

Item 295 – Tumeurs de la cavité buccale

Epidémiologie	▪ Mortalité élevée ▪ 10% des cancers ▪ Répartition géographie inégale : Ouest, Est, Nord ▪ H>F ▪ FdR : Intoxication alcoolo-tabagique ++++++, EBV (cancers du cavum), travailleurs du bois (cancers des cavités aériennes paranasales), surmenage vocal chronique (cancers du larynx), lésions muqueuses dysplasiques (cancers de la cavité buccale) ▪ Atteinte multiple, unique... A 5 ans, risque de 2^{ème} KC > risque de récurrence de la tumeur initiale			
Anatomo-pathologie	▪ <u>Principaux sites</u> : cavité buccale, oropharynx, larynx > hypopharynx > cavum > cavités nasales et paranasales ▪ VADS : 90% carcinomes épidermoïdes ▪ <i>Cavités sinusiennes para-nasales</i> : 50% adénocarcinomes ▪ <i>Cancers du cavum</i> : carcinomes indifférenciés de type nasopharyngien (UNCT) ▪ <i>Formations lymphoïdes de l'anneau de Waldeyer</i> (cavum, amygdales, base de langue) : lymphomes malins			
Facteurs de risque	▪ Alcool et tabac ++++ ▪ Irritations chroniques de la muqueuse : mécaniques, morsures répétées, thermiques ▪ Etats carenciels ▪ ID ▪ Virus HPV +/- ▪ Soleil (cancer de la lèvre inf)			
Lésions précancéreuses	Lésions muqueuses blanches	Leucoplastie / leucokératose	▪ Plaque blanchâtre, souple, ne se détache pas au grattage ▪ = accumulation de kératine ▪ Tabac ++ ▪ <u>Localisations</u> : plancher buccal, lèvre inf, région rétrocommisurale labiale ▪ Erythroleucoplasties risquent de dégénérer	
		Lichen buccal	▪ Lichen plan typique ou lichen érosif ou atrophique ▪ <u>Localisations</u> : face interne de joue, langue mobile, gencive adhérente ▪ Evocateur de cancer si : placard érythémateux irrégulier, parsemé de ponctuations grisâtres, adhérentes, fines et serrées	
		Candidose chronique	▪ Forme hyperplasique, verruqueuse voire pseudotumorale	
		Papillomatose orale floride	▪ Sujet âgé, F>H ▪ « kératose villoseuse maligne » : touffes de fines villosités, blanches ou rosées ▪ Très extensive, très récurrente ▪ Evolution quasi inéluctable vers cancer	

	Lésions muqueuses rouges	▪ « érythroplasies de Queyrat ▪ Moins fréquentes que les lésions blanches, MAIS plus inquiétantes ▪ Lésions précancéreuses obligatoires ▪ Plaques rouges, étendues, superficielles, aspect velouté, bords irréguliers ▪ Epithélium atrophique, recouvrant réseau vasculaire télangiectasique ▪ Lésions intraépithéliales précancéreuses = dysplasie sévère ou carcinome in situ	
	Chéilite actinique chronique	▪ Sujet âgé, exposition au soleil pendant plusieurs années + phototype claire ▪ Lèvre inf +++ ▪ Desquamation réactionnelle + plaque grisâtre ou jaunâtre et atrophie muqueuse	
Circonstances de découverte	▪ Fortuite ▪ <u>Signes appel</u> : simple gêne + sensation accrochage alimentaire, irritation sur prothèse ou dent délabrée agressive, « inflammation muqueuse » persistante, saignement gingival, dent mobile ▪ <u>Plus tard</u> : douleurs déglutition + otalgies réflexes, fétidité haleine, dysphagie, dysarthrie, limitation progressive et inexorable de ouverture buccale ou de protraction linguale, stomatorragie		
Lésions muqueuses	Ulcération	▪ Sensible +/- douloureuse + haleine fétide (si infection) ▪ Forme variable, bords +/- irréguliers, surélevés, versant externe recouvert de muqueuse saine ou inflammatoire, versant interne discrètement bourgeonnant (aspect framboisé +/- enduit grisâtre), fond cruenté saigneux ▪ Saigne facilement au contact, base indurée dépassant les limites visibles de la tumeur ▪ +/- aspect en 'feuillets de livre » si dans un sillon anatomique	
	Bourgeonnante	▪ Dénudée de muqueuse de recouvrement ▪ Friable +/- exubérante, hémorragique ▪ Base d'implantation plus étendue que la tumeur, base indurée	

