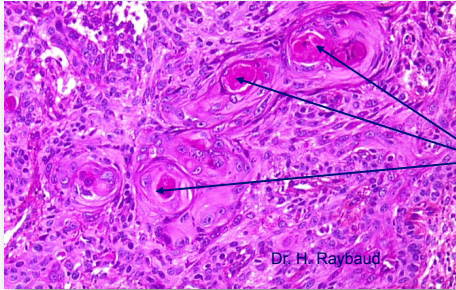
©Dr. H. Raybaud

N+ -> mauvais pronostic

5- D1 - Cancers de la cavité buccal -
Dr Raybaud

* différenciation cellulaire

(+) un carcinome est différencié
-> (-) il est agressif
-> (-) il répond à la radiothérapie





globe de kératine

-> carcinome bien diff

* envahissement local

T bien limitée -> pronostic + favorable
qu'1 T envahissante



©Pr. Chintamani

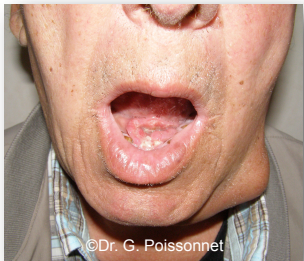
b- pronostic – survie à 5 ans

A la 1ère consultation : -> si pas de métastase T1-T2 -> survie à 5 ans = **75%**
-> si métastase -> survie à 5 ans = **25%**

rôle déterminant du CD ds la précocité du diagnostic du cancer


40 000 CD examinent 500 000 bouches / jour

ET POURTANT DIAGNOSTIC TARDIF



2/3 des cas T > 2cm

50% des cas -> métastases gg



©Dr. G. Poissonnet

Retard inacceptable -> modifie de façon catastrophique le pronostic
survie à 5 ans passe de 75% → < 30% si métastases régionales

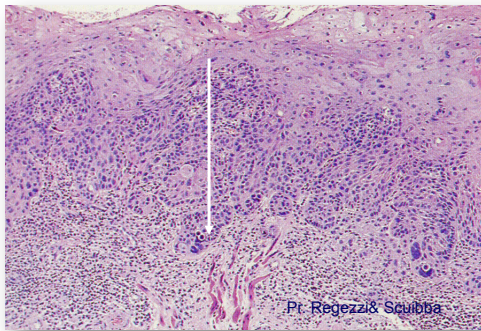
IV – TYPES HISTOLOGIQUES DES CANCERS PRIMITIFS DE LA BOUCHE

1- Cancers épithéiaux

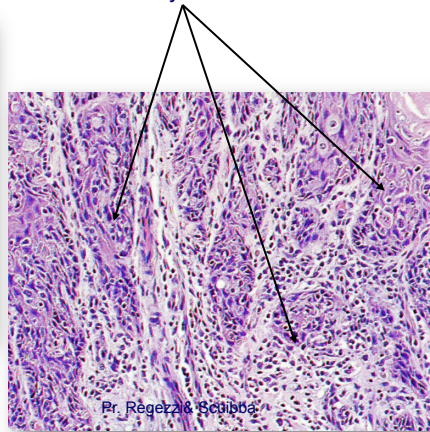
a- Carcinome épidermoïde

-> représente plus de 90% des cancers de la bouche

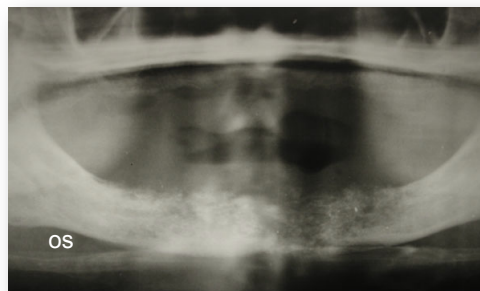
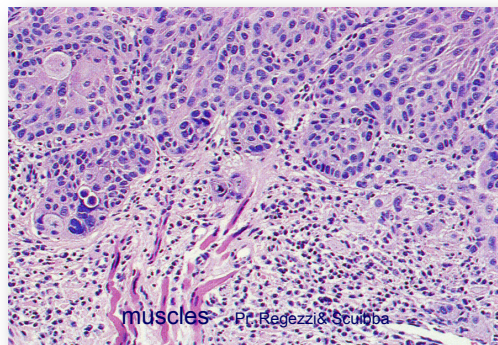
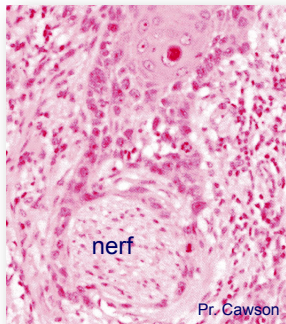
<- prolifération de cell épit malignes à partir de épithélium de revêtement



