



---

# Colloque National de Santé Publique

---

*Jeudi 13 octobre 2005  
Palais du Luxembourg - Paris*

---

*“Le chirurgien-dentiste :  
un acteur de la lutte contre le cancer”*

*Sous le haut patronage de M. Xavier Bertrand  
Ministre de la Santé et des Solidarités*

---



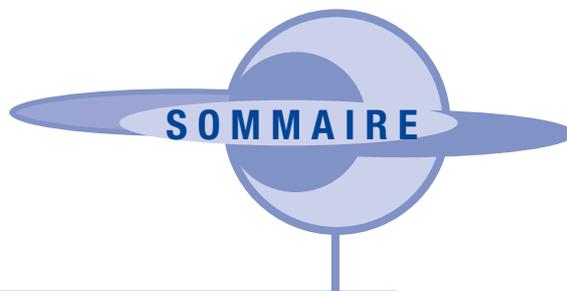
CENTRE COLLABORATEUR DE L'OMS POUR LE DEVELOPPEMENT DE  
NOUVEAUX CONCEPTS D'ÉDUCATION ET DE PRATIQUES BUCCO-DENTAIRES

**u f s b d**   
UNION FRANÇAISE POUR LA SANTÉ BUCCO-DENTAIRE



*Au Docteur François MENEGOZ, décédé accidentellement au Niger en décembre 2005,  
dont la contribution a été un des éléments clés du succès de ce Colloque.*





## SOMMAIRE

### **L'implication du Sénat et des élus par Marie-Thérèse HERMANGE**

*Sénatrice d'Ile-de-France*

Page 7

### **Ouverture du Colloque par le Pr Edmond BENQUE**

*Conseiller auprès du Ministre de la Santé et des Solidarités*

Page 9

### **Introduction : La problématique « cancer et santé bucco-dentaire » par le Dr Patrick HESCOT**

*Président de l'Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire*

**et par le Pr Claude JEANDEL**

*Chef de service de Gériatrie Clinique du CHRU Montpellier*

Page 11

#### 1<sup>ERE</sup> PARTIE

### **EPIDÉMIOLOGIE DES CANCERS BUCCAUX**

*Par le Dr François MENEGOZ, Directeur du Registre des  
Cancers de l'Isère, membre de FRANCIM et de l'INVS*

Page 16

### **LES FACTEURS DE RISQUE DES CANCERS. QUELS SONT-ILS ? QUEL RÔLE PEUT JOUER LE CHIRURGIEN-DENTISTE ?**

*Par le Dr Marta BALINSKA, Responsable Programmes  
Alcool et Risques infectieux, INCA*

Page 19

### **NATURE ET DÉVELOPPEMENT DES CANCERS BUCCAUX**

*Par le Dr Roger A. MONTEIL, Professeur Emérite,  
Université et CHU de Nice*

Page 23

### **AVANT LE CANCER : DÉPISTAGE DES LÉSIONS À RISQUES. SIGNES CLINIQUES D'ALERTE**

*Par le Dr Didier GAUZERAN, Odontologiste des Hôpitaux  
de Paris, Praticien Hospitalier*

Page 28

### **DÉBAT**

*Animé par le Dr Jean-Pierre GIORDANELLA, Médecin,  
Directeur de la politique et des services de prévention  
de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Paris.*

Page 32

#### 2<sup>EME</sup> PARTIE

### **PRISE EN CHARGE D'UN CANCER DE LA BOUCHE : DU DÉPISTAGE AUX TRAITEMENTS**

*Par le Dr Jacques WEMAERE, Chirurgien-Dentiste,  
chargé de mission de l'Union Française pour la Santé  
Bucco-Dentaire*

Page 41

### **QUEL RÔLE POUR LE CHIRURGIEN- DENTISTE ?**

*Par le Dr Philippe ZROUNBA, Chef de service d'ORL au  
Centre Anticancéreux Léon Bérard à Lyon,  
et par le Dr Docteur René GOURMET, Chef de service  
d'Odontologie au Centre Anticancéreux Léon Bérard à  
Lyon*

Page 45

### **QUELLES CONSÉQUENCES MÉDICALES, QUELLES CONSÉQUENCES BUCCALES ? QUEL RÔLE POUR LE CHIRURGIEN- DENTISTE ?**

*Par le Dr Jacques BRUGERE, Chef de service honoraire  
de Chirurgie Cervico-Faciale et ORL de l'Institut Curie  
(Paris) et Conseiller médical à la Ligue Nationale contre  
le Cancer,*

*et le Dr Maryalis GUICHARD, Maître de Conférence,  
Odontologiste à l'Institut Claudius Rigaud*

Page 51

### **DÉBAT**

*animé par le Dr Jean-Pierre GIORDANELLA*

Page 57

### **CONCLUSION**

*Par le Pr Youssef HAÏKEL, Chirurgien-Dentiste, Doyen de  
la Faculté de Chirurgie-Dentaire de Strasbourg*

Page 62





**LE CHIRURGIEN-DENTISTE :  
UN ACTEUR DE LA LUTTE  
CONTRE LE CANCER**

*Accueil*





# L'IMPLICATION DU SÉNAT ET DES ÉLUS

par **MARIE-THÉRÈSE HERMANGE**

*Sénatrice d'Ile-de-France*

---



**J**e vous souhaite la bienvenue au Sénat. Lorsque Jacques Wemaere m'a demandé d'accueillir ce colloque, j'ai immédiatement accepté par amitié pour lui et ses parents. D'ores et déjà, je vous propose que ce rendez-vous ait lieu tous les ans.

La thématique des cancers buccaux me paraît majeure. Il s'agit en effet d'un enjeu de santé publique qui se situe au cœur de la politique de lutte contre le cancer définie par le Président de la République. A cet égard, je souhaite saluer ici l'ensemble des acteurs impliqués dans ce combat : Monsieur le Président de l'UFSBD, l'Institut du Cancer, la Ligue contre le Cancer, la Mutualité française ainsi que nos partenaires parisiens, le Président et la Directrice de la CPAM de Paris. Lorsque j'exerçais des responsabilités dans le secteur sanitaire et social (notamment en matière de périnatalité et de protection maternelle), j'ai eu l'occasion de collaborer étroitement avec la précédente présidente de la Caisse primaire, Madame Raynaud. Nous avons initié ensemble des politiques de prévention totalement novatrices et j'en remercie encore la CPAM. Nous avons d'ailleurs prochainement rendez-vous avec vous au Musée de l'Homme sur la thématique de la naissance.

La thématique des cancers buccaux est également essentielle pour un acteur législatif et politique comme le Sénat. Celui-ci assume une mission d'information qui l'amène à questionner le Gouvernement et à nouer des partenariats avec différentes institutions afin de promouvoir un certain nombre de politiques de santé. Par exemple, suite à une étude de l'INSERM sur la problématique de l'obésité chez l'adolescent, l'un de mes collègues de la Commission des Affaires sociales, Gérard Dériot, a tenu hier et ici même une conférence de presse sur la prévention de l'obésité et les politiques à mettre en œuvre dans ce domaine. C'est dans la même logique que, pour ma part, j'ai accepté de parrainer ce colloque. Celui-ci aboutira à des conclusions qui pourront avoir des retombées législatives et pratiques. Je suis donc à votre disposition pour les retraduire.

Les sénateurs sont désignés par les élus locaux. En particulier, à Paris, les conseillers municipaux sont également conseillers généraux. De ce fait, ils ont parmi leurs missions la mise en œuvre de politiques de prévention. En effet, ce sont désormais les départements qui assument ce rôle en direction de la petite enfance comme auprès des maisons de retraite. A cet égard, j'ai bien pris note de l'importance que revêt un examen buccal systématique dans ces structures. Je relaierai donc ce message auprès des maisons de retraite qui relèvent de notre Conseil général. De même, je transmettrai aux autres élus parisiens les conclusions auxquelles parviendra ce colloque.

Voilà le message d'amitié que je voulais vous faire passer. Je vous remercie de vous mobiliser comme vous le faites pour la santé de nos concitoyens.





par le **PROFESSEUR EDMOND BENQUE**

*Conseiller auprès du Ministre de la Santé et des Solidarités*

**M**onsieur le Président de l'UFSBD, Mesdames et Messieurs les Parlementaires, chers confrères, Mesdames et Messieurs, M. Xavier Bertrand, Ministre de la Santé m'a chargé aujourd'hui de le représenter à ce colloque que l'Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire a pris l'initiative d'organiser sur les cancers buccaux.

## **I - Les acteurs de la lutte contre le cancer**

---

Dans cette lutte inégale contre le cancer, qui est dynamisée par l'engagement personnel du Président de la République, on reconnaîtra trois acteurs.

Il s'agit tout d'abord de la Ligue nationale contre le cancer, bien connue pour veiller sur les patients. Ensuite et plus récemment, l'Institut National du Cancer (INCA) s'est impliqué à son tour dans ce combat. Cet organisme, créé le 24 mai 2005, assume un rôle fédérateur et coordinateur. Il a notamment la mission d'initier et de soutenir tous azimuts la politique nationale en cancérologie. Il informe le public et les professionnels dans les domaines de l'épidémiologie, du dépistage et de la prévention. Il a en charge la recherche et l'enseignement, les soins, l'évaluation des protocoles et des résultats. En d'autres termes, cet organisme chapeaute toutes les campagnes sur le cancer, les soins et la recherche.

Récemment, l'UFSBD, centre collaborateur de l'OMS, a manifesté sa volonté d'aide et de reconnaissance dans la lutte qu'elle mène sur tous les fronts de la pathologie bucco-dentaire pour restituer la santé orale dans sa globalité. Lors du dernier congrès de l'ADF, on a souligné l'importance du rôle du chirurgien-dentiste dans les équipes de traitement des cancers parmi lesquels ceux de la bouche occupent une place inquiétante. C'est pourquoi le Président de l'UFSBD, Patrick Hescot, a créé un groupe de travail sur la question qui nous réunit ce matin.

## **II - Le rôle de l'odontologiste**

---

L'odontologiste est-il un acteur de la lutte contre le cancer ? On peut aujourd'hui se demander si celui-ci est intégré dans l'équipe pluridisciplinaire qui prend en charge les cancers buccaux. Or qui mieux que lui connaît les dents et les tissus y attachés ? Cet organe embryologiquement et histologiquement sophistiqué assure des fonctions vitales (mastication, déglutition) mais participe aussi à d'autres fonctions (la respiration, la phonation et l'harmonie de l'apparence...).

Même au-delà des localisations buccales dans les tumeurs des voies aérodigestives supérieures, l'odontologiste a un rôle à tenir et un avis à donner, en raison des répercussions de voisinage qui accompagnent les effets secondaires des drogues antinéoplasiques et de la radiothérapie.

Pour pallier ces désordres et les rendre acceptables au malade, la présence de l'odontologiste est indispensable à toutes les étapes du protocole, depuis le dépistage qu'il a souvent assuré jusqu'à l'établissement du diagnostic. Il intervient pour évaluer l'état bucco-dentaire, éliminer les foyers infectieux potentiels, assurer les

soins conservateurs, instituer une hygiène pré et post-opératoire et réaliser enfin les prothèses maxillo-faciales consécutives aux pertes de substances. Néanmoins, il doit avant tout discuter et évaluer avec ses collègues (médecins et chirurgiens) les décisions d'extraction dentaire avant chirurgie et radiothérapie, ceci afin de bien fixer des situations qui seront définitives pour le patient.

Des sur-traitements ou des sous-traitements pourront amputer le comportement futur du malade et pourront même induire un risque de marginalisation sociale. Quand les décisions sont arrêtées, on doit donc se demander si elles doivent être prises en fonction des acquis de l'expérience (celle-ci étant celle d'un chirurgien denté) ou en équipe d'après l'évidence basée sur la preuve ? Poser la question, c'est déjà y répondre.

### **III - Les cancers buccaux : un problème sanitaire majeur**

---

Les cancers sont considérés aujourd'hui comme la deuxième cause de mortalité après les maladies cardio-vasculaires. Il n'est donc pas étonnant que ces maladies représentent un problème sanitaire majeur. De surcroît, ils touchent une population plus jeune que les maladies cardio-vasculaires : en effet, ils frappent en général entre 30 et 65 ans.

Dans une étude relativement ancienne, Silverman désigne la France au 3ème rang mondial après Hong-Kong et Singapour pour les cancers des voies aérodigestives supérieures. On sait également que les hommes sont majoritairement plus atteints que les femmes. Malheureusement, d'après les dernières enquêtes, celles-ci rattrapent à l'heure actuelle leur triste retard en la matière. L'alcool et le tabac sont ici les risques majeurs. En outre, en France, on relève une surmortalité inquiétante dans l'Ouest, le Nord, le Nord-Est et la région parisienne.

Les cancers de la cavité buccale ont une incidence épidémiologique importante : ils représentent 5 % des cancers toutes localisations confondues. 30 % d'entre eux portent sur les voies bucco-pharyngiennes. De plus, leurs traitements ne sont pas anodins. Ils entraînent des délabrements tissulaires, des sacrifices osseux et des explorations étendues sur les chaînes ganglionnaires. Des désordres psychiques s'en suivent, qui réclament un profond engagement dans la lutte préventive contre ces carcinomes.

Le Président de la République s'est personnellement engagé dans cette lutte en signant une charte avec le Directeur général de l'Unesco, le 4 février 2000, pour faire de ce combat une priorité sanitaire internationale. M. Xavier Bertrand, Ministre de la Santé et des Solidarités, en est son relais majeur. Il restera particulièrement attentif aux travaux et aux recommandations qui découleront de ce colloque. Il m'a chargé de vous faire part de son soutien. Dans cette logique, il a accordé son haut patronage à cette journée. Enfin, il recommande que les débats d'aujourd'hui et les conclusions que vous formulerez soient largement rapportées dans la presse médicale française et européenne.



# LA PROBLÉMATIQUE « CANCER ET SANTÉ BUCCO-DENTAIRE »

par le **DOCTEUR PATRICK HESCOT**

*Président de l'Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire*

et le **PROFESSEUR CLAUDE JEANDEL**

*Chef de service de Gériatrie Clinique du CHRU Montpellier*

*Docteur Patrick HESCOT*

**M**onsieur le Conseiller, Messieurs les parlementaires, Mesdames, Messieurs, je suis particulièrement heureux de vous présenter aujourd'hui ce 6ème colloque de l'UFSBD.

Nous tenons à remercier M. Xavier Bertrand, Ministre de la Santé et des Solidarités, qui a non seulement accepté de placer cette manifestation sous son haut patronage mais nous a surtout incités à nous intéresser à cette problématique des cancers buccaux. Comme l'a souligné Monsieur le Conseiller, le Ministre attend avec beaucoup d'attention les propositions que nous pourrions lui faire. Dans ce contexte, cette journée ne sera pas uniquement un temps d'écoute et de discussions mais elle sera avant tout la première étape d'un plan qui, sous l'égide du Ministre, sera initié contre les cancers bucco-dentaires. Nous tenons également à remercier Mme Marie-Thérèse Hermange, sénateur d'Ile-de-France qui nous a apporté son aide pour l'organisation de ce colloque. Naturellement, je remercie encore notre ami, le Professeur Edmond Benqué, pour son soutien dans cette démarche.

Plusieurs personnalités ne pourront pas participer à nos débats. En particulier, notre confrère, le député Yves Bur, ne pourra être parmi nous. En effet, il a dû partir aujourd'hui même en Irlande pour assister à une manifestation sur la lutte contre le tabac. L'UFSBD sera d'ailleurs associée à la stratégie ministérielle qui vise à faire de la France un pays-pilote dans cette lutte. Yves Bur est à l'initiative de cette démarche au sein du Parlement et nous serons associés à ses travaux futurs.

De même, le Docteur Philippe Mourouga, Directeur du Département Prévention, Information et Dépistage de l'INCA, ne pourra pas intervenir comme cela était prévu car, à la demande de M. Xavier Bertrand, il accompagne Yves Bur en Irlande. Néanmoins, ces deux personnalités sont attentives à nos travaux. Pour notre part, nous collaborerons avec elles pour faire de la lutte contre les cancers buccaux une vraie cause nationale.

## **I - La genèse de notre projet**

---

L'UFSBD, centre collaborateur de l'OMS, a vu le jour il y a près de quarante ans. Elle a été investie d'une mission de santé publique qui vise à améliorer la santé bucco-dentaire de nos concitoyens. C'est pourquoi, depuis quatre ans, nous nous sommes dotés d'un haut conseil de santé bucco-dentaire, qui est actuellement présidé par le Professeur Claude Jeandel. Ce haut conseil oriente toutes les actions que nous menons dans ce domaine.

Parmi les actions que nous avons déjà conduites, il convient notamment de rappeler le colloque que nous avons organisé l'an dernier sur les personnes âgées dépendantes. Ce colloque a abouti à la création du bucco-bus à Paris. Il a également donné lieu à des propositions que nous examinons actuellement avec le Ministère de la Santé et qui cherchent à améliorer l'accompagnement de ce public.

Ce haut conseil revêt une importance primordiale à nos yeux. Il travaille de façon transversale avec différentes personnalités et professions. Il ne constitue pas seulement un gisement d'idées mais aussi et avant tout un vaste réservoir d'actions.

Ce qui nous réunit tous, c'est cette vision pluridisciplinaire qui nous permet de resituer l'homme au cœur de la santé. Nous ne soignons pas une bouche, nous ne traitons pas des dents ; nous nous occupons d'un individu. Or on a fréquemment tendance à concevoir l'organe dentaire en dehors de la santé en général, voire en dehors du corps humain. De notre côté, quand nous étudions un organe ou une pathologie, c'est moins l'un ou l'autre qui nous intéresse que l'individu lui-même.

Suite à ces différentes réflexions, nous avons décidé de nous pencher sur la problématique du cancer. Dans ce sens, nous nous sommes rapprochés du Président de la République et de Mme Briand qui, à l'époque, était en charge du dossier Cancer sous l'égide de M. Chirac. C'est avec elle que nous avons décidé d'associer les chirurgiens-dentistes au vaste programme national de lutte contre le cancer initié par la Présidence. Dans cette logique, une mission interministérielle de lutte contre le cancer a été nommée. L'Institut National du Cancer et la Ligue contre le Cancer se sont associés et, tout naturellement, l'UFSBD est venue s'impliquer dans leur démarche.

## **II - La nécessaire implication des chirurgiens-dentistes**

---

Chaque année, près de 300 000 nouveaux cas de cancer sont recensés en France. 15 000 d'entre eux concernent les voies aérodigestives, ce qui place ces pathologies au quatrième rang des cancers chez l'homme et au treizième rang des cancers chez la femme.

Dans cette lutte sans merci pour la mise en place d'une politique de santé publique durable et pour l'amélioration de la qualité de vie de nos concitoyens, nous sommes convaincus que les 40 000 chirurgiens-dentistes français ont un rôle décisif à jouer. En effet, dans leurs cabinets, ceux-ci croisent 800 000 personnes chaque jour, ce qui représente un nombre de contacts considérable. Grâce à des gestes simples (comme les examens cliniques), nous pourrions sauver des vies demain. Nous pourrions également mieux accompagner nos patients dans leurs souffrances physiques et psychologiques, ceci en améliorant la qualité de vie qui leur sera offerte.

Cependant, notre rôle va plus loin encore. En particulier, quelle conduite devons-nous tenir vis-à-vis de nos patients fumeurs ? Dans ce domaine, ne devons-nous pas être des acteurs influents de la politique de prévention et d'éducation sanitaire ? Je puis d'ores et déjà vous dire que nous avons pris position (notamment avec Yves Bur) pour que notre profession constitue un intervenant majeur dans les actions qui, dès les prochains mois, seront menées dans la lutte contre le tabac.

Avant de laisser la parole à Claude Jeandel, je tiens d'ores et déjà à vous remercier. La salle est pleine et nous avons même été obligés de refuser du monde ! Une telle affluence nous permet de mieux mesurer le chemin que nous avons parcouru depuis près de 20 ans. En effet, à l'époque, quand nous conduisions des actions de prévention, nous avions quelques difficultés à mobiliser les foules. Aujourd'hui, ce n'est heureusement plus le cas : tout le monde a pris conscience de l'importance de la prévention.

## **III - L'engagement de l'UFSBD**

---

Je souhaite souligner l'engagement, extrêmement important à nos yeux, de l'Institut National du Cancer et de la Ligue contre le Cancer. De leur côté, nos amis de la Mutualité Française nous accompagnent depuis longtemps et ont bien compris le caractère primordial que peut avoir une politique de prévention comme celle que nous mettons en œuvre.

L'UFSBD n'entend pas faire les choses à moitié : nous disons mais, surtout, nous faisons. Ce colloque ne représente pour nous qu'une étape dans l'accomplissement des progrès nécessaires dans la prévention et la détection précoce des cancers buccaux. A cet égard, je tiens à vous annoncer en avant-première que nous avons signé une convention de partenariat avec l'INCA. Cette convention nous permettra, dès l'année prochaine, de mettre en place une véritable politique de santé bucco-dentaire concernant les cancers du cou, tant auprès de l'ensemble des chirurgiens-dentistes que de la population française. Cette démarche est essentielle pour nous dans la mesure où nous souhaitons médicaliser notre profession. Les chirurgiens-dentistes ont une vision médicale de leur métier mais aussi humaine et esthétique. Ce dernier aspect est primordial, notamment si l'on se rappelle que l'OMS définit la santé comme « le bien-être physique et moral ». De même, la qualité de vie est tout à fait essentielle et a un impact majeur sur la santé en général et la santé bucco-dentaire en particulier.

Dans ces conditions, nous sommes très heureux d'annoncer publiquement cet accord de partenariat. Grâce à cet accord, nous pourrions faire en sorte que tous les travaux issus de cette journée soient suivis d'effets,

ceci conformément à la volonté même du Ministre. En effet, ce partenariat se déclinera par des actions concrètes tant auprès de la profession que de la population. Dans cet esprit, l'UFSBD sera officiellement mandatée au niveau ministériel comme étant le partenaire de l'INCA pour mener à bien cette politique.

Cela sera ma conclusion : le chirurgien-dentiste doit être un acteur de la lutte contre le cancer. Je vous remercie !

*Professeur Claude JEANDEL*

#### **IV - Les cancers bucco-dentaires en France**

---

Vous avez déjà à l'esprit les éléments démographiques nécessaires, tandis que les données épidémiologiques vous seront présentées dans quelques instants. Dans ces conditions, il ne me paraît pas utile de rappeler l'incidence et la prévalence des cancers bucco-dentaires. Ceux-ci doivent être considérés comme un véritable enjeu de santé publique car ils sont non seulement fréquents mais ils sont aussi grevés d'un pronostic sévère : en effet, on estime que, dans ce domaine, le taux de survie à cinq ans n'est que de 30 %.

Dans ce contexte, il est indispensable de trouver les meilleures stratégies de lutte contre ces pathologies. Ces stratégies doivent s'inscrire dans le Plan Cancer. Je rappelle que ce dernier a défini un certain nombre d'orientations prioritaires. Celles-ci visent notamment à optimiser le dépistage des cancers en général, en particulier des cancers bucco-dentaires. Ceux-ci occupent la cinquième place parmi ces pathologies en France (après les cancers du sein, de la prostate, de l'appareil digestif et des poumons). En outre, on observe aujourd'hui une prédominance masculine à ce niveau. Cependant, celle-ci sera peut-être moins affirmée demain, avec les modifications du comportement des femmes à l'égard des facteurs de risque (notamment le tabac). Néanmoins, elles sont encore loin d'avoir rattrapé leur retard en la matière : en effet, on compte actuellement une femme atteinte de ce type de cancers pour cinq hommes.

