

PRONOSTIC DES CANCERS DE LA CAVITE BUCCALE TRAITES CHIRURGICALEMENT A L'E.H.U.ORAN.

- J. Benzaoui^{*a}
- ^a Faculté de médecine d'Oran, Oran, ALGÉRIE
- jawedbenzaoui@hotmail.fr

INTRODUCTION :

Les cancers de la cavité buccale constituent un enjeu important de santé publique. Ils se répartissent selon le siège en 8 sous-groupes : les cancers des lèvres, de la langue, du plancher buccal, des gencives (maxillaire et mandibulaire), du palais, de la face interne des joues, du triangle retro molaire et de la commissure inter maxillaire.

Par définition ils touchent la muqueuse de la cavité buccale; le type histologique le plus rencontré est le carcinome épidermoïde à 95% .

Ces cancers sont réputés de pronostic intermédiaire, cependant la multitude des profils anatomo cliniques est à l'origine d'une grande hétérogénéité des résultats.

MATERIELS ET METHODES:

Notre étude a concerné tous les patients qui ont bénéficié d'un traitement chirurgical à but curateur (jugés opérables) sur une période de 2 ans allant de 2015 à 2017. Soit un échantillon de 29 patients.

RESULTATS :

La totalité des patients ont bénéficié d'interventions chirurgicales à visées curatives, le recul minimum était de 5 ans.

L'âge moyen était de 62,41 ans, dont 4 « jeunes »(26, 32, 37 et 40 ans).

Il y avait une nette prédominance masculine (25 H/ 4 F).

La distribution selon la localisation était comme suit :

Lèvres : 62,06% /Langue et plancher : 17,24% /Gingivo-mandibulaire: 10,34% /Gingivo maxillaire : 6,89%. Face interne de la joue :3,44%.

La survie globale était de 82,75%, soit 5 décès avant 5 ans .

La distribution selon la classification pT.N.M 2018 :

T1 et T2 : 07 soit 24%, survie à 5 ans : 85%

T3 et T4 : 22 soit 76%, survie à 5 ans :81 %

N0 : 14 soit 48,27%, survie à 5 ans : 85,71%.

N1 : 2 soit 7, %, survie à 5 ans : 100%

N2 :11 soit 37,93%, survie à 5ans :81,81%

N3 :1 soit 3,44%, survie à 5ans : 0%

Selon la classification TNM regroupée en stades :

Stade I ,II et III :14 soit 48,27%, survie à 5 ans : 92,85%.

Stade IV A :14 soit 48,27%, survie à 5 ans : 71,42%.

Stade IV B :1soit 3,44%, survie à 5 ans : 0%.

CLASSIFICATION T.N.M 2017 UICC : (8ème édition)

pTx Tumeur primitive ne peut être évaluée

pT0 Pas de tumeur primitive décelable

pTis (Is) Carcinome in situ

pT1 Tumeur ≤ 2 cm dans sa plus grande dimension et ≤ 5 mm d'invasion en profondeur

pT2 Tumeur ≤ 2 cm dans sa plus grande dimension et > 5 mm d'invasion en profondeur, mais ≤ 10 mm ou Tumeur dont la plus grande dimension est > 2 cm et ou ≤ 4 cm

pT3 Tumeur dont la plus grande dimension est > 4 cm ou > 10 mm d'invasion en profondeur

pT4a Tumeur envahit la corticale osseuse mandibulaire ou le sinus maxillaire, ou la peau

pT4b Tumeur envahit l'espace masticateur, les apophyses ptérygoïdes, la base du crâne, ou engaine l'artère carotide interne

pNx Adénopathies régionales ne peuvent être évaluées

pN0 Pas d'adénopathie régionale métastatique

pN1 Métastase homolatérale unique≤3 cm sans EEG

pN2a Métastase homolatérale unique, ≤ 3 cm avec EEG ou métastase homolatérale unique >3 cm et ≤6 cm, sans EEG

pN2b Métastases homolatérales multiples ≤ 6 cm, sans EEG

pN2c Métastases bilatérales ou controlatérales ≤ 6 cm, sans EEG

pN3a Métastase > 6 cm, sans EEG

pN3b Métastase(s) unique ou multiples, homo et/ou controlatérale(s), >3 cm, avec EEG

Classification par stade :

Stade 0 Tis N0 M0

Stade I T1 N0 M0

Stade II T2 N0 M0

Stade III T1, T2 N1 M0

T3 N0, N1 M0

Stade IVA T1, T2, T3 N2 M0

T4 N0, N1, N2 M0

Stade IVB Tous T N3 M0

T4b Tous N M0

Stade IVC Tous T Tous N M1

Patients décédés avant 5 ans :

- 1- Homme 44 ans, carcinome bien différencié, base langue droite, classé T2N2bM0 (stade IVA), survie 6 mois.
- 2- Homme 66 ans, carcinome bien différencié, gingivo-mandibulaire angle droit, classé T4bN2bM0 (stade IVB), survie 18 mois.
- 3- Homme 54 ans, carcinome bien différencié, gingivo-mandibulaire angulaire droit, classé T4aN0M0 (stade IVA), survie 2 ans.
- 4- Femme 73 ans, carcinome bien différencié, pelvi lingual marginal moyen, classé T3N2cM0 (stade IVA), survie 18 mois.
- 5- Homme 79 ans, carcinome labial, classé T3N0M0, décédé après 3 ans d'une maladie intercurrente.

DISCUSSION :

- Les localisations qui ont présenté des suites défavorables, sont celles qui étaient situées postérieurement (deux angles mandibulaires, une base de langue et le bord marginal moyen de la langue), probablement dues à une dissémination lymphatique plus accrue à ce niveau et à la difficulté de contrôle carcinologique dans ces régions.
- Pour les **T1 et T2** la survie globale se situe aux alentours de 65 à 85 % suivant les séries, ce qui est en corrélation avec nos résultats.
- Cependant pour les plus grandes tumeurs (**T3 et T4**), dans notre étude le taux de survie (81%) est assez supérieur à celui retrouvé dans la littérature (15 à 35%) ; ceci pourrait être expliqué non seulement par le fait que dans notre série on a exclu les cas dépassés et inopérables, mais aussi par le bon état général de nos patients (faible éthylisme, ...).
- Il nous semble opportun d'utiliser la classification regroupée en stades car tous les patients qui ont présenté une évolution carcinologiquement défavorable étaient à des stades IV, avec une mortalité à 100% pour le stade IVB. La présence d'une rupture capsulaire au niveau d'adénopathie(s) cervicale(s) métastatique est un facteur pronostic très pejoratif dans notre série.

“Certains « petits » cancers peuvent avoir un pronostic bien plus défavorable qu'attendu,

En termes cliniques, pour une même atteinte en surface, une tumeur ulcérée aurait un moins bon pronostic qu'une tumeur exophytique. Ce facteur d'invasion en profondeur est introduit dans la 8e classification conjointement à la taille de la tumeur, avec deux valeurs limites de 5 et 10 mm.”

CAS CLINIQUE 1 : HOMME 54 ANS CARCINOME COMMISSURE LABIALE T3N1M0 (STADE III)



CAS CLINIQUE 2 : HOMME 62 ANS CARCINOME FACE INTERNE DE JOUE T3N1M0 (STADE III)



CAS CLINIQUE 3 : HOMME 62 ANS CARCINOME FACE INTERNE DE JOUE T₃N₁M₀ (STADE III)



CAS CLINIQUE 4 :



CONCLUSION :

La chirurgie constitue le pilier du traitement des cancers du plancher buccal. Elle bénéficie actuellement de méthodes de reconstruction, variées et plus ou moins complexes, qui permettent dans la majorité des cas des résultats fonctionnels et cosmétiques de qualité. La radiothérapie postopératoire, parfois associée à une chimiothérapie concomitante, viennent compléter le traitement des tumeurs localement avancées. Si le pronostic des petites tumeurs N₀ est excellent, celui des tumeurs de stade évolué reste encore réservé, ce qui justifie des séquences thérapeutiques agressives.

Références :

- 1-Dr SILVIA LAMBIEL a et Pr PAVEL DULGUEROV a, Changements dans la nouvelle classification TNM en oncologie cervico-faciale, Rev Med Suisse 2017 ; 13 : 1684-9.
- 2-A. Bozec, G. Poissonnet, P. Mahdyoun, O. Dassonville, Cancers du plancher buccal, EMC Oto-rhino-laryngologie 2008.
- 3-I. Barthélémy, J.-P. Sannajust, P. Revol, J.-M. Mondié, Cancers de la cavité buccale. Préambule, épidémiologie, étude Clinique, EMC Stomatologie/Odontologie 2005.
- 4-J.-M. Prades T. Schmitt A. Timoshenko, Cancers de la langue, Encyclopédie Médico-Chirurgicale 20-627-A-10 (2004)
- 5-N. Fakhry, M. Zanaret, Cancers de la face interne de la joue et de la région rétromolaire, EMC Oto-rhino-laryngologie 2008.