

S U P P L É M E N T

Février 2004

Jdq Québec

Journal dentaire du Québec

**Le dépistage
précoce
du cancer
buccal** *Le dentiste
peut faire
une différence*



Santé
et Services sociaux

Québec 

Supplément du *Journal dentaire du Québec*,
la publication officielle de l'Ordre des
dentistes du Québec

Coordination

Sylvie Vallières

Révision linguistique

Françoise Turcotte

Traduction

Véra Pollack
Terry Knowles

Conception graphique

Jean Frenette Design

Illustration de la page couverture

Studio Artbec
Jean Frenette Design

Pelliculage et impression

Impart Litho, Victoriaville

Ordre des dentistes du Québec
625, boul. René-Lévesque Ouest, 15^e étage
Montréal (Québec) H3B 1R2
Téléphone: (514) 875-8511 – 1 800 361-4887
Télécopieur: (514) 875-9049
Courriel: journal@odq.qc.ca
Site Web: www.odq.qc.ca

Ce projet a été rendu possible grâce à la
collaboration du ministère de la Santé et des
Services sociaux (MSSS).

L'Ordre des dentistes du Québec adresse
des sincères remerciements au D^r Bernard
Laporte, dentiste-conseil à la Direction géné-
rale de la santé publique du MSSS, pour son
soutien constant à toutes les étapes de la réa-
lisation de ce projet. Il tient aussi à remercier
chaleureusement les auteurs ainsi que les
experts nommés par le MSSS qui ont collaboré
à la validation des textes, soit le D^r Paul
Allison, professeur agrégé, Université McGill,
et le D^r René Larouche, dentiste-conseil,
Direction de la santé publique, Régie régionale
de la santé et des services sociaux du
Saguenay-Lac-Saint-Jean. Enfin, l'Ordre
remercie Maurice Pleau, du Service de lutte
contre le tabagisme, ainsi que le personnel
du Conseil québécois sur le tabac et la santé,
de l'Institut national de santé publique du
Québec et du Programme québécois de lutte
contre le cancer pour leurs précieux conseils.

Le présent document est disponible à
www.odq.qc.ca.

Bureau des administrateurs

D^r Robert Salois, président

**Régions du Bas-Saint-Laurent, de la Côte-Nord
et de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine**

D^r Étienne Leclerc

Région du Saguenay-Lac-Saint-Jean

D^r Luc Gravel

Région de Québec

D^r Guy Maranda
D^r Marcel Proulx

Région de la Chaudière-Appalaches

D^r Laurent Tanguay

Région de Mauricie-Bois-Francis

D^r Guy Boisclair

Région de l'Estrie

D^{re} Danielle Robert

Région de Montréal

D^{re} Josée Bellefleur
D^{re} Suzanne Boivin
D^r Sylvain Gagnon
D^r Claude Lamarche
D^r Jonathan H. Lang
D^r Melvin Schwartz

Région de Laval

D^r Pierre-Yves Lamarche

Région de la Montérégie (Yamaska)

D^r Éric Normandeau

Région de la Montérégie (Haut-Saint-Laurent)

D^r Gilles E. Lefebvre

Région de la Montérégie (Vallée-du-Richelieu)

D^r Pierre Boisvert

Régions de Lanaudière et des Laurentides

D^r Claude Beaulieu

Région de l'Outaouais

D^r Claude Hamelin

**Régions de l'Abitibi-Témiscamingue
et du Nord-du-Québec**

D^r Paul Perrier

Administrateurs nommés

par l'Office des professions du Québec

Jeannot Bordeleau
Taki Kerimian
Claude Masson
Josée Quirion

Sommaire

Message du ministre de la Santé et des Services sociaux	4
Message du président de l'Ordre des dentistes du Québec	5
Épidémiologie et étiologie des cancers de la bouche et du pharynx, au Canada et au Québec	6
L'examen clinique de la bouche – Le meilleur moyen de détecter le cancer buccal	12
Les manifestations cliniques du cancer buccal	16
Étude de cas	22
Parler du cancer buccal – Une approche adaptée aux besoins d'information des patients	26
Le rôle des dentistes dans l'abandon du tabagisme	28
Modalités thérapeutiques des cancers buccaux, préparation des patients et gestion des effets secondaires	32
La prise en charge d'un patient susceptible d'avoir un cancer buccal	38
Programme de formation continue – Réponses aux cas cliniques des pages 22 à 25	42
Programme de formation continue – Testez vos connaissances	44

MESSAGE DU MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX



En ma qualité de ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec, j'ai le plaisir d'appuyer la publication de ce supplément de votre journal professionnel portant sur les cancers buccaux. Au Québec, plus de 36 000 nouveaux cas de cancers sont déclarés chaque année, dont plus de 700 cas de cancer de la bouche ou du pharynx. Cette situation inquiétante mérite toute notre attention, compte tenu des risques de mortalité et de morbidité associés à cette maladie. C'est dans ce contexte et afin d'améliorer la santé de la population en général et la qualité de vie des personnes atteintes que j'ai fait de la lutte contre le cancer l'une de mes priorités d'action au ministère de la Santé et des Services sociaux.

Les objectifs visés par l'Ordre des dentistes du Québec, dans la lutte contre le cancer buccal, sont cohérents avec la mission et les orientations ministérielles qui visent, entre autres, à mieux prévenir et guérir toutes les formes de cancer. À cet effet, le présent document offre une vue d'ensemble des mesures à prendre pour mieux détecter, traiter et soutenir les personnes atteintes d'un cancer buccal. 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 cancer buccal et de promouvoir la cessation du tabagisme.

Le tabagisme est de loin la principale cause de décès évitables au Québec. En effet, au moins 13 000 décès annuels sont attribuables à l'usage du tabac. Le tabagisme engendre aussi de nombreuses conséquences néfastes à la santé buccodentaire et est reconnu comme l'un des facteurs de risque les plus importants des cancers de la bouche ou du pharynx.

Le dentiste peut contribuer efficacement à la lutte contre le tabagisme. En procédant au dépistage systématique du tabagisme chez ses patients, le dentiste peut promouvoir et soutenir la cessation tabagique. Le Ministère, en collaboration avec le réseau de la santé et des services sociaux et d'autres partenaires, a mis sur pied, dans toutes les régions du Québec, des ressources offertes gratuitement aux personnes qui souhaitent cesser de fumer. Ces ressources sont présentées dans ce document. Je vous invite à vous y référer et, au besoin, à orienter vos patients vers ces services publics.

En terminant, je tiens à remercier toutes les personnes qui ont rendu possible la publication de cet ouvrage et tout particulièrement ses auteurs. Je tiens aussi à remercier le docteur Robert Salois, président de l'Ordre des dentistes du Québec, ainsi que les membres du bureau des administrateurs pour leur engagement dans la lutte contre le cancer buccal.

Le ministre de la Santé et des Services sociaux,

Philippe Couillard

MESSAGE DU PRÉSIDENT DE L'ORDRE DES DENTISTES DU QUÉBEC

J'avais à peine terminé ma première année de pratique lorsque j'ai détecté mon premier cas de cancer buccal. L'homme de 53 ans, un gros fumeur, s'était présenté à mon cabinet pour sa visite annuelle. Lors de l'examen, j'ai observé une lésion ulcéreuse sur la partie latérale de sa langue. J'ai aussitôt dirigé le patient vers un spécialiste pour qu'il fasse une biopsie et pose un diagnostic. C'était bien un cancer, et le patient a été traité rapidement. L'examen clinique que j'ai fait ce jour-là a donc permis de sauver une vie.

Le cancer buccal n'est pas très répandu, mais il figure parmi les plus mortels et les plus débilissants. Mortel, lorsqu'il n'est pas diagnostiqué à temps: un patient atteint d'un cancer de stade IV n'a que 20% de chances de survie, comparativement à 80% si le cancer est de stade I. Débilissant, parce qu'il peut occasionner des séquelles importantes, notamment une altération de l'apparence qui ébranle l'estime de soi, ainsi que des incapacités fonctionnelles et physiques telles que des troubles de la déglutition et de l'élocution.

L'Ordre des dentistes du Québec souhaite que les 4000 dentistes québécois deviennent des partenaires dans le dépistage précoce du cancer de la bouche. En tant que spécialistes de la santé buccodentaire, ils sont en effet bien placés pour agir sur cette problématique clinique. Environ 60% des Québécois fréquentent les cabinets dentaires annuellement. C'est donc un lieu privilégié pour sensibiliser la population aux facteurs de risque de ce type de cancer.

Ce supplément s'adresse aux dentistes généralistes, aux spécialistes et aux professionnels de la santé. Il contient l'information scientifique et clinique nécessaire pour comprendre la problématique du cancer buccal. Les articles ont été écrits 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 buccal; l'examen clinique et les tests de dépistage; les modalités thérapeutiques et les complications possibles; le cheminement du patient dans le réseau québécois de la santé et des services sociaux; l'art de parler au patient et de répondre à ses questions; et les facteurs de risque, dont le tabagisme. L'Ordre offre aussi la possibilité à ses membres d'obtenir des crédits de formation continue au moyen du questionnaire inclus à la fin du supplément.

Un examen clinique effectué par le dentiste lors d'une visite de routine suffit pour découvrir un cancer buccal. Il est aussi conseillé d'enseigner aux patients à s'examiner la bouche régulièrement, puisque seulement le tiers (35%) de tous les cancers buccaux sont détectés dès leurs premières manifestations. C'est là où les membres de l'équipe dentaire, avec la collaboration des autres professionnels de la santé, peuvent faire toute la différence.

Le président,



Robert Salois



Photo: Laforest et Sabourin

Épidémiologie et étiologie des cancers de la bouche et du pharynx, au Canada et au Québec

PAR PAUL ALLISON, B.D.S., F.D.S.R.C.S., M.Sc., Ph.D.

RÉSUMÉ

Les cancers de la bouche et du pharynx sont des lésions malignes qui touchent les lèvres, les glandes salivaires, la langue, la cavité buccale, l'oropharynx, le nasopharynx et l'hypopharynx. Les tumeurs malignes qui se manifestent à ces sièges anatomiques sont surtout des carcinomes spinocellulaires ou épidermoïdes, c'est-à-dire des lésions qui gagnent les cellules squameuses. Les tumeurs diagnostiquées dans les glandes salivaires et, en particulier, dans le nasopharynx sont souvent d'autres types histologiques de cancers, alors que celles qui siègent ailleurs le sont rarement. Le présent article fait un tour d'horizon de l'épidémiologie, de l'évolution, de l'étiologie et de l'évaluation des risques des cancers de la bouche et du pharynx, au Canada et au Québec.