	Aspect mixte	▪ Ulcéro-bourgonnante																												
	Nodule interstitiel	▪ Dur, infiltrant ▪ Origine glandulaire ▪ Longtemps recouvert de muqueuse saine ▪ Formes ulcéro-croûteuses au niveau des lèvres																												
Examen anatomo-pathologique	▪ Carcinomes épidermoïdes 90% ▪ <u>Carcinomes glandulaires</u> : adénocarcinomes, carcinomes adénoïdes kystiques, carcinomes mucoépidermoïdes ▪ <u>Tumeurs plus rares</u> : sarcomes, lymphomes, tumeurs nerveuses, etc																													
Dissémination	▪ Lymphatique régionale ▪ A distance par voie sanguine : poumon, foie, squelette osseux																													
Bilan pré-thérapeutique	▪ Bilan d'extension carcinologique et classification TNM : clinique, TDM, panendoscopie (+/- IRM), recherche de métastase ▪ Bilan dentaire : clinique + cliché panoramique +/- prise d'empreintes ▪ Bilan général : tares associées, état nutritionnel et physiologique (index de Karnofsky), +/- tt antalgique majeur, préparation au tt carcinologique et PEC en soins palliatifs ▪ Propositions thérapeutiques																													
	Classification TNM de l'UICC (Genève, 1997) <table><tr><th colspan="2">T (tumeur)</th></tr><tr><td>T1</td><td>T ≤ 2 cm</td></tr><tr><td>T2</td><td>2 cm < T ≤ 4 cm</td></tr><tr><td>T3</td><td>T > 4 cm</td></tr><tr><td>T4</td><td>T envahissant les structures adjacentes (par exemple, corticale osseuse, musculature extrinsèque de la langue, sinus maxillaire, peau).</td></tr></table> N (Nodes) adénopathies métastatiques <table><tr><td>N0</td><td>pas d'adénopathie métastatique</td></tr><tr><td>N1</td><td>N ≤ 3 cm unique, homo-latérale</td></tr><tr><td>N2</td><td>N ≤ 6 cm</td></tr><tr><td>N2a</td><td>3 cm < unique, homo-latérale ≤ 6 cm</td></tr><tr><td>N2b</td><td>multiples homo-latérales ≤ 6 cm</td></tr><tr><td>N2c</td><td>bilatérales ou contro-latérales ≤ 6 cm</td></tr><tr><td>N3</td><td>N > 6 cm</td></tr></table> M (métastase) <table><tr><td>M0</td><td>Absence de métastase viscérale</td></tr><tr><td>M1</td><td>Présence de métastase viscérale</td></tr></table>			T (tumeur)		T1	T ≤ 2 cm	T2	2 cm < T ≤ 4 cm	T3	T > 4 cm	T4	T envahissant les structures adjacentes (par exemple, corticale osseuse, musculature extrinsèque de la langue, sinus maxillaire, peau).	N0	pas d'adénopathie métastatique	N1	N ≤ 3 cm unique, homo-latérale	N2	N ≤ 6 cm	N2a	3 cm < unique, homo-latérale ≤ 6 cm	N2b	multiples homo-latérales ≤ 6 cm	N2c	bilatérales ou contro-latérales ≤ 6 cm	N3	N > 6 cm	M0	Absence de métastase viscérale	M1
T (tumeur)																														
T1	T ≤ 2 cm																													
T2	2 cm < T ≤ 4 cm																													
T3	T > 4 cm																													
T4	T envahissant les structures adjacentes (par exemple, corticale osseuse, musculature extrinsèque de la langue, sinus maxillaire, peau).																													
N0	pas d'adénopathie métastatique																													
N1	N ≤ 3 cm unique, homo-latérale																													
N2	N ≤ 6 cm																													
N2a	3 cm < unique, homo-latérale ≤ 6 cm																													
N2b	multiples homo-latérales ≤ 6 cm																													
N2c	bilatérales ou contro-latérales ≤ 6 cm																													
N3	N > 6 cm																													
M0	Absence de métastase viscérale																													
M1	Présence de métastase viscérale																													
Formes topographiques	Cancers de la langue	<u>Langue mobile</u> : ▪ Ulcération ou bourgeon exophytique, reposant sur base indurée ▪ <u>Dg #el</u> : ulcération traumatique sur dent délabrée ou crochet de prothèse inadaptée																												