-> envahit les tissus envi sous forme de boyaux invasifs

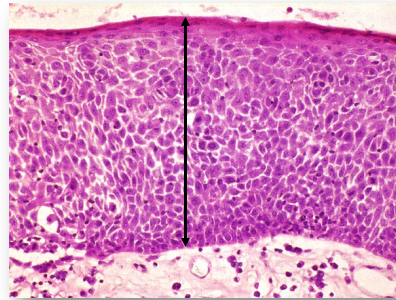


-> envahit les tissus env.



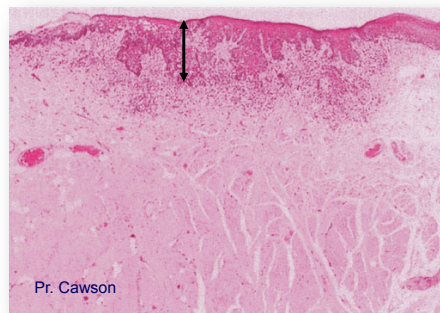
Carcinome in-situ ou CIS

- > ne franchit pas la mb basale
- > cancer au stade 0



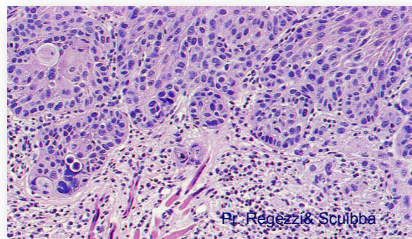
Carcinome micro-invasif

- > franchissement de la mb basale par un nb limité de cellules
- > Δ purement anapath



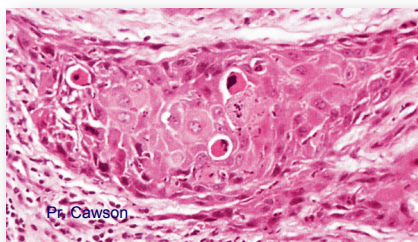
Carcinome invasif

- CE peu différencié



cell +/- id aux cell de la c. basale d'1 épit normal

- CE différencié

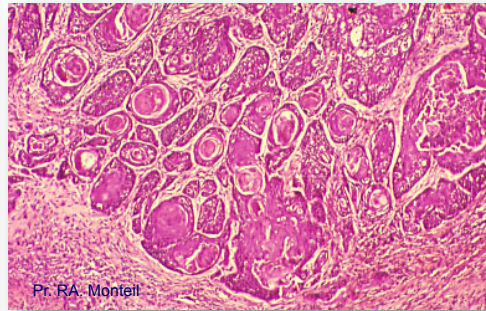
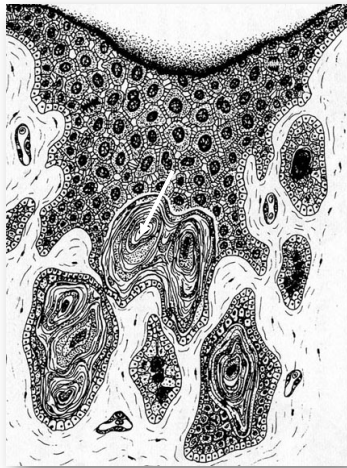


majorité de cell id à celles du corps muq de Malpighi

5- D1 - Cancers de la cavité buccal -
Dr Raybaud

- CE différencié mature ou différencié kératinisant

kératinisa° des cell -> bulbes d'oignon (en prof) = dyskératose



b- Carcinome baso cellulaire (cutané)

-> lèvre inf, +/- ulcère croûteux, fissuré, permanent
-> qui saigne et ne guérit pas



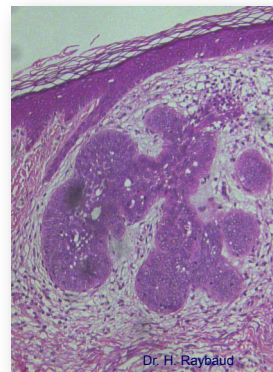
-> simple exérèse -> guérison



-> destructeur localement si pas d'exérèse



Anapath :