Ces cancers, qui sont imputables à l'alcool et au tabac, touchent des personnes qui évoluent la plupart du temps dans un contexte socio-économique défavorisé, ce qui rend plus difficile leur dépistage. En effet, ce public consulte très peu, qu'il s'agisse des médecins ou des chirurgiens-dentistes. Par conséquent, nous devons imaginer de nouvelles stratégies afin d'atteindre ces personnes qui ne sont pas dans le système de santé et qui se trouvent dans un état de précarité à la fois sociale et sanitaire.

C'est d'ailleurs l'une des priorités retenues par l'UFSBD et le haut conseil de santé bucco-dentaire que j'ai l'honneur de présider. Cette priorité est déjà mentionnée dans les propositions soumises au Ministère pour le dépistage et la prévention bucco-dentaires. On sait en effet que la prévention et la prise en charge des complications buccales du cancer et de son traitement améliorent la fonction buccale et la qualité de vie et qu'elles réduisent les coûts ainsi que la morbidité.

#### **IV - Les rôles du chirurgien-dentiste**

---

Le chirurgien-dentiste ou, devrais-je dire, l'odontologiste intervient dans le dépistage, la prévention et l'information, la désaccoutumance aux facteurs de risque (notamment auprès des jeunes générations). Il peut participer à l'annonce du diagnostic (celle-ci étant souvent partagée par plusieurs partenaires). Il devrait intervenir dans les choix thérapeutiques à condition d'organiser au mieux son rôle aux côtés de l'oncologue, du chimiothérapeute, du radiothérapeute et du médecin traitant. Or nous devons certainement accomplir des progrès dans ce domaine. Nos débats ne manqueront sans doute pas d'évoquer cette question.

De plus, le chirurgien-dentiste a également vocation à préparer la chirurgie carcinologique et la mise en état buccale. Il doit prévenir et prendre en charge les séquelles chirurgicales, assurer un suivi carcinologique mais également l'encadrement de la radiothérapie et de la chimiothérapie.

Ces missions sont très vastes, à tel point que l'on est en droit de se demander si les chirurgiens-dentistes seront en mesure de les assumer toutes. Sont-ils assez nombreux face à l'ampleur de la tâche ? Là encore, c'est peut-être l'un des points que nos débats devront examiner.

Dans ce contexte, nous devons optimiser nos actions : autrement dit, faire mieux à moyens constants. Ceci implique une meilleure coordination du soin, un partage des rôles voire le transfert d'une partie d'entre eux.

#### **IV - Comment situer l'odontologiste dans ces enjeux ?**

---

Cette journée nous permettra peut-être de répondre à une telle question. A cet égard, une enquête canadienne a démontré que, dans un pays où la prévention est pourtant largement assurée, la place du chirurgien-dentiste dans la prise en charge des cancers bucco-dentaires est loin d'être satisfaisante. On constate indiscutablement un manque de relations entre les odontologistes et les centres anticancéreux. Il y a donc probablement des travaux à réaliser en la matière au Canada et nous pourrons ensuite nous en inspirer.

Nous avons aussi vocation à travailler avec la médecine du travail. En effet, c'est peut-être par ce biais que nous pourrons identifier les sujets à risque, sachant que ceux-ci ne consultent que très rarement la médecine de ville.

A l'issue de cette journée, nous émettrons un certain nombre de recommandations. Je remercie d'ores et déjà l'UFSBD et Patrick Hescot d'avoir pris l'initiative d'organiser ce colloque. J'espère que celui-ci tiendra ses objectifs et nous permettra d'établir les premières bases de notre réflexion.



**LE CHIRURGIEN-DENTISTE :  
UN ACTEUR DE LA LUTTE  
CONTRE LE CANCER**

*1<sup>ère</sup> partie*



# EPIDÉMIOLOGIE DES CANCERS BUCCAUX

par le **DOCTEUR FRANÇOIS MENEGOZ**

*Directeur du Registre des Cancers de l'Isère,  
membre de FRANCIM et de l'INVS*

**J**e suis heureux de pouvoir vous présenter aujourd'hui les résultats des travaux du réseau FRANCIM. Ce réseau a notamment pour objectif d'établir pour la France des estimations d'incidence et de fréquence des cancers.

## I - Un constat

---

En 2000, on a recensé environ 15 300 nouveaux cancers de la bouche, de la lèvre et du pharynx. En regard de ce chiffre, il convient de rappeler que 40 000 chirurgiens-dentistes sont en activité sur le territoire national. La question qui en découle émerge d'elle-même : moyennant des conditions favorables au dépistage (existence de lésions précancéreuses visibles et accessibles, traitements efficaces...) le chirurgien-dentiste pourrait-il jouer un rôle dans la détection précoce de ces cancers et contribuer ainsi à la lutte contre ces pathologies ?

Après avis d'expert, on admet que, dans sa pratique, le chirurgien-dentiste a accès aux sites anatomiques suivants :

- la lèvre (vermillon et partie endo-buccale) ;
- la partie mobile de la langue (à l'exclusion de la base de la langue, une région où, si les cancers sont fréquents, ils ne sont pas visibles d'emblée par le chirurgien-dentiste) ;
- les gencives ;
- le plancher buccal ;
- le palais (avec sa partie solide, son voile et la luette) ;
- les muqueuses des joues ;
- les amygdales (qui représentent un site important en matière de cancer).

Les registres des cancers permettent précisément d'évaluer la répartition de ces pathologies entre ces différentes localisations.

## II - Les registres des cancers

---

### ■ Leur mode de fonctionnement

Ces registres constituent des structures administratives et médicales permanentes qui collectent l'information sur les cancers qui apparaissent chaque année dans une zone déterminée, en général au niveau d'un département. Leurs correspondants sont les médecins de ce département qui leur signalent tous les cas qu'ils sont amenés à diagnostiquer ou à prendre en charge sur le plan thérapeutique.

En particulier, les registres s'appuient sur :

- les laboratoires d'anatomo-pathologie, qui ont l'avantage de concentrer une information fiable ;
- les départements de l'information médicale (DIM) des cliniques et des hôpitaux ;
- le service médical des Caisses d'Assurance Maladie ;
- les médecins oncologues, les chirurgiens, les spécialistes d'organes et les autres médecins traitants.

## ■ Leur localisation

Ces registres se répartissent dans la plupart des régions de France. Historiquement, les premiers d'entre eux ont vu le jour dans l'est de notre pays. A l'inverse, les registres de la façade Atlantique (Loire-Atlantique, Vendée, Gironde) sont d'implantation plus récente.

Ces registres peuvent être généraux : ils ont alors pour mission de collecter l'information sur tous les cancers. De leur côté, les registres dit « spécialisés » se focalisent sur des pathologies particulières. Par exemple, le registre de la Gironde se concentre sur les cancers hématologiques et du système nerveux central. Enfin, plusieurs registres régionaux spécialisés ont été créés, comme ceux des régions PACA et Lorraine qui suivent les cancers de l'enfant.

## ■ Les données produites par ces registres

Les registres permettent naturellement de dénombrer les cas de cancers. Ces dénombrements sont ensuite exprimés en termes de taux d'incidence : on rapporte ainsi le nombre de cas constatés à la population surveillée par le registre. Ces taux se déclinent également par tranche d'âge, sexe, zone géographique et par année d'incidence.

Ces données sont utilisées pour divers travaux :

- des études de tendances ;
- des comparaisons géographiques (notamment entre le Nord et le Sud de la France) ;
- la surveillance de populations considérées à risque (par exemple, les ouvriers de la chimie) ;
- la recherche de nouveaux facteurs de risque (notamment au niveau des incinérateurs d'ordures ménagères qui produisent de la dioxine et peuvent potentiellement entraîner des risques de cancer).

Le réseau FRANCIM réalise une partie de ces travaux à son initiative mais en conduit aussi en partenariat avec l'INVS et l'INSERM.

Aujourd'hui, ces registres ne couvrent que 13 % du territoire. Cependant, par des procédures de calculs, nous sommes en mesure d'en extrapoler des estimations nationales.

## III - Estimation de l'incidence des cancers en France

---

### ■ Données générales

En 2000, on estime à 161 000 le nombre de nouvelles tumeurs malignes chez l'homme, soit une incidence de 564 cas pour 100 000. A la même période, le chiffre pour les femmes est de 117 000, soit une incidence de 388 pour 100 000.

En revanche, nous n'avons pas produit en routine de chiffres sur les pathologies de la cavité buccale. Les seules données jusqu'à présent disponibles concernent le groupe Lèvre, Bouche et Pharynx (LBP). A ce niveau, en 2000, on a estimé à 12 990 cas les cancers LBP pour l'homme (soit un taux d'incidence de 45,6 pour 100 000) et à 2 998 pour la femme (soit une incidence de 7,9 pour 100 000).

### ■ Incidence des cancers de la bouche « dépistables »

En France, en 2000, on a estimé à 6 221 le nombre de cancers de la bouche dépistables chez l'homme, ce qui représente un taux d'incidence brut de 21,7 pour 100 000. Dans ce domaine, les taux d'incidence dits ajustés s'élèvent à 20,8 pour l'Europe et à 15,2 pour l'ensemble du monde. Ces indicateurs épidémiologiques sont particulièrement intéressants dans la mesure où ils permettent des comparaisons entre des populations différentes (par exemple, d'un pays à l'autre). Ces comparaisons sont ajustées en fonction des différences qui peuvent exister dans les structures d'âge des populations comparées. Enfin, le taux d'incidence cumulé sur la population âgée de 0 à 75 ans se situait en 2000 à 1,81 % : en d'autres termes, 1,81 % des hommes de notre pays sont susceptibles de développer un cancer de la bouche dépistable avant d'atteindre l'âge de 75 ans.

Les chiffres pour le sexe féminin sont nettement moins élevés. On a en effet estimé à 1 484 le nombre de cancers de ce type chez la femme en 2000, soit un taux d'incidence brut de 4,9 pour 100 000. A la même date, le taux d'incidence cumulé sur la population de 0 à 75 ans s'établissait à 0,31 %.

En termes de localisation, les cancers dépistables les plus nombreux sont en ordre décroissant ceux de l'amygdale (28,5 %), du plancher buccal (20,2 %) et de la langue mobile (19,3 %). C'est évidemment une réalité

qu'il conviendra de prendre en compte lors de la formation des chirurgiens-dentistes au dépistage de cancers dans la cavité buccale.

### ■ Les tendances récentes

Dans notre pays, les statistiques font apparaître chez l'homme une baisse de l'incidence du cancer de la bouche et une diminution concomitante de la mortalité due à ces pathologies. En revanche, ces deux indicateurs (notamment le taux d'incidence) sont en augmentation chez les femmes. On peut légitimement évoquer l'impact du tabac et de l'alcool dans cette progression du taux d'incidence féminin. Certes, cet impact n'est pas encore avéré pour ce qui concerne la mortalité. Cependant, mieux vaut prévenir que guérir. Nous devons donc prévenir les femmes de notre pays et les avertir des risques qu'elles doivent cesser de prendre.

La diminution de la mortalité masculine consécutive à des cancers de la bouche constitue une tendance récente. En effet, pendant une longue période jusqu'au début des années 80, les décès dus à ces pathologies ont régulièrement augmenté et ce n'est qu'à partir de 1982 que ceux-ci ont amorcé leur recul.

Pour situer l'importance des cancers buccaux par rapport aux autres cancers chez l'homme, il me semble là encore utile de rappeler quelques chiffres. En France, en l'an 2000, les estimations faites par FRANCIM sont de 40 300 cancers de la prostate, 23 000 cancers des poumons 19 000 cancers colorectaux et 8 980 cancers de la vessie. Les cancers de la bouche accessibles à un dépistage sont au nombre de 6220, soit en 5ème position.

### ■ Des cancers corrélés à l'âge

Comme la plupart des cancers, les cancers buccaux sont très largement corrélés à l'âge. En particulier, ils se manifestent très rarement avant 35 ans. Les taux d'incidence commencent à augmenter à partir de 40 ans, tandis qu'ils atteignent leur maximum entre 65 et 70 ans. Les mêmes constats valent aussi pour les femmes, mais avec des chiffres beaucoup plus bas.

### ■ L'incidence par zones géographiques

On constate non sans surprise que, dans ce domaine, tous les départements français ne sont pas logés à la même enseigne. En effet, ce sont des départements situés dans le Nord de la France (Somme, Calvados, Bas-Rhin, Manche) qui présentent les risques les plus élevés, et ce risque est sensiblement plus faible à mesure que l'on se rapproche des départements du sud.

Au niveau européen, les bases de données disponibles (EUROCIM) montrent que la France se situe au premier rang pour les cancers buccaux dépistables, précédant de peu la Slovaquie et l'Espagne. Les autres pays européens font apparaître un taux d'incidence aux alentours de 10 pour 100 000. C'est l'Angleterre qui affiche l'incidence la plus faible : 4,8/100 000.

## IV - Conclusions

---

Les cancers de la bouche situés en avant du V buccal et visibles par le chirurgien-dentiste ont une incidence élevée en France.

Les thérapeutiques sont cependant efficaces : à l'exception des tumeurs du plancher de la bouche qui présentent un diagnostic très sévère, on constate pour ces pathologies un taux de survie relative à cinq ans qui oscille entre 39 et 45 % selon les localisations. De plus, les tumeurs sont souvent précédées de lésions pré-tumorales, elles-mêmes accessibles à certaines formes de traitement.

Dans ces conditions, on est en droit d'envisager une campagne de dépistage systématique de ces cancers. Cette campagne devrait-elle être à l'image de ce qui se pratique pour le cancer du sein ou du colon ? Pour ma part, je ne suis pas certain que l'on se trouve dans un cas de figure qui nous oriente vers ce type de dépistages. En revanche, le chirurgien-dentiste me semble avoir un rôle à jouer dans le diagnostic précoce de ces tumeurs. En lien avec les autres professions médicales, il doit faire en sorte que les cancers soient pris en charge beaucoup plus en amont qu'ils ne le sont aujourd'hui. Une telle démarche ne pourra être bénéfique à l'ensemble de la population.



# LES FACTEURS DE RISQUE DES CANCERS QUELS SONT-ILS ? QUEL RÔLE PEUT JOUER LE CHIRURGIEN-DENTISTE ?

par le **DOCTEUR MARTA BALINSKA**

*Responsable Programmes Alcool et Risques infectieux, INCA*

## I - Les principaux risques pour les cancers de la cavité buccale : le tabac et l'alcool

---

Les cancers de la cavité buccale sont en diminution chez l'homme mais en progression chez la femme. A cet égard, plusieurs études ont montré qu'une augmentation de la consommation d'alcool, même si elle s'accompagnait d'une stabilité de la consommation du tabac, induisait une recrudescence du nombre de ces cancers.

### ■ Des risques transversaux

Les principaux facteurs de risque pour les cancers bucco-dentaires – tabac et alcool – sont aussi des facteurs de risque majeurs pour d'autres cancers et maladies. Dans ces conditions, le rôle de prévention que peut jouer un chirurgien-dentiste va au-delà de son seul domaine de spécialisation.

L'alcool et le tabac agissent individuellement sur le risque de cancer. Cependant, leurs effets ne sont pas additionnels mais se multiplient. Par ailleurs, il me semble utile de rappeler que le tabagisme est la première cause connue de décès par cancer dans le monde. De plus, si l'on parvient à agir sur l'un de ces deux facteurs, on peut réduire le risque d'apparition de ces cancers.

### ■ L'impact sanitaire du tabagisme

Le tabac peut entraîner des cancers au niveau des poumons, du larynx, du pancréas, des reins et de la vessie. Le tabagisme passif constitue également un facteur de risque avéré pour le cancer du poumon et du larynx. En outre, le tabac représente un co-facteur de risque pour les cancers du col utérin et de l'intestin.

Dans une moindre mesure, le tabac peut aboutir à des cancers de l'estomac, du foie et du nez ainsi qu'à des cas de leucémie myéloïde. Associé à l'alcool, il peut susciter des cancers de la cavité buccale et de l'œsophage. Enfin, la consommation de tabac non fumé constitue un risque de cancer de la tête et du cou.

Les études sur ces risques sont déjà relativement anciennes. En particulier, dès 1981, Sir Richard Doll a mené une étude montrant l'impact de la consommation de tabac et d'alcool sur l'incidence des cancers de l'œsophage. Malheureusement, cette connaissance reste très peu répandue dans la population générale.

Il me paraît également important de souligner qu'aucune cigarette n'est sans risque. Le fait de fumer des cigarettes « lights » ne diminue ni l'absorption des éléments toxiques ni les propriétés d'addiction. En effet, diverses études ont démontré qu'inconsciemment, le fumeur a toujours tendance à inhaler la proportion de nicotine dont il a besoin. De leur côté, le cigare et la pipe comportent un risque de cancers bucco-dentaires encore plus grand que la cigarette.

### ■ Rappel sur l'alcool

#### → Données générales

La consommation d'alcool est considérée comme cancérigène, bien que l'on n'en comprenne pas parfaitement les mécanismes. Dans les pays industrialisés, notamment en France, l'évolution des cancers bucco-dentaires semble être en corrélation avec des changements de mode de consommation. A cet égard, on s'est limité pendant longtemps à mesurer la consommation par habitant et par an. Or on commence à constater que le fait de

boire plus ou moins à une occasion donnée, le type d'alcool consommé, sa température, la nourriture à laquelle il est associé ont tous un impact sur le potentiel de cancérogenèse.

Au-delà des facteurs génétiques, les principaux facteurs de risques établis pour la cancérogenèse associée à l'alcool sont :

- pour les cancers des voies aérodigestives supérieures : le tabac, une mauvaise hygiène bucco-dentaire et la consommation de boissons à très forte concentration alcoolique ;
- pour le cancer du foie : la cirrhose et les hépatites B et C ;
- pour les cancers colorectaux : le syndrome du côlon irritable, la présence de polypes et la consommation insuffisante de folates ;
- pour le cancer du sein : des concentrations élevées d'œstradiol.

S'agissant de cette dernière pathologie, il est intéressant de remarquer que l'alcool semble aujourd'hui l'un des seuls risques sur lesquels on pourrait agir.

En 1995, à l'échelle de l'Europe des Quinze, seuls 3 % des cancers du sein étaient attribuables à l'alcool mais numériquement cela implique beaucoup de cas. Par ailleurs, cette consommation a des effets non négligeables sur l'incidence des cancers du pharynx, de l'œsophage, du foie et du larynx.

#### → **Les particularités françaises**

La France (notamment dans sa partie Nord) constitue une des régions du monde qui présentent la plus forte incidence pour les cas de cancers des voies aérodigestives supérieures. L'une des explications avancées par les études renvoie au type de boisson consommée. Dans une étude, la consommation de calvados chaud était à l'origine de deux tiers des disparités régionales, alors que l'alcool seul n'en expliquait qu'un tiers.

#### → **Les effets synergiques du tabac et de l'alcool**

Plusieurs études ont montré que, si le niveau de tabagisme d'une population reste stable mais que le niveau de consommation d'alcool augmente, on observera une progression de l'incidence des cancers bucco-dentaires plus importante que pour tous les autres cancers des voies aérodigestives supérieures.

Par ailleurs il semblerait que les modes de consommation de l'alcool, en particulier chez les jeunes, soient en passe d'évoluer sous l'effet de la stratégie de marketing mise en œuvre par les producteurs. En effet, ceux-ci mettent en avant de nouveaux types de boissons alcoolisées, telles que les pré-mixes et les cocktails. Dès lors, les jeunes constituent une cible privilégiée pour ces alcooliers de même que pour l'industrie du tabac. Ils représentent donc une population avec un potentiel de risques extrêmement important.

## **II - Les efforts pour limiter le tabagisme et la consommation excessive d'alcool**

---

### **■ Quelle est l'utilité de la prévention secondaire ?**

La prévention secondaire s'adresse aux patients qui sont déjà consommateurs de tabac et d'alcool et cherche à les convaincre de réduire cette consommation. A cet égard, on sait que l'arrêt du tabagisme réduit considérablement le risque des cancers associés : même après un laps de temps relativement court, on constate en effet une baisse marquée de ce type de risques. On observe également que l'augmentation du risque de cancers est liée de façon linéaire à la consommation de tabac. De plus, les consommations de tabac et d'alcool étant souvent associées, une réduction de ces risques est possible même par une action partielle. Par exemple, si un patient accepte de réduire sa consommation d'alcool sans modifier ses habitudes de fumeur, on aura déjà réduit son risque de développer un cancer des voies aérodigestives supérieures.

### **■ Comment limiter la consommation de tabac ?**

#### → **L'influence de l'industrie du tabac**

L'industrie du tabac cible plus particulièrement les jeunes, les femmes et les défavorisés, dans la mesure où les uns et les autres constituent des populations psychologiquement vulnérables. Elle développe à ce niveau des stratégies extrêmement habiles et subtiles, notamment par des actions de publicité hors médias. De cette manière, cette industrie lutte contre la dénormalisation, la dénonçant comme une atteinte à la liberté individuelle ou l'assimilant à l'intervention d'une « police sanitaire ». Parallèlement, elle bafoue l'éthique scientifique. Par exemple, on a récemment découvert qu'un professeur de l'université de Genève, qui avait partie liée avec l'un des principaux producteurs de tabac, avait faussé pendant des années les résultats de certaines études toxicologiques. Enfin, cette industrie va même jusqu'à infiltrer des organisations de lutte contre le tabac, comme l'OMS.

### → **Comment répondre à cette influence ?**

Nous devons répondre à l'influence de cette industrie en poursuivant nos efforts en matière de prévention individuelle (au niveau du patient). D'où l'importance du rôle du médecin généraliste et du chirurgien-dentiste. En ce qui concerne la prévention collective, les acteurs de la santé publique et les pouvoirs publics doivent aussi renforcer la dénormalisation par des mesures législatives et réglementaires.

### → **Comment aider à l'arrêt du tabagisme ?**

Le sevrage tabagique est un exercice difficile. Il suppose en effet la perte de certaines habitudes et la capacité de surmonter une dépendance physiologique. Néanmoins, selon les enquêtes, environ 70 % des fumeurs souhaiteraient arrêter de fumer et ont déjà essayé de le faire au cours de leur vie. Malheureusement, peu d'entre eux y parviennent. En outre, les traitements substitutifs seraient utilisés au niveau mondial par un cinquième des fumeurs. Pourtant, ces traitements rencontrent un grand succès et peuvent permettre à des fumeurs même fortement dépendants d'abandonner la cigarette.

### → **La convention-cadre de lutte anti-tabac mise en place par l'OMS**

La Convention-cadre de lutte anti-tabac (CCLAT) est entrée en vigueur le 27 février 2005. Elle représente le premier traité international de santé publique et le premier instrument juridique pour lutter contre un facteur de risque. Elle constitue donc un outil potentiellement puissant.

Au 6 octobre 2005, 87 pays l'avaient ratifiée tandis que 168 avaient signé ce document.

L'objectif de cette convention consiste à « *protéger les générations présentes et futures des effets sanitaires, sociaux, environnementaux et économiques dévastateurs de la consommation de tabac et de l'exposition à la fumée du tabac en offrant un cadre pour la mise en œuvre de mesures de lutte anti-tabac par les Parties aux niveaux national, régional, international, en vue de réduire régulièrement et notablement la prévalence du tabagisme et l'exposition à la fumée du tabac.* »

Elle comprend deux articles qui nous concernent plus particulièrement :

- l'article 12 sur l'éducation, la communication, la formation et la sensibilisation du public ;
- l'article 14 sur les mesures visant à réduire la dépendance à l'égard du tabac et à favoriser le sevrage tabagique.