En 1998 (la dernière année de publication des données réelles sur les nouveaux cas de cancer), 2926 Canadiens, soit 2014 hommes et 912 femmes, ont eu un diagnostic de cancer de la bouche ou du pharynx¹. Pour l'ensemble du pays, ces chiffres traduisent une incidence de 13 nouveaux cas pour 100 000 personnes dans la population de sexe masculin, et de 5 nouveaux cas pour 100 000 personnes dans la population de sexe féminin¹. Les taux ont été normalisés selon l'âge pour permettre des comparaisons entre diverses populations, car l'incidence du cancer est liée au vieillissement.

Il convient de préciser qu'en 1998, on a diagnostiqué 125 875 nouveaux cas de cancers (446 pour 100 000 hommes et 346 pour 100 000 femmes) au Canada. Les plus fréquents sont le cancer du poumon, chez 19 085 personnes; le cancer du sein, chez 18 155 femmes; le cancer colorectal, chez 16 887 personnes; et le cancer de la prostate, chez 16 168 hommes¹. Les cancers du poumon, du sein, du côlon et du rectum ainsi que de la prostate comptent pour 55,8% de tous les nouveaux cas de cancer diagnostiqués en 1998. La plupart des autres cancers, dont celui de la bouche et du pharynx, représentent un plus petit pourcentage annuel. Les nouveaux cas de cancer de la bouche et du pharynx atteignent 3,1% chez les hommes et 1,5% chez les femmes, ce qui en fait le septième cancer par ordre de fréquence (avec le cancer de l'estomac et la leucémie) chez les hommes et le seizième chez les femmes¹.

La répartition des cas de cancer de la bouche et du pharynx varie selon la région de résidence, l'âge, le sexe et le siège anatomique. L'incidence des nouveaux diagnostics au Canada se situe, pour 100 000 hommes, entre 21 cas à Terre-Neuve et 11 cas en Colombie-Britannique, et pour 100 000 femmes, entre 6 cas au Manitoba et en Colombie-Britannique, et 3 cas au Nouveau-Brunswick¹. Au Québec, en 1998, l'incidence de ces cancers, corrigée en fonction de l'âge, a été de 13 cas pour 100 000 hommes et de 5 cas pour 100 000 femmes¹.

La répartition des cancers de la bouche et du pharynx diagnostiqués en 1998 dans l'ensemble du pays, selon le siège anatomique, était la suivante: 467 cas (16,0% des nouveaux cas) les lèvres; 579 (19,8%) la langue; 330 (11,3%) les glandes salivaires; 220 (7,5%) le plancher buccal; 790 (27,0%) le pharynx; et 540 (18,6%) d'autres sièges de la cavité buccale, dont les gencives, la muqueuse buccale, la région rétromolaire, le palais dur et le palais mou¹. Ces statistiques donnent un aperçu de l'importance relative des cancers par sites anatomiques et permettent de repérer ceux où une malignité risque le plus souvent de se développer. Le **tableau I** illustre cette répartition au Québec, entre 1984 et 1994². Chez l'homme, les sièges le plus souvent touchés sont, par ordre d'importance, la langue, les lèvres, l'oropharynx et l'hypopharynx. Chez la femme, ce sont la langue, les glandes salivaires et l'oropharynx.

TABEAU 1 Importance relative des cancers de la bouche et du pharynx selon le siège anatomique et le sexe, au Québec, entre 1984 et 1994

Siège anatomique	Hommes	Femmes
Langue	19,3 %	21,1 %
Lèvres	16,6 %	7,6 %
Oropharynx	13,5 %	12,5 %
Hypopharynx	10,8 %	5,8 %
Plancher de la bouche	9,4 %	8,4 %
Glandes salivaires	7,4 %	17,0 %
Nasopharynx	4,9 %	5,0 %
Gencives	2,8 %	4,9 %
Autres sites	15,2 %	17,6 %

Source des données : Louchini R, Beaupré M².

Il existe des données sur les variations de l'incidence du cancer de la bouche et du pharynx selon l'âge pour le Québec, en 2000. La **figure 1** illustre la répartition des cancers diagnostiqués à certains sièges dans la cavité buccale et le pharynx, selon l'âge. La tendance générale est celle d'une incidence qui s'accroît avec l'âge, le pic se situant entre 60 et 69 ans. Il faut nuancer cette observation dans le cas des cancers des glandes salivaires, qui touchent plus souvent les personnes plus jeunes et dont l'incidence s'élève plus graduellement, pour

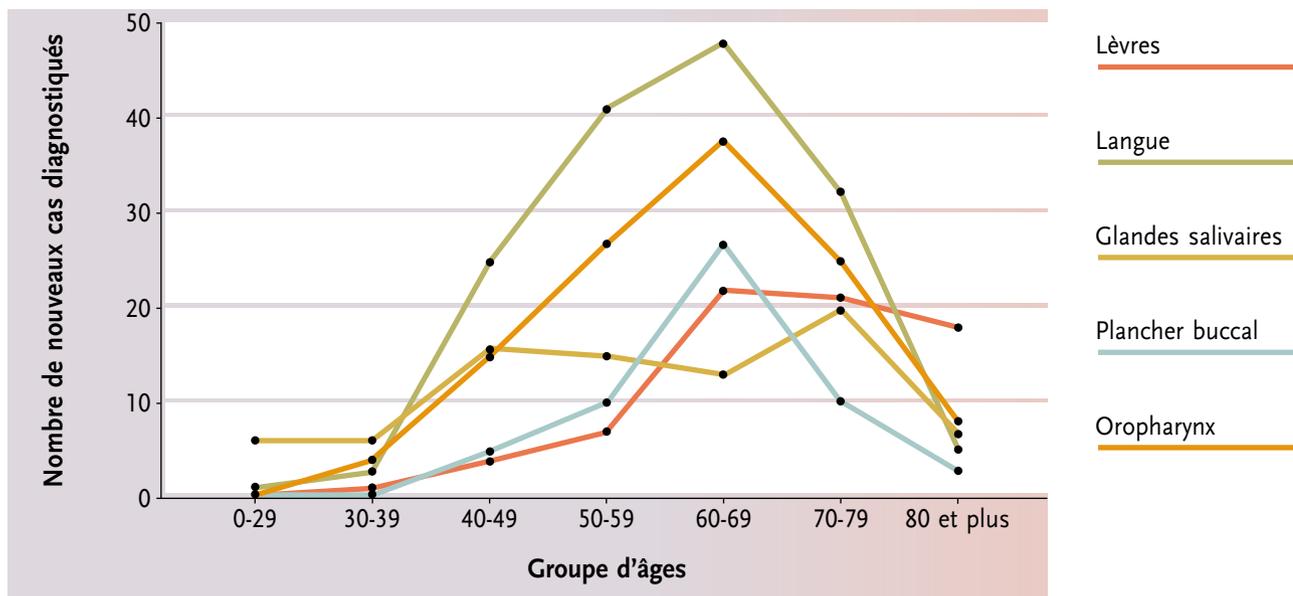
atteindre un pic dans le groupe d'âges de 70 à 79 ans. L'incidence des cancers de la langue et de l'oropharynx s'élève rapidement dans les groupes de 40 à 49 ans et de 50 à 59 ans, et atteint un pic entre l'âge de 60 et 69 ans pour chuter rapidement par la suite. L'incidence des cancers des lèvres et du plancher buccal s'élève plus graduellement, dans la quarantaine et la cinquantaine, pour atteindre un pic chez les personnes âgées de 60 à 69 ans.

Entre 1991 et 1998, l'incidence annuelle des cancers de la bouche et du pharynx a diminué en moyenne de 3,6% chez les hommes et de 1,2% chez les femmes¹. De fait, l'incidence de ces cancers ainsi que celle des cancers du larynx et du poumon et d'autres cancers fortement liés à la cigarette, ont régressé au cours des 20 dernières années en raison de la baisse du nombre de fumeurs.

ÉVOLUTION DE LA MALADIE

Qu'arrive-t-il au patient qui reçoit un diagnostic de cancer de la bouche ou du pharynx? L'évolution de la maladie peut être analysée de diverses façons, notamment à l'aide du taux de mortalité. Les taux comparatifs de mortalité par âge au Canada révèlent qu'en 1999 – dernière année de publication des données réelles sur la mortalité – 1005 décès ont été directement attribuables à un cancer de la bouche ou du pharynx, soit 5 cas pour 100 000 hommes et 2 cas pour 100 000 femmes¹. Une fois de plus, ces taux de mortalité varient dans le pays, l'incidence la plus élevée étant notée à Terre-Neuve et la plus faible en Saskatchewan. Le Québec affiche une incidence similaire à la moyenne canadienne¹.

FIGURE 1 Répartition des cancers de la bouche et du pharynx par groupe d'âges, au Québec, en 2000



Source des données : Fichier des tumeurs du Québec, 2000.

Une autre façon de connaître l'évolution de la maladie consiste à examiner les taux de survie, c'est-à-dire le pourcentage de personnes ayant reçu un diagnostic de cancer qui survivent pendant une certaine période. Des taux de survie à deux ans et à cinq ans, par exemple, représentent le pourcentage des personnes qui sont toujours en vie deux ou cinq ans après le diagnostic. Il n'existe pas de telles données pour le Canada. En revanche, elles sont connues pour le Québec et les États-Unis. Entre 1984 et 1994, les taux de survie cinq ans après le diagnostic d'un cancer des lèvres chez les femmes et les hommes, au Québec, étaient de 98% et de 90% respectivement; pour le cancer des glandes salivaires, de 75% et de 63% respectivement; et pour le cancer de la langue, de 54% et de 40% respectivement². Les taux de survie varient aussi selon le siège anatomique et le sexe.

Par ailleurs, les données concernant le Québec² indiquent que, à l'exception du cancer des lèvres, les taux de survie relatifs aux autres sièges, tels que la langue, les glandes salivaires, le plancher buccal et l'oropharynx, diminuent à mesure que la population vieillit (figure 2). Les taux sont relatifs, c'est-à-dire qu'ils tiennent compte du fait que plus on vieillit, moins on a de chances de survivre au-delà de cinq ans, qu'on souffre ou non de cancer.