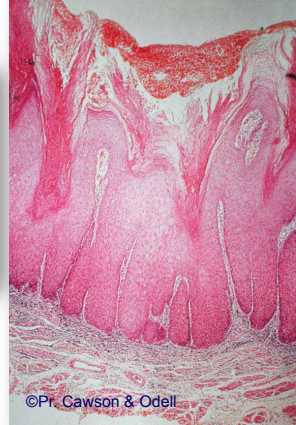


-> plages de petites cell basales

c- Carcinome verruqueux ou papillomatose floride/Td'Ackerman

- > tumeur en chou-fleur (cr exophytique), volumineuse
- > peut ronger l'os sous-jacent
- > niv bords alvéolaires édentés et palais

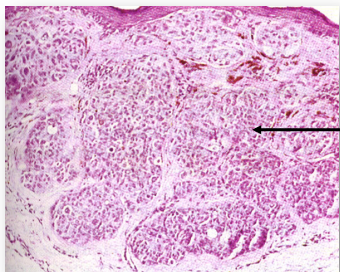
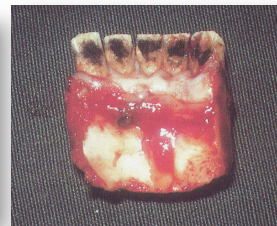
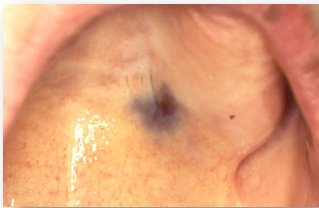
- > H 50 ans
- > métastase rarement



-> cell T de faible ou abs de malignité

2- Mélanome malin /mélanocarcinome

- > mélanome de cav buccale -> rare (moins de 0,5% des cancers bucaux)
- > survie à 5 ans < à 4%



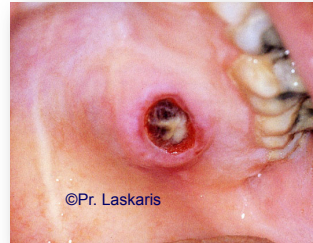
prolifération de cell mélaniques anormales

3- T malignes des gl salivaires

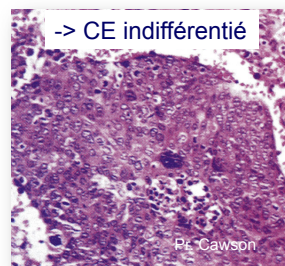
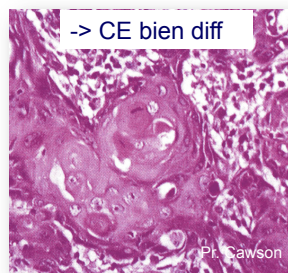
- > une tuméfac° permanente à la partie post du palais
- > tjs penser T maligne des gl sal accessoires

a- Adénocarcinome

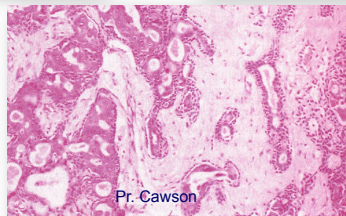
- > 8,5% de ttes les T des gl salivaires
- > T maligne la plus fréquente



- double différentia° glandulaire et canalaire
- cell épit peuvent se présenter sous différents aspects :

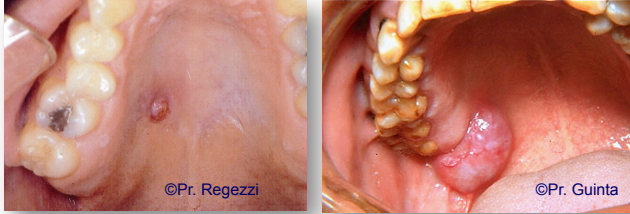


- > T mixte maligne



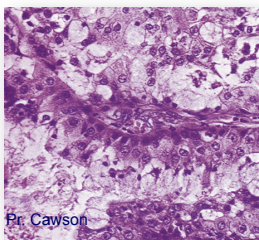
Biologie : récidence fréquente

b- Tumeur muco-épidermoïde

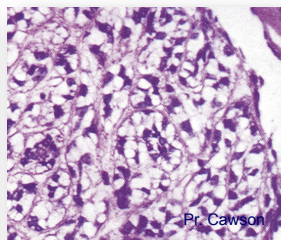


-> 4% des T des GS
-> ds 70% -> parotide

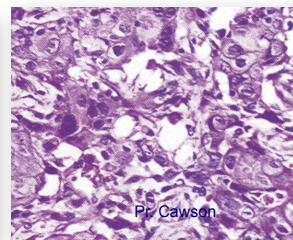
Histologie : 3 types de cell :