## ■ **Comment limiter la consommation excessive d'alcool ?**

### → **Les obstacles à cette démarche**

Dans ce domaine, nous nous heurtons à deux difficultés majeures :

#### ● **Σ Etablir la différence entre l'alcoolisme et la consommation excessive d'alcool**

Les normes de l'OMS définissent la consommation excessive d'alcool à partir de l'équivalent de trois verres de vin par jour pour l'homme et de deux verres pour la femme. Cependant, on constate une augmentation de l'incidence du cancer de sein chez les femmes qui consomment quotidiennement l'équivalent d'un verre de vin.

#### ● **Σ L'effet éventuellement bénéfique de l'alcool sur la prévention des maladies cardiovasculaires et la perception de cet effet dans la population générale**

Il convient de préciser que toutes les études ne reconnaissent pas cet effet supposé bénéfique. Par ailleurs, dès le XIX<sup>ème</sup> siècle, on a mis en avant le vin rouge comme un alcool « sain ». On voit donc que cette conviction a aussi de profondes racines culturelles.

### → **Les différences entre les problématiques de l'alcool et du tabac**

Alors que la lutte contre le tabac vise une consommation zéro, les risques liés à la consommation d'alcool dépendent :

- du type d'alcool ;
- du mode de consommation (chaud, avec ou sans repas, aliments associés à la boisson) ;
- de la quantité bue ;
- de la fréquence de la prise de boissons ;
- de l'âge et du sexe du consommateur.

La quasi-totalité des fumeurs (environ 95 % d'entre eux) développe une dépendance vis-à-vis du tabac alors que seule une minorité de buveurs (peut-être 5 %) en acquiert une vis-à-vis de l'alcool. En outre, le tabagisme passif ne trouve pas d'équivalent dans le domaine de l'alcool, sauf pour ce qui concerne la prise du volant. De plus, l'alcoolisme fait l'objet d'une forte stigmatisation : c'est pour cela qu'il est essentiel, mais aussi très difficile, de différencier entre consommation excessive d'alcool et alcoolisme.

Enfin, l'alcool, et le vin en particulier, s'inscrivent dans une longue tradition artisanale et culinaire en France.

→ **Les parallèles entre les deux problématiques**

Certains industriels de l'alcool ciblent les jeunes et les femmes au travers de boissons extrêmement sucrées au goût de fruits (pré-mixes...) de sorte que ces consommateurs absorbent de manière imperceptible de fortes quantités d'alcool tout en développant une certaine dépendance.

La « réponse » à cette situation doit s'inspirer de celle déjà mise en œuvre pour le tabac : elle doit donc être réglementaire et fiscale. En effet moins l'alcool et le tabac seront accessibles en termes de prix, de points de vente (heures d'ouverture...), moins on les consommera.

### **III - Quel peut être le rôle du chirurgien-dentiste ?**

---

Le chirurgien-dentiste peut jouer un rôle central dans le système de santé. En termes de prévention primaire, il doit attirer l'attention du patient sur l'existence d'un risque évitable, contrôlable (pour l'alcool) et modifiable (car pouvant être réduit). Il peut mettre à sa disposition, directement et indirectement, l'information nécessaire pour que celui-ci se forge sa propre opinion. En outre, il peut l'orienter vers des structures adaptées.

### **IV - Quels messages de prévention délivrer ?**

---

Les messages de base que l'on doit diffuser dans ce domaine s'articulent autour des notions suivantes :

- zéro tabac ;
- pas de consommation « excessive » d'alcool ;
- l'importance des fruits et légumes dans la nutrition et la nécessité de réduire les apports des aliments sucrés et gras ;
- l'importance de l'exercice physique ;
- la possibilité d'une exposition passée à l'hépatite C et le statut vaccinal contre l'hépatite B.

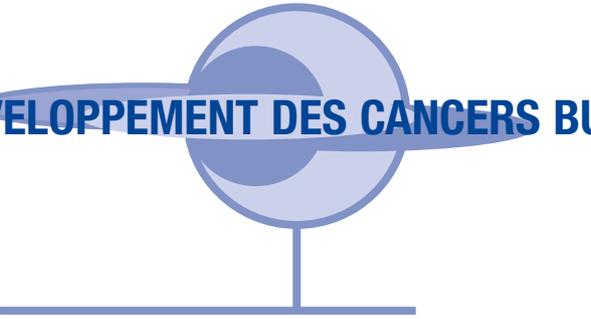
Sur ce dernier point, une récente étude de l'Institut de veille sanitaire sur la prévalence des hépatites B et C montre qu'environ 0,84 % de la population présentent des anticorps du VHC (plus de 1 % des femmes contre environ 0,7 % des hommes), ce qui signifie que près de 367 000 personnes sont touchées par ce virus dans notre pays. Or seuls 58 % d'entre elles connaissent leur statut. Par ailleurs, plus de 0,6 % des Français sont porteurs de l'antigène du virus de l'hépatite B, ce qui représente plus de 280 000 personnes, alors que la couverture vaccinale serait autour de 40 %. Il convient donc de ne pas négliger ces facteurs de risque. De surcroît, ils interagissent avec la consommation d'alcool et, dans une moindre mesure, de tabac.

### **V - L'accord-cadre signé par l'UFSBD et l'INCA.**

---

Les professionnels de santé bucco-dentaire représentent un relais essentiel vers les patients. C'est pourquoi l'UFSBD et l'INCA ont conclu un accord-cadre qui prévoit :

- des échanges auprès des pouvoirs publics sur des projets d'intervention en termes de prévention ;
- la recherche de synergies en matière d'expertise technique et scientifique, sur la connaissance du terrain, la formation et la diffusion d'informations ;
- la mise en œuvre conjointe d'actions sur le terrain.



# NATURE ET DÉVELOPPEMENT DES CANCERS BUCCAUX

par le **DOCTEUR ROGER A. MONTEIL**

*Professeur Emérite, Université et CHU de Nice*

**A**u cours des trente dernières années, le taux de survie à cinq ans pour les cancers de la bouche a malheureusement peu progressé. Cette faible évolution, en dépit des progrès de l'anesthésie, de la chirurgie, de la radiothérapie et de la chimiothérapie, est essentiellement due à un diagnostic tardif, entraînant une prise en charge à des stades avancés de la maladie.

Pendant cet exposé, je me propose de vous montrer pourquoi les chirurgiens-dentistes se trouvent dans une situation stratégique pour effectuer un diagnostic précoce de ces cancers. Nous verrons, tout d'abord, quelles sont les caractéristiques communes aux cancers de la bouche et au cancer en général. Puis, nous examinerons les caractéristiques génétiques, anatomo-pathologiques et cliniques des cancers buccaux. Enfin, nous analyserons pourquoi ces spécificités placent les chirurgiens-dentistes dans cette position particulièrement favorable au diagnostic précoce de ces tumeurs malignes.

## **I - Les caractéristiques communes des cancers**

---

Le cancer, d'un point de vue général, est une maladie génétique qui est exprimée par les cellules somatiques. Néanmoins, pour qu'il y ait développement d'un cancer, une seule mutation génique n'est pas suffisante. Le développement d'une tumeur maligne n'intervient qu'en présence d'une accumulation séquentielle de mutations. C'est pourquoi un cancer, qu'il concerne la cavité buccale ou un autre organe, est multifactoriel. De ce fait, plusieurs gènes et même plusieurs chromosomes sont concernés. Ceci implique que, selon le type de cancer et selon les organes, chaque cancer possède son propre protocole de développement, d'où le concept de « voie génétique » spécifique.

Au cours du développement d'un cancer, certains gènes sont plus fréquemment mutés. On peut citer en particulier : les oncogènes, les gènes contrôlant l'activation et la métabolisation des xénobiotiques, les gènes suppresseurs de tumeurs, dont je vais vous parler tout de suite, ainsi que les gènes de réparation et gènes mutateurs. Cependant, d'autres types de gènes sont concernés et un grand nombre d'événements génétiques interviennent, lors du développement d'un cancer. Parmi ces événements, je vous parlerai de la ploïdie et de la perte d'hétérozygotie.

Les gènes suppresseurs de tumeurs codent pour une protéine elle-même suppresseur de tumeurs. En présence du gène normal, c'est-à-dire non muté, on constate une action anti-proliférative de la protéine. Au contraire, en présence du gène altéré, on observe une perte de cette action et, dans certaines conditions, le gain d'une action opposée.

Le gène suppresseur de tumeurs P53 est le gène le plus fréquemment muté dans les cancers humains ; il est situé sur le chromosome 17, dont je reparlerai à propos de la perte d'hétérozygotie. Il code la phosphoprotéine p53, dite sauvage lorsqu'elle est normale. La protéine p53 sauvage est qualifiée de « gardienne » du génome, car elle possède deux propriétés importantes pour la protection contre le développement du cancer. Sa première propriété est d'arrêter le cycle cellulaire, afin de permettre les réparations de l'ADN lorsque celui-ci est lésé. La seconde propriété intervient lorsque l'ADN est trop altéré pour être réparé ; la protéine p53 provoque alors la mort des cellules concernées par apoptose, avant que les anomalies de l'ADN soient répliquées et conduisent à l'appa-

rition de clones de cellules malignes. Sur ce diagramme, nous voyons que les mutations du gène P53 interviennent dans les cancers d'un grand nombre d'organes, en particulier ceux de la tête et du cou et de la cavité buccale.

## **II - Les caractéristiques particulières des cancers de la cavité buccale**

### **■ Les principaux facteurs de risque**

Les principaux facteurs de risque pour les cancers de la bouche sont : le tabagisme, l'éthylisme, le tabagisme multiplié l'éthylisme, car ces facteurs ne s'additionnent pas mais se multiplient, la présence de pré-cancérose, la chique de tabac, actuellement peu fréquente en France excepté chez les populations en provenance du Maghreb, et la chique de bétel additionnée de tabac, d'une utilisation rarissime dans notre pays où elle est limitée à quelques immigrants venant en particulier du continent Indien.

### **■ Le développement des cancers de la bouche chez les fumeurs**

Chez les fumeurs, les mutations du gène suppresseur de tumeurs P53 sont multipliées par six. Par ailleurs, l'aérosol composant la fumée du tabac comprend 4 000 substances chimiques différentes. Parmi ces substances chimiques, on compte de nombreux carcinogènes. L'un d'entre eux a été plus particulièrement étudié en raison de sa nocivité : le benzo(a)pyrène.

Lors du tabagisme, les cellules des muqueuses buccales sont directement exposées aux mutagènes de la fumée du tabac, dont le benzo(a)pyrène. Au niveau intracellulaire, ce dernier subit une activation et devient du benzo(a)pyrène diol-époxyde (BaPDE). Or, le BaPDE a la propriété de constituer des adduits avec l'ADN. Ces adduits sont des composés biochimiques très stables et extrêmement actifs. Ils vont provoquer des mutations irréversibles du gène suppresseur de tumeurs P53. Chez les fumeurs, dans des cellules qui composent la muqueuse buccale, on observe donc une mutation de ce gène ; ce qui entraîne une absence de production de la protéine p53 sauvage et une production de p53 mutée.

Résumons cette séquence d'une voie génétique des cancers de la bouche : les xénobiotiques du tabac, dont le benzo(a)pyrène, produisent avec l'ADN des adduits qui vont ensuite induire une succession d'événements génétiques, participant au développement de cancers de la bouche. Mais il ne s'agit que d'une séquence, puisque tout cancer est multifactoriel.

Il est important de souligner que les décès par cancers de la bouche, dus au tabac, ne sont pas anecdotiques même s'ils ne sont pas aussi nombreux que pour le poumon. Pour l'ensemble anatomique bouche, pharynx, larynx et œsophage, 61 % des décès par cancer sont imputables au tabac pour les hommes, et 18 % pour les femmes ; soit, au total, près de 11 000 décès par an.

### **■ Les caractéristiques spécifiques qui placent les chirurgiens-dentistes dans une situation privilégiée pour effectuer un diagnostic précoce**

#### **→ Le tissu à partir duquel se développent les cancers buccaux**

Si, 96 % des cancers de la bouche sont des carcinomes, 91 % d'entre eux sont des carcinomes épidermoïdes, précédemment appelés épithélioma malpighiens. Ceux-ci se développent à partir de l'épithélium de revêtement, couche la plus superficielle des muqueuses et de la peau. Ce tissu donne naissance à une prolifération épithéliale maligne, endophytique (en profondeur). Le développement est initialement localement invasif puis localement destructeur, parfois largement, avant de produire, éventuellement, des métastases régionales au niveau des ganglions cervicaux, puis des métastases à distance dans divers organes, particulièrement les poumons. C'est par ce processus, ainsi que par les complications systémiques qui en résultent, qu'en l'absence de traitement, le carcinome épidermoïde de la bouche est une maladie létale. Néanmoins, bien qu'infiniment plus rares, d'autres types histologiques de cancer de la bouche existent : tumeurs malignes des glandes salivaires, lymphomes, sarcomes, métastases, mélanomes et tumeurs odontogènes malignes.

Parallèlement à sa prolifération endophytique, l'épithélium de la muqueuse buccale présente une légère croissance exophytique. De ce fait, apparaît une lésion visible à l'observation directe par le praticien, sans préparation ; ce qui constitue un « avantage » majeur du carcinome épidermoïde de la bouche par rapport à d'autres cancers, se développant dans la profondeur des organes. L'image clinique que je vous présente à titre d'exemple, illustre la croissance exophytique de l'épithélium sous la forme d'une excroissance ulcérée, sanieuse et néo-vascularisée dont les caractéristiques sont bien connues des praticiens.

## → **L'histoire naturelle**

### **Histoire naturelle du développement cellulaire et tissulaire**

La cancérisation de l'épithélium des muqueuses buccales est un phénomène progressif. Au niveau cellulaire et tissulaire, les carcinomes invasifs sont précédés par deux manifestations : des dysplasies de plus en plus sévères puis par un carcinome in situ. Ces manifestations, limitées dans le temps, ne sont observables qu'au microscope à partir de biopsies ; dysplasie et carcinome in situ sont des diagnostics strictement anatomo-pathologiques. Elles sont les témoins d'une transformation maligne en cours et ne constituent pas encore des cancers invasifs ; elles restent limitées à l'épaisseur de l'épithélium au sein duquel elles ont pris naissance. Ces processus ne franchissent pas la membrane basale qui sépare l'épithélium du conjonctif. A ce stade, il n'existe pas d'invasion locale et, a fortiori, pas d'envahissement des tissus environnants. Nous ne sommes encore ici que dans un processus préliminaire conduisant, le plus souvent mais pas toujours, à un carcinome invasif.

Nous pouvons résumer de la façon suivante l'histoire naturelle du développement cellulaire et tissulaire : les événements génétiques, évoqués initialement, induisent au sein de l'épithélium des dysplasies et carcinomes in situ ; ceux-ci représentent une phase de transition, potentielle, entre l'épithélium sain et la prolifération épithéliale (carcinome épidermoïde) invasive.

### **Histoire naturelle du développement clinique**

Parallèlement, le plus souvent, en clinique, on peut observer à la surface de l'épithélium la présence de l'une des formes des pré-cancéroses. Cependant, la littérature fait également état d'un nombre important, mais inconnu, de carcinomes épidermoïdes qui semblent apparaître d'emblée ou de novo. Toutefois, les événements génétiques et à un moindre degré, les événements cellulaires et tissulaires, sont décelés dans les lésions occultes lors du processus de muqueuse condamnée à l'origine des carcinomes épidermoïdes synchrones. Il est donc concevable que ces carcinomes de novo soient en réalité beaucoup moins fréquents qu'il a été supposé. Au niveau de certaines muqueuses composant le « complexe palais mou », où l'épithélium n'est constitué que de quelques couches de cellules, le processus de dysplasies et de carcinome in situ peut être extrêmement bref. De ce fait, le praticien peut ne pas avoir eu le patient en consultation au moment où il présentait une pré-cancérose clinique. Dès lors, il est primordial que les personnes à risque, notamment les tabaco-alcooliques, fassent l'objet d'un suivi rapproché et à long terme.

### **Toutes ces phases préliminaires conduisent-elles à un cancer invasif ?**

Cette question, bien qu'essentielle, trouve encore aujourd'hui peu de réponses.

Tout d'abord, en ce qui concerne les pré-cancéroses diagnostiquées selon des critères cliniques. Après biopsie, l'étude génétique du contenu chromosomique des cellules épithéliales peut y révéler des anomalies de nombre des chromosomes, plus précisément, une aneuploïdie. En cas d'aneuploïdie, il a été montré qu'il existe un risque accru de transformation maligne des pré-cancéroses cliniques. Malheureusement, pour le moment, nous ne disposons pas d'une quantification de ce paramètre, car les publications pertinentes sur ce sujet sont encore rares.

Maintenant, dans les dysplasies ou les carcinomes in situ, diagnostiqués au microscope sur des biopsies, on peut détecter génétiquement des pertes d'hétérozygotie. Lorsque, dans des dysplasies ou des carcinomes in situ, on met en évidence des pertes d'hétérozygotie au niveau des chromosomes 3 et ou 9, le risque d'une transformation maligne en carcinome invasif est multiplié par 3,8. Mais, si ces pertes d'hétérozygotie concernent les chromosomes 3 et ou 9, plus un autre chromosome, en particulier le chromosome 17 porteur du gène P53 suppresseur de tumeurs, le risque de transformation maligne est multiplié par 33.

Il est important de souligner, que toutes ces altérations, potentiellement précurseurs de malignité, sont extrêmement ténues. Pour découvrir ces précurseurs potentiels des carcinomes épidermoïdes invasifs : - l'expression clinique, pour les pré-cancéroses ; - le diagnostic microscopique des dysplasies et des carcinomes in situ, au niveau cellulaire et tissulaire ; - la détection des mutations du gène P53 suppresseur de tumeurs, l'aneuploïdie et la perte d'hétérozygotie, au niveau génétique, il faut les rechercher systématiquement et se montrer extrêmement vigilants.

Actuellement, le diagnostic définitif repose uniquement sur l'anatomie pathologique, d'où la nécessité, incontournable, de pratiquer des biopsies. Aucune autre technique : bleu de toluidine, cyto-brush, UV-light, ne peuvent s'y substituer. Quand aux informations précieuses apportées par la génétique, ce sont des compléments indispensables de l'anatomie pathologique mais qui ne sont pas encore employés en routine. Enfin, en présence d'un diagnostic positif, il faut prendre, rapidement, les décisions thérapeutiques adaptées.

## → **L'anatomie de la bouche**

Il n'est évidemment pas nécessaire d'être placé dans la position privilégiée du chirurgien-dentiste pour diagnostiquer au niveau de la langue un carcinome épidermoïde comme celui qui apparaît sur cette image clinique. Malheureusement, dans cet exemple, le carcinome se situe déjà à un Stade T4, qui nécessite un protocole de traitement complexe comprenant, notamment, une glossectomie partielle sinon totale. Or, un tel acte chirurgical est extrêmement mutilant. De surcroît, quel que soit le protocole de traitement, les espoirs de survie à cinq ans sont très faibles pour un carcinome à ce Stade. Ces lésions tardives représentent précisément ce que nous ne voulons plus voir, lors de nos consultations !

Les carcinomes épidermoïdes de la bouche possèdent des localisations anatomiques de développement préférentielles. Celles-ci sont essentiellement regroupées dans ce que nous appelons le complexe « palais mou », composé : du voile du palais, du palais mou, des zones rétro-molaires et des piliers des amygdales, des bords de la langue, ainsi que du plancher de la cavité buccale. Toutes ces localisations anatomiques ont en commun de posséder un épithélium non kératinisée et ultramine, composé de quelques assises de cellules. De ce fait, les cellules de la couche germinative sont extrêmement accessibles aux xénobiotiques en général et, en particulier, à ceux du tabac et de l'alcool. De plus, en raison de leur faible épaisseur, les phases pré-invasives, dysplasies et carcinomes in situ, y sont très brèves.

En raison de l'anatomie buccale, avec tous ses replis et à cause de la mobilité labiale et linguale, le complexe « palais mou » est peu visible dans le cadre d'un examen non spécialisé. Il convient donc de disposer de conditions d'examen, d'une technique et de matériel appropriés ; ce que l'on retrouve lors de toute consultation chez un chirurgien-dentiste :

- tout d'abord, le patient doit se trouver en decubitus dorsal complet. De sorte que le praticien bénéficie d'une vision directe jusqu'aux zones les plus reculées de la cavité buccale ;
- pour le cancer du foie : la cirrhose et les hépatites B et C ;
- l'éclairage doit être puissant et correctement dirigé pour aller jusqu'au fond de la bouche, pour y illuminer les plus petites lésions ;
- pour autant, cet examen reste extrêmement difficile chez un grand nombre de personnes et suppose par conséquent une technique appropriée, comme celle que nous avons mise en place dans notre Consultation au CHU de Nice. Cette technique d'examen systématique, montrée sur ce schéma, permet en effet de couvrir systématiquement l'ensemble des surfaces muqueuses de la cavité buccale ;
- enfin, il est également indispensable de disposer du matériel adéquat : miroirs, deux, pour écarter les lèvres, les joues et la langue ; de posséder des compresses, indispensables pour tenir la langue, surtout avec des mains gantées, pour déceler des lésions précoces sur ses bords postérieurs, qui sont les zones les plus fréquemment affectées en particulier chez les femmes.

Si, l'ensemble, de ces facteurs sont réunis lors d'une consultation chez le chirurgien-dentiste, ce n'est pas le cas pour les autres disciplines médicales excepté, la stomatologie et l'ORL. Mais comparativement, le nombre des chirurgiens-dentistes et, plus encore, leur nombre de personnes dont ils examinent la bouche chaque jour est infiniment plus important que chez ces derniers. Seuls les médecins généralistes, médecins traitants désormais, sont nombreux, mais ils ne sont absolument pas équipés pour cet acte très spécialisé.

### ■ Synthèse : les chirurgiens-dentistes sont en position stratégique pour le diagnostic précoce du cancer de la bouche et des pré-cancéroses

Comme nous venons de le voir, compte tenu de la nature et du développement des cancers de la bouche, plusieurs facteurs placent le chirurgien-dentiste dans une position stratégique, unique dans les professions médicales, pour effectuer le diagnostic précoce des cancers de la bouche et des lésions pré-cancéreuses. Résumons-les :

- Le premier facteur tient à la nature de ces cancers. En effet, dans plus de 90 % des cas il s'agit de carcinomes épidermoïdes. Ils peuvent donc être décelés cliniquement lors d'un examen systématique, rigoureux, mais sans préparation.
- Le deuxième facteur concerne la présence de pré-cancéroses cliniques, précédant, le plus souvent, les carcinomes invasifs. Les pré-cancéroses sont décelables cliniquement, lors d'un examen systématique, rigoureux, mais sans préparation. En outre, la présence de tabagisme et, éventuellement, d'alcoolisme ou plus encore de tabaco-alcoolisme, constituent des signes d'appel forts pour le praticien. Lorsque celui-ci se trouve devant une personne présentant de tels signes, il doit le convoquer régulièrement afin d'examiner ses muqueuses buccales tous les trois mois. En effet, les développements de carcinomes, au niveau des muqueuses appartenant au complexe « palais mou », peuvent être fulgurants.

- Enfin, c'est chez le chirurgien-dentiste que l'on peut pratiquer un examen buccal dans des conditions de position du patient, d'éclairage adéquat et avec tout le matériel requis. A l'inverse, les autres spécialités médicales, excepté les stomatologistes et les oto-rhino-laryngologistes, ne disposent pas de cette infrastructure. Quand aux médecins généralistes, praticiens de première ligne, ils sont totalement dépourvus de l'infrastructure et du matériel adapté.
- Malheureusement, les statistiques montrent que la main-d'œuvre spécialisée et équipée, constituée par les 40 000 chirurgiens-dentistes en exercice en France, pour le diagnostic précoce des cancers de la bouche et des pré-cancérose, reste fortement sous-utilisée. Les raisons d'une telle situation doivent être explorées en priorité et avec objectivité.