Le tableau II présente les taux relatifs de survie à cinq ans pour certains cancers de la bouche, selon leur siège anatomique, aux États-Unis³ et au Québec². Ces données montrent que le sexe, et la race dans le cas des États-Unis, permettent de prédire les taux de survie. Au

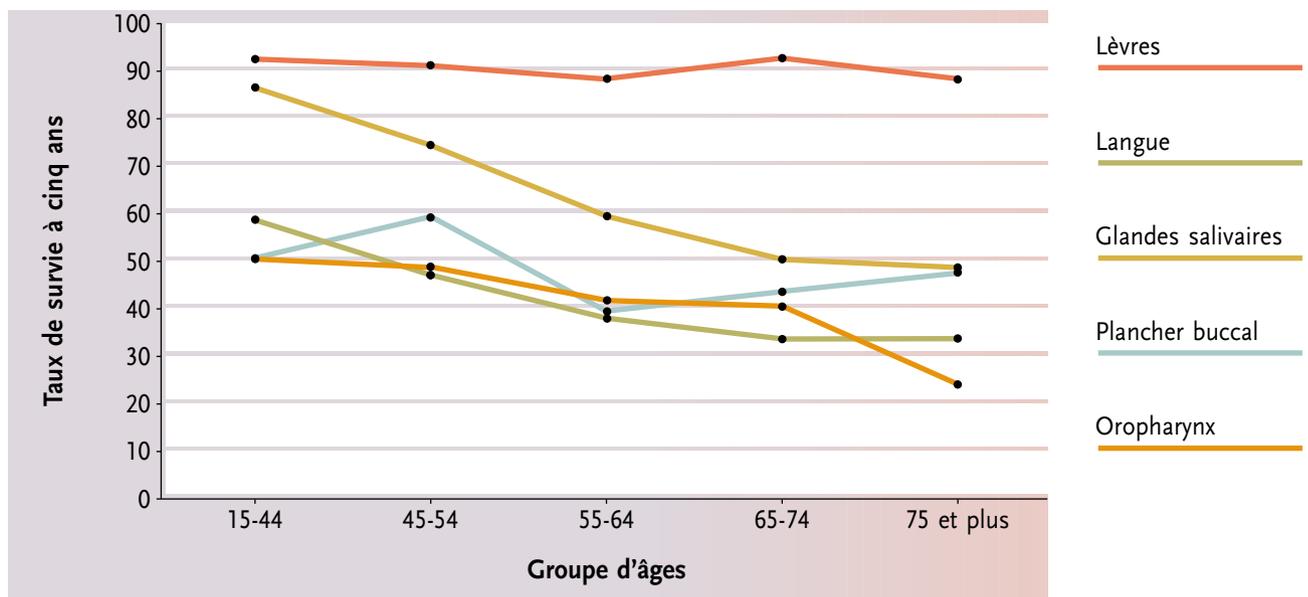
Québec, le taux de survie se situe entre les taux des deux groupes raciaux des États-Unis et est à peu près identique au taux global de ce pays. En revanche, les taux du Québec ne suivraient pas une tendance particulière dans le temps², alors qu'on note une légère tendance générale vers l'amélioration des taux de survie à cinq ans aux États-Unis⁴.

LES CANCERS DE LA BOUCHE ET DU PHARYNX SONT DEUX FOIS PLUS COURANTS CHEZ LES HOMMES QUE CHEZ LES FEMMES.

Le principal facteur déterminant des taux de survie est le stade de la maladie au moment du diagnostic. Ces données n'existent pas pour le Québec ou le Canada, mais celles des États-Unis montrent clairement que le stade de la maladie influe sur la survie⁴ (tableau III). Entre 1992 et 1998, les taux de survie à cinq ans des patients atteints de cancers de la bouche et du pharynx se situaient à 82% dans le cas d'une lésion localisée; à 47%, si la maladie avait touché les territoires avoisinants, par exemple un cancer qui envahit les ganglions lymphatiques du cou; et à 23%, si des métastases s'étaient formées à distance⁴.

Malheureusement, le pronostic des cancers de la bouche et du pharynx est assombri par le fait qu'un grand nombre de personnes atteintes consultent tardivement, lorsque le processus pathologique est enclenché et que

FIGURE 2 Taux de survie cinq ans après le diagnostic d'un cancer de la bouche et du pharynx par groupe d'âges chez les hommes, entre 1984 et 1994, au Québec



Source des données : Louchini R, Beaupré M².

TABEAU II Taux relatifs de survie à cinq ans pour différents cancers de la bouche, au Québec et aux États-Unis, entre 1973 et 1996

Siège anatomique	Période	Taux relatifs de survie à cinq ans					
		Hommes			Femmes		
		Québec ^a	Race blanche É.-U. ^b	Race noire É.-U.	Québec	Race blanche É.-U.	Race noire É.-U.
Lèvres	1973-1984		94	n.d. ^c		87	n.d.
	1985-1996		95	n.d.		95	n.d.
	1984-1986	90			94		
	1987-1989	88			96		
	1990-1992	90			100		
	1993-1995	86			98		
Langue	1973-1984		41	25		48	40
	1985-1996		47	27		58	32
	1984-1986	37			58		
	1987-1989	35			52		
	1990-1992	43			50		
	1993-1995	42			57		
Plancher buccal	1973-1984		52	38		64	41
	1985-1996		52	33		63	59
	1984-1986	40			64		
	1987-1989	50			54		
	1990-1992	45			57		
	1993-1995	45			56		

^a données tirées de Louchini R, Beaupré M².
^b données tirées de Shiboski CH, Shiboski SC, Silverman S Jr³.
^c données non disponibles à cause du petit nombre de cas.

la maladie a touché les territoires avoisinants ou qu'elle s'est disséminée et a formé des métastases. En effet, les données concernant les États-Unis montrent que le nombre de personnes qui consultent à un stade précoce de la maladie n'a pas varié au cours des 20 dernières années³. Il en va probablement de même au Québec et au Canada.

TABEAU III Taux de survie à cinq ans des patients atteints de cancers de la bouche et du pharynx selon la race et le stade de la maladie, entre 1992 et 1998, aux États-Unis

Stade du cancer	Race blanche	Race noire	Toutes races confondues
Tumeur localisée	82 %	68 %	82 %
Tumeur ayant touché les territoires avoisinants	49 %	29 %	47 %
Métastases à distance	24 %	19 %	23 %
Tous les stades	59 %	35 %	56 %

Source des données: Jemal A et coll.⁴

Sur le plan de l'évolution de la maladie, les autres paramètres mesurés, outre le taux de survie, sont la présence ou l'absence d'une récurrence ou d'une nouvelle lésion primaire et la qualité de vie. Un cancer récurrent est un cancer qui survient au même siège anatomique que la tumeur primaire, alors qu'une nouvelle lésion primaire est celle qui se forme ailleurs dans la bouche ou dans le pharynx. La récurrence est courante dans le cas du cancer de la bouche et du pharynx: les données laissent entendre qu'entre 27% et 50% des patients en seront victimes en l'espace de cinq ans⁵. Les nouvelles lésions primaires qui apparaissent ailleurs dans la bouche ou le pharynx sont aussi relativement communes. Leur fréquence oscille entre 5% et 30% selon les données recueillies⁶.

QUALITÉ DE VIE

Le terme qualité de vie est couramment utilisé dans les recherches publiées en sciences de la santé pour décrire les problèmes physiques, fonctionnels, affectifs et sociaux qui découlent d'une maladie, de son traitement ou des deux. On évalue systématiquement la qualité de vie dans tous les cas de cancer car, bien qu'un grand nombre de patients survivent à leur maladie, ils voient leur qualité de vie considérablement diminuée. Cette évaluation permet donc aux cliniciens d'essayer de prendre en charge les problèmes qui surgissent par divers moyens de réadaptation. En effet, les patients

atteints de cancers de la bouche et du pharynx ont de nombreux problèmes, entre autres: des douleurs; la xérostomie; des difficultés à mastiquer, à avaler, à parler et à embrasser; des problèmes dentaires ou liés aux prothèses dentaires; la perte du goût et de l'odorat; la gêne, à cause de l'apparence de leur visage et de leur incapacité à communiquer, ce qui les incite à sortir et à socialiser moins souvent; des problèmes d'ordre affectif et cognitif; et des difficultés financières liées à la perte de l'emploi, à une retraite anticipée forcée ou aux dépenses relatives à leur traitement^{7,8}.

ÉTILOGIE ET ÉVALUATION DES RISQUES

Au Canada et dans la plupart des autres pays occidentaux, le tabagisme et l'alcoolisme sont reconnus comme les facteurs de risque les plus importants, puisqu'ils causent environ 75% des cancers de la bouche et du pharynx^{9,10}. Chacun peut individuellement favoriser leur apparition, mais les deux ensemble ont un effet multiplicateur sur le risque d'être atteint de l'une ou l'autre de ces maladies¹¹. Le **tableau IV** montre que le risque d'avoir un cancer de la bouche est 2,3 fois plus élevé chez les non-fumeurs qui consomment beaucoup d'alcool que dans le groupe de référence (non-fumeurs qui consomment peu d'alcool). Pour les gros fumeurs, ce risque atteint 17,6 s'ils consomment peu d'alcool et grimpe à 79,6 s'ils consomment de grandes quantités d'alcool.

LE PRONOSTIC DES CANCERS DE LA BOUCHE ET DU PHARYNX EST ASSOMBRI PAR LE FAIT QU'UN GRAND NOMBRE DE PERSONNES ATTEINTES CONSULTENT TARDIVEMENT.

Par ailleurs, la cigarette est le produit de consommation du tabac le plus courant au Québec et au Canada, mais tous les autres produits, tels le cigare, la pipe et le tabac à chiquer ou à priser, sont tout autant

cancérogènes. Au Québec et au Canada toutefois, le tabac à priser et à chiquer est rarement utilisé¹². Outre le tabagisme et la consommation excessive d'alcool, l'exposition au soleil est une cause connue de cancer du vermillon des lèvres¹³. D'autres facteurs de risque ont également été associés aux cancers de la bouche et du pharynx, mais leur rôle de facteurs étiologiques patents n'a pas encore été corroboré.

Par ailleurs, de nombreuses données prouvent que les personnes qui ont une alimentation riche en fruits et en légumes frais courent moins de risques d'avoir ce type de cancers^{10,14}, bien qu'on ne puisse déterminer en quoi ces aliments ont un effet protecteur. Selon les dernières recherches, le virus du papillome humain serait un autre facteur de risque possible^{10,15}. Malgré les nombreuses preuves qui appuient le lien entre le virus du papillome humain et les cancers de la bouche et du pharynx, aucune étude n'a pu établir de façon définitive si c'est le virus qui provoque le cancer ou s'il attaque les tissus malins une fois que le processus néoplasique est amorcé, comme dans le cas des infections opportunistes. Les autres facteurs ayant un lien encore plus équivoque avec les cancers de la bouche et le pharynx sont l'utilisation d'un rince-bouche¹⁰, l'hygiène buccale¹⁰, l'état de la dentition¹⁰ et la consommation de marijuana¹⁶ (**tableau V**).