1- cell muco-sécrétantes



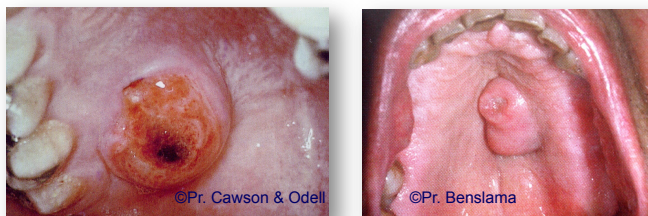
2- cell claires



3- cell épidermoïdes

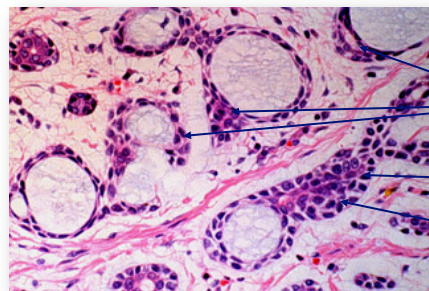
Biologie : pronostic globalement bon

c- Carcinome adénoïde kystique /cylindrome



-> 4% des T des GS
-> parotide +++

Histologie : aspect en gruyère



cell disposées en cylindres

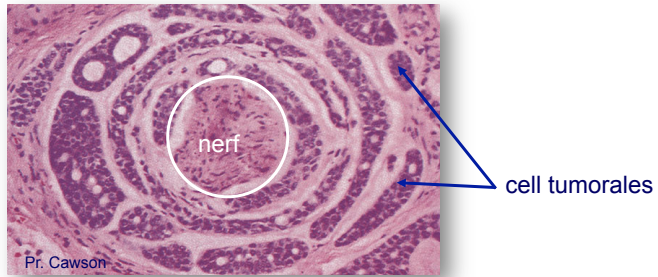
noyau central

ptes cell cubiques ress à
cell basales

Biologie :

-> progresse le long des gaines nx

-> douleurs horribles par compression des paquets vasculo-nx au niv des trous de la base du crâne

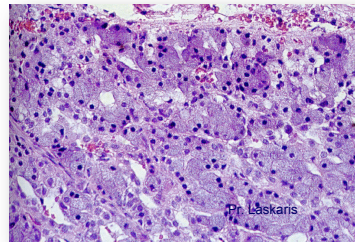


-> métastase peu ou tardivement

d- Tumeur à cellules acineuses



-> très rare



composée

-> un seul type de cell

-> ressemble à des acini séreux

Biologie : évolution lente, pronostic relativement bon

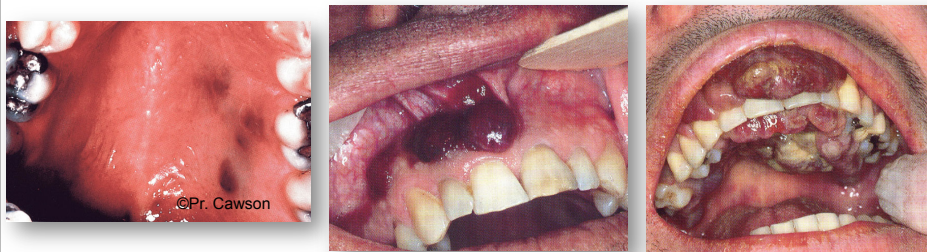
4- T malignes conjonctives

(voir cours sur T. et pseudo T. osseuses)

- > rares ds cav buccale
- > pas de manifestations clin précoces
- > Δ clinique tardif

Sarcome de Kaposi

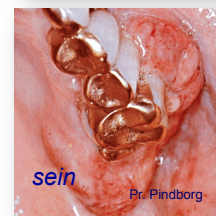
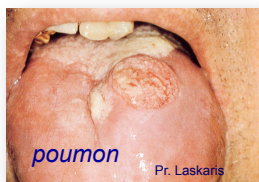
- > lésions orales
- = plaques/ nodules rouges pourpres (palais+++)



5 – Métastases

a- Localisations métastatiques orales d'un cancer primitif non oral

- > 1% des cancers extra-oraux donne des métastases orales
- 90% des métastases -> niv des os maxillaires
- > partie distale de la mand+++
- 10% des métastases -> niv des t. mous



b- Métastases des cancers de la bouche

- > 50% des CE découverts ne seront pas N0
- > 20% des patients auront des métastases à distance = M1
- > la 1ere localisation est pulmonaire