### III - Conclusion

---

En forme de conclusion, pour illustrer le potentiel de la profession dentaire, en matière de diagnostic précoce des cancers de la bouche et des pré-cancérose, voici une anecdote.

En janvier dernier, j'ai été invité à réaliser une journée de formation permanente en oncologie en Avignon. Début mai, l'un des participants à cette formation m'a adressé le cas clinique que vous voyez projeté. Ce cas concerne un patient, qu'il ne connaissait pas, venu le consulter pour l'extraction d'une molaire inférieure le faisant souffrir et l'empêchant de s'alimenter normalement. Or, dans la zone rétro molaire, comme le praticien, vous pouvez découvrir une tuméfaction de petite taille. Petite tuméfaction, mais possédant des caractéristiques spécifiques pour le clinicien vigilant : compacité, ulcération sanieuse, néo-vascularisation, petits saignements. Compte tenu de ces caractéristiques, le confrère a réalisé une biopsie en même temps que l'extraction. L'anatomie pathologique a révélé que la « petite » tuméfaction dissimulait un carcinome épidermoïde débutant.



# AVANT LE CANCER : DÉPISTAGE DES LÉSIONS À RISQUES. SIGNES CLINIQUES D'ALERTE

par le **DOCTEUR DIDIER GAUZERAN**

*Odontologue des Hôpitaux de Paris, Praticien Hospitalier*

---

Le meilleur moyen de ne pas voir se développer un cancer est d'éviter qu'il n'apparaisse. Certes, je vous accorde qu'il s'agit là d'une lapalissade. De plus, comme l'a rappelé Roger Monteil, on pensait jusqu'à présent que la majorité des cancers apparaissait sur une muqueuse apparemment ou réellement saine. Or compte tenu du nombre de mutations cellulaires nécessaires au développement d'un cancer, il est désormais nettement plus vraisemblable que ces pathologies sont précédées de lésions précancéreuses.

Ce constat soulève un double problème.

Tout d'abord, on observe trop souvent que certains patients se présentent en consultation avec un cancer de la cavité buccale qui a déjà largement évolué. Ainsi, les praticiens que nous sommes ne peuvent savoir ce qui s'est produit avant le développement de ce cancer. Ensuite, il faudrait motiver le patient pour qu'il cesse ou limite sa consommation d'alcool et de tabac, pour qu'il consulte et surveille sa cavité buccale. Vaste sujet !

En effet, une telle sensibilisation n'est pas facile. Cette difficulté tient essentiellement à la nature des populations concernées. En particulier, ces cancers touchent avant tout des personnes de plus de 50 ans, qui présentent un fort profil alcoolo-tabagique et qui, en raison de cette double addiction, voient leur comportement perturbé et sont de fait peu motivés à consulter. De leur côté, les personnes âgées ne sont pas toujours en mesure de dépister leurs petites lésions buccales. A cet égard, on ne peut que regretter que, dans les maisons de retraite dites médicalisées, on examine peu, voire pas du tout la cavité buccale de ces personnes. De même, les médecins généralistes qui interviennent dans ces maisons se livrent rarement à ce type d'examen. Pour leur part, les familles se désintéressent trop souvent de ces questions. Dans ces conditions, il n'est pas rare de voir arriver dans nos consultations des patients âgés qui font apparaître des lésions dans un état extrêmement avancé. En réalité, seule la douleur les a alors convaincus de se tourner vers nous.

Parallèlement, il convient d'inciter les praticiens à pratiquer un dépistage non pas tous azimuts sur tous les publics mais ciblé sur certaines populations à risques (personnes âgées, consommateurs alcoolo-tabagiques...). Nous n'avons aucune excuse à ne pas procéder à ce dépistage dès lors que les patients se présentent dans nos cabinets dentaires. En effet, la cavité buccale est très facilement accessible et ces pathologies, qu'elles soient précancéreuses ou carcinomateuses, sont visibles si l'on se donne la peine de soulever une langue, d'écarter une joue...

Nous devons également renforcer la formation continue des praticiens dans ce domaine. D'ailleurs, les praticiens sont les premiers demandeurs. Ceux-ci doivent connaître précisément le type de lésions et de pathologies qu'ils doivent rechercher lors des examens de la cavité buccale.

## I - Les états précancéreux

---

L'OMS définit les états précancéreux comme un contexte général statistiquement plus favorable à l'apparition d'un cancer. Ce risque accru concerne notamment les personnes âgées et les patients victimes d'une intoxication alcoolique et/ou tabagique. Le fait de cumuler ces deux addictions multiplie quasiment par six le risque de développer un cancer. En outre, les états précancéreux sont également liés à un certain nombre de déficiences immunitaires, de dermatoses, d'infections virales...

Pourquoi les personnes âgées, même lorsqu'elles ne présentent pas une intoxication alcoolo-tabagique, sont-elles plus atteintes que les autres par le cancer ? Cette situation tient, entre autres, à la modification des structures de l'épithélium. Avec l'âge, celui-ci s'atrophie, se fragilise et s'avère donc plus sensibilisé aux agressions. Dans ce contexte, on peut également constater des troubles de la kératinisation : suite à différents facteurs carcinogènes, les muqueuses fabriquent de la kératine de manière anormale. Le chorion est moins bien vascularisé et devient plus fibreux. Enfin, l'atrophie progressive des glandes salivaires aboutit à une hyposialie (un déficit de salive) qui fragilise davantage encore les muqueuses. De surcroît, les patients en question n'ont pas toujours une bonne hygiène bucco-dentaire.

Dans ces conditions, ces différents éléments fragilisent les muqueuses, retardent la cicatrisation et peuvent laisser s'installer des lésions chroniques. Associés à une diminution de la réponse immunitaire, (une diminution souvent forte chez les personnes âgées) et à un contexte psychique qui amène ces personnes à moins consulter, ils constituent un terrain particulièrement favorable au développement des cancers.

## II - Que doit-on rechercher ?

---

### ■ Deux grandes catégories de lésions

Le praticien doit rechercher deux types de lésions :

#### ● **Des lésions bénignes à potentiel précancéreux**

Parmi ces lésions, on peut citer l'exemple du lichen blanc. Ce dernier ne dégénère en cancer que dans 1 à 4 % des cas. Dès lors, on ne peut pas parler ici d'une lésion précancéreuse, ce qui serait à la fois une erreur sémantique et psychologique (dans la mesure où une telle appellation inquiéterait inutilement le patient). Plus largement, ces lésions bénignes évoluent vers un cancer, selon les pathologies, dans 1 à 40 % des cas.

#### ● **Des lésions précancéreuses**

Celles-ci répondent à des caractéristiques cliniques bien précises. En l'absence de traitement, elles aboutissent systématiquement à un carcinome épidermoïde.

#### → **Quelques exemples de lésions bénignes à potentiel précancéreux**

Au titre de ces lésions, il convient de citer notamment les érosions (ulcérations de surface) et les ulcérations traumatiques chroniques. En fonction du contexte, celles-ci peuvent subir parfois une transformation maligne. C'est pourquoi il est indispensable de les suivre avec attention.

Entrent aussi dans cette catégorie de lésions les kératoses. Ces maladies touchent l'épithélium et se traduisent par la production de kératine par les muqueuses. Elles ont deux origines principales :

- d'une part, la muqueuse produit parfois de la kératine pour se protéger d'une irritation ou d'un traumatisme ;
- d'autre part, cette production peut intervenir dans le cadre de certaines maladies dermatologiques comme le lichen.

Ces kératoses peuvent être homogènes (c'est-à-dire d'une même structure) ou inhomogènes. Dans ce dernier cas de figure, elles comprennent à la fois des îlots kératosiques bien marqués et de petites zones érosives. Ces dernières sont beaucoup plus dangereuses que les kératoses homogènes.

#### → **Les lésions précancéreuses**

Elles correspondent aux dysplasies épithéliales. Celles-ci recouvrent des troubles de l'architecture de l'épithélium. Leur traduction clinique s'opère sous quatre aspects principaux :

- des érosions ou ulcérations chroniques ;
- des érythroplasies ;
- des kératoses homogènes ;
- des kératoses inhomogènes.

Quelles phases le développement d'une dysplasie suit-il ? Dans un état sain, l'épithélium présente une lame basale (structure qui sépare l'épithélium du tissu conjonctif ou chorion sous-jacent) bien dessinée et une architecture tissulaire tout à fait classique. En début d'évolution, on voit apparaître des cellules cancéreuses au niveau de la basale et l'architecture de l'épithélium commence à se désorganiser. A un stade plus avancé, la dysplasie s'étend sur une plus grande hauteur épithéliale. La dysplasie peut aboutir ensuite à un carcinome intra-

épithélial. Il convient de souligner que, même à ce stade, la membrane basale reste tout à fait intègre. Par la suite, la membrane basale va se rompre et l'on peut constater des micro-invasions dans le chorion. Enfin, la lésion, continuant son évolution, devient un carcinome totalement invasif. La membrane basale est alors complètement débordée, avec des travées carcinomateuses qui envahissent le chorion jusqu'aux muscles profonds et, de là, les tissus voisins.

Les dysplasies peuvent se présenter sous la forme d'ulcérations chroniques qui peuvent perdurer pendant des mois avant d'éventuellement dégénérer. De leur côté, les érythroplasies se caractérisent notamment par l'apparition de plaques rouges tout à fait particulières. Pour leur part, les kératoses homogènes peuvent être verruqueuses. Cependant, certaines de ces lésions s'avèrent extrêmement difficiles à contrôler et il n'est donc pas toujours aisé de détecter un stade de pré-cancérose. En particulier, certaines lésions, au lieu de passer par des stades intermédiaires de dysplasie, envahissent d'emblée les tissus.

Enfin, on peut aussi trouver ici des kératoses inhomogènes (par exemple dans le cas d'une candidose chronique). Plus largement, les kératoses peuvent avoir de multiples causes : irritatives (à cause, par exemple, du tabac), infectieuses (notamment en cas de candidose chronique) ou liées à des pathologies dermatologiques (comme le lichen). Ces différentes causes doivent orienter notre attitude thérapeutique : nous devons en effet adapter notre vigilance en fonction de ces contextes.

### **III - Le dépistage de ces lésions : un exercice à la fois simple et compliqué**

---

Il n'existe pas de corrélation systématique entre la taille d'une lésion et sa gravité. Il est donc primordial de savoir chercher et regarder. Par exemple, des petites lésions apparemment anodines peuvent cacher en réalité des pathologies graves.

En outre, il n'y a pas forcément de corrélation histo-clinique. A ce stade, il me paraît essentiel de rappeler l'importance de la biopsie. Actuellement, on assiste à un retour en vogue du frottis, cette « mode » nous venant des Etats-Unis. Ces techniques font appel à des cyto-brosses que les laboratoires ne manquent d'ailleurs pas de commercialiser au prix fort. De la même façon, la coloration au bleu de toluidine revient à la mode. De nouvelles techniques se développent également, comme la chemiluminescence (vizilite) qui a vu le jour en Amérique du nord. Pour ma part, je souhaite vous mettre en garde contre ces techniques car elles présentent trop de faux négatifs (jusqu'à 10 %). Or un tel taux d'erreur n'est pas acceptable pour le patient.

En réalité, le seul examen anatomopathologique que l'on doit effectuer et promouvoir est la biopsie traditionnelle qui se pratique au bistouri à lame froide (avec une lame n°15) sous anesthésie locale. En revanche, elle ne doit jamais s'opérer au bistouri électrique : ce dernier brûle en effet les bords du prélèvement et l'histologiste est alors incapable de déterminer les limites de la lésion. Toute biopsie doit être accomplie à la perfection. Elle doit respecter des principes précis et intervenir sur des sites choisis eux aussi à la perfection. Les prélèvements ainsi effectués doivent être confiés à des laboratoires d'histopathologie compétents (de préférence à des professionnels qui ont l'habitude d'intervenir sur la carcinologie et la dermatologie).

Un examen clinique ne peut parfois que suspecter une pathologie inquiétante ou déjà maligne. Seule l'histologie (et la biopsie qui la précède) peuvent permettre un diagnostic.

### **IV - Les aspects cliniques suspects qui doivent alerter le praticien**

---

Les aspects cliniques qui doivent susciter la vigilance du praticien sont de plusieurs ordres. Il peut notamment s'agir d'érosions ou d'ulcérations quelques soient leurs causes. Il convient de suivre ces lésions avec une extrême attention, en particulier chez les patients qui présentent une sévère dépendance alcool-tabagique. En cas d'ulcérations traumatiques de la muqueuse, il est impératif de supprimer la cause mais il est également nécessaire de revoir le patient quelques jours après afin de s'assurer de la disparition définitive de la lésion.

La photographie que je vous projette à présent montre une lésion érythroplasique déjà dysplasique qui s'est progressivement transformée en carcinome épidermoïde. On retrouve souvent en périphérie d'une lésion carcinomateuse des traces de lésions précancéreuses. On s'est longtemps demandé s'il s'agissait de pathologies d'accompagnement du cancer ou si, au contraire, elles précédaient ce dernier. C'est cette seconde hypothèse qui semble actuellement l'emporter.

Nous observons parfois des kératoses homogènes d'origine traumatique (notamment lors du port d'une prothèse ancienne qui n'est plus adaptée au patient) et des kératoses tabagiques. Ces dernières peuvent parfois être localisées sur la face ventrale de la langue. Or compte tenu de la minceur de l'épithélium à ce niveau, ces lésions peuvent plus facilement s'y transformer en carcinomes qu'une même plaque de même origine qui se situerait, par exemple, sur les gencives ou une joue.

Je vous invite également à vous montrer vigilants face aux kératoses verruqueuses. De leur côté, les kératoses inhomogènes présentent des risques plus élevés de transformation maligne. Dans ces conditions, il convient de les enlever chirurgicalement chaque fois que cela s'avère possible.

On peut aussi rencontrer des lichens mixtes : à la fois érosifs et kératosiques. Ces lésions bénignes présentent tout de même un risque potentiel précancéreux important.

Il est primordial de bien surveiller aussi les lèvres. En particulier, les kératoses actiniques qui peuvent y apparaître sous l'effet des ultraviolets (notamment chez les gens de la mer dans des régions comme la Bretagne) doivent être suivies avec attention. Dans certains cas, celles-ci peuvent dissimuler des dysplasies, ce qui impose une ablation de tout ou partie du vermillon et une analyse histologique complète.

## **V - Les signes cliniques d'alerte évoquant une possible transformation maligne**

---

Il convient de prêter une grande attention aux lésions qui perdurent malgré un traitement étiologique. De même, tout changement d'aspect d'une lésion chez un patient que vous suivez régulièrement doit également vous interpeller.

Dans l'exemple suivant, la personne âgée que j'avais accueillie en consultation présentait une ulcération que j'avais attribuée à la présence d'une racine dentaire qui lui tailladait la langue. J'avais alors supprimé cette racine. Cependant, malgré cette intervention, la lésion en question n'avait pas changé d'aspect après trois semaines. Or dans un tel contexte, on doit partir du principe que l'on se trouve devant une lésion certes bénigne mais à potentiel précancéreux. C'est pourquoi j'ai procédé à son ablation complète et à son contrôle histologique. Cette histologie a heureusement confirmé le caractère bénin de la lésion mais il aurait pu tout aussi bien en être autrement.

Encore une fois, vous ne pouvez cliniquement que suspecter la dangerosité d'une lésion. Seule la biopsie effectuée sur le site opportun permet d'apporter une réponse. Enfin, je souhaiterais réaffirmer en conclusion qu'il faut absolument surveiller la bouche des personnes âgées, notamment dans les centres de gériatrie.



## animé par le **DOCTEUR JEAN-PIERRE GIORDANELLA**

*Médecin,  
Directeur de la politique et des services de prévention  
de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Paris.*

*Docteur Jean-Pierre GIORDANELLA*

**M**adame Marie-Thérèse Hermange, Sénateur d'Ile-de-France, nous a rejoints. Je la remercie d'honorer notre colloque de sa présence. Celle-ci témoigne de l'intérêt qu'elle porte à l'ensemble de nos problématiques.

Les interventions de cette matinée ont notamment mis en évidence la relative ignorance qui entoure l'acuité et l'effroyable réalité des cancers buccaux. Qui plus est, même si elles sont en progrès, les voies thérapeutiques contre ces pathologies restent limitées. En outre, il apparaît que le dépistage et le diagnostic précoce constituent un élément déterminant dans la lutte contre ces cancers. Nous pouvons donc accomplir des progrès considérables par ce biais, à condition que nous soyons attentifs et que nous puissions proposer en amont une prévention primaire efficace et disposer de moyens de dépistage importants.

Je vous laisse à présent la parole pour toutes les questions ou remarques que vous jugerez utiles.

*De la salle*

Quelles conséquences peut-avoir un cancer de la bouche si celui-ci n'est pas détecté ? De même, quelles répercussions peut avoir une extraction de dent si elle survient sur une zone présentant un carcinome épidermoïde ?

*Roger MONTEIL*

Si vous n'intervenez pas en adressant ce patient à un spécialiste, son cancer va suivre son développement naturel. Par ailleurs, si vous réalisez une extraction dans une zone comportant un carcinome épidermoïde, vous allez rompre des vaisseaux et on peut supposer que cela risque d'accélérer le processus métastatique. Cependant, ce processus est un phénomène actif. Dans ces conditions, il ne suffit pas de libérer les cellules par une extraction et de les envoyer dans le torrent sanguin pour provoquer des métastases.

Quoi qu'il en soit, si un patient présente une tuméfaction suspecte, vous commettez une erreur si vous réalisez une extraction de dent sur ce sujet sans l'adresser à un spécialiste. De plus, toute image « grignotée » sur un panoramique signale non pas un processus inflammatoire mais tumoral.

*Edmond BENQUE*

Je souhaite féliciter les orateurs de leurs brillants exposés. Je suis également heureux de constater à quel point ce colloque a suscité une large affluence. De même, j'observe que notre auditoire est extrêmement intéressé par nos problématiques.

Lors de la formation initiale, quand on évoque les cancers de la bouche et les conséquences parfois désastreuses de leurs traitements (visages défigurés, vies détruites...), les étudiants ne se sentent pas concernés

par ce sujet. Autrement dit, au niveau de la formation initiale, la communication passe mal. En revanche, en formation post-doctorale, on constate que les professionnels ont été sensibilisés à ces questions. Il y a donc un paradoxe à ce niveau.

Par ailleurs, Maryalis Guichard, qui s'occupe brillamment des malades atteints de ces lésions à l'Institut Claudius Rigaud, m'expliquait récemment qu'elle n'avait pas trouvé de successeur malgré les injonctions ou les appuis dont elle dispose. Or si nous ne trouvons pas de tels relais, à quoi servons-nous sur des questions de santé publique aussi graves ? Je souhaiterais notamment connaître le sentiment des doyens de faculté en la matière.

*Jean-Pierre GIORDANELLA*

Vous avez raison de souligner que l'information et la formation sur ces sujets constituent un véritable problème. De même, par le passé, le dépistage n'a pas été au premier plan des schémas formateurs.

*Bernard PELLAT, Doyen de faculté de l'Université René Descartes (Paris V)*

Edmond Benqué a évoqué à l'instant les problèmes liés à la formation initiale. Pour ma part, je partage largement ses propos. Néanmoins, la situation me semble avoir favorablement évolué dans ce domaine. En effet, les étudiants sont aujourd'hui mieux sensibilisés aux cancers buccaux. Cette évolution tient à mon sens à deux raisons. D'une part, les enseignants eux-mêmes sont désormais plus familiers de ces pathologies. Dorénavant, toutes nos universités comptent des chirurgiens qui sont formés à la pathologie et à la dermatologie buccale. D'autre part, les services qui sont implantés dans les hôpitaux dans ce domaine sont devenus des services de référence pour la communauté médicale. Les compétences de leurs personnels sont largement reconnues.

Face à des pathologies aussi graves et invalidantes, nous ne pouvons jamais nous arrêter de progresser. Néanmoins, je reste convaincu que la situation en la matière évolue dans le bon sens.

*Jean-Pierre GIORDANELLA*

Nous souhaitons évidemment que toutes ces informations et formations se traduisent au quotidien dans les faits afin que nos collègues soient ici de véritables acteurs de la prévention.

*De la salle*

Parmi les facteurs de risque des cancers buccaux, vous avez naturellement évoqué l'alcool, le tabac et l'âge. En dehors de ces facteurs, peut-on considérer que le risque de rencontrer ces lésions est quasiment nul ? En particulier, doit-on songer à dépister ces dernières chez des enfants ?

*Didier GAUZERAN*

Ces lésions touchent des patients qui présentent un profil très particulier et qui ont généralement plus de 50 ans. Il est vrai que les cancers épidermoïdes ont tendance à apparaître de plus en plus précocement. Cependant, sauf accident immunitaire majeur, il reste extrêmement rare de déceler ce type de cas chez des patients de moins de 30 ans. Pour ma part, je n'ai jamais eu connaissance de telles pathologies chez des enfants. Dans ces conditions, il me paraît préférable de cibler le dépistage sur les populations les plus à risque.

En revanche, les sarcomes peuvent toucher des sujets jeunes.

*De la salle*

Il est tout de même utile de sensibiliser nos dépisteurs à ce type de cancers.

*Didier GAUZERAN*

Mieux vaut trop dépister que pas assez !

### *Jean-Pierre GIORDANELLA*

Jusqu'à un âge de 25 ans, voire au-delà, la prévention primaire est essentielle. Celle-ci doit passer par des messages clairs : promotion du tabagisme zéro, lutte contre l'alcoolisme, sensibilisation à l'importance d'une bonne hygiène bucco-dentaire et d'une fréquentation régulière des chirurgiens-dentistes.

### *De la salle*

J'ai terminé il y a près de trois ans mes études de médecine. Lors de ce cursus, j'ai été sensibilisé au dépistage des cancers de la bouche. Cependant, je n'ai pas eu la chance d'apprendre à poser un véritable diagnostic à ce niveau et à examiner véritablement une bouche. En réalité, on nous a expliqué que ces pathologies étaient plutôt rares, surtout à l'hôpital. Qui plus est, après quelques années d'activité, on finit par oublier ce que l'on a appris en faculté sur les lésions de la muqueuse buccale. Dans ces conditions, il serait sans doute utile, pour sensibiliser les praticiens, de prévoir une information à ce sujet dans la presse professionnelle. Cette information devrait notamment s'appuyer sur des photographies présentant ce type de lésions.

### *Docteur Jean-Pierre GIORDANELLA*

Je vais passer la parole à François Menegoz. Au préalable, je tiens à le remercier de sa présentation. Cependant, les données qu'il nous a commentées restent insuffisamment connues. Elles sont pourtant dûment consignées et validées. Or il me paraît primordial de rappeler à quel point les lésions buccales sont extrêmement fréquentes et que, pour au moins la moitié d'entre elles, celles-ci peuvent faire l'objet d'une prévention efficace.

### *François MENEGOZ*

Ma question sera celle d'un néophyte, puisque je n'ai aucune formation de chirurgien-dentiste. Je souhaiterais savoir si la pratique de la biopsie est enseignée en faculté. De plus, peut-on envisager que le chirurgien-dentiste dispose d'un pathologiste de référence auquel il pourrait régulièrement adresser ses prélèvements ? Ou bien un tel mode de fonctionnement nécessiterait-il une organisation particulière ?

### *Jean-Pierre GIORDANELLA*

Pendant longtemps, on a constaté de grandes différences dans l'homogénéité et la qualité des données recueillies sur ces cancers ou dans la sensibilité des différents observateurs concernés (en particulier, les anapathes ont consenti des efforts considérables en la matière). Or un classement et une terminologie efficaces de ces pathologies supposent des correspondants de haute valeur et rigoureux.

### *Roger MONTEIL*

L'enseignement des biopsies est du ressort des facultés. Ce type de décisions dépend du chef de service. Si celui-ci considère que la prévention du cancer et le diagnostic des maladies buccales constituent deux de ses priorités, il va donner aux praticiens la possibilité d'enseigner les biopsies à leurs étudiants. A l'inverse, s'il juge ces sujets mineurs par rapport aux problèmes prothétiques qui submergent les centres de consultation dentaire, cet enseignement ne sera pas proposé.

Pour ce qui concerne le diagnostic anatomo-pathologique, il existe en France un certain nombre de CHU dans lesquels les chirurgiens-dentistes interviennent en tant que consultants dans ce type de services. Ils prennent alors en charge les lésions de la cavité buccale. C'est par exemple le cas au CHU de Nice. Une continuité est ainsi assurée entre la clinique et l'anatomo-pathologie, ce qui permet d'avoir de bien meilleurs résultats.

### *De la salle*

La pratique de la chirurgie disparaît de nos cabinets dentaires. Dans ces conditions, il est important que nous disposions de la liste des correspondants vers lesquels nous pouvons orienter nos patients. De même, à quels

centres pouvons-nous adresser nos prélèvements de lésions pour que ceux-ci en effectuent la biopsie ? Comment celle-ci sera prise en charge dans les régions qui n'ont pas de CHU ?

### *Roger MONTEIL*

Mon expérience personnelle me démontre que les biopsies qui nous sont adressées par les chirurgiens-dentistes sont généralement d'excellente qualité. Ceux-ci ont l'habitude de pratiquer la chirurgie parodontale et de réaliser des extractions. Dans ces conditions, les chirurgiens-dentistes doivent effectuer des biopsies tout en respectant naturellement un certain nombre de conditions. En particulier, en présence d'un carcinome épidermoïde évident, la biopsie est contre-indiquée en cabinet dentaire. A l'inverse, en cas de doute ou de suspicion, on doit y avoir recours.

La France compte de très nombreux laboratoires d'anatomo-pathologie, publics ou privés, qui peuvent prendre en charge ces biopsies. Vous avez donc l'embarras du choix, y compris en province. Cependant, je vous conseille de toujours confier ces examens au même laboratoire, au même pathologiste. Il est également important que vous rencontriez régulièrement ce dernier afin de discuter avec lui de votre type d'appréciations cliniques. En effet, l'information clinique que vous fournissez à un pathologiste est tout à fait essentielle pour un bon diagnostic ultérieur.

### *Maryalis GUICHARD*

Au-delà de la biopsie elle-même, il faut veiller à annoncer dans de bonnes conditions le diagnostic au patient. Autrement dit, il ne suffit pas de savoir réaliser ce geste mais il faut aussi savoir annoncer le diagnostic qui en résulte. Or une telle annonce s'avère très lourde. Pour autant, le patient attend d'être immédiatement informé de sa pathologie et souhaite tout de suite savoir comment il sera pris en charge.

Je ne vois pas d'inconvénient à ce que les biopsies s'effectuent dans les cabinets des chirurgiens-dentistes. Néanmoins, il est primordial de garantir au patient une continuité de sa prise en charge. Par exemple, un patient chez qui on a diagnostiqué un cancer ne doit pas attendre plusieurs semaines avant d'être reçu en consultation par un oncologue et d'apprendre le traitement dont il bénéficiera.

### *De la salle*

Je voudrais préciser que les chirurgiens-dentistes doivent réaliser des biopsies exérèses. J'ajoute qu'il s'agit d'un acte chirurgical à part entière.

### *Jean-Pierre GIORDANELLA*

Vous soulignez là toute la complexité de ces diagnostics. Il est effectivement essentiel d'identifier les bonnes filières de prise en charge et de diagnostic. Comme l'a souligné à l'instant Maryalis Guichard, il est important de savoir annoncer de telles pathologies au patient. Enfin, je rappelle que l'INCA mène actuellement des travaux en vue d'assurer une meilleure coordination des professionnels de santé dans ce type de contexte.

### *Jacques BRUGERE*

Je ne partage pas tout à fait les propos de Roger Monteil sur les techniques d'examen pour les amygdales et la loge amygdalienne. Pour les lésions qui se situent dans ces localisations, il conviendrait de réhabiliter la position assise, et d'utiliser l'abaisse-langue. En effet, je ne pense pas que deux miroirs dentaires, même s'ils sont bien utilisés, ou une compresse avec laquelle on tire la langue du patient permettent d'observer correctement la loge amygdalienne. Or celle-ci constitue une localisation fréquente de petits cancers.

Les oto-rhino-laryngologistes n'ont pas l'habitude de procéder à des examens sur des patients en position allongée mais privilégient une observation en position assise. Reste que, pour la loge amygdalienne et, probablement, certaines zones du palais, un abaisse-langue bien situé sur une langue maintenue en place (et non tirée) peut parfois permettre un meilleur examen de cette région postérieure.

### *Roger MONTEIL*

Vous avez raison. Nous avons cité la loge amygdalienne pour des raisons statistiques mais celle-ci n'a pas été retenue dans les zones visibles par le chirurgien-dentiste. De plus, mon intervention devant rester relativement brève, je n'ai pas eu le temps de montrer toutes les techniques d'examen de toutes les zones.

### *Jean-Pierre GIORDANELLA*

S'agissant des professionnels qui examinent la cavité buccale, il me paraît utile de rappeler le rôle que les généralistes peuvent jouer dans ce domaine. Il serait donc pertinent de leur apporter un complément d'information (sur les facteurs de risque des cancers, l'hygiène bucco-dentaire...) et de les former davantage à ces techniques. Je pense que ce point fera sans doute partie des conclusions et des perspectives que ne manquera pas d'évoquer Youssef Haikel à l'issue de notre colloque.

### *De la salle*

Je souhaiterais intervenir pour défendre les étudiants. En effet, l'un des intervenants précédents a expliqué que ces derniers n'étaient guère attirés par la chirurgie ou le dépistage des lésions. Cependant, il me semble que cette situation tient probablement à une question d'âge : il faut avoir du recul et avoir observé de nombreux cas pour s'intéresser véritablement à ces sujets. De plus, je ne suis pas certaine qu'on propose toujours aux étudiants des solutions leur permettant d'accéder à des services de chirurgie ou d'ORL et d'approfondir ainsi leurs connaissances dans ce secteur. Pourtant, je suis convaincue que nombre d'entre eux seraient intéressés par une telle démarche (notamment en sixième année).

### *Didier GAUZERAN*

Je souhaiterais apporter quelques précisions sur les biopsies exérèses. Il est vrai qu'en présence d'une lésion relativement petite, une telle biopsie s'avère beaucoup plus simple. Néanmoins, nous sommes parfois confrontés à des lésions qui couvrent toute la joue et peuvent parfois présenter des aspects cliniques très différents (kératoses inhomogènes ou homogènes, lésions érosives...). Lors d'une biopsie, le choix du ou des sites à prélever est extrêmement important. En particulier, face à une lésion qui offre plusieurs aspects cliniques, il est indispensable de procéder à plusieurs biopsies.

### *Youssef HAIKEL*

Mon intervention comportera à la fois un commentaire et une question. Mon commentaire portera sur l'impact de la formation initiale, voire continue sur les pratiques professionnelles (en particulier le dépistage des cancers par les chirurgiens-dentistes). En France, il n'existe pas, à l'heure actuelle, d'études sur ce dépistage. On constate également à ce niveau un décalage entre la formation et la pratique. Certes, il est vrai que les praticiens appréhendent le geste de biopsie. Cependant, ce qui leur est avant tout demandé, c'est de procéder à un examen systématique de la cavité buccale à la recherche de lésions précancéreuses ou douteuses et d'en référer ensuite le plus rapidement possible au spécialiste.

Des études « randomisées » ont été publiées en 2005 sur ce sujet au Royaume-Uni et aux Etats-Unis. Au Royaume-Uni, celles-ci montrent que 84 % des praticiens effectuent systématiquement un examen de cette nature, tandis que cette proportion atteint 82 % aux Etats-Unis. En revanche, le rôle joué par le chirurgien-dentiste dans la prévention reste encore très limité dans ces deux pays. En effet, seuls 12 % des praticiens s'y impliquent dans des actions de prévention contre le tabagisme tandis que ce pourcentage chute à 2 % pour les actions liées à l'alcool. En outre, ces études font apparaître que le délai moyen entre la détection d'une lésion suspecte et son signalement est beaucoup trop long : dix semaines. Il est donc impératif de réduire ce délai.

Par ailleurs, notre colloque devra nous aider à identifier des pistes qui nous permettront de mieux orienter la formation initiale et continue des professionnels. Par exemple, combien de personnes parmi nous connaissent la cotation de la biopsie ? De plus, si nous remplissons les salles lorsque nous organisons des sessions de formation continue sur les prothèses et les implants, nous sommes loin de rencontrer le même succès quand nous proposons des formations sur les problèmes de cancérologie.

Enfin, je souhaitais poser une question à François Menegoz. On constate qu'au niveau mondial (notamment en Europe), les taux de survie dans des cas de cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS) évoluent peu malgré les progrès de la chirurgie et des traitements. Cette situation est imputée à un diagnostic trop tardif. A l'inverse, François Menegoz a indiqué dans son exposé que ce taux de survie avait augmenté en France ces dernières années. Comment l'expliquez-vous ? Est-ce lié à un diagnostic plus précoce ou aux progrès thérapeutiques ?

### *François MENEGOZ*

Je crains de m'être mal fait comprendre. En réalité, le taux de survie constaté en France pour les cancers des voies aérodigestives supérieures n'a pas augmenté. Je signale également que, dans le cadre du programme européen Eurocare, il est prévu de développer les statistiques en la matière et de mesurer les évolutions de cette survie. Reste que, dans l'immédiat, nous ne disposons pas encore dans ce domaine de chiffres à l'échelle européenne.

De leur côté, les équipes des registres des cancers ont redoublé d'efforts pour mieux cerner cette survie et recueillir les informations nécessaires à ce type d'études. Un travail sur les données de ces registres est également en cours avec le laboratoire d'épidémiologie et de biostatistique du professeur Jacques Esteve à Lyon. En outre, au cours de l'année 2006, nous publierons, à partir des données de ces registres, des chiffres sur les taux de survie par cancer. Ces chiffres comprendront notamment des estimations de taux de survie pour les cancers VADS. Cependant, compte tenu de la complexité anatomique de cette localisation, il s'avère difficile de produire des statistiques plus détaillées en matière de topographie. Néanmoins, nous pourrions envisager ce travail par la suite.

### *Jean-Pierre GIORDANELLA*

Les données présentées par François Menegoz portaient sur une mortalité globale. Or il conviendrait d'affiner ces chiffres par tranches d'âge, grades, thérapies... Cependant, il nous est difficile, lors d'un colloque comme le nôtre, de vous proposer des présentations aussi exhaustives.

### *François MENEGOZ*

En revanche, je vous confirme que l'on observe une décroissance de la mortalité due aux cancers VADS. Néanmoins, il s'agit là d'une notion distincte du taux de survie.





**LE CHIRURGIEN-DENTISTE :  
UN ACTEUR DE LA LUTTE  
CONTRE LE CANCER**

*2<sup>ème</sup> partie*





# PRISE EN CHARGE D'UN CANCER DE LA BOUCHE : DU DÉPISTAGE AUX TRAITEMENTS

par le **DOCTEUR JACQUES WEMAERE**

*Chirurgien-Dentiste,  
chargé de mission de l'Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire*



**E**n préambule, je tiens à remercier personnellement tous les membres du groupe de travail Cancer de l'UFSBD, qui ont organisé avec moi ce colloque, ainsi que tous les intervenants qui éclairent de leurs compétences cette manifestation. Je vous remercie également, vous qui êtes présents dans cette salle car vous avez pris conscience de l'importance de la thématique des cancers et du rôle que peut et doit jouer le chirurgien-dentiste de demain. A l'instar de Patrick Hescot, j'espère que le travail effectué depuis un certain nombre d'années portera ses fruits tant pour le changement de comportement des chirurgiens-dentistes que pour une meilleure prise en charge bucco-dentaire de nos patients atteints de cancer.

## I - Quelques définitions

---

La prévention primaire consiste à lutter contre les facteurs de risque (notamment l'alcool et le tabac). De son côté, la prévention secondaire peut être assimilée au dépistage. Enfin, la prévention tertiaire vise à prévenir les rechutes et complications.

Si l'on se réfère à l'édition 1994 du Larousse encyclopédique, le dépistage peut se définir ainsi : « *découvrir quelqu'un, quelque chose au terme d'une enquête, d'une recherche... découvrir, déceler une maladie, un handicap* ». Cette définition met en avant les termes de recherche et d'enquête. Or l'une et l'autre supposent des outils. Ceux-ci peuvent être naturels (vision, palpation...) mais, pour mener à bien, le chirurgien-dentiste doit aussi s'appuyer sur d'autres instruments.

Enfin, si l'on se reporte à nouveau au Larousse encyclopédique, le traitement peut être défini comme « *la manière d'agir envers quelqu'un, l'action d'examiner et de régler un problème, l'action et la manière de soigner une maladie, un ensemble de mesures thérapeutiques* ».

## II - Le dépistage

---

### ■ Principes généraux

L'examen de la cavité buccale est une opération qui doit être prise très au sérieux. Il doit être court et ne pas excéder cinq minutes. En outre, il suppose l'utilisation du matériel adéquat. Je ne reviendrai pas sur le débat qu'a suscité ce matin l'usage de l'abaisse-langue. Toujours est-il que cet examen nécessite deux miroirs dentaires, un bon éclairage, voire des compresses pour contracter la langue.

Il comporte également deux volets. D'une part, l'examen exo-buccal porte sur les aires ganglionnaires principales (notamment les sous-maxillaires jugulo-carotidiennes et susclaviaires). A cet égard, une adénopathie s'identifie par sa taille, sa consistance, sa mobilité et son aspect plus ou moins douloureux. L'examen clinique est indissociable de l'analyse du patient. Les principaux cancers buccaux se manifestent soit par des altérations, soit par des ulcérations asymptomatiques. D'autre part, l'examen peut être intrabuccal. Il porte alors sur les joues, les lèvres (la partie cutanée et le vermillon), le plancher buccal et la langue. Si vous avez ainsi détecté une lésion, vous devez la caractériser par son aspect, sa forme, sa couleur, ses dimensions, sa consistance, sa mobilité et son éventuel caractère hémorragique.

Plus le diagnostic sera précoce, plus les chances de guérison augmenteront et moins lourds seront les traitements. Meilleurs seront le pronostic et la qualité de vie post-thérapeutique.

### ■ Présentation d'une fiche pratique réalisée par l'UFSBD sur le dépistage des cancers bucco-dentaires

Cette fiche pratique sera publiée dans le prochain numéro du journal de l'UFSBD, Dialogue Dentaire. Elle reprendra les différentes étapes que je viens de vous décrire et sera associée à un dossier Cancer qui fournira une synthèse sur l'épidémiologie de ces maladies, leur nature et les signes cliniques alarmants.

### ■ Le rôle du chirurgien-dentiste lors du dépistage des cancers buccaux

Ici, le rôle du chirurgien-dentiste n'est pas seulement technique. Celui-ci assume également un rôle d'écoute et doit répondre de manière simple aux questions que se pose le patient. Si l'on se base sur un document produit par la British Dental Association, ces questions sont de plusieurs ordres et peuvent trouver les réponses suivantes :

#### → **Qu'est-ce que le dépistage des cancers de la bouche ?**

A cette question, il convient de répondre que le dépistage précoce est une procédure qui permet de découvrir la maladie dès le début, voire avant que n'apparaissent les symptômes.

#### → **Pourquoi un tel examen ?**

Il convient d'expliquer ici au patient que le dentiste procède toujours à un examen de la cavité buccale. Toutefois, le cancer de la bouche doit être mieux connu de la population et des praticiens. Ceux-ci sont bien placés pour donner de l'information et expliquer l'importance de l'examen du dépistage.

#### → **Qu'est-ce que le cancer de la bouche ?**

Ce cancer peut se développer à plusieurs endroits de la bouche : la langue, les lèvres et les glandes salivaires.

#### → **Quels sont mes risques d'avoir un cancer ?**

Lorsque le patient a plus de 40 ans, s'il est un homme, s'il fume et s'il présente une consommation excessive d'alcool, ses risques de contracter un cancer sont sensiblement accrus.

#### → **Puis-je en mourir ?**

Σ Il ne faut pas avoir peur de répondre à cette question de manière sincère. Il faut donc reconnaître devant le patient que les cancers de la bouche, comme tous les cancers, sont mortels.

Le dépistage précoce permet de repérer des lésions bénignes qui n'ont pas encore atteint un stade de cancer. Ce diagnostic peut notamment être confirmé par une biopsie. Le dépistage nous amène naturellement à orienter le patient vers un traitement. Là encore, nous avons donc notre rôle à jouer.

Depuis la loi du 13 août 2004, on s'interroge sur l'orientation du patient. A cet égard, je citerai les propos tenus par Edmond Benqué dans la Lettre de l'Ordre récemment parue : « *Le Ministre de la Santé, M. Xavier Bertrand, m'a chargé de répondre sur le parcours de santé et son adaptation éventuelle à l'odontologie. Le passage obligatoire par le médecin généraliste n'a pas cours pour l'odontologiste qui est lui-même spécialiste (...). Le chirurgien-dentiste pourrait donc être assimilé à un médecin généraliste de la bouche et, dans ce cas, il ne serait pas nécessaire de passer par le médecin généraliste traitant. Toutefois, il semblerait que, pour le moment, la réponse n'a pas été sensiblement apportée.* »

## III - Que faire devant un cas éventuel de cancer ?

---

### ■ Les principes à respecter

Le chirurgien-dentiste qui croit avoir repéré un cas de cancer buccal chez un patient doit avant tout le rassurer. Qu'il l'oriente vers un spécialiste ou vers un autre dentiste, il doit lui expliquer qu'il s'agit là d'une précaution nécessaire. D'autres praticiens s'estimeront en mesure de procéder eux-mêmes à un tel diagnostic, leur permettant de confirmer ou d'infirmer la présence d'un cancer.

Quoi qu'il en soit, avant d'effectuer un test de cette nature, le chirurgien-dentiste doit expliquer cette intervention à son patient. Celui-ci se sentira alors rassuré de savoir que, si nécessaire, il pourra être dirigé vers une équipe médicale et dentaire compétente et pris en charge dans les meilleurs délais.

L'annonce d'un diagnostic de cancer doit s'effectuer en des termes clairs et avec ménagement. A ce stade, il est important que le spécialiste discute avec le patient mais aussi avec toute l'équipe médicale. C'est pourquoi il est primordial d'orienter ce patient vers des structures adaptées multidisciplinaires. Le patient ne doit pas être le vecteur de l'information. En réalité, nous disposons d'outils qui nous permettent de lui épargner cette charge.

Il est également essentiel de coordonner le traitement entre les différentes disciplines impliquées, notamment au travers de l'établissement d'une fiche de liaison.

### ■ Quelques exemples de prise en charge

Au Québec, l'Ordre des Dentistes a produit un document présentant l'ensemble des mesures à prendre afin de mieux détecter, traiter et soutenir les personnes atteintes d'un cancer. Il décrit aussi les facteurs de risque associés aux cancers buccaux et précise les actions à privilégier par le dentiste, afin de favoriser la prise en charge du patient susceptible d'avoir un tel cancer et de promouvoir l'arrêt du tabagisme. Il contient l'information scientifique et technique nécessaire à la compréhension de la problématique du cancer. Tous les articles qui le composent ont été rédigés par des auteurs québécois, dont plusieurs spécialistes renommés de la médecine buccale. Ils abordent de grands thèmes incontournables tels que l'épidémiologie et l'étiologie du cancer, l'examen clinique et les tests de dépistage.

Le deuxième exemple émane du Conseil régional d'Odontologie de l'Etat de Sao Paulo au Brésil. Ce conseil a réalisé un manuel sur le cancer buccal. Dans ce cadre, il propose des fiches d'auto-examen aux patients. Ceux-ci peuvent ainsi examiner leur cavité buccale dans leur salle de bains et la comparer aux images fournies dans ces fiches. Ils peuvent ensuite s'orienter eux-mêmes vers les spécialistes adéquats.

En France, le réseau Onco-Dent se donne pour objectif de permettre via Internet un transfert rapide et efficace des informations d'ordre médical nécessaires à la prise en charge des soins bucco-dentaires des personnes en traitement anticancéreux. Il propose une fiche de liaison du patient interactive entre le chirurgien-dentiste et le médecin oncologue. Celle-ci est remplie dès le début du traitement et fournit des données utiles à une meilleure coordination des soins.

## IV - Les différents traitements des cancers

---

On peut distinguer quatre grands types de traitement du cancer :

- la chirurgie (il est alors procédé à l'ablation des tumeurs et de ses éventuelles extensions) ;
- la radiothérapie (ces traitements s'appuient sur diverses sources et modalités de rayonnement) ;
- les traitements médicaux (chimiothérapie, etc) ;
- les traitements de confort.

### ■ La chirurgie

Les cancers sont fréquemment traités par chirurgie. Celle-ci impose souvent d'enlever non seulement la tumeur de l'organe atteint mais aussi une marge de tissu sain autour des tumeurs ainsi que les ganglions voisins. Elle se traduit donc par une exérèse large destinée à ne laisser aucune cellule cancéreuse. Depuis quelques années, ces interventions sont toutefois associées à d'autres traitements qui permettent une chirurgie moins lourde.

Par exemple, lors des traitements du cancer du sein, l'ablation totale de la glande mammaire était auparavant la solution la plus appropriée. Aujourd'hui, on sait qu'il est possible, en couplant le traitement avec une radiothérapie, de conserver le sein dans 60 % des cas. Nous verrons s'il en est de même pour la cavité buccale.

### ■ La radiothérapie

Actuellement, plus de la moitié des patients bénéficient d'un traitement par irradiations, isolé ou associé à d'autres méthodes. Ce choix dépend de la localisation et du stade de la lésion. Deux types de rayonnements sont utilisés à ce niveau : externes et internes.

Dans quelques instants, nous verrons plus en détail la radiothérapie, ses conséquences buccales et le rôle que le chirurgien-dentiste peut jouer dans ce domaine.

#### ■ Les traitements médicaux

Les traitements médicaux recouvrent la chimiothérapie anti-tumorale, l'hormonothérapie, l'immunothérapie, les thérapies cellulaires complémentaires et les traitements ciblés.

#### ■ Les traitements de confort

Les traitements de confort reposent notamment sur des antalgiques. Ils permettent au patient de mieux vivre sa maladie (par exemple, lorsque celui-ci bénéficie de substituts salivaires).

### V - Conclusion

---

En guise de conclusion, je voudrais recentrer le débat sur les deux acteurs de la journée : le chirurgien-dentiste, certes, mais aussi le patient. Les professionnels de santé que nous sommes doivent amener celui-ci au plus près de la guérison. Nous devons également avoir conscience que tout être qui, au cours de sa vie, sera confronté au cancer en conservera des séquelles morales et/ou physiques. Dans tous les cas, on n'oublie pas un cancer. Celui-ci ne touche pas uniquement le malade mais également tout son entourage.

De notre côté, nous ne pouvons intervenir seuls mais les uns avec les autres. A cet égard, je souhaiterais conclure par cette phrase du Professeur Denoix : « *Le cancérologue n'existe pas en une seule personne* ». Si j'osais, j'irais jusqu'à dire que nous sommes tous des cancérologues !

# TRAITEMENT CHIRURGICAL DES CANCERS BUCCAUX : QUELLES CONSÉQUENCES CERVICO-FACIALES ? QUEL RÔLE POUR LE CHIRURGIEN-DENTISTE ?

par le **DOCTEUR PHILIPPE ZROUNBA**

*Chef de service d'ORL au Centre Anticancéreux Léon Bérard à Lyon*

et par le **DOCTEUR RENÉ GOURMET**

*Chef de service d'Odontologie au Centre Anticancéreux Léon Bérard à Lyon*

## I - La chirurgie des cancers buccaux

### ■ Ses principes

*Philippe ZROUNBA*

Dans ce domaine, l'indication est fondée sur une décision pluridisciplinaire qui doit prendre en compte le patient dans sa globalité. Nous devons notamment adapter nos traitements en fonction :

- du statut tumoral (le TNM) et ganglionnaire du patient ;
- de son âge physiologique, de sa comorbidité et de son état nutritionnel.

La prise en compte de l'état nutritionnel constitue un point tout à fait fondamental. A cet égard, les praticiens ont de plus en plus conscience qu'une malnutrition peut être à l'origine de cancers. Réciproquement, des cancers buccaux se situant dans une phase avancée peuvent être à l'origine de dénutrition parfois majeure, notamment lorsqu'ils touchent des personnes défavorisées. Certains de ces patients peuvent en effet perdre plus de 10 % de leur poids. Or une mauvaise nutrition peut contrarier la cicatrisation et la guérison. Une récente étude conduite par l'Institut Curie a d'ailleurs montré que les patients extrêmement dénutris présentaient un taux de survie à six mois proche de zéro (en dehors du stade tumoral initial).

La décision d'intervention doit également être prise en fonction des séquelles et du bénéfice attendus du traitement. On n'engagera évidemment pas un traitement majeur et extrêmement mutilant si son intérêt pour le malade n'est pas démontré.

### ■ Les indications

#### → *Trois grandes catégories*

Je me limiterai ici à une description à grands traits de ces indications.

En particulier, les petites tumeurs peuvent être traitées par chirurgie, radiothérapie ou curiethérapie. Dans la cavité buccale, la limite chirurgicale se fonde moins sur le TNM que sur une taille moyenne de trois centimètres.

Quand ces tumeurs mesurent plus de trois centimètres, elles doivent être traitées par une association chirurgie/radiothérapie. La tumeur est alors enlevée et l'on procède à une irradiation complémentaire qui peut être plus ou moins potentialisée en fonction de critères ganglionnaires et d'exérèses tumorales.

Enfin, pour les tumeurs inopérables, la « mode » est actuellement à la radio-chimiothérapie. Cette mode est cependant susceptible d'évoluer. De plus, l'évaluation du caractère inopérable d'une tumeur peut varier selon les équipes et ses possibilités chirurgicales.

### → Les indications de chirurgie

Les indications de chirurgie peuvent être de première intention (sur les tumeurs et les ganglions). Elles peuvent aussi être de rattrapage, lorsque des tumeurs irradiées récidivent. Dans d'autres cas, elles peuvent faire suite à des complications, en particulier lors d'ostéoradionécrose.

## II - Le catalogue chirurgical

---

Je précise que cette partie de mon exposé ne portera pas sur les lèvres.

### ■ Au niveau de la langue

Les lésions situées sur le bord de cet organe peuvent faire l'objet d'une glossectomie dite marginale (autrement dit, on coupe un morceau de langue). Si une telle ablation est opérée sans affecter le plancher buccal, les séquelles en sont minimales. Dans certains cas, cette glossectomie peut être dorsale. Là encore, les séquelles sont relativement minimales.

Quand la lésion touche le bord de langue et s'étend à proximité du plancher buccal, les choses se compliquent quelque peu et l'on est contraint d'effectuer une pelviglossectomie plus ou moins étendue. Ce type d'opération est nécessaire pour des lésions particulièrement creusantes pour lesquelles on doit réaliser une large exérèse. Cependant, de telles lésions posent des problèmes de reconstruction. En effet, le plancher buccal, qui, tel un pli d'aisance, permet d'obtenir une bonne contraction linguale, peut être rétréci par les sutures chirurgicales. Or ce rétrécissement peut entraîner une ankyloglossie, ce qui gêne le patient dans sa vie quotidienne (notamment dans sa phonation et sa déglutition). Pour pallier ces inconvénients et conserver ce pli d'aisance, on est obligé d'utiliser des lambeaux.

La pelviglossectomie peut parfois être étendue au bord alvéolaire de la mandibule. On peut alors enlever une partie de cette mandibule et laisser le bord basilaire. En allant plus loin, on peut effectuer une pelvi-glosso-mandibulectomie interruptrice. Au lieu de s'arrêter à une baguette osseuse emportant l'os alvéolaire jusqu'à proximité du canal dentaire inférieur, on peut alors sectionner la mandibule et reconstituer le morceau manquant.

Cette reconstitution prend plusieurs formes. En particulier, quand elle porte sur un morceau antérieur, cette reconstruction doit s'appuyer sur de l'os. L'os qui est désormais utilisé de manière privilégiée à ce niveau est la fibula (le péroné) et l'on réalise alors des lambeaux de péroné micro-anastomosés. Néanmoins, une telle chirurgie est extrêmement lourde et se traduit par une mortalité opératoire. De plus, ces lambeaux de péroné doivent être mis en place immédiatement. Par ailleurs, pour des segments latéraux, on peut utiliser des montages par attelles (qui peuvent notamment être en titane). Enfin, pour une localisation plus postérieure, on a recours à des BPTM.

A cet égard, au travers des photographies suivantes, vous pouvez voir un exemple d'opération commando (pour Composite Mandibulectomy Operation). Cette technique, la bucco-pharyngectomie transmandibulaire (BPTM) interruptrice, a été développée aux Etats-Unis puis à Lyon. Utilisée pour des lésions postérieures et souvent volumineuses, elle consiste à enlever une partie de la mandibule.

Cependant, les bucco-pharyngectomies peuvent aussi être non interruptrices. Ces techniques sont d'introduction plus récente et s'appuient sur le concept de mandibular swing. Dans ce cadre, on effectue une mandibulectomie. Celle-ci nous permet d'ouvrir une fenêtre sur la partie postérieure de la cavité buccale, de contrôler cette zone puis de réaliser une exérèse de qualité. Par ce geste, nous pouvons accéder à la base de la langue, à la région amygdalienne et au voile du palais. Là aussi, il s'agit d'une chirurgie lourde dont les séquelles mandibulaires restent toutefois faibles. De même, les patients bénéficient d'une qualité de vie post-opératoire quasiment normale.

### ■ Au niveau du maxillaire supérieur

Dans ce secteur, on peut procéder à une grande variété de maxillectomies, de la résection du plateau alvéolo-dentaire à des maxillectomies antérieures pour des lésions du bloc incisif. Ce type d'opérations nécessite une reconstruction qui, en général, s'effectue grâce à une prothèse.

La chirurgie des cancers buccaux ne se limite pas à l'ablation des tumeurs mais s'accompagne quasi systématiquement de curages cervicaux. Ces curages s'avèrent relativement extensifs et permettent l'exérèse de l'ensemble des gîtes ganglionnaires du cou. Dans ce cadre, on dissèque la veine jugulaire interne, le plexus cervical

profond, la branche externe du nerf spinal ainsi que le nerf XII. J'ajoute que les nerfs de cette région peuvent être à l'origine de scapulalgies et de paralysies linguales.

Aujourd'hui, ces curages cervicaux sont en partie remis en question par l'arrivée des nouvelles techniques d'exploration ganglionnaire, qui sont notamment utilisées au niveau du ganglion sentinelle. A ce niveau, on injecte dans la tumeur et sa périphérie un produit radioactif (éventuellement du bleu de méthylène), qui se fixe ensuite sur les ganglions porteurs de tumeurs, ce qui permet donc de les repérer puis de les extraire. Néanmoins, une telle technique ne constitue pas non plus la panacée en ORL. En effet, elle nécessite une ouverture du cou, de sorte qu'une telle opération intervient à proximité d'une veine vitale. De plus, le drainage principal des cancers de la cavité buccale est situé au niveau sous-maxillaire. Or compte tenu du « bruit de fond » de l'injection du produit radioactif, il est impossible de détecter dans cette zone les ganglions qu'il est nécessaire d'enlever. Dans ces conditions, on est contraint d'extraire totalement la glande sous-maxillaire.

### III - Quelles sont les conséquences de ces interventions ?

---

Les conséquences de ces interventions chirurgicales varient d'un patient à l'autre, sans que l'on sache exactement pourquoi. De plus, une même intervention peut être vécue différemment par les malades. Certains d'entre eux se réjouissent d'avoir obtenu un sursis grâce à leur opération et, dès lors, ils relativisent leurs séquelles alors que d'autres les vivent extrêmement mal. Par ailleurs, ces interventions présentent des risques évidents de potentialisation radio-chirurgicale.

Cependant, toutes ces conséquences peuvent être réduites par la rééducation post-opératoire : kinésithérapie, massages lymphatiques, orthophonie (celle-ci permettant aux patients de recouvrer une phonation, voire une déglutition correcte).

#### ■ Les conséquences sur la phonation

##### → *Rappel physiologique*

La phonation est décrite dans la littérature comme une fonction supra-vitale : on veut dire par-là qu'elle fait partie des fonctions qui nous font homme.

Pour parler, trois conditions doivent être réunies : une bonne soufflerie (les poumons), un vibreur (les cordes vocales) ainsi que des articulateurs et des cavités de résonance. A cet égard, pour être en mesure de prononcer correctement des consonnes, un sujet doit être doté d'un appareil pharyngo-bucco-labial efficient.

##### → *Les conséquences phonatoires des traitements des cancers buccaux*

Les conséquences phonatoires de ces traitements renvoient notamment à la rhinolalie ouverte. Dans ce cas de figure, la communication bucco-sinusienne s'opère mal et le patient présente donc une voix particulièrement nasillarde. Il peut également être atteint d'insuffisance vélaire. Quand ces problèmes concernent des zones situées à l'avant de la cavité buccale, ils sont relativement faciles à corriger. A l'inverse, lorsqu'ils se trouvent dans des zones postérieures, leur résolution se révèle beaucoup plus difficile.

Ces traitements peuvent aussi induire des troubles de l'articulation. Ces troubles recouvrent en particulier des ankyloglossies : la langue est alors suturée légèrement trop près de la gencive. Elle vient donc s'accrocher à cette dernière et perd son jeu naturel. Dans ce contexte, il s'avère difficile d'appareiller le patient. Cependant, dans ce cas, les patients s'accommodent relativement bien de ces difficultés.

En revanche, lorsque la langue est totalement fixée sur le côté de la bouche, ces troubles deviennent nettement plus lourds. Pour y remédier, on implante des lambeaux qui permettent de recouvrir la zone. Reste que, dans les cancers du bord de langue et du plancher, l'ankyloglossie constitue l'un des problèmes majeurs que nous rencontrons.

#### ■ Les conséquences sur la déglutition

##### → *Rappel physiologique*

La déglutition suit quatre temps :

- une phase labio-buccale ;
- une phase orale qui consiste en la projection du bol alimentaire vers le pharynx ;
- une phase pharyngo-laryngo-oesophagienne, qui associe des mouvements de progression du bol alimentaire à des mouvements de protection des voies aéro-digestives supérieures (fermeture et remontée du larynx, etc.) ;

- une phase œsophagienne, où le bol alimentaire descend dans l'œsophage.

De notre côté, nous nous focalisons sur le premier de ces temps, le temps volontaire. A ce stade, le sujet doit disposer d'une langue en bon état de fonctionnement pour plaquer le bol alimentaire contre le palais et le repousser vers le pharynx, puis l'œsophage.

A ces différents temps, s'associe également un mouvement lingual relativement complexe, la base de la langue intervenant comme un piston qui pousse le bol alimentaire. Parallèlement, une bonne compliance du voile du palais est indispensable afin d'assurer une continence entre la cavité buccale, le rhino-pharynx et les cavités nasales.

#### → **Les impacts des traitements**

Les conséquences des traitements des cancers buccaux sur la déglutition sont fortement majorées en cas de radiothérapie. En effet, celle-ci peut être à l'origine d'une hyposialie. Les malades en question ont la langue sèche et, dans ces conditions, se plaignent de manger moins aisément.

Les avulsions dentaires réalisées avant ou pendant les traitements gênent également ces malades dans leur déglutition. Quelques mois après, ces patients sont, par conséquent, fortement demandeurs d'une réhabilitation prothétique dentaire.

Ces traitements peuvent aussi aboutir à des troubles de l'articulé dentaire, quand les bases osseuses de la cavité buccale ont été trop affectées. De son côté, l'ankyloglossie peut également gêner le jeu de la langue et, de fait, la progression du bol alimentaire.

En outre, certains patients peuvent présenter des atteintes nerveuses (essentiellement au niveau des nerfs lingual et hypoglosse). En particulier, lors de grandes attaques ganglionnaires, le nerf hypoglosse doit être sacrifié, ce qui entraîne une paralysie motrice de l'hémi langue. Chez le patient jeune, cette paralysie engendre des troubles de la déglutition faibles quand elle reste isolée. En revanche, ces troubles deviennent plus importants lorsqu'elle est associée à d'autres séquelles anatomiques. Par ailleurs, lors de certaines opérations, on n'a d'autre choix que de couper le nerf lingual.

Après ce type de chirurgie, la scapulalgie constitue, avec l'hyposialie, le motif de plainte le plus fréquent mis en avant par les patients. Elle se caractérise par une épaule légèrement tombante, ce qui peut donner lieu à des séquelles fonctionnelles très importantes (impossibilité de lever le bras, par exemple). Ces troubles sont dus à une atteinte de la branche externe du nerf XI ou de son anastomose avec le plexus cervical. Malheureusement, la scapulalgie est difficilement prévisible. Toutefois, la kinésithérapie précoce pourrait être un moyen de prévention efficace.

#### ■ **Les séquelles esthétiques**

Dans cet exemple, la jeune femme que vous pouvez voir à l'écran fait apparaître une déformation majeure de son visage. En particulier, elle présente ce « profil d'oiseau », typique après une BPTM, où le menton s'efface complètement. Nous avons réalisé sur ce patient une reconstruction par un lambeau de fibula, ce qui nous a permis de redonner son ovale au visage. Malheureusement, celui-ci conservera en partie les stigmates de la maladie.

Dans l'exemple suivant, le patient a été traité pour un bord de langue classique. Cette femme se porte bien aujourd'hui et la cicatrice de son opération est quasiment invisible. Sa langue fonctionne parfaitement et elle ne rencontre aucune difficulté pour s'exprimer.

Enfin, dans ce dernier cas, le patient a subi une opération au niveau de l'os du péroné. Cette femme a d'abord fait une lésion du plancher antérieur – une lésion qui traversait la mandibule pour atteindre le menton. Là aussi, nous avons procédé à une reconstruction par des lambeaux de péroné, la peau de la jambe se retrouvant à la place de celle du menton. Aujourd'hui, cette personne porte une sonde naso-gastrique pour une seconde localisation car elle a subi une lésion de l'amygdale trois ans et demi après sa première lésion. A cet égard, il convient de noter que 15 à 20 % des cancers de la cavité buccale donnent lieu à une seconde localisation.

Il me semble important de souligner que les réhabilitations prothétiques constituent une véritable renaissance pour nos patients après les difficultés qu'ils ont pu connaître au cours de leurs maladies et de leurs traitements.

## **IV - Le rôle du chirurgien-dentiste dans la prise en charge des traitements chirurgicaux des cancers de la cavité buccale**

---

### **■ Restaurer les fonctions orales**

#### *René GOURMET*

En amont des traitements, le chirurgien-dentiste doit veiller à éviter toute complication d'origine dentaire, qu'elle soit infectieuse ou traumatique. Il suffit pour cela d'examiner la denture du patient et d'en effectuer un examen radiologique (par exemple, un orthopantomogramme). Sur cette base, le praticien peut déterminer les dents qui sont porteuses de foyers infectieux. De même, il peut ainsi identifier les dents qui, dans les futurs champs d'irradiation, devront être extraites, ce qui permettra d'aboutir à ce que l'on appelle « la mise en état bucco-dentaire ». Il s'agit ainsi de faire en sorte que le chirurgien intervienne dans une bouche aseptisée.

Notre rôle de chirurgien-dentiste consiste également à rétablir le plus rapidement possible les fonctions orales : l'élocution, la mastication et la déglutition. Quand ils ont été opérés de la cavité buccale, nos patients doivent en effet recouvrer dans les meilleurs délais leur capacité à s'exprimer car, dans le cas contraire, ils risquent de se renfermer sur eux-mêmes et de glisser vers un contexte plus ou moins dépressif, ce qui peut évidemment compromettre leur guérison. De même, une bonne nutrition constitue un facteur de guérison décisif. C'est pourquoi il est primordial que nous nous attachions à rétablir la fonction de mastication chez ces patients. Nous ne devons pas non plus oublier les aspects esthétiques. Que nous le voulions ou non, notre fonction première consiste en effet à redonner un beau sourire à nos patients. Nous sommes aujourd'hui dans une ère du paraître où chacun est très soucieux de son image. Dans ces conditions, un sujet même partiellement défiguré risque de s'isoler, ce qui va à l'encontre de toute resocialisation.

### **■ Rétablir l'élocution et la déglutition**

En cas de maxillectomie, qu'elle soit partielle ou importante, il se produit une rhinolalie entraînant une émission de mots plus ou moins incompréhensibles. Ici, le rétablissement de l'élocution s'effectue en même temps que celui de la déglutition. Une solution technique extrêmement simple consiste alors à confectionner à partir d'une empreinte un petit obturateur en silicone thermoformé qui peut être implanté dans la cavité buccale dès que le chirurgien nous autorise à enlever la mèche. On peut aussi avoir recours à une plaque obturatrice. Par la suite, dès que la cicatrisation sera terminée et la radiothérapie achevée, ces dispositifs seront remplacés par une prothèse obturatrice d'usage. Celle-ci peut être totale avec un obturateur en silicone mou ou avec un évidement.

### **■ Restaurer la mastication pour permettre au patient de s'alimenter**

Lorsque seules les dents ont disparu au cours de la chirurgie ou de la mise en état bucco-dentaire initiale, on peut redonner au patient un coefficient de mastication satisfaisant en modifiant les prothèses déjà existantes ou en réalisant dès que possible des prothèses transitoires. A mon sens et contrairement à certaines idées reçues, la pose de ces prothèses doit intervenir le plus rapidement possible, alors que le patient se trouve encore en phase d'hospitalisation et se montre, de fait, extrêmement coopératif et motivé.

Cependant, la chirurgie peut souvent entraîner des pertes de substance osseuse en particulier à la mandibule après résection interruptrice ce qui va entraîner une latéro déviation mandibulaire avec perte des contacts occlusaux ; Chez un patient partiellement ou totalement denté, ces pertes peuvent être en grande partie compensées par la mise en place d'une plaque palatine avec un plan guide. Ce dispositif permet en effet au patient de retrouver un articulé dentaire correct et de mastiquer à nouveau. En revanche, lorsque la latéralo-mandibulie est trop importante chez un sujet édenté, la seule possibilité qui s'offre à nous reste le recours à une prothèse implanto-portée qui va recréer des ancrages sur lesquels nous pourrions ensuite repositionner une prothèse.

Cette chirurgie osseuse s'adresse non seulement à la mandibule mais aussi au maxillaire. Dans l'exemple suivant, le patient a été opéré pour un cancer intéressant la voûte palatine et le sinus maxillaire. Dans ce cadre, il a subi une hémisection palatine mais a bénéficié d'une prothèse totale maxillaire, ce qui a permis de corriger sa rhinolalie, de rétablir sa fonction de mastication et de lui redonner un aspect physique normal.

Dans cet autre exemple de maxillectomie partielle, nous étions confrontés à un adénocarcinome palatin. Nous avons alors posé sur le patient une prothèse. Dans un tel cas de figure, je veille toujours à implanter des petits obturateurs évidés en silicone car ceux-ci allègent considérablement la prothèse. Il convient également de prêter une extrême attention aux dents qui servent d'appui à ce type de prothèses.

En outre, la chirurgie carcinologique intéresse toujours les « parties molles » :

- **La langue**

Nous devons surveiller les traumatismes d'origine dentaire qui peuvent se produire. En particulier, le patient ne maîtrisant plus de la même manière sa motricité linguale (attention aux dents en regard des cicatrices de pelvi glossectomie).

- **La gencive, le plancher buccal et les joues**

Dans le cas que je vous présente, le lambeau naso génien vient en plein milieu de la crête alvéolaire s'opposer à toute prothèse. Dans ces conditions, le patient n'est pas appareillable en l'état.

- **Les lèvres**

On constate parfois au niveau des lèvres une limitation de l'ouverture buccale, notamment dans des cas d'interventions par incision para latéro nasale. Là encore, ces limitations peuvent à ce point être importantes qu'il devient impossible d'appareiller le patient.

## ■ La complémentarité entre chirurgien oncologue et chirurgien-dentiste

Une complémentarité entre ces deux spécialités est absolument nécessaire. En effet, un large travail d'équipe au seul service du malade est indispensable à sa bonne prise en charge thérapeutique globale. Quelques cas cliniques illustreront cette réalité.

Chez ce patient totalement édenté ayant subi une bucco-pharyngectomie interruptrice, nous avons posé trois implants. Cette intervention a été effectuée sous anesthésie générale. Nous avons réalisé un double plan de morsure palatin. Il est en effet impossible de corriger la latéralo-mandibulie en totalité (en réalité, cette correction ne peut pas excéder l'équivalent d'une dent). Ce double plan a permis au patient de mastiquer à nouveau de façon convenable. D'ailleurs, lors de son retour en consultation, son premier geste a été de nous confier son plaisir de remanger du pain.

Dans l'exemple suivant, le patient a été traité par une bucco-pharyngectomie non interruptrice pour une lésion du bord de langue droit et du sillon amygdalo-glosse. Nous avons extrait plusieurs dents afin de faciliter la section de la mandibule par le chirurgien. Par la suite, nous avons réalisé des traitements canaux et avons mis en place un bridge céramo-métal de telle sorte que le patient a recouvré un sourire normal et un confort de mastication complet.

Cet autre exemple porte sur un cas de chirurgie reconstructrice par lambeau de fibula micro-anastomosé et réhabilitation dentaire. Ce patient a été traité pour un cancer de bord de langue mais a développé une ostéoradionécrose mandibulaire à la suite de l'extraction d'une dent de sagesse réalisée « à la hussarde » sous anesthésie locale. Il a alors été nécessaire de procéder à une résection mandibulaire et à une greffe de péroné. Avec ce type de techniques, on peut obtenir d'excellents résultats prothétiques et esthétiques.

Les exemples qui suivent concernent deux cas d'ostéosarcomes mandibulaires traités par chirurgie reconstructrice. Dans le premier cas, nous avons effectué une greffe de péroné, posé deux implants, une barre avec une extension et une prothèse stellite. Dans le second cas, nous avons posé trois implants et avons également eu recours à une prothèse stellite.

Enfin, je terminerai sur un cas qui me tient particulièrement à cœur : il porte sur la réhabilitation fonctionnelle et esthétique d'une adolescente qui avait subi une chirurgie d'exérèse pour une tumeur du prémaxillaire avec envahissement des fosses nasales. Depuis, cette jeune fille est devenue une femme. Aujourd'hui, elle porte toujours une prothèse obturatrice car la chirurgie réparatrice n'est pas réalisable et vous constatez là encore que nous pouvons obtenir des résultats esthétiques excellents.

## V - Conclusion

---

Le rôle du chirurgien-dentiste consiste à :

- travailler en étroite collaboration avec l'équipe chirurgicale ;
- à recréer les fonctions essentielles que sont la déglutition, la mastication, la phonation ;
- à corriger l'esthétique si nécessaire ;
- et, plus largement, à redonner le goût de vivre à ses patients.

# TRAITEMENT DES CANCERS PAR RADIATIONS IONISANTES : QUELLES CONSÉQUENCES MÉDICALES, QUELLES CONSÉQUENCES BUCCALES ? QUEL RÔLE POUR LE CHIRURGIEN-DENTISTE ?

par le **DOCTEUR JACQUES BRUGERE**

*Chef de service honoraire de Chirurgie Cervico-Faciale et ORL de l'Institut Curie (Paris)  
et Conseiller médical à la Ligue Nationale contre le Cancer*

et par le **DOCTEUR MARYALIS GUICHARD**

*Maître de Conférence, Odontologiste à l'Institut Claudius Rigaud*

## I - Un historique des traitements par radiations ionisantes

*Jacques BRUGERE*

Je vous remercie de votre invitation. Ancien ORL au sein de l'Institut Curie, je fais aujourd'hui partie de la Ligue contre le cancer, qui est extrêmement heureuse de patronner ce colloque. Je dois à M. Pujol et M. Albert Hirsch ma présence à cette manifestation. Je ne vous cacherais pas que je me fais l'effet d'un « ancêtre », dans la mesure où je suis lancé dans ma spécialité en 1962. J'ai d'abord exercé pendant dix ans à l'Institut Gustave Roussy. Puis, pendant près de 25 ans, j'ai travaillé au sein de l'Institut Curie.

Mon intervention dressera un historique de l'utilisation des radiations ionisantes dans le traitement des cancers de la cavité buccale. J'insisterai également sur les conséquences des irradiations du cancer du nasopharynx (cavum) et de l'oropharynx. En effet, la cavité buccale souffre énormément de ces traitements (notamment des irradiations externes à doses importantes), lorsque ceux-ci sont appliqués à l'étage sus-glottique du larynx et au sinus piriforme.

### ■ L'apparition des aiguilles de radium

Jusque dans les années 1920, les cancers de la cavité buccale étaient essentiellement traités par la chirurgie. L'apparition du radium a modifié cette donne. A partir de cette date, on a en effet commencé à utiliser des aiguilles de radium contre ces maladies. Ces aiguilles se présentaient sous la forme de clous. Elles étaient dotées d'un chas, ce qui permettait de les couder, et, comme leur nom le suggère, contenaient du sel de radium. Elles mesuraient trois centimètres de long pour un diamètre de trois millimètres. Elles ont d'abord été utilisées à l'Institut Curie, puis à l'Institut Gustave Roussy et dans d'autres centres. Cette curiethérapie a eu cours pendant environ cinquante ans et s'est ainsi maintenue dans certains centres jusqu'en 1977.

Je précise que, dans de nombreux cas, on confiait la mise en place de ces aiguilles aux jeunes internes et que, de ce fait, leur parallélisme était parfois douteux, tandis que leur dosimétrie était très incertaine. Néanmoins, placée entre de bonnes mains, cette technique pouvait produire des résultats satisfaisants – ce qu'un vieux médecin comme moi appellerait une reconstitution *ad integrum* : c'est-à-dire une reconstitution sans complication majeure, avec une cicatrisation rapide et un bon résultat local. A cet égard, un article publié dès 1924 par l'Institut Curie montrait que, grâce à cette approche, un contrôle local à trois ans pouvait être obtenu dans deux tiers des cas.

### ■ De nouvelles techniques de radiothérapie

#### → *Les gouttières vectrices*

Après les aiguilles de radium de nouvelles techniques de curiethérapie sont apparues. Les fils radioactifs d'iridium et les gouttières vectrices ont alors fait leur apparition. Ces dispositifs pouvaient être mis en place à l'aide d'un matériel non radioactif. Cependant, cette technique n'en soulevait pas moins un certain nombre de problèmes.

En effet, si le radium a une période de 1 560 ans environ, l'iridium a une demi-vie de 67 jours. Dans ces conditions, dans les premières semaines qui suivaient leur mise en place, ces fils présentaient une forte activité de radiation. Or dans certains cas, celle-ci a pu donner lieu à de lourdes complications : notamment des nécroses muqueuses et musculaires très prolongées et douloureuses qui exigeaient parfois une exérèse complémentaire de la zone curiethérapie, de sorte que l'on aboutissait à un déficit fonctionnel aussi prononcé que celui qu'aurait produit une intervention chirurgicale.

#### → **Les tubes plastiques**

Après les gouttières vectrices, sont apparues des techniques de curiethérapie extensive par tubes plastiques, utilisés pour des lésions plus étendues et infiltrantes (de plus de trois centimètres). Cependant, les tenants de cette technique (en particulier l'équipe Pierquin-Chassagne à Gustave Roussy ou celle de Mme Pernot à Nancy...) y ont quelquefois eu recours pour des tumeurs trop importantes, ce qui a induit là encore de lourdes complications.

L'utilisation extensive des tubes plastiques a entraîné dans de nombreux centres une désaffection pour la curiethérapie. En France, pour des pathologies d'ORL, cette technique n'est plus utilisée par les Instituts Curie et Gustave Roussy, tandis que son utilisation a fortement diminué en France et dans de nombreux pays.

Pourquoi les deux maisons-mères ont-elles ainsi abandonné cette approche ? Tout d'abord, l'extension des indications a entraîné des nécroses muqueuses (notamment latérales) extrêmement prolongées et douloureuses. Je précise que celles-ci évoluent parfois sous le masque d'une infection pure alors qu'il s'agit en réalité d'une non-stérilisation initiale de la tumeur ou d'une récurrence précoce. De plus, si, après de nombreux mois d'hospitalisation et de traitements symptomatiques, on parvient à des cicatrises correctes ; les patients conservent parfois des séquelles rétractives et fibreuses très importantes.

#### ■ **La chimiothérapie intra-artérielle**

Avec le développement des premières chimiothérapies efficaces, nous avons assisté à la vogue de la chimiothérapie intra-artérielle. Celle-ci peut, elle aussi, donner lieu à de sévères complications (par exemple, dans le cas que je vous présente ici, à une fissuration de la langue mobile en deux parties et à une large nécrose du plancher buccal).

#### ■ **Des traitements mixtes**

Pendant un temps, la communauté médicale a privilégié des traitements mixtes associant radiothérapie externe et curiethérapie. Cette approche s'adressait aux malades qui étaient atteints d'une tumeur petite ou moyenne de la cavité buccale sans présenter de ganglions cliniquement perceptibles. La première phase de radiothérapie externe se concrétisait par l'application de doses radioactives pouvant aller jusqu'à 5 500 rads (55 grays), ce qui permettait de prévenir d'éventuelles métastases ganglionnaires infracliniques. Puis cette radiothérapie était suivie d'une curiethérapie à la dose de 20 ou 25 grays sur la tumeur.

Ce type de traitement pouvait également produire un certain nombre de séquelles relativement bénignes : par exemple, un séquestre étendu de la table interne. Cependant, des complications beaucoup plus graves pouvaient aussi avoir lieu : en particulier, des fractures dites « spontanées » de la mandibule, consécutives à une ostéoradionécrose.

Dans ces conditions, à partir du début des années 70, on a assisté à la disparition quasiment complète de cette association. Toutefois, cette situation a été remise en cause par l'apparition d'un protocole de chimiothérapie générale efficace associant Cis-Platine et 5-Fluoro-Uracile (par voie générale).

#### ■ **Les traitements au platine et au fluor**

Ces traitements posent de nouveaux problèmes, en particulier la conservation des organes dans le cas de grosses tumeurs. En effet, si la chimiothérapie générale permet des réductions importantes, on est alors tenté de traiter le malade par radiothérapie externe seule. Cette technique impose également de procéder à des surimpressions sur la zone tumorale. Pour les cancers du pharynx et de la partie postérieure de la cavité buccale, ces surimpressions intéressent essentiellement la région préangulaire et détruisent particulièrement les glandes salivaires accessoires responsables de la production de la salive fluide. En outre, les grands champs utilisés dans ces cas engendrent des complications importantes.

## ■ L'apparition des gels fluorés

Les complications majeures de la radiothérapie en rapport avec l'hyposialie ont favorisé l'introduction entre 1965 et 1970 de gels fluorés concentrés (accompagnés de tubes en plastique). Après deux ans chez Gilbert Fletcher au Texas, le Docteur Horiot a ramené cette technique des Etats-Unis et a su, avec beaucoup de courage mais non sans difficultés, l'imposer dans de nombreux centres en France.

Cependant, ces gels fluorés appliqués dans des gouttières de plastique ne sont pas la panacée. Indépendamment du bilan dentaire, la pose de ces gouttières nécessite une évaluation très précise de l'adhésion que l'on peut attendre du patient. Or le public potentiellement concerné (des personnes alcool-tabagiques issues de milieux défavorisés ou des hommes qui se rendent rarement chez le dentiste) est souvent peu motivé pour suivre ce type de traitements. Dans les faits, cette solution ne s'adresse donc qu'à un faible nombre de malades. En outre, il est parfois impossible de mettre en place ce genre de dispositifs chez certains patients.

A cet égard, j'ai connu un temps où l'on procédait chez les malades atteints d'un cancer de la cavité buccale à l'ablation de toutes les dents, qu'elles soient saines ou non, avec interdiction définitive de pose ultérieure de toute prothèse. Heureusement, par la suite, on a pu réaliser des mises en état de la bouche plus « modérées » et ménageant les dents saines (d'abord en dehors des champs d'irradiation puis dans ces champs eux-mêmes).

On touche là une question qui me paraît essentielle : qui doit réaliser les avulsions dentaires nécessaires et comment doit-on les effectuer ? Dans de nombreux services d'ORL, il est maintenant devenu commun de pratiquer pour le bilan initial une parendoscopie. Celle-ci consiste à rechercher l'apparition d'un deuxième cancer concomitant au premier. En effet, ce cas peut se produire dans 3 à 5 % des cancers du larynx et dans 8 à 12 % des cancers de la filière bucco-pharyngée. Or lors d'une parendoscopie, de nombreux ORL sont tentés de pratiquer des avulsions dentaires. Malheureusement, pendant longtemps, celles-ci étaient quelquefois effectuées par des professionnels qui n'étaient pas réellement qualifiés pour mener à bien cette opération. Toutefois, cette situation s'est nettement améliorée au cours des 30 dernières années : de plus en plus d'ORL ont effectué des semestres d'internat en stomatologie tandis que, réciproquement, des stomatologues ont accompli une partie de leurs études en ORL.

## ■ Conclusion

Les gens de ma génération ont vu une forte diminution des complications majeures de la radiothérapie appliquée aux voies aérodigestives supérieures. Les doses d'irradiation ont été sensiblement diminuées. Parallèlement, la dosimétrie a gagné en précision et la radiothérapie est devenue moins industrielle et plus personnalisée. Nous sommes loin aujourd'hui de la radiothérapie par deux champs parallèles, opposés et de même taille.

On constate toujours un grand nombre de xérostomies. De plus, la sensibilité des patients aux radiations varie très fortement selon les individus. En outre, nous avons réalisé des progrès substantiels dans l'information du malade à la fois avant, pendant et après le traitement. Néanmoins, l'éducation du patient au cours et à la fin du traitement doit encore s'améliorer.

Par ailleurs, je constate que le nombre d'avulsions intempestives post-thérapeutiques réalisées sans précaution a largement diminué en trente ans. Dans le même temps, les spécialistes ont développé une meilleure connaissance de la réalité de la cavité buccale en territoire irradié. Enfin, les complications issues de la radiothérapie sont allées en diminuant à mesure que s'est développé le traitement chirurgical de ces cancers. Il reste que la radiothérapie post-opératoire doit être appliquée en fonction de critères anatomo-pathologiques, fournis par l'étude de la pièce opératoire et des ganglions.

Engagé dans cette spécialité depuis 45 ans, j'ai le sentiment que tous les acteurs ont progressé. En particulier, les ORL ont accompli quelques progrès dans leur relation avec les chirurgiens-dentistes et les stomatologues. A cet égard, une collaboration étroite entre spécialistes lors du bilan initial, au cours du traitement et dans le suivi est tout à fait essentielle à une bonne prise en charge de nos malades.

*Maryalis GUICHARD*

J'ai été l'une des premières dentistes à intégrer un centre anticancéreux voici plus de trente ans. Je précise que j'ai été formée par un radiothérapeute : le Docteur Horiot à la prise en charge dentaire des patients irradiés. Je me souviens du tollé auquel celui-ci s'est heurté en 1974 quand, au cours d'une séance épique, il a évoqué à la Salpêtrière la notion de conservation dentaire avant une irradiation. Dès lors, les progrès que nous avons pu réaliser depuis cette époque semblent tout à fait impensables !

### ■ Les complications buccales de la radiothérapie

Le rôle que le chirurgien-dentiste doit jouer dans le cadre de traitements par radiothérapie est dicté par les complications buccales de la radiothérapie. Cependant, mon exposé n'aura pas la prétention d'aborder la totalité d'entre elles mais se concentrera sur celles qui ont un impact majeur sur nos interventions.

Une des principales complications de la radiothérapie buccale ou des VADS renvoie à la xérostomie. Celle-ci est d'intensité plus ou moins importante selon les modalités de l'irradiation. Certains d'entre eux peuvent avoir la bouche totalement sèche. Dans d'autres cas, les patients peuvent présenter une salive légèrement épaisse mais très inconfortable. Au cours des dernières années, on a placé beaucoup d'espoirs dans l'Amifostine. Désormais, les espoirs se portent vers les nouvelles techniques de radiothérapie (IMRT). Les premiers résultats montrent que, si celles-ci permettent d'améliorer le confort des patients, la production de salive chez ces derniers reste encore insuffisante. Dans ces conditions, nous aurons toujours un rôle à jouer auprès de ces malades.

La xérostomie est à l'origine de nombreuses lésions observées dans la bouche : en particulier les stomatites et les candidoses (notamment sous la forme de muguet). Il est tout à fait essentiel d'en tenir compte car ces éléments vont nous dicter notre attitude à tenir en matière de prothèses. En outre, contrairement à ce que l'on a pu croire pendant longtemps, la xérostomie est responsable de caries dentaires. A ce sujet, on a longtemps parlé improprement d'odontoradionécrose : en effet, ce ne sont pas les rayons qui « brûlent les dents » mais ce sont uniquement les problèmes salivaires qui expliquent les altérations dentaires que nous pouvons constater ici. Ces altérations interviennent quel que soit l'état dentaire initial et peuvent par exemple avoir lieu chez des sujets très jeunes aux dents parfaitement saines. Ces lésions sont souvent accompagnées d'une coloration ébène des dents et circonscrivent les collets. Elles aboutissent très rapidement à la perte des couronnes. Dans ces conditions, dans l'année qui suit l'irradiation, le patient, s'il présente une bouche très sèche, peut voir son capital dentaire fortement compromis.

L'irradiation peut également induire des complications osseuses. En effet, elle bouleverse le métabolisme des maxillaires (en particulier de la mandibule). La mandibule étant très mal vascularisée, il n'est pas rare que, dans les années qui suivent un traitement (même vingt ans après), se développent des ostéites qui peuvent ensuite évoluer vers la nécrose. En effet, suite à son irradiation, l'os n'est plus capable de se défendre contre les infections et, dans la plupart des cas, il suffit d'une simple mise à nu (par exemple, lors d'une avulsion dentaire réalisée sans précaution ou mal surveillée) pour aboutir à une complication osseuse. Ce type de complications peut être grave et induire la fracture, puis la perte de la mandibule. De ce fait, le patient connaît évidemment des troubles fonctionnels extrêmement lourds. Encore une fois, de telles complications ne sont pas rares et, pour ma part, je déplore que notre profession n'ait pas suffisamment conscience de ce danger.

### ■ Peut-on éviter ces complications ? Quel rôle le chirurgien-dentiste peut-il jouer dans cette prévention ?

Des années durant, l'essentiel de notre activité consistait à avulser des dents, même chez de jeunes patients. De surcroît, la mise en place de prothèses chez ces patients était contre-indiquée. De telles opérations induisaient naturellement des préjudices évidents, voire traumatisants, que cela soit sur le plan moral, esthétique, fonctionnel ou socioprofessionnel. Les praticiens eux-mêmes, vivaient extrêmement mal ce type d'interventions. Dans ces conditions, l'une de mes premières missions aux côtés du Professeur Combes soutenu par le Professeur Brugère, a consisté à lutter contre cette approche et à privilégier la réhabilitation et la réinsertion des patients.

Le chirurgien-dentiste doit à la fois intervenir avant, pendant et après l'irradiation. Aucune de ces étapes ne doit être négligée. Malheureusement, en France, il n'existe pas de prise en charge systématique de ces patients (notamment au niveau des cliniques privées), ce qui constitue parfois un véritable drame.

### → **Avant une curiethérapie**

Je n'entrerai pas dans le détail de toutes les actions possibles mais me limiterai à quelques exemples. En particulier, avant une curiethérapie, le chirurgien-dentiste doit étudier en liaison étroite avec le radiothérapeute la possibilité de mettre en place une protection dento-maxillaire sous la forme d'un écran plombé. Plus ou moins épais, cet écran permet en effet de limiter la dose de rayonnements absorbée par la mandibule ou le secteur situé en regard. Cela suppose cependant qu'après la décision par le radiothérapeute de recourir à un traitement par radiations, le patient soit rapidement vu par l'odontologiste.

### → **Avant une irradiation externe**

Avant de procéder à une irradiation externe, il est capital de réaliser un bilan dentaire. Celui-ci doit tenir compte de plusieurs critères, dont l'état des dents. En effet, on ne pourra conserver avant le traitement que des dents parfaitement saines au niveau des tissus durs et des gencives. Cependant, ce bilan doit aussi évaluer la capacité des patients à s'investir durablement dans leur traitement. En effet, celui-ci ne peut être efficace qu'avec leur coopération. Si l'on n'est pas certain de l'obtenir, il est illusoire de penser que le patient suivra les prescriptions qui lui sont données dans le but de conserver ses dents.

Une fois ce bilan effectué, divers soins dentaires doivent être apportés au patient. Comme cela a été indiqué, le moment idéal pour procéder aux avulsions dentaires coïncide avec celui de l'endoscopie. Là encore, le radiothérapeute et l'odontologiste doivent collaborer étroitement. Dans la pratique, on constate malheureusement un grand nombre d'ostéoradionécroses qui se développent sur des plaies d'extraction insuffisamment cicatrisées au début de l'irradiation. Pour éviter de telles difficultés, il est indispensable de prévoir un délai de cicatrisation suffisant entre les avulsions et le début de l'irradiation (au minimum 15 jours pour des avulsions simples et plusieurs semaines pour des dents incluses).

Enfin, lorsque la bouche a été remise en état et assainie, on doit prescrire aux patients l'application de gel fluoré. Cette fluoration s'effectue à l'aide de gouttières thermoformées en matière souple. Le patient doit les porter pendant plusieurs années à raison de dix minutes par jour. En aucun cas, on ne peut substituer à ces applications de gels externes des comprimés de fluor comme ceux que l'on distribue aux enfants. Malheureusement, les médecins traitants ont tendance à modifier nos prescriptions dans ce sens.

### → **Pendant et après une irradiation externe**

Pendant et après l'irradiation, nous devons assurer un suivi bucco-dentaire régulier des patients. Idéalement, comme c'est le cas dans les centres anticancéreux, celui-ci doit intervenir en même temps que le suivi oncologique.

De plus, nous devons veiller à la santé bucco-dentaire de ces patients ainsi qu'à l'hygiène que ceux-ci portent à leur bouche. Nous devons également prévenir certains comportements excessifs : par exemple, certains patients vont jusqu'à se laver les dents sept fois par jour et développent ainsi des érosions cervicales qui peuvent atteindre la pulpe.

Nous devons également vérifier que ces patients procèdent quotidiennement à la fluoration de leurs dents. Cette fluoration doit naturellement être adaptée en fonction des résultats obtenus au niveau de l'émail et de l'intensité de l'hyposialie. Sur cette base, on peut décider d'espacer ce traitement, voire de le remplacer par un dentifrice à forte concentration en fluor.

Notre rôle consiste aussi à dépister les caries, notamment quand de petites taches de déminéralisation apparaissent sous la forme de leucomes dans les régions cervicales. Nous avons évidemment vocation à assurer les soins, notamment au niveau parodontal. En outre, nous devons restaurer les tissus durs des dents. Cependant, nos interventions ne seront efficaces que si le patient procède chaque jour à ses applications de fluor.

Si nous devons réaliser des avulsions, nous devons le faire dans les règles de l'art, de manière à prévenir les ostéoradionécroses. Ces avulsions doivent s'opérer de préférence sous anesthésie générale, avec une bonne antisepsie buccale et en isolant l'os de la cavité buccale. Malheureusement, il arrive que toutes ces précautions ne soient pas suffisantes pour éviter cette grave complication.

Enfin, nous devons restaurer la fonction masticatoire chez nos patients par la mise en place de prothèses, en tenant compte dans nos indications de l'état des muqueuses, des crêtes osseuses et de l'état dentaire résiduel.

## ■ Conclusion

Contrairement à ce qui pouvait prévaloir il y a trente ans, la nécessité d'une intervention des odontologistes en cancérologie est désormais reconnue. Cette intervention doit s'effectuer en concertation très étroite avec les professionnels du cancer : les oncologues, les chirurgiens, les radiothérapeutes. Ceux-ci doivent développer de véritables échanges avec les chirurgiens-dentistes.

En d'autres termes, les chirurgiens-dentistes doivent être pleinement intégrés dans ces équipes pluridisciplinaires. Dans cet esprit, je m'investis en Midi-Pyrénées pour qu'un dentiste soit présent dans les UCP d'ORL. René Gourmet mène un combat analogue en Rhône-Alpes. Mais, nous devons aussi et encore accomplir un effort de formation pour répondre au mieux à l'attente de ces patients.



## animé par le **DOCTEUR JEAN-PIERRE GIORDANELLA**

*Médecin,  
Directeur de la politique et des services de prévention  
de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Paris.*

*Jean-Pierre GIORDANELLA*

Toutes les clés du débat me semblent avoir été clairement présentées au fil des différents exposés. D'ores et déjà, il apparaît que nous devons investir plus fortement le champ de la prévention. De plus, le diagnostic doit être rapide, correctement posé et partagé avec ceux qui assureront la prise en charge du patient. Plus que jamais, le métier de cancérologue est donc un métier partagé.

Nos débats ont également montré l'importance de la surveillance, de la réhabilitation et du recueil ou de la transmission des données épidémiologiques.

*De la salle*

Madame Guichard, pourriez-vous faire le point sur les sialogogues et les salives de substitution ?

*Maryalis GUICHARD*

Nous avons malheureusement accompli peu de progrès dans ce domaine.

*Jean-Pierre GIORDANELLA*

Cela reste un vrai challenge. Ce problème se posait déjà il y a 35 ans.

*Maryalis GUICHARD*

Quand une partie du potentiel glandulaire a été conservée, on peut toujours essayer d'améliorer la sécrétion de salive par stimulation. On peut recourir ici à des solutions aussi diverses que la gomme à mâcher ou le citron. En revanche, en cas d'asialie complète, les salives artificielles n'apportent pas d'amélioration véritable.

*De la salle*

Quelle est la capacité réelle des praticiens de ville à intervenir des ostéoradionécroses ? Quelles sont les limites de notre action en la matière ? Doit-on adresser directement ces cas au chirurgien ou bien, pour des petites nécroses, pouvons-nous procéder nous-mêmes à un acte chirurgical ?

### *Maryalis GUICHARD*

En réalité, je vous conseille de ne pas y toucher. En effet, lorsqu'une ostéoradionécrose survient à la suite d'une curiethérapie, celle-ci s'élimine généralement toute seule. Dans ce cas, la nature fera beaucoup mieux les choses que nous. De plus, une telle évolution n'est guère douloureuse pour le patient. A l'inverse, d'autres ostéoradionécroses, plus graves, nécessitent une intervention chirurgicale. Néanmoins, je vous déconseille là encore de tenter ce geste. Vous ne feriez que déplacer le problème.

### *Roger MONTEIL*

L'ostéoradionécrose est due à deux types de phénomènes. D'une part, elle est parfois imputable à des problèmes d'ordre vasculaire (un manque d'irrigation de la zone concernée). D'autre part, elle peut se produire quand l'os est complètement « déshabité » et que l'on n'y trouve plus d'ostéocytes. Dans ce cas de figure, l'os se déminéralise très rapidement et prend un aspect mielleux. Il devient de ce fait un véritable lit pour les infections bactériennes.

Comme vient de l'expliquer Maryalis Guichard, vous ne devez pas toucher de près ou de loin à cet os. Vous risqueriez en effet de provoquer une infection incontrôlable, si ce n'est au prix d'une hypothétique multibiothérapie. L'os est définitivement mort et complètement déminéralisé.

### *De la salle*

Quelles sont les limites des traitements en implantologie dans les zones irradiées ? Pour ma part, j'avais le souvenir que l'on ne pouvait pas poser d'implants dans de telles zones.

### *René GOURMET*

A Lyon, depuis neuf ans, nous avons lancé, avec l'accord des ORL, des radiothérapeutes et des spécialistes des maxillo-faciaux, des rééducations prothétiques implanto-portées en territoire irradié. 120 patients ont bénéficié de ces implantations, tandis que 25 malades ont reçu une greffe de fibula et sont tous implantés. Lorsque l'on se situe dans des zones d'irradiation comprises entre 40 et 50 grays, les pourcentages d'ostéo-intégration que nous observons sont les mêmes que pour un patient non irradié. A l'inverse, lorsque l'irradiation oscille entre 50 et 60 grays, ce pourcentage tombe en deçà de 85 %. Enfin, quand on dépasse le seuil des 60 grays, on perd un implant sur deux.

### *Philippe ZROUNBA*

Lorsque René Gourmet pose des implants, il le fait en bloc opératoire, dans des conditions d'asepsie chirurgicale complète.

### *Youssef HAIKEL*

Ces implants font-ils l'objet d'une prise en charge spécifique ?

### *Roger MONTEIL*

Vous soulevez un point sensible qui concerne non pas les seules prothèses implanto-portées mais la totalité des prothèses maxillo-faciales. Il y a quelques années, a eu lieu une refonte de la nomenclature de la CCAM. A cette occasion, j'avais participé à plusieurs réunions au niveau de la DMF. Malheureusement, nous n'avons rien obtenu. Dès lors, une prothèse obturatrice comme celles que nous avons vues présente aujourd'hui un coût extrêmement élevé et ne peut plus être réalisée qu'en dehors des CHU ou des centres anticancéreux.

Au sein du centre Léon Bérard à Lyon, c'est notre directeur qui a décidé de nous affecter un budget spécifique pour la prise en charge des implants, sachant qu'il nous revenait de lui prouver que cette technique était

efficace et apportait un véritable confort au patient. Lorsque nous le lui avons démontré, il a décidé chaque année de reconduire cette enveloppe budgétaire.

Reste que, malheureusement, ces implants ne font l'objet d'aucune prise en charge par les organismes sociaux et les mutuelles.

*Jean-Pierre GIORDANELLA*

Je ne suis cependant pas certain que nous ayons épuisé toutes les filières de prise en charge.

*De la salle*

Je souhaiterais revenir sur la fluothérapie. On nous explique parfois qu'après deux ans d'un tel traitement, le patient peut passer à des dentifrices très fluorés. D'autres soutiennent au contraire qu'il ne doit jamais interrompre cette thérapie. J'ai cru comprendre que Madame Guichard penchait plutôt pour la première position. Dans quels cas peut-on préconiser le passage à des dentifrices à haute teneur en fluor ?

*Maryalis GUICHARD*

Dans l'exemple auquel j'ai fait allusion au cours de mon exposé, ce n'est qu'au bout de 15 ans que le patient a pu cesser son utilisation de gels fluorés. Cependant, dans le cas d'une hyposialie qui reste extrêmement modérée, les patients peuvent, après deux ou trois ans d'un tel traitement, espacer leurs applications de gel mais ils doivent y associer un dentifrice très fluoré. A l'inverse, dans l'hypothèse d'une bouche très sèche, on ne peut pas renoncer à cette fluoration.

Ce genre de décisions doit être modulé en fonction de l'hyposialie, des radiations reçues et de la qualité du brossage du patient.

*Youssef HAIKEL*

De plus en plus de travaux portent sur l'application de verres fluorés. Ces travaux montrent que l'on observe un effet retard assez intéressant à ce niveau.

*Maryalis GUICHARD*

Absolument.

*Philippe ZROUNBA*

Ce matin, nous avons largement évoqué les biopsies. Je serais intéressé de savoir combien de dentistes parmi ceux présents dans la salle s'estiment en mesure de réaliser ce geste. Combien d'entre eux disposent du matériel nécessaire (fixateurs...) et ont désormais un laboratoire d'anatomo-pathologie référent ? Une biopsie ne constitue, certes, pas un geste extrêmement technique mais je ne pense pas que mon dentiste personnel serait à même de le faire.

Je m'interroge également sur le délai de prise en charge de ces lésions. Si nous nous acharnons à poser un diagnostic qui, en réalité, s'avère trop complexe, ne risquons-nous pas d'allonger ce délai, ce qui serait naturellement préjudiciable au patient ?

*Jean-Pierre GIORDANELLA*

Je vous confirme qu'une biopsie ne constitue pas un geste médical « extraordinaire ».

### *Didier GAUZERAN*

Si vous êtes compétent en dermatologie buccale, vous pouvez prendre en charge ces pathologies des muqueuses buccales, qu'elles soient bénignes ou non. Si vous ne l'êtes pas (et ce n'est pas un reproche de ma part), vous devez vous adresser à l'un de vos correspondants spécialisés. Dans cette seconde hypothèse, vous vous abstenrez évidemment de réaliser une biopsie.

### *Jacques BRUGERE*

Les ORL peuvent également se trouver dans la même situation. Certains d'entre eux reçoivent des patients qui présentent de petites lésions et sur lesquels, en théorie, ils pourraient réaliser eux-mêmes une exérèse. Cependant, ils préfèrent s'en abstenir car ils souhaitent inscrire leur intervention dans le cadre d'une décision multidisciplinaire.

### *Roger MONTEIL*

Aujourd'hui, les services spécialisés de chirurgie maxillo-faciale ou d'ORL sont quelque peu surchargés et font donc apparaître des délais d'admission relativement longs. Quoi qu'il en soit, si un chirurgien-dentiste est en présence d'une lésion qui constitue manifestement un carcinome, il ne doit pas effectuer de biopsie mais doit adresser directement le patient au service spécialisé concerné. En revanche, s'il se trouve devant une lésion douteuse, la situation est complètement différente. En effet, si l'on oriente le patient vers un centre spécialisé, on provoquera chez lui une grande perturbation psychologique alors même que sa lésion n'est peut-être pas une tumeur maligne. De plus, le praticien n'a pas le pouvoir d'obtenir rapidement une telle consultation pour son patient. Dans ce cas, s'il pratique une biopsie d'emblée et si, quelques jours plus tard, celle-ci se révèle positive, il disposera d'un argument fort pour que le service spécialisé puisse prendre en charge le patient dans les meilleurs délais.

### *Maryalis GUICHARD*

Pour ma part, je distinguerai un troisième cas de figure : celui d'une lésion extrêmement réduite pour laquelle la biopsie se transforme en biopsie-exérèse. Dans cette situation, lorsque l'oncologue prend le patient en charge, il n'a plus aucune trace de la lésion. Là encore, même quand les lésions sont petites, le chirurgien-dentiste doit passer la main et ne pas y toucher.

### *De la salle*

Je suis dentiste dans une petite ville de province, dans l'Orne Il m'arrive de pratiquer de temps en temps quelques biopsies. Le laboratoire d'anatomo-pathologie avec lequel je travaille m'a fourni tout le matériel nécessaire, de sorte que ce type d'interventions ne me pose aucun problème.

Je voudrais savoir ce que les spécialistes pensent de l'utilisation de pinces à biopsie.

### *Didier GAUZERAN*

Je déconseille formellement l'utilisation de pinces à biopsie car celles-ci risquent d'écraser les tissus.

### *Roger MONTEIL*

En tant qu'anatomo-pathologiste, je vous confirme que cette méthode peut avoir pour nous des résultats catastrophiques.

### *Didier GAUZERAN*

Le seul instrument possible pour une biopsie est un bistouri à lame sèche. Pour ma part, je vous conseille la lame 15, légèrement ronde et convexe, plus simple à utiliser.

### *De la salle*

Existe-t-il des guides qui listent les centres spécialisés de référence ? Dans notre pratique quotidienne, nous avons rarement l'occasion de rencontrer de tels interlocuteurs.

### *Patrick HESCOT*

Notre colloque a précisément vocation à faire émerger ce type de besoins. Il est vrai qu'à ce jour, peu de choses ont été faites dans le domaine que vous évoquez. A l'issue de notre manifestation, un groupe de travail sera créé et sera chargé de faire un certain nombre de propositions. Dans le cadre du partenariat que nous avons noué avec cet institut, nous interviendrons également comme les relais de l'INCA.

### *De la salle*

En France, on compte un centre anticancéreux par région. Dans notre région, la Basse-Normandie, ce centre a élaboré durant trois années consécutives des formations doublées d'exercices pratiques. Cette initiative a été extrêmement productive.

### *Patrick HESCOT*

De nombreuses initiatives ont effectivement été prises ici et là. Aujourd'hui, nous devons faire le point sur ces différentes expériences et harmoniser, voire modéliser les pratiques. De notre côté, nous avons d'excellents contacts avec le Pôle Cancer. A cet égard, l'UFSBD a également nommé et formé un chirurgien-dentiste référent dans chacune des régions de France.

### *De la salle*

J'effectue de nombreuses biopsies mais je n'en connais pas la cotation.

### *Maryalis GUICHARD*

Il s'agit d'une cotation de niveau 5.

### *Jean-Pierre GIORDANELLA*

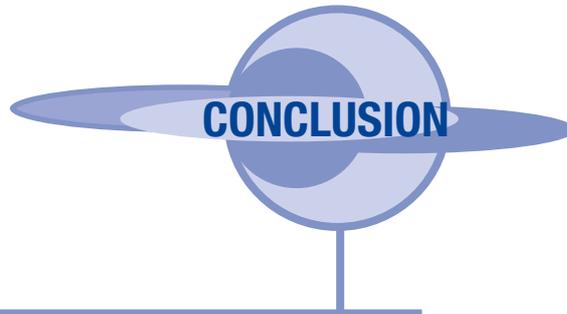
Il faut sans doute prévoir un effort d'information dans ce domaine.

### *Jacques BRUGERE*

Je souhaite revenir sur un problème soulevé par Madame Guichard : à savoir le délai entre la dernière avulsion et le début de la radiothérapie. A ce niveau, nous ne devons pas seulement nous garder de la pression de nos collègues radiothérapeutes. En effet, nous sommes aussi soumis aux pressions des patients, de leur entourage et de leurs médecins. J'ai également constaté que certains patients, qui se prévalaient de recommandations d'autres praticiens, étaient traités en priorité, ce qui pouvait aboutir à des résultats catastrophiques. De plus, faute de place à l'hôpital, ces patients étaient traités dans le privé et j'en ai malheureusement vu les conséquences.

### *Jean-Pierre GIORDANELLA*

C'est un vrai problème. Nous terminons à présent notre débat et je tiens à remercier encore l'ensemble de nos intervenants. Je laisse la parole à Monsieur le Doyen pour quelques mots de conclusion.



par le **PROFESSEUR YOUSSEF HAIKEL**

*Chirurgien-Dentiste,  
Doyen de la Faculté de Chirurgie-Dentaire de Strasbourg*

**J**e n'aurai pas la prétention de reprendre tout ce qui a été dit par les différents intervenants. Je me concentrerai plutôt sur les idées fortes que j'ai pu retenir en tant que chirurgien-dentiste. Je tâcherai également d'identifier quelques pistes que nous pourrions suivre pour aller plus loin (notamment dans le cadre de notre futur groupe de travail).

### **I - Le rôle essentiel des chirurgiens-dentistes**

---

Le chirurgien-dentiste peut jouer un rôle important à plusieurs niveaux. En particulier, il peut assumer une mission primordiale en matière de prévention. Malheureusement, d'après les études que j'ai pu consulter au plan international, nous ne jouons pas pleinement ce rôle aujourd'hui. Nous devons également être impliqués dans le diagnostic précoce et dans l'examen systématique de la cavité buccale. Il semble toutefois que cet examen soit largement pratiqué. Cependant, il ne revêt pas toujours une bonne lisibilité dans la mesure où les chirurgiens-dentistes ne participent pas systématiquement aux registres des cancers. De fait, il n'existe aucune traçabilité du signalement des lésions suspectes. Enfin, le chirurgien-dentiste peut jouer un rôle essentiel avant, pendant et après les traitements.

Nos débats ont aussi montré que le chirurgien-dentiste est un acteur de santé publique qui intervient comme un relais. En d'autres termes, il n'agit pas seul mais doit faire partie d'un réseau et d'une équipe pluridisciplinaire. En outre, ces praticiens constituent une véritable armée. En effet, on compte en France 40 000 chirurgiens-dentistes qui reçoivent 800 000 patients par jour. D'autres études indiquent que 65 % des patients consultent leur dentiste au cours de l'année, tandis que 30 % d'entre eux le font deux années de suite.

### **L'incidence et la prévalence des cancers de la cavité buccale**

---

L'incidence et la prévalence des cancers de la cavité buccale et des voies aérodigestives supérieures sont particulièrement élevées en France. En effet, notre pays occupe le cinquième rang mondial dans ce domaine. Qui plus est, le pronostic de ces maladies est sévère. Comme l'a souligné François Menegoz, on recense chaque année 15 385 nouveaux cas de ce type en France, ce qui représente 42 cas par jour. De tels chiffres reflètent de manière éloquente l'ampleur du phénomène. De même, ces pathologies sont à l'origine d'un décès toutes les deux heures.

Nos échanges ont également souligné que ces cancers touchaient principalement des hommes. Cette prédominance masculine est extrêmement marquée en France : en effet, on y compte une femme pour cinq hommes atteints de ce type de cancers alors que ce rapport est d'un pour trois en Europe. Comment cette particularité s'explique-t-elle ? Est-elle due à la géographie ou à la consommation de certains alcools ? A ce stade, nous n'avons pas de réponse précise à cette question.

De plus, 90 % des cancers de la cavité buccale recouvrent des carcinomes épidermoïdes, ce qui induit une forte implication des chirurgiens-dentistes. En outre, 75 % des cancers de la tête et du cou commencent au niveau de la cavité buccale (30 % au niveau de la langue, 17 % sur les lèvres inférieures et 14 % sur le plancher buccal). On voit donc l'importance de ces sites de prédilection pour le développement du cancer.

Toutes les études que j'ai consultées confirment que le taux de survie du patient est corrélé à un diagnostic précoce. De même, d'autres études montrent que le taux de survie à cinq ans n'a pas évolué au cours des dix dernières années alors que des avancées considérables ont été réalisées dans les méthodes thérapeutiques. Cette situation est en réalité imputable à un diagnostic trop tardif, ce qui atteste des progrès que nous pouvons accomplir en la matière. De plus, comme l'a expliqué Jacques Wemaere, un diagnostic précoce ne renforce pas seulement pas les possibilités de survie du patient mais en améliore aussi la qualité de vie post-thérapeutique.

### **III - Le rôle des chirurgiens-dentistes sur les facteurs de risque**

---

Dans ce domaine, nous devons donner à nos patients des conseils sur leur hygiène de vie et sur leur nutrition. Nous devons également les informer du rôle protecteur que peuvent jouer certains aliments. Nous devons aussi les sensibiliser à l'impact du tabac et de l'alcool sur les cancers de la cavité buccale.

Par ailleurs, nous devons suivre avec une vigilance toute particulière les patients les plus vulnérables (les jeunes et les femmes). De plus, comme l'a souligné Martha Balinska, le risque de cancers buccaux est évitable, contrôlable et vérifiable. Cependant, les études montrent que le chirurgien-dentiste est peu sensible aux facteurs de risque en question : par exemple, aux Etats-Unis et au Royaume-Uni, seuls 12 % des chirurgiens-dentistes s'impliquent dans des actions de prévention contre le tabagisme. De même, seuls 2 % de ces praticiens évoquent avec leurs patients leur consommation d'alcool.

Nous devons garder à l'esprit que 75 % des cancers de la cavité buccale sont corrélés à la consommation d'alcool et de tabac. Néanmoins, on peut aussi en déduire qu'une personne sur quatre développe cette pathologie sans fumer ou boire. En outre, si 90 % des patients atteints de ces cancers sont âgés de plus de 45 ans, ce type de cas augmente de plus en plus chez des malades plus jeunes (hommes ou femmes).

### **IV - Notre implication dans le dépistage**

---

Notre implication dans le dépistage de ces maladies doit se concrétiser par un examen systématique de la cavité buccale. Aux Etats-Unis et au Royaume-Uni, 82 à 84 % des chirurgiens-dentistes réalisent d'ores et déjà un tel examen. Il n'y a donc aucune raison pour que nous n'en fassions pas autant. Qui plus est, pour paraphraser un slogan utilisé dans plusieurs pays anglo-saxons, nous devons avoir conscience que ces cinq minutes d'examen peuvent sauver une vie.

En 2003, on recensait sur les sites Internet de langue anglaise 32 000 pages consacrées aux cancers de la cavité buccale. Nous pouvons ainsi mesurer le travail qu'il nous reste à accomplir en la matière.

Pourquoi un tel examen serait difficile ? A mon sens, celui-ci n'est pas plus compliqué qu'un frottis cervical de l'utérus ou qu'un toucher rectal. En réalité, un tel acte peut tout à fait s'effectuer de manière routinière. Comme l'a affirmé le Professeur Monteil, les chirurgiens-dentistes, notamment grâce au matériel dont ils disposent, ont un rôle stratégique à jouer dans cet examen systématique.

Par ailleurs, une lésion qui ne guérit pas au bout de 14 jours devient suspecte et exige donc une action particulière. Dans ce cas de figure, le chirurgien-dentiste ne doit pas nécessairement accomplir une biopsie mais peut aussi adresser le patient au service spécialisé compétent. Malheureusement, les études américaines, britanniques ou canadiennes que j'ai pu consulter en la matière montrent que ces délais d'orientation sont trop longs et peuvent atteindre jusqu'à dix semaines. Là encore, nous devons donc progresser. Dans cet esprit, nous devons mieux connaître les circuits de prise en charge et optimiser la consultation. Parallèlement, les chirurgiens-dentistes, qui sont souvent « coupés du monde » dans leur cabinet, doivent développer un contact facile et direct avec d'autres spécialistes. Or des moyens de communication comme Internet ou les réseaux offrent cette possibilité. Je suggère donc que cette proposition figure parmi les conclusions de cette journée.

Les lésions suspectes que nous devons surveiller recouvrent les érosions, les ulcérations, les rougeurs, les épaissements ou les incurvations. Cependant, nous avons omis d'évoquer à ce niveau les dysfonctions. Or nous sommes à même de savoir si un patient rencontre des difficultés à avaler, à bouger la langue ou la mandibule. Nous devons donc veiller à dépister ce type de situations lors de nos examens de la cavité buccale.

## V - Notre intervention dans la prise en charge d'un patient atteint d'un cancer de la cavité buccale

---

La radiothérapie modifie la vascularisation du tissu osseux et affecte les glandes salivaires jusqu'à aboutir à une asialie complète. Or cette dernière expose le patient à des infections, aussi bien au niveau du tissu osseux que de la cavité buccale (développement de caries...). Ces patients méritent donc un suivi extrêmement attentif de leur hygiène bucco-dentaire. En effet, on sait qu'en l'absence de plaque bactérienne, le patient ne peut pas développer de maladies parodontales ou de caries dentaires. A cet égard, la fluoruration fait partie des rares moyens qui permettent de tendre vers un taux de carie zéro chez ces patients.

Nous avons peu évoqué la chimiothérapie. Il s'agit pourtant d'un sujet important. Ces traitements présentent en effet des risques d'infection élevés. Dans ces conditions, avant le début de ces thérapies, nous devons assainir la situation buccale du patient et faire le nécessaire pour lui éviter tout traumatisme par la suite.

De son côté, la chirurgie peut avoir des répercussions dramatiques pour les patients. Ceux-ci ont donc besoin d'être accompagnés. Malheureusement, dans les faits, ils sont souvent isolés et ne savent pas à qui s'adresser. En réalité, la seule possibilité de prise en charge qui leur est offerte se situe dans les milieux hospitaliers. Toutefois, tous les hôpitaux ne comptent pas un chirurgien-dentiste spécialiste des prothèses maxillo-faciales. A ce niveau, nous devons également développer l'utilisation des implants, ceux-ci constituant des outils tout à fait remarquables.

Les aspects nutritionnels sont, eux aussi, essentiels. On a vu en effet que le taux de morbidité et de mortalité de ces patients est corrélée à la qualité de leur nutrition. Là encore, nous avons un rôle majeur à jouer dans ce domaine. Nous savons tous qu'un patient qui perd du poids s'achemine à plus ou moins long terme vers la mort.

## VI - Les voies de progrès

---

Pour que les chirurgiens-dentistes soient mieux impliqués dans la lutte contre ces cancers, nous devons encore progresser selon plusieurs voies. En particulier, il conviendrait d'harmoniser la formation initiale d'une région à l'autre, d'une faculté à l'autre ou selon les différents centres de soins. De même, nous devons mener des actions sur ces sujets dans le cadre de la formation continue (qui pourrait être fléchée par les organismes sociaux qui la financent).

Nous devons également optimiser les moyens à notre disposition et améliorer la circulation de l'information. Par exemple, nous pourrions utilement nous inspirer du site Onco-Dent. Celui-ci permet en effet de rapprocher le praticien libéral du praticien hospitalier et aboutit à la création d'un véritable réseau qui aide les uns et les autres à progresser.

En outre, l'accord-cadre conclu par l'UFSBD et l'INCA permettra de mener un certain nombre de projets communs. Ce partenariat mérite selon moi d'être approfondi. En particulier, l'UFSBD me semble avoir un rôle décisif à jouer en matière de communication auprès des praticiens (notamment au travers de l'édition de diverses brochures sur les gestes à adopter face aux patients).

Enfin, nous devons renforcer la lisibilité de nos actions. De même, l'impact du chirurgien-dentiste lors des diagnostics précoces reste mal connu. Par conséquent, la traçabilité des signalements doit être améliorée et nous devons développer le recueil de ce type de données.

*Patrick HESCOT*

Nous parvenons au terme de ce colloque. Je remercie l'ensemble des intervenants. De nombreuses actions nous attendent encore dans le cadre de notre partenariat avec l'INCa, notamment auprès des professionnels de santé.

Ce colloque est une étape dans la lutte contre le cancer et aujourd'hui, l'UFSBD, au nom de la profession, a pris acte et s'engage officiellement dans cette lutte.