IMPORTANCE DU DÉPISTAGE PRÉCOCE

Au Canada, on diagnostique annuellement environ 3000 nouveaux cas de cancer de la bouche et du pharynx, dont plus de 700 sont déclarés au Québec. De tous les sièges anatomiques, la langue est l'organe le plus souvent touché chez les deux sexes. Les lèvres se classent au deuxième rang chez les hommes et les glandes salivaires chez les femmes. Dans l'ensemble toutefois, les cancers de la bouche et du pharynx sont deux fois plus courants chez les hommes que chez les femmes, et ils frappent le plus souvent les personnes âgées de 45 à 80 ans. Les taux de survie sont très fortement liés au sexe, au siège anatomique et au stade où la maladie est diagnostiquée.

TABLEAU IV Risque de cancer de la bouche ou du pharynx chez des sujets italiens de sexe masculin, selon la consommation de tabac et d'alcool

Statut tabagique	Consommations d'alcool par semaine		
	moins de 35	entre 35 et 59	60 ou plus
Non-fumeur	1,0 (groupe de référence)	1,6	2,3
Fumeur occasionnel	3,1	5,4	10,9
Fumeur moyen	10,9	26,6	36,4
Gros fumeur	17,6	40,2	79,6

Source des données: Franceschi S et coll.¹¹

TABEAU V Facteurs de risque du cancer de la bouche et du pharynx

Facteurs de risque incontestables	Tabac et alcool en quantité excessive
Facteurs de risque possibles	Alimentation pauvre en fruits et en légumes frais Virus du papillome humain
Facteurs ayant un lien plus équivoque	Utilisation d'un rince-bouche Mauvaise hygiène buccale État de la dentition Consommation de marijuana
Autres facteurs	Sexe masculin Âge (45 ans et plus)

LES DENTISTES PEUVENT JOUER UN RÔLE IMPORTANT EN AUGMENTANT LE NOMBRE DE DIAGNOSTICS PRÉCOCES DES CAS DE CANCER DE LA BOUCHE ET DU PHARYNX.

Malheureusement, les taux de survie aux cancers de la bouche et du pharynx n'ont pratiquement pas bougé au cours des 30 dernières années. L'une des raisons principales est le grand nombre de personnes dont la maladie n'est diagnostiquée qu'au moment où elle a gagné les ganglions lymphatiques avoisinants ou des territoires encore plus lointains. Dans ce contexte, les dentistes peuvent jouer un rôle important en augmentant le nombre de diagnostics précoces à l'aide d'outils appropriés de dépistage (voir *L'examen clinique de la bouche – Le meilleur moyen de détecter le cancer buccal*, page 12) et d'évaluation des risques. L'évaluation des risques de cancers de la bouche et du pharynx doit tenir compte du sexe du patient, de son âge et de ses habitudes de consommation de produits du tabac, d'alcool ainsi que de fruits et de légumes frais.

Le Dr Paul Allison est professeur agrégé, Faculté de médecine dentaire, Université McGill. On peut lui écrire à 3640, rue University, Montréal (Québec) Canada, H3A 2B2, ou à paul.allison@mcgill.ca.

RÉFÉRENCES

1. Institut national du cancer du Canada. *Statistiques canadiennes sur le cancer – 2003*. Toronto, Canada, 2003.
2. Louchini R, Beaupré M. *La survie reliée au cancer pour les nouveaux cas déclarés au Québec, de 1984 à 1998: Survie observée et survie relative*. Institut national de santé publique du Québec 2003.
3. Shiboski CH, Shiboski SC, Silverman S Jr. Trends in oral cancer rates in the United States, 1973-1996. *Community Dent Oral Epidemiol* 2000; 28 (4): 249-56.
4. Jemal A, Murray T, Samuels A, Ghafoor A, Ward E, Thun MJ. Cancer statistics, 2003. *CA Cancer J Clin* 2003; 53 (1): 5-26.
5. Taneja C, Allen H, Konecny J, Radice-Keane K, Wanebo HJ. Changing patterns of failure of head and neck cancer. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2002; 128: 324-27.
6. Dhoog IJ, De Vos M, Van Cauwenberge PB. Multiple primary malignant tumors in patients with head and neck cancer: results of a prospective study and future perspectives. *Laryngoscope* 1998; 108 (2): 205-56.
7. Bjordal K, Hammerlid E, Ahlner-Elmqvist M, de Graeff A et coll. Quality of life in head and neck cancer patients: Validation of the European organization for research and treatment of cancer quality of life questionnaire-H&N35. *J Clin Oncol* 1999; 17 (3): 1008-19.
8. Bjordal K, de Graeff A, Fayers PM, Hammerlid E, van Pottelsberghe C et coll. A country field study of the EORTC QLQ-C30 (version 3.0) and the head and neck cancer specific module (EORTC QLQ-H4N35) in head and neck patients. EORTC Quality of Life Group. *Eur J Cancer* 2000; 36 (14): 1796-1807.
9. Blot WJ, McLaughlin JK, DeVess SS, Fraumeni JF Jr. Cancer of the oral cavity and pharynx. In Schottenfeld D, Fraumeni JF Jr, eds. *Cancer epidemiology and prevention*. New York, Oxford University Press, 1996.
10. La Vecchia C, Tavani A, Franceschi S, Levi F, Corrao G, Negri E. Epidemiology and prevention of oral cancer. *Oral Oncol* 1997; 33 (5): 302-12.
11. Franceschi S, Talamini R, Barra S et coll. Smoking and drinking in relation to cancers of the oral cavity, pharynx, larynx and oesophagus in Northern Italy. *Cancer Res* 1990; 50: 6502-07.
12. Stephens T, Morin M, éd. Santé Canada. *Youth Smoking Survey 1994: Technical Report*. Ottawa, Ministère des Approvisionnements et Services, 1996.
13. Johnson NW. A global view of the epidemiology of oral cancer. In Johnson NW ed. *Risk markers for oral diseases volume 2. Oral cancer*. Cambridge University Press, Cambridge, 1991.
14. McLaughlin JK, Gridley G, Block G et coll. Dietary factors in oral and pharyngeal cancer. *J Natl Cancer Inst* 1988; 80 (15): 1237-43.
15. Mork J, Lie Ak, Glatte E et coll. Human papillomavirus infection as a risk factor for squamous cell carcinoma of the head and neck. *New Eng J Med* 2001; 344: 1125-31.
16. Zhang Z, Morgenstern H, Spitz M et coll. Marijuana use and increased risk of squamous cell carcinoma of the head and neck. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 1999; 8: 1071-8.

L'EXAMEN CLINIQUE DE LA BOUCHE

Le meilleur moyen de détecter le cancer buccal

PAR BENOIT LALONDE, D.M.D., M.S.D., F.R.C.D. (C)

RÉSUMÉ

L'examen clinique de la bouche est une procédure facile à réaliser, rapide et très efficace pour détecter les lésions buccales. Il est indolore et nécessite peu d'instruments. En permettant de diagnostiquer un cancer à un stade précoce de la maladie, cet examen peut faire toute la différence quant aux chances de survie des patients. Le présent article décrit la technique d'examen extrabuccal et intrabuccal, étape par étape¹.

Les cancers buccaux se manifestent surtout sous la forme d'un carcinome ou épithélioma spinocellulaire (carcinome épidermoïde). Ce type de tumeurs malignes compte pour environ 90% des cancers de la bouche et présente des caractéristiques parfois spectaculaires, tels l'induration, la fixation et l'envahissement des tissus sous-jacents. Compte tenu de l'atteinte de l'épithélium – l'élément le plus extérieur et le plus visible du tissu mou –, la prolifération du tissu en croissance favorise sa détection visuelle.

L'EXAMEN EXTRABUCCAL

Toute asymétrie faciale doit être notée, spécialement dans la région parotidienne et cervicale. Il est important d'évaluer la présence d'une excroissance, en particulier chez les patients qui s'exposent fréquemment au soleil. La palpation des ganglions lymphatiques est un élément important de l'examen extrabuccal (figure 1). Noter la présence de tout ganglion anormal (dimension et symptômes). Le dentiste doit exclure les autres causes telles qu'une grippe ou une infection dentaire.

L'examen des lèvres comporte l'observation visuelle et la palpation. Noter toute induration ou asymétrie (figure 2).



FIGURE 1



FIGURE 2

L'EXAMEN INTRABUCCAL

Cet examen nécessite un miroir, une gaze (2 po x 2 po) et une source de lumière adéquate. Il porte sur les structures suivantes.

Muqueuse labiale

Demander au patient de fermer la bouche et examiner les muqueuses labiales inférieure et supérieure (figures 3 et 4). Noter toute induration ou anomalie de la muqueuse.

Muqueuse jugale

À l'aide d'un miroir, tirer la muqueuse jugale (figures 5 et 6). Observer toute variation de la pigmentation, une induration ou une variation de la forme. Palper la joue. Bien examiner les zones vestibulaires et les commissures labiales.



FIGURE 3



FIGURE 4



FIGURE 5



FIGURE 6

Muqueuse gingivale

Examiner la gencive du côté labial, vestibulaire et palatin (**figure 7**). Noter toute excroissance ou anomalie de la coloration ou de la pigmentation.

Face dorsale de la langue

La face dorsale de la langue est tapissée de différentes papilles: filiformes, fongiformes et caliciformes. Observer toute variation de la texture, de la coloration ou de la symétrie de cette partie de la langue (**figure 8**). Palper délicatement la surface dorsale.



FIGURE 7



FIGURE 8

Face ventrale de la langue

Il faut examiner attentivement cette zone qui est particulièrement à risque. Tenir délicatement la pointe de la langue à l'aide d'une gaze et déplacer délicatement la langue vers la droite, puis vers la gauche (figures 9 et 10). Palper la surface ventrale exposée. Encore une fois, observer toute variation anormale (induration, érythème, etc.). Si le patient éprouve des nausées, ne pas tenir sa langue; lui demander de la maintenir dans sa joue de façon à exposer la zone à examiner. Les papilles foliées, dans la portion postérieure de la face ventrale, doivent être aussi examinées et palpées.

Plancher buccal

L'examen du plancher buccal comporte deux étapes. Faire d'abord un examen intrabuccal en demandant au patient de placer la langue vers le haut, (figure 11) puis de la détendre pour faciliter l'examen de la partie postérieure du plancher de la bouche. Le dentiste pourra ainsi repousser délicatement la masse de la langue vers l'arrière, à l'aide du miroir.

Palper ensuite le plancher buccal (figure 12). Placer un doigt à l'intérieur de la bouche de façon à atteindre la partie la plus postérieure et la plus profonde du plancher. Placer un autre doigt au même niveau, mais à l'extérieur de la bouche. Palper la glande salivaire sous-maxillaire, qui est relativement grosse mais mobile. Noter toute variation anormale.