		- Dans formes tardives / fissuraires : langue +/- fixée => gêne alimentation, limitation protraction linguale + déviation côté tumoral <u>Base de langue</u> : - Fréquents réflexes nauséeux incoercibles - Sensation d'accrochage aliments Découverte tardive +++ : langue fixée, dysarthrie, otalgies réflexes, stomatorragies +/- tuméfaction cervicale chronique ⇔ ADP cervicale sous-digastrique métastatique ou au pôle inf de la tumeur Carcinome épidermoïde ++, tumeurs malignes (organes lymphoïde Métastases ggaires ++
	Cancers du plancher de bouche	- Forme ulcérée infiltrante voire fissuraire, envahissement rapide des muscles linguaux, gencive, mandibule <u>Dans localisations post</u> : difficulté protraction langue, difficultés de déglutition, dysarthrie, otalgies réflexes - Si trismus ⇔ envahissement du muscle ptérygoïdien médial <u>Dg #el</u> : rétention salivaire (localisations ant)
	Cancer des gencives	- Aspect de « gingivite hyperplasique » <u>Orientation diagnostic devant</u> : aspect ulcérobourgonnant, mobilité detaire, lyse osseuse, inefficacité des Tt de gingivite - Formes gingivomandibulaires : +/- signe de Vincent - Formes gingivomaxillaires : question du point départ : cancer gingival ou cancer développé aux dépens de la mésostructure - Autres formes possibles : +/- bourgeonnantes, exophytiques, aspect papillomateux => carcinome verruqueux
	Cancer commissure intermaxillaire (ou trigone rétromolaire)	Envahissement osseux précoce <u>Signes appel</u> : algies mandibulaires, otalgies réflexes, trismus, dysphagie
	Cancer de face interne de joue	- Forme végétante ++ - Origine traumatique ++ - Dissémination ggaire précoce Mauvais pronostic - Parfois : lésion ulcérée (se développant sur lésion précancéreuse blanche de dysplasie ou de lichen)
	Cancers des lèvres (portion muqueuse)	Vermillon de lèvre inf ++ : ulcération sur lésion précancéreuse d'aspect, 2aire tabac, pronostic bon - Si atteintes des commissures labiales : Cf cancer face int joue
	Cancer de amygdale palatine (tonsille)	« angine » unilat, trainante et non fébrile, amygdale indurée => dysphagie, otalgie réflexe ou trismus ADP cervicale jugulocarotidienne Carcinome épidermoïde ++ ou lymphome malin
	Cancer du voile du palais	- Se développe sur lésion muqueuse rouge précancéreuse (érythroplasie de Queyrat) ou aspect verruqueux ADP
Traitements	Chirurgie : - Résection : satisfaisante (R0), envahie (microscopiquement R1, macroscopiquement R2) - Chirurgie de la tumeur primitive (exérèse + reconstruction (lambeaux pédiculés, transferts microanostomosés) - Chirurgie ggaire Curiethérapie sur tumeur primitive : lèvres, langue, plancher ant. CI si tumeur au contact de os Radiothérapie externe : sur tumeur primitive, ADP - Association radiochirurgicale :	

	- Si limites de résection douteuses ou insuffisantes => radiothérapie - Si poursuite évolutive ou récidive : radiothérapie de rattrapage ▪ Chimiothérapie : 5-fluoro-uracile, dérivés du platine, taxanes ▪ Tt adjuvants : antalgiques, lutte contre dénutrition, correction des déséquilibres hépatiques, éventuels troubles respiratoires <i>Indications :</i> ▪ <i>Tumeurs :</i> → <i>T1/T2 distantes des structures osseuses : chirurgie ou curiethérapie</i> → <i>T1/T2 proche de os : chirurgie</i> → <i>T3/T4 : chirurgie puis radiothérapie externe</i> → <i>Si CI opératoire : radiothérapie externe seule ou chimio-radio-thérapie concomittante</i> ▪ <i>Aires ggaires :</i> → <i>Si chirurgie pour tumeur primitive => curage ggaire</i> → <i>Si radiothérapie externe de tumeur primitive => radiothérapie ext des aires ggaires</i> → <i>Si curithérapie de tumeur primitve => curage ggaire</i>
Surveillance	▪ Décompensation de tare ▪ Complications de radiothérapie : dermite, mucite, hyposialie, mycose, odontonécrose, ostéoradionécrose ▪ Surveillance carcinologique ⇒ Tous les mois / 1 an, puis 2mois / 2^{ème} année, puis 4 mois / 3^{ème} année, 2x / 4^{ème} année, puis tous les ans à partir de la 5^{ème} année