

Intérêt du diagnostic précoce du carcinome épidermoïde de la cavité buccale: cas clinique

Sarra Chkoundali (Dr), M. Khemiss, T. Medini, M. Ben Khelifa
 sarahchkondali7@gmail.com
 Hôpital universitaire Fattouma Bourguiba de Monastir Tunisie.

Introduction

Le carcinome épidermoïde représente plus de 90 % des tumeurs malignes de la cavité buccale. Malgré l'examen clinique aisé de la cavité buccale, les lésions malignes sont diagnostiquées tardivement. Le taux de survie à 5 ans est de 54% et n'a pas connu d'amélioration sur les 20 dernières années malgré toutes les avancées des moyens de dépistage clinique et radiologiques et les aides optiques. La prise en charge est lourde associant une exérèse chirurgicale (interruptrice ou non de la continuité osseuse et une reconstruction avec différents lambeaux), curage ganglionnaire, radiothérapie et chimiothérapie. Les séquelles (fonctionnelles, esthétique...) et les complications (infectieuses, orostomes...) sont nombreuses.

Observation

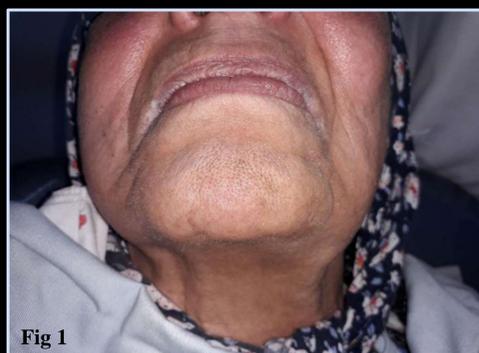
Une patiente âgée de 79 ans, avec antécédents d'hypertension artérielle sous bêtabloquants, et d'allergie respiratoire aux acariens sous anti histaminiques, consulte au service de médecine et chirurgie orale du C.H.U Fattouma Bourguiba de Monastir, pour une gêne linguale entravant l'alimentation associée à une brûlure de la muqueuse buccale et pharyngée.

Examen exo-buccal:

Adénopathie cervicale sous angulo-mandibulaire unique unilatérale de **3cm de grand axe**, recouverte par une peau saine, **dure, indolore, fixe par rapport au plan cutané**. (Fig 1 et 2)

Examen endo-buccal:

-Hyperkératose linguale avec des zones dépapillées (Fig 3)
 -Lésion **nodulaire érosive gingivale** mandibulaire isolée de 1cm de diamètre bien limitée non indurée, **asymptomatique** reposant sur une muqueuse saine, non douloureuse à la palpation. (Fig 4, 7, 8) . Notion d'extraction dentaire avec suites favorables. (Fig 5)



Démarche diagnostique:

DEMANDE DE RADIOGRAPHIE PANORAMIQUE

- Alvéole en cours de cicatrisation. Légère ostéolyse sans particularité (Fig 5, 6)

BIOPSIE DE LA LÉSION

- Non concluante

CYTOPONCTION GANGLIONNAIRE

- Métastase ganglionnaire** sub-mandibulaire d'un carcinome épidermoïde

TDM CERVICO-FACIAL

- Lésion nodulaire muqueuse associée à une ostéolyse de la mandibule mal limitée avec envahissement des corticales osseuses en regard. (Fig 9a,b)
- Adénopathie sous-angulo-mandibulaire gauche nécrosée
- Multiples adénopathie bilatérales jugulo-carotidiennes rondes et centimétriques. (Fig8)

TDM THORACO-ABDOMINO-PELVIENNE

- Pas de lésion secondaire décelable.



CARCINOME ÉPIDERMOÏDE GINGIVO-MANDIBULAIRE GAUCHE CLASSÉ (c T1 N2b M0)

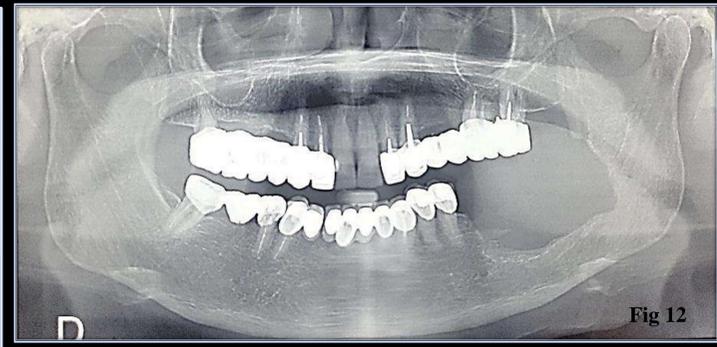
Intérêt du diagnostic précoce du carcinome épidermoïde de la cavité buccale: cas clinique

Sarra Chkoundali (Dr), M. Khemiss, T. Medini, M. Ben Khelifa
sarahchkondali7@gmail.com
Hôpital universitaire Fattouma Bourguiba de Monastir Tunisie.

Résultat et discussion

La patiente a été adressée au service de chirurgie maxillo-faciale du CHU Sahloul. Après réunion de concertation pluridisciplinaire, elle a bénéficié de:

- **Mandibulectomie non interruptrice** avec marge de 1cm, sacrifice du nerf alvéolaire inférieure et fermeture avec lambeau local.
- **Curage ganglionnaire cervicale fonctionnel gauche.**
- **Curage triangulaire droit** décidé suite aux résultats de l'**examen extemporané**: sans métastases



CONTRÔLE après 2 mois

- Site opératoire propre (Fig 11)
- Cicatrisation en cours du curage ganglionnaire (Fig 10)
- Rx panoramique: résection de plus de 4 cm de la crête mandibulaire en bloc (Fig12)

CONTRÔLE après 6 mois (Fig 13, 14)

- Dans les stades précoces, un carcinome gingivo-mandibulaire peut avoir un **aspect inflammatoire** laissant croire à une lésion bénigne, source de retard diagnostic (le plus souvent au stade T4 et T3) ce qui impacte péjorativement le pronostic
- Les **facteurs de risques** doivent être détectés (synergie tabac-alcool augmente le risque de 15 fois % aux patients ne consommant aucun toxique...)
- Les **formes cliniques principales** sont: les **kératoses**, les **ulcérations**, les **érythèmes**, les **végétations exophytiques**, les **plages rouges et blanches** (érythroplasies, érythro-leucoplasie) **kératose verruqueuse**, **absence de cicatrisation**, **induration** ou **saignement au contact** d'une lésion.
- Les **signes qui doivent nous alerter** une **mobilité dentaire inexplicée** sans maladie parodontale, **absence de cicatrisation d'une alvéole dentaire**, **douleur ou gêne inexplicée** (otalgie, dysphagie avec examen ORL normal..) **paresthésie** sans cause apparente, **protraction linguale dévié**.
- Le dépistage des **LÉSIONS À POTENTIEL MALIN** reste le meilleur moyen d'anticiper l'installation d'un carcinome.
- La prise en charge des carcinomes épidermoïdes va dépendre du stade tumorale de la classification TNM

Classification TNM des carcinomes épidermoïdes de la cavité buccale 8eme Edition 2017 Centre de Coordination de Cancérologie:

En rouge: modifications par rapport à la 7^e version de la classification TNM.

T	Description
T1	Tumeur ≤ 2 cm dans sa plus grande dimension et ≤ 5 mm d'invasion en profondeur
T2	Tumeur ≤ 2 cm dans sa plus grande dimension et > 5 mm d'invasion en profondeur, mais ≤ 10 mm ou Tumeur dont sa plus grande dimension est > 2 cm mais ≤ 4 cm et ≤ 10 mm d'invasion en profondeur
T3	Tumeur > 4 cm dans sa plus grande dimension ou > 10 mm d'invasion en profondeur
T4a	Tumeur envahit la corticale osseuse mandibulaire ou le sinus maxillaire, ou la peau de la face
T4b	Tumeur envahit l'espace masticateur, les apophyses ptérygoïdes, la base du crâne, ou engaine l'artère carotide interne

Stade	T	N	M
Stade 0	Tis	N0	M0
Stade I	T1	N0	M0
Stade II	T2	N0	M0
Stade III	T3 T1, T2, T3	N0 N1	M0 M0
Stade IVA	T1, T2, T3 T4	N2, N3 Tout N	M0 M0
Stade IVB	Tout T	Tout N	M1

➢ **Tumeurs T1 et T2:** chirurgie tumorale et ganglionnaire +/- radiothérapie.

➢ **Tumeurs T3 et T4:** chirurgie tumorale et ganglionnaire associé à une reconstruction par lambeau locorégional ou micro-anastomosé et radiothérapie post-opératoire

Plus le stade est précoce:

- La prise en charge sera allégée
- Les pertes de substances seront moindres et faciles à reconstituer
- Complications de la chirurgie diminuées (infectieuses, orostome, exposition des plaque d'ostéosynthèse...)
- Séquelles de la radiothérapie et chimiothérapie évitées.
- Séquelles fonctionnelles minimales (mastication, phonation, respiration, déglutition..)
- Séquelles esthétiques, psychologiques et sociales amoindries.



L'œil averti d'un médecin dentiste et l'examen systématique de toute la cavité buccale et des aires ganglionnaires cervicales reste le meilleur moyen de dépistage précoce de ces cancers .

Adénopathies régionales (N)	
N0	Pas d'adénopathie palpable.
N1	Un ganglion homolatéral inférieur à trois centimètres.
N2a	Un ganglion homolatéral supérieur à trois centimètres – inférieur à six centimètres.
N2b	Plusieurs ganglions homolatéraux inférieurs à six centimètres.
N2c	Un ou plusieurs ganglions bilatéraux ou controlatéraux inférieurs à six centimètres.
N3	Un ou plusieurs ganglions de plus de six centimètres.
Métastases à distance (M)	
M0	Absence de métastase.
M1	Présence de métastase(s).

Références :

1. Kapoor C, Vaidya S, Wadhwan V, Malik S. Lymph node metastasis: A bearing on prognosis in squamous cell carcinoma. Indian J Cancer [serial online] 2015 [cited 2021 Mar 10];52:417-24.
2. Ogura, I., T. Kurabayashi, T. Amagasa, N. Okada, and T. Sasaki. "Mandibular bone invasion by gingival carcinoma on dental CT images as an indicator of cervical lymph node metastasis." Dentomaxillofacial Radiology 31, no. 6 (2002): 339-343.
3. Moratin, Julius, Dominik Horn, Karl Metzger, Oliver Ristow, Christa Flechtenmacher, Michael Engel, Jürgen Hoffmann, Kolja Freier, and Christian Freudsperger. "Squamous cell carcinoma of the mandible—Patterns of metastasis and disease recurrence in dependence of localization and therapy." Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery 48, no. 12 (2020): 1158-1163.
4. Ramesh R, Sadasivan A. Oral squamous cell carcinoma masquerading as gingival overgrowth. Eur J Dent 2017;11:390-4.