FIGURE 9



FIGURE 10



FIGURE 11



FIGURE 12

Palais

L'examen buccal se termine par l'observation du palais dur et du palais mou. L'élévation du palais mou se fait en demandant au patient de dire « A » (figure 13). Chez certains patients, il est possible d'examiner la paroi postérieure de l'oropharynx (figure 14). Une fois de plus, prendre note de toute excroissance suspecte, variation de couleur de la muqueuse ou ulcération chronique. Le palais mou peut être le siège d'excroissances de nature bénigne (adénome pléomorphe) ou maligne (cylindrome, adénocarcinome).



FIGURE 13



FIGURE 14

Examen clinique: points à retenir

- S'assurer d'avoir un bon accès aux structures cervicales, par exemple en demandant au patient de desserrer sa cravate.
- Enlever toute prothèse amovible avant de faire l'examen.
- De nombreuses tumeurs malignes se manifestent dans le plancher buccal, sur la langue ainsi que dans le palais mou, l'oropharynx et le complexe gencive-crête alvéolaire.
- Les cancers buccaux sont principalement de type spinocellulaire et se manifestent le plus souvent sous la forme d'une induration ou d'une ulcération asymptomatique.
- Les lésions d'origine traumatique disparaissent généralement en moins de deux semaines, à condition que la cause soit éliminée.

LES TESTS DIAGNOSTIQUES

Malgré le développement de nouvelles techniques de dépistage du cancer buccal, l'examen clinique de la bouche effectué dans les règles de l'art demeure la méthode la plus efficace. Les manifestations cliniques du cancer buccal devraient normalement alerter le clinicien. Un dentiste qui découvre une lésion suspecte peut avoir recours à un test diagnostique, notamment une biopsie, et à différents outils d'aide au diagnostic.

Biopsie

Il ne fait aucun doute que la biopsie est la seule et unique façon de poser un diagnostic de cancer buccal. Pour de petites lésions, il est préférable de faire une biopsie excisionnelle afin d'enlever complètement les tissus atteints. Pour les lésions plus importantes, on procède généralement à une biopsie incisionnelle.

Cytologie exfoliatrice

La cytologie exfoliatrice a l'avantage de ne pas nécessiter d'anesthésie locale. Cependant, seules les couches superficielles de l'épithélium sont prélevées. Cet examen est donc limité par la quantité et la qualité du tissu prélevé.

Cytobrosse

La cytobrosse est utilisée dans certaines spécialités médicales, notamment en gynécologie. Cette technique serait plus efficace que la cytologie classique puisqu'elle permet de prélever des couches plus profondes de l'épithélium. Elle est commercialisée sous le nom *Oral CD-X*. Le dentiste doit faire preuve de jugement clinique en déterminant le caractère suspect de la lésion, car cette technique ne remplacera jamais la biopsie.

Bleu de toluidine

Le test au bleu de toluidine est une technique connue et documentée depuis des décennies. Ce colorant a la propriété d'être capté par les cellules néoplasiques. Cependant, les lésions leucoplasiques captent habituellement peu le colorant. Il est primordial de se rappeler que les lésions traumatiques ou une ulcération chronique, qui sont des affections totalement bénignes, peuvent aussi capter ce colorant. Encore une fois, le clinicien doit comprendre que ce test est une aide au diagnostic et que la biopsie ne doit pas être retardée pour autant.

ViziLite

L'emploi d'acide acétique pour l'examen visuel de la muqueuse à l'aide d'une lampe spéciale est une technique utilisée en gynécologie qu'on appelle la colposcopie. La lumière que produit cet appareil fait paraître les lésions suspectes blanc mat. Pour l'examen de la cavité buccale, cette lampe est commercialisée aux États-Unis sous le nom *ViziLite*. Il est toutefois trop tôt pour porter un jugement critique sur son efficacité dans la détection du cancer buccal.

Analyse de l'ADN

Les leucoplasies sont considérées comme des lésions précancéreuses. Une étude récente² a démontré que l'ADN de cellules prélevées à l'aide d'une biopsie de leucoplasies de la cavité buccale pourrait servir de marqueur pour déterminer le risque de transformation d'une tumeur bénigne en une tumeur maligne. Une quantité anormalement élevée de l'ADN (aneuploidie) indiquerait un risque de malignité. Un système d'analyse de ce marqueur pourrait éventuellement être utilisé afin d'aider le clinicien à prédire quelle lésion est la plus susceptible de se développer en un cancer.

Le Dr Benoit Lalonde est spécialiste en médecine buccale à la Faculté de médecine dentaire de l'Université de Montréal. On peut lui écrire à C.P. 6128, Succursale Centre-Ville, Montréal (Québec) Canada, H3C 3J7, ou à benoit.lalonde@umontreal.ca

RÉFÉRENCES

1. Horowitz AM. Perform a death-defying act. The 90-second oral cancer examination. *J Am Dent Assoc* 2001; 132 Suppl: 36S-40S.
2. Sudbo, J et coll. DNA content as a prognostic marker in patients with oral leukoplakia, *N Engl J Med* 2001; 344: 1270-8.

Les manifestations cliniques du cancer buccal

PAR RÉNALD PÉRUSSE, D.M.D, M.D., L.M.C.C., F.R.C.D. (C)

RÉSUMÉ

Le carcinome épidermoïde (carcinome spinocellulaire ou malpighien) est la tumeur maligne le plus souvent observée dans la cavité buccale. Ce type de cancer peut prendre différentes formes et siège principalement au niveau de la langue, du plancher buccal, du palais mou, de l'oropharynx et du complexe gencive-crête alvéolaire. Cet article a pour but de familiariser le dentiste avec les manifestations cliniques du carcinome épidermoïde de la cavité buccale, afin qu'il puisse faire du dépistage précoce et, ainsi, influencer directement sur le taux de survie des personnes atteintes.

Les tumeurs malignes qui affectent la cavité buccale peuvent être de nature primaire ou métastatique, d'origine épithéliale (carcinomes), glandulaire (adénocarcinomes) ou mésenchymateuse (sarcomes) et, parfois, liées à une hémopathie maligne telle que la leucémie ou le lymphome. Le carcinome épidermoïde représente plus de 90% de tous les cancers buccaux et touche deux à trois fois plus d'hommes que de femmes. Les principaux facteurs de risque de ce cancer sont bien connus, soit le tabagisme et l'éthylisme chronique. La majorité des cas sont découverts chez des personnes âgées de plus de 45 ans, bien qu'un nombre croissant de cancers de la langue soient maintenant diagnostiqués chez des adultes de moins de 40 ans (4% à 6%)¹. Les causes probables de cette progression seraient une exposition précoce aux facteurs de risque reconnus ou certaines habitudes, notamment l'usage du cannabis qui est de plus en plus répandu chez les jeunes adultes².

Le carcinome épidermoïde de la cavité buccale peut se présenter sous diverses formes, telles une leucoplasie, une érythroplasie, une érythroleucoplasie, une ulcération chronique, une masse bourgeonnante ou une lésion endophytique. Les lésions débutantes sont souvent discrètes et totalement asymptomatiques. En revanche, les lésions avancées sont typiquement indurées et peuvent être associées à la présence d'une douleur importante. Les sites de prédilection du carcinome épidermoïde sont la langue, le plancher buccal, le palais mou, l'oropharynx et le complexe gencive-crête alvéolaire, particulièrement la région mandibulaire.

LES MANIFESTATIONS CLINIQUES

Leucoplasie

La leucoplasie est une plaque blanche non détachable qui ne peut être imputable cliniquement ou histologiquement à une autre affection, par exemple la kératose frictionnelle, le lichen plan, le leucœdème ou la candidose chronique. La leucoplasie est un terme clinique utilisé pour décrire une lésion blanche kératinisée qui englobe, sur le plan histologique, un certain nombre d'altérations bénignes, dysplasiques ou malignes. Les auteurs d'une étude portant sur 3256 leucoplasies ont démontré que 3,1% et 4,6% de leurs spécimens révélaient respectivement la présence d'un carcinome épidermoïde et d'un carcinome *in situ* (dysplasie sévère)³.

LE CARCINOME ÉPIDERMOÏDE REPRÉSENTE PLUS DE 90% DE TOUS LES CANCERS BUCCAUX ET TOUCHE DEUX À TROIS FOIS PLUS D'HOMMES QUE DE FEMMES.

La leucoplasie représente environ 85% de toutes les lésions précancéreuses observées dans la cavité buccale⁴. La lèvre inférieure ainsi que la gencive et la muqueuse jugale sont les sites de prédilection de la leucoplasie⁵. Cependant, les lésions les plus graves siègent dans les tissus de la langue, du plancher buccal et du palais mou, où elles présentent un risque élevé de se transformer en tumeurs malignes³ (figure 1).



FIGURE 1: Carcinome épidermoïde du palais mou se présentant sous forme d'une leucoplasie

Les leucoplasies peuvent être classées en deux catégories: les leucoplasies homogènes et les leucoplasies non homogènes.

- Les leucoplasies homogènes prennent la forme d'une plaque blanche résistante au grattage, légèrement surélevée, rugueuse ou quelque peu plissée.
- Les leucoplasies non homogènes regroupent des leucoplasies atypiques telles que la leucoplasie nodulaire, la leucoplasie granulaire, la leucoplasie verruciforme et l'érythroleucoplasie. Une variante de la leucoplasie verruciforme, la leucoplasie verruqueuse proliférative, est généralement décelée chez des femmes de plus de 50 ans. Agressive et souvent multifocale, cette forme de leucoplasie dégénère successivement en une hyperplasie verruqueuse, un carcinome verruqueux et un carcinome épidermoïde. Dans un tel cas, le pronostic est très sombre.

Sur le plan clinique, la transformation d'une leucoplasie en une tumeur maligne comporte une suite ordonnée d'événements: elle passe du stade de lésion blanche superficielle au stade de plaque beaucoup plus épaisse, fissurée, granulaire, verruqueuse ou nodulaire, parfois liée à une réaction inflammatoire locale (érythroleucoplasie).

Érythroplasie

L'érythroplasie est une lésion caractérisée par une plaque rouge qui ne peut être imputable cliniquement ou histologiquement à une autre affection (lésion inflammatoire, lésion traumatique, candidose érythémateuse, etc.). Elle présente certains points communs avec la leucoplasie sur le plan étiologique et épidémiologique. Bien qu'elle soit nettement moins fréquente que la leucoplasie typique, l'érythroplasie est une lésion beaucoup plus grave parce que, dans la majorité des cas (90%), elle est la manifestation d'un carcinome envahissant ou d'un carcinome *in situ* (dysplasie sévère)⁶.

Le palais mou, la langue et le plancher buccal sont les sièges de prédilection de l'érythroplasie. Cette dernière se manifeste habituellement sous forme d'une plaque rouge isolée, le plus souvent asymptomatique cliniquement (figure 2). Elle peut être liée à certaines transformations leucoplasiques (érythroleucoplasie) et survenir au pourtour d'un carcinome épidermoïde avancé. La découverte d'une telle lésion, particulièrement chez le fumeur, doit inciter le dentiste à la plus grande prudence. Si elle est présente depuis plus de deux semaines, on doit absolument pratiquer une biopsie afin de poser un diagnostic de carcinome épidermoïde.



FIGURE 2: Carcinome épidermoïde de la face latérale gauche de la langue se présentant sous forme d'une érythroplasie

Érythroleucoplasie

L'érythroleucoplasie, aussi appelée leucoplasie tachetée ou mouchetée, est une lésion mixte généralement asymptomatique formée de foyers de kératose et d'érythème, qui entre dans la catégorie des leucoplasies non homogènes. L'érythroleucoplasie doit être distinguée de certaines lésions mixtes, tels le lupus discoïde ou le lichen plan atrophique, qui sont habituellement bilatérales et souvent associées à la présence d'une douleur. Les muqueuses jugales, la langue, le palais mou et le plancher buccal sont les sites de prédilection de cette affection. Tout comme la leucoplasie et l'érythroplasie, l'érythroleucoplasie peut être la manifestation d'un carcinome épidermoïde débutant. De plus, elle est fréquemment observée au pourtour d'un carcinome épidermoïde avancé.

Ulcération chronique

Le carcinome épidermoïde débutant peut prendre la forme d'une ulcération chronique, totalement asymptomatique sur le plan clinique (figure 3). Cette ulcération peut se développer aux dépens d'une leucoplasie, ce qui la rend très suspecte. Toute lésion de ce type doit être considérée comme maligne jusqu'à preuve du contraire, particulièrement si elle est indurée ou légèrement bourgeonnante.



FIGURE 3: Carcinome épidermoïde de la langue et du plancher buccal se présentant sous forme d'une ulcération chronique et d'une leucoplasie nodulaire

Lésion exophytique ou endophytique

En l'absence de traitement, le carcinome épidermoïde a tendance à se transformer en une lésion exophytique ou endophytique, c'est-à-dire une masse bourgeonnante indurée ou une lésion infiltrante qui envahit les tissus en profondeur, ce qui accroît considérablement les probabilités de formation de métastases à distance. À ce stade, le diagnostic ne fait habituellement aucun doute, mais doit être confirmé à l'aide d'une biopsie.

- Le carcinome de type exophytique se présente sous forme d'une excroissance indurée, de couleur blanchâtre ou rosée, dont la surface papillaire ou verruqueuse peut être partiellement ulcérée (figure 4).



FIGURE 4: Carcinome exophytique de la face ventrale droite de la langue

- Le carcinome de type endophytique est une lésion ulcéro-infiltrante typiquement indurée, déprimée ou creusée, qui présente un pourtour surélevé à partir duquel s'étendent latéralement les cellules cancéreuses (figure 5). Une douleur intense causée par l'envahissement des plexus nerveux adjacents peut accompagner les carcinomes épidermoïdes avancés.



FIGURE 5: Carcinome endophytique de la crête alvéolaire supérieure gauche et de la voûte palatine

LES TERRITOIRES AFFECTÉS

Le cancer de la **langue** représente un peu plus de la moitié de tous les cancers de la cavité buccale. Il a tendance à toucher plus particulièrement la partie postéro-latérale, mais peut aussi affecter la face antéro-latérale ou ventrale et, plus rarement, la face dorsale. Le cancer de la langue, tout comme le cancer du plancher buccal, tend à métastaser rapidement. Les lésions débutantes peuvent être confondues avec un processus bénin et sont souvent asymptomatiques cliniquement. Ainsi, les patients peuvent présenter un petit foyer de kératose anodin, un érythème atypique ou une ulcération superficielle d'allure traumatique. Les lésions plus avancées infiltrent ou déforment la surface de la langue, prenant habituellement la forme d'une masse bourgeonnante indurée, ulcérée ou nécrosée, entremêlée de foyers leucoplasiques ou érythroplasiques (figure 4). Ces lésions peuvent aussi saigner facilement.

Le cancer de la langue a souvent tendance à envahir le plancher buccal, voire la loge amygdalienne et le palais mou, lorsqu'il se développe dans la région postéro-latérale. Les cancers de la région postérieure de la langue peuvent entraîner l'odynophagie (déglutition douloureuse), la dysphagie, des troubles de l'élocution et de la mastication, l'otalgie réflexe ainsi que la paresthésie linguale.

Le cancer du **plancher buccal** constitue le deuxième type de cancer le plus souvent observé dans la bouche. Il débute généralement sous forme d'une leucoplasie, d'une érythroplasie ou d'une érythroleucoplasie. En l'absence de traitement, il se transforme en une lésion exophytique ou infiltrante (endophytique) ayant la capacité de métastaser à distance. Le cancer du plancher buccal est habituellement situé sur la ligne médiane, à proximité du frein lingual (**figure 6**). Il a souvent tendance à envahir la face ventrale de la langue et la face interne de la mandibule, ce qui rend le traitement plus complexe. La partie postérieure du plancher buccal est un site plus rarement affecté.



FIGURE 6: Carcinome épidermoïde du plancher buccal et de la face ventrale de la langue

La consommation d'alcool, conjuguée aux effets du tabagisme, est un facteur de risque important dans la pathogenèse du cancer du plancher buccal⁷. En effet, chez la personne alcoolique, ce site est souvent touché tout comme la base de la langue, l'oropharynx et la région supralaryngée, qui sont en contact direct avec l'alcool⁸. À cet égard, des études effectuées chez l'animal ont démontré que l'alcool entraîne une atrophie et une régénération excessive des cellules de la muqueuse buccale, ce qui pourrait amplifier les effets du tabagisme sur les kératinocytes de l'épithélium buccal⁹.

Le **palais mou** représente un autre siège du carcinome épidermoïde de la cavité buccale. Le cancer du palais mou, qui est nettement plus fréquent que celui du palais dur, débute généralement sous forme d'une leucoplasie ou d'une érythroplasie totalement asymptomatique cliniquement. La plupart des cas surviennent dans la portion latérale du palais mou (**figure 1**) et peuvent gagner par la suite la fosse amygdalienne, voire la partie adjacente de la langue et du plancher buccal. La personne atteinte présente alors des symptômes tels que la douleur, l'odynophagie, l'otalgie, la dysphagie et la dysarthrie. Par ailleurs, 42% des carcinomes épidermoïdes du palais mou et de la région amygdalienne sont associés à des métastases occultes dans la région cervicale¹⁰, même en l'absence de ganglions palpables

cliniquement, ce qui met en relief le pronostic défavorable parfois lié à ce type de cancer.

La **gencive** et la **crête alvéolaire** sont d'autres sièges possibles du carcinome épidermoïde. Le cancer de la gencive est difficile à diagnostiquer et peut être confondu avec une excroissance bénigne ou un problème parodontal local (**figure 7**). Il a tendance à envahir le ligament parodontal puis à détruire le support osseux, rendant ainsi la dent sensible et mobile. Le cancer de la crête alvéolaire, quant à lui, peut se manifester sous forme d'une ulcération chronique, d'une lésion endophytique (**figure 5**) ou d'une masse bourgeonnante (exophytique) susceptible de déformer considérablement la crête alvéolaire (**figure 8**). Ce type



FIGURE 7: Carcinome verruqueux de la gencive, au buccal de la région 21-22



FIGURE 8: Carcinome épidermoïde de la crête alvéolaire inférieure droite envahissant la partie adjacente du plancher buccal et de la langue

de cancer peut être confondu avec une hyperplasie fibreuse (*epulis fissuratum*) et entraîner une instabilité prothétique, qui constitue un motif de consultation assez fréquent. Il peut détruire une partie importante de l'os alvéolaire et envahir les territoires adjacents, tels le vestibule supérieur ou inférieur, le palais dur ou le plancher buccal, ce qui rend sa résection plus complexe. La plupart des cancers de la crête alvéolaire sont observés au maxillaire inférieur, dans la région postérieure.

Le carcinome épidermoïde du trigone rétromolaire présage un pronostic sombre. Ce type de cancer a tendance à se développer derrière la dernière molaire inférieure puis à infiltrer la partie adjacente de la muqueuse jugale, le bord antérieur de la branche montante, le muscle ptérygoïdien interne, le palais mou et la fosse amygdalienne. Des métastases ganglionnaires sont observées chez la majorité des patients (78%) au moment du diagnostic¹¹.

La **muqueuse jugale** et le **palais dur** constituent les deux sites le moins souvent affectés par le carcinome épidermoïde. Le carcinome de la muqueuse jugale prend généralement la forme d'une lésion exophytique indurée, partiellement ulcérée, qui comporte couramment une composante leucoplasique ou érythroplasique (**figure 9**). Le carcinome épidermoïde du palais dur, quant à lui, est une lésion souvent extensive, indurée et ulcérée (tumeur endophytique) qu'il faut distinguer des autres processus malins et, en particulier, des différents adénocarcinomes qui peuvent toucher le palais, tels le carcinome muco-épidermoïde, le carcinome adénoïde kystique, l'adénocarcinome polymorphe de bas grade, la tumeur mixte maligne et l'adénocarcinome à cellules acinaires.



FIGURE 9: Carcinome épidermoïde de la partie postérieure de la muqueuse jugale droite

Le carcinome épidermoïde de la **lèvre inférieure** (**figure 10**) se comporte davantage comme un carcinome épidermoïde de la peau que tel un carcinome épidermoïde intrabuccal. Les principaux facteurs de risque reconnus du carcinome épidermoïde intrabuccal, le tabac et l'alcool, jouent en effet un rôle beaucoup moins important. La plupart des cancers de la lèvre inférieure se manifestent chez des hommes de race blanche âgés de plus de soixante ans et sont liés à l'exposition prolongée au soleil. La lèvre supérieure est quant à elle rarement touchée par le carcinome épidermoïde, mais elle est le siège de carcinomes basocellulaires.



FIGURE 10: Carcinome épidermoïde étendu de la lèvre inférieure

Le carcinome épidermoïde de la lèvre inférieure se développe habituellement sur une leucoplasie ou un foyer de cheilite actinique. Il prend d'abord la forme d'une croûte ou d'une ulcération superficielle indurée et devient ensuite une lésion beaucoup plus étendue qui déforme et infiltre la lèvre en profondeur. Une atteinte métastatique des aires ganglionnaires régionales est observée chez 2% à 5% des patients au moment du diagnostic initial^{12,13}. En général, le carcinome épidermoïde de la lèvre inférieure est une tumeur qui croît lentement. La plupart des cas sont décelés au stade I ou II de la maladie, selon la classification T.N.M., et sont associés à un taux de survie à cinq ans relativement bon¹³.

Les paramètres diagnostiques de la classification T.N.M. sont décrits à la page 32.

LE RÔLE DÉTERMINANT DU DENTISTE

Malgré le développement de nouvelles approches thérapeutiques, le taux de survie des patients atteints d'un carcinome épidermoïde de la cavité buccale ne s'est guère amélioré au cours des trois dernières décennies. La raison est simple: un bon nombre des tumeurs malignes sont découvertes à un stade trop avancé. Aussi, seul un dépistage précoce peut contribuer à améliorer le pronostic du cancer buccal. Et cet objectif ne saurait être réalisé sans la participation active du dentiste à qui il lui incombe de faire preuve de leadership dans la lutte contre cette maladie.

Le Dr Rénald Pérusse est professeur titulaire à la Faculté de médecine dentaire, Université Laval. On peut lui écrire à Université Laval, Faculté de médecine dentaire, Sainte-Foy (Québec) Canada, G1K 7P4.

RÉFÉRENCES

1. Myers J, Elkins T, Roberts D, Byers RM. Squamous cell carcinoma of the tongue in young adults. Increasing incidence and factors that predict treatment outcomes. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2000; 122: 44-51.
2. Zhang ZF, Morgenstern H, Spitz MR et coll. Marijuana use and increased risk of squamous cell carcinoma of the head and neck. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 1999; 8: 1071-78.
3. Waldron CA, Shafer WG. Leukoplakia revisited. A clinicopathologic study of 3256 oral leukoplakias. *Cancer* 1975; 36: 1386-92.
4. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot, JE. *Oral and Maxillofacial Pathology*, Philadelphia. W.B. Saunders Company. 2^e édition (2002); 338.
5. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot, JE. *Oral and Maxillofacial Pathology*, Philadelphia. W.B. Saunders Company. 2^e édition (2002); 339.
6. Shafer WG, Waldron CA. Erythroplakia of the oral cavity. *Cancer* 1975; 36: 1021-28.
7. Jovanovic A, Schulten EA, Kostense PJ, Snow GB, van der Waal I. Tobacco and alcohol related to the anatomical site of oral squamous cell carcinoma. *J Oral Pathol Med* 1993; 22 (10): 459-62.
8. Boffetta P, Ye W, Adami HO, Mucci LA, Nyren O. Risk of cancers of the lung, head and neck in patients hospitalized for alcoholism in Sweden. *Br J Cancer* 2001; 85 (5): 678-82.
9. Simanowski UA, Stickel F, Maier H, Gartner U, Seitz HK. Effect of alcohol on gastrointestinal cell regeneration as a possible mechanism in alcohol-associated carcinogenesis. *Alcohol* 1995; 12 (2): 111-5.
10. Leemans CR, Engelbrecht WJ, Tiwari R, Deville WL, Karim AB, van der Waal I, Snow GB. Carcinoma of the soft palate and anterior tonsillar pillar. *Laryngoscope* 1994; 104 (12): 1477-81.
11. Antoniadis K, Lazaridis N, Vahtsevanos K, Hadjipetrou L, Antoniadis V, Karakasis D. Treatment of squamous cell carcinoma of the anterior faucial pillar-retromolar trigone. *Oral Oncol* 2003; 39 (7): 680-6.
12. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot, JE. *Oral and Maxillofacial Pathology*, Philadelphia. W.B. Saunders Company. 2^e édition. 2002; 361.
13. Veness MJ, Ong C, Cakir B, Morgan G. Squamous cell carcinoma of the lip. Patterns of relapse and outcome. Reporting the Westmead Hospital experience, 1980-1997. *Australas Radiol* 2001; 45 (2): 195-9.

Étude de cas

PAR MARTIN T. TYLER, D.D.S., M.ED., F.R.C.D. (C)

L'analyse des cas suivants vise à aider le dentiste dans la prise de décision touchant le traitement du cancer buccal. Les réponses et les discussions relatives aux cas cliniques se trouvent aux pages 42 et 43.

CAS CLINIQUE N° 1

Un homme de 40 ans se rend à la clinique dentaire du centre hospitalier, immédiatement après avoir quitté la salle d'urgence surchargée où il a reçu un traitement palliatif pour l'inflammation des gencives. L'examen dentaire cause un malaise au patient; il a l'impression « d'avoir des billes » dans la bouche. L'examen clinique révèle une tuméfaction prononcée et généralisée des papilles interdentaires, sur la face labiale, palatine et linguale de la gencive attachée. Les antécédents médicaux ne révèlent rien de particulier, sauf la survenue récente d'une grande fatigue et de faiblesses. Les signes vitaux du patient sont normaux, mais il dit avoir de la fièvre intermittente et des sueurs nocturnes.

Dans ce cas, quelle devrait être la démarche la plus appropriée du dentiste à l'hôpital?

- A. Évaluer sans délai l'état parodontal du patient à l'aide de sondes et de radiographies.
- B. Demander des analyses de laboratoire (hémogramme différentiel) avant d'envisager une intervention dentaire.
- C. Consulter un médecin avant toute intervention dentaire.
- D. Effectuer une biopsie à l'emporte-pièce de la papille gingivale tuméfiée la plus typique.



CAS CLINIQUE N° 2

Un homme de race blanche, âgé de 51 ans, se présente chez son dentiste pour un examen de routine. Ce patient était un gros fumeur, jusqu'à il y a cinq ans, et il ne boit qu'en société. Comme il travaille et voyage beaucoup, il a annulé plusieurs visites semestrielles. Durant l'examen, lorsque le dentiste lui pose des questions à propos d'un nodule surélevé, induré mais indolore, situé au milieu du bord latéral de la langue, il répond que la lésion est due à son habitude de se mordre la langue et qu'elle s'est aggravée le mois dernier. En raison d'un voyage important prévu en Europe, le patient veut remettre à son retour, un mois plus tard, la biopsie immédiate que le dentiste lui prescrit.



Dans ce cas, le dentiste devrait-il:

- A. Fixer un rendez-vous pour une biopsie, dès que le patient rentrera d'Europe?
- B. Expliquer au patient que de reporter le traitement risque d'avoir des conséquences graves, et essayer de le convaincre de subir une biopsie-exérèse avant son départ?

CAS CLINIQUE N° 3

Un homme de 76 ans se plaint du saignement d'une masse de croissance rapide, mais indolore, sur la gencive maxillaire gauche. Il ne fume plus depuis 30 ans et ne boit que rarement. L'examen clinique révèle une légère hypertrophie généralisée de la gencive et deux masses fermes, non purulentes et de même apparence. La plus volumineuse, située sur la gencive du côté vestibulaire, a causé la mobilité de la dent touchée. La plus petite se trouve sur la crête édentée du territoire adjacent. Le patient dit ne pas ressentir de symptôme ni au niveau de la plus petite masse ni au niveau des dents. D'abord réticent, le patient accepte de subir une biopsie, si elle n'implique pas d'extraction de dents. Un prélèvement est fait sur la plus grosse masse. Une semaine plus tard, les résultats histopathologiques révèlent la présence d'un granulome pyogène. À la deuxième visite du patient, le dentiste note que cette masse n'a pas changé, mais que celle sur la crête édentée est maintenant plus grosse que l'autre. Elle est granuleuse et de



couleur rouge grisâtre. Il prend une radiographie panoramique, qui montre une résorption irrégulière de la corticale et de la moelle osseuse, sous les tissus mous où s'est formée la lésion mandibulaire, et qui évoque une transformation maligne. Une fois de plus, il convainc le patient qu'une biopsie s'impose et l'assure qu'aucune extraction n'est nécessaire. La biopsie de cette masse révèle un carcinome spinocellulaire, qui a envahi la mandibule.

Dans ce cas, quelles interventions une approche diagnostique plus efficace devrait-elle comporter ?

- A.** Faire une biopsie des deux masses, même si elles ont la même apparence et que le patient se plaint surtout de saignements de la masse maxillaire.
- B.** Faire une radiographie des deux lésions suspectes à la première visite.
- C.** Ne pas se laisser influencer dans son jugement clinique et sa prise de décision par les réticences du patient. S'efforcer davantage de le persuader de consentir à la biopsie de tous les tissus suspects dès la première visite.



CAS CLINIQUE N° 4

Un pêcheur de race blanche âgé de 60 ans, qui passe ses hivers en Floride, consulte le dentiste parce qu'il craint la récurrence d'un cancer de la lèvre inférieure. Il y a six ans, il a été opéré avec succès d'un carcinome de la lèvre inférieure. À ses antécédents d'exposition prolongée au soleil s'ajoutent des lésions actiniques au visage, l'effacement évident du contour du vermillon et des lésions croûteuses superficielles sur la lèvre inférieure.

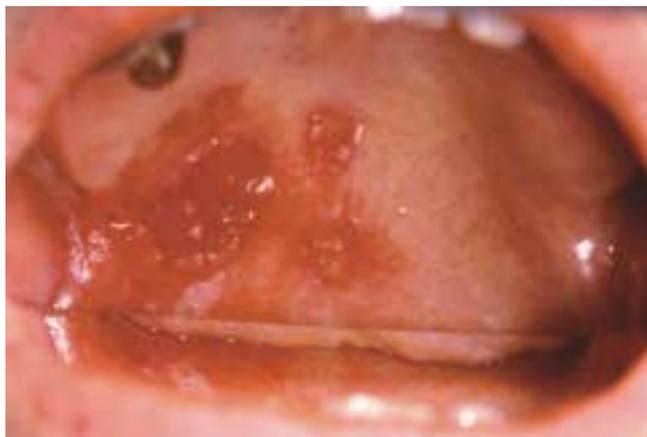


Dans ce cas, le dentiste devrait-il :

- A. Examiner attentivement les autres régions susceptibles d'avoir été exposées au soleil?
- B. Faire une biopsie de la zone de récurrence possible et de toute autre zone suspecte de la lèvre inférieure?
- C. Faire une biopsie de tous les territoires suspects des lèvres supérieure et inférieure?
- D. Conseiller au patient de porter un chapeau au soleil, de s'y exposer le moins possible et d'utiliser des écrans solaires pour le corps et les lèvres?

CAS CLINIQUE N° 5

Une patiente de 56 ans se présente à son examen dentaire annuel. Elle n'a pas de problème particulier. Au cours de l'examen clinique, qui inclut la palpation du cou, elle signale au dentiste qu'elle a remarqué récemment que sa voix changeait, d'où sa décision de ne plus fumer que 10 à 12 cigarettes par jour. Elle fume depuis son adolescence. Après avoir dit qu'elle ne prend pas plus de deux cocktails, les week-ends, elle précise qu'il lui arrive aussi en semaine de boire un ou deux verres de vin en mangeant. L'examen de la cavité buccale révèle la présence de plusieurs plaques granuleuses, érythémateuses, étendues et coalescentes, sur le côté droit des palais dur et mou. Quelques plaques blanches résistantes au grattage laissent supposer la présence d'une érythroplasie légèrement tachetée.



Dans ce cas, quelle est l'approche thérapeutique appropriée?

- A. Prendre des dispositions pour une biopsie immédiate du palais et un examen de l'oropharynx, pour trouver la cause du changement de la voix.
- B. Rappeler à la patiente que l'alcool et le tabac sont liés au cancer de la bouche et faire tous les traitements dentaires nécessaires; lui prescrire des antibiotiques et lui conseiller de revenir pour une nouvelle évaluation dans sept à dix jours.
- C. Conseiller à la patiente d'arrêter de fumer et de limiter sa consommation d'alcool ou de s'en abstenir. La renseigner sur les ressources disponibles pour arrêter de fumer.

CAS CLINIQUE N° 6

Une femme de race blanche, âgée de 42 ans, se procure une nouvelle prothèse partielle maxillaire dans un laboratoire dentaire. Peu après l'installation de la prothèse, elle découvre une masse dans son cou. Elle consulte un médecin, qui lui prescrit des antibiotiques et lui dit de revenir deux semaines plus tard si la masse n'a pas disparu. Après quelques semaines, la patiente trouve que sa prothèse n'est plus bien ajustée et prend rendez-vous chez son dentiste pour un examen semestriel. Lorsqu'il lui pose des questions sur la masse au cou, elle dit que ça ne la gêne pas, qu'elle a pris des antibiotiques mais n'a pas encore eu le temps de retourner chez le médecin pour une réévaluation. L'examen de la cavité buccale révèle une bosse ferme, unilatérale, à gauche de la ligne médiane du palais dur, qui empêche la nouvelle prothèse d'y reposer complètement. En palpant le cou, le dentiste découvre une masse ferme, indolore, caoutchouteuse, située du côté gauche.

Dans ce cas, quelle devrait être la démarche du dentiste?

- A.** Ajuster la prothèse et conseiller à la patiente de retourner voir le médecin pour qu'il réévalue la masse dans son cou.
- B.** Prendre des dispositions pour une biopsie du palais et diriger la patiente vers un oncologue, auquel il fournira les résultats de la biopsie dès qu'il les obtiendra.
- C.** Commander une nouvelle prothèse et conseiller à la patiente de retourner voir le médecin pour qu'il réévalue la masse dans son cou.

Le Dr Martin T. Tyler est chirurgien dentiste associé au Centre universitaire de santé McGill. On peut lui écrire à Services chirurgicaux Vendome, 5122, rue Sherbrooke Ouest, suite 201, Montréal (Québec) Canada, H4A 1T1, ou à martin.tyler@mcgill.ca.



PARLER DU CANCER BUCCAL

Une approche adaptée aux besoins d'information des patients

PAR PIERRE BOISVERT, D.M.D.

Le dépistage précoce du cancer buccal est une occasion unique de renouer le lien de confiance entre le patient et le dentiste. En adoptant une bonne approche et en utilisant des termes simples, il est possible de dire au patient tout ce qu'il doit savoir sans l'alarmer.

En 2003, l'Institut national du cancer du Canada avait estimé qu'il y aurait 3100 nouveaux cas de cancer buccal au pays, dont 730 au Québec, et 1100 décès dus à ce cancer, dont 295 au Québec¹. Environ le tiers seulement des cancers buccaux (35%) seraient diagnostiqués dans les premiers stades de la maladie, soit au moment où les chances de survie sont les plus favorables. Pourtant, plusieurs auteurs affirment que le dépistage précoce demeure l'intervention qui influe le plus sur la survie des patients^{2,3}.

Le dentiste peut jouer un rôle déterminant dans la vie d'une personne, s'il applique et met en place un protocole de dépistage précoce du cancer buccal dans la routine du cabinet. Cette procédure lui fournit l'occasion de sensibiliser et d'éduquer les patients à cette problématique de santé. Comme le counseling de soutien ne fait pas nécessairement partie des habitudes de travail des dentistes⁴, le défi consiste à rallier l'équipe dentaire autour d'une approche qui prévoit donner une information simple aux patients à chaque étape du dépistage.

ÉVALUATION DE LA SANTÉ DU PATIENT ET EXAMEN CLINIQUE

L'évaluation de l'état de santé et des habitudes de vie du patient fait partie intégrante d'un examen dentaire complet. Avant de poser des questions au patient, le dentiste devrait prendre quelques minutes pour lui expliquer le but de la collecte de ces renseignements. Le questionnaire doit porter sur l'état de santé général, les hospitalisations antérieures, la prise de médicaments, les facteurs de risque – dont la consommation d'alcool et de tabac –, les habitudes alimentaires, le style de vie, les antécédents familiaux de cancer, y compris l'apparition ou la rémission d'un autre cancer⁵.

Le dentiste fera ensuite l'examen clinique de la tête, du cou et de la bouche. Il est probable que le patient considérera l'examen buccal comme une procédure

normale, mais les manipulations de la tête et du cou le surprendront peut-être. Le dentiste a tout intérêt à expliquer en quoi consiste l'examen clinique et que celui-ci est une étape essentielle de l'évaluation des tissus durs et des tissus mous de la cavité buccale.

RÉPONDRE SIMPLEMENT AUX QUESTIONS DU PATIENT

Les membres de l'équipe dentaire ont un rôle de premier plan à jouer dans la transmission d'une information juste et vulgarisée. Ils doivent être prêts à parler au patient en utilisant des termes simples. Voici une liste des questions les plus fréquemment posées et des suggestions de réponse, qui est adaptée d'un document de la British Dental Association⁶

- Q.** Qu'est-ce que le dépistage précoce du cancer buccal ?
R. *Le dépistage précoce est une procédure qui permet de découvrir la maladie dès le début, voire avant que n'apparaissent les symptômes.*
- Q.** Pourquoi faites-vous ce genre d'examen maintenant ?
R. *Les dentistes font toujours un examen des tissus de la bouche. Toutefois, le cancer buccal doit être mieux connu de la population, et les dentistes sont bien placés pour donner de l'information et expliquer l'importance de l'examen de dépistage.*
- Q.** Qu'est-ce que le cancer buccal ?
R. *C'est un cancer qui peut se développer à plusieurs endroits dans la bouche, tels la langue, les lèvres, les glandes salivaires, le palais, etc. La majorité des cancers se présentent sous la forme d'un ulcère qui ne guérit pas normalement et dure plus de deux semaines, d'une petite bosse ou, plus rarement, d'une plaque blanchâtre ou rougeâtre.*
- Q.** Quels sont les risques d'avoir ce type de cancer ?
R. *Les personnes qui risquent le plus d'avoir un cancer de la bouche sont les hommes de 45 ans et plus, surtout s'ils fument et consomment régulièrement de l'alcool en grande quantité. Il y a d'autres facteurs de risque, telles l'alimentation et les habitudes de vie. L'examen de dépistage que nous faisons aujourd'hui a pour but d'écartier la possibilité que vous ayez un cancer de la bouche.*
- Q.** Les gens peuvent-ils en mourir ?
R. *Oui, comme pour tous les cancers. C'est pourquoi les examens de dépistage sont si importants. Les chances de guérir sont quatre fois plus grandes si l'on découvre le cancer dès le début, et les séquelles beaucoup moins importantes.*

Q. Comment puis-je prévenir le cancer buccal?

R. Il ne faut ni fumer ou chiquer du tabac ni consommer d'alcool en grande quantité. Il faut privilégier une alimentation saine qui comprend, notamment, des fruits et des légumes. Il est également conseillé de s'examiner la bouche régulièrement et de demander au dentiste de le faire lors de l'examen de routine.

QUOI FAIRE DEVANT UN CAS POSSIBLE DE CANCER?

Certains dentistes qui croient avoir détecté un cas de cancer buccal préféreront diriger le patient vers un spécialiste, soit un médecin ou un dentiste. L'important, c'est de rassurer le patient en lui précisant qu'il s'agit d'une précaution nécessaire. D'autres se sentiront à l'aise de faire des tests diagnostiques tels qu'une biopsie, un prélèvement à l'aide d'une cytobrosse, un test au bleu de toluidine ou une cytologie exfoliatrice. Avant d'effectuer un test, le dentiste doit expliquer l'intervention au patient et obtenir son consentement. Il devrait aussi spécifier le délai d'attente prévu pour les résultats, lorsque des échantillons de tissus sont analysés à l'extérieur du cabinet dentaire. Si le patient insiste pour connaître les étapes subséquentes, le dentiste doit lui expliquer qu'il collaborera avec des spécialistes pour les examens de laboratoire qui serviront à établir le diagnostic. Le patient se sentira rassuré de savoir qu'il sera dirigé vers une équipe médicale ou dentaire compétente, si nécessaire, et pris en charge dans les meilleurs délais.

LE DÉPISTAGE PRÉCOCE DU CANCER BUCCAL PEUT RÉDUIRE LE NOMBRE DE DÉCÈS DUS À CETTE MALADIE ET INFLUER DE FAÇON POSITIVE SUR LA PERCEPTION QU'À LA POPULATION DE LA PROFESSION DE DENTISTE.

L'annonce d'un diagnostic de cancer doit se faire dans des termes clairs et avec ménagement. À ce stade, il est important que le spécialiste discute avec le patient des diverses interventions possibles, soit la radiothérapie, la chirurgie oncologique ou la chimiothérapie (voir *Modalités thérapeutiques des cancers buccaux, préparation des patients et gestion des effets secondaires*, page 32).

Enfin, dans la mesure du possible, les cabinets dentaires devraient donner de la documentation aux patients sur, notamment, les facteurs de risque et les symptômes à surveiller lors de l'autoexamen de la bouche (voir l'encadré).

Le D^r Pierre Boisvert est dentiste en cabinet privé. On peut lui écrire à boisvert pierre@videotron.ca.

Cancer buccal: les symptômes à surveiller

- Une plaie sur la lèvre ou dans la bouche, tel un ulcère, qui dure plus de deux semaines.
- Une excroissance sur la lèvre, dans la bouche ou dans la gorge.
- Une tache rouge ou blanche sur les gencives, la langue ou le bord de la lèvre.
- Un saignement inhabituel, un engourdissement de la langue, de la lèvre ou de la peau du visage.
- Un changement dans la voix, un enrouement ou une sensation d'avoir quelque chose qui obstrue la gorge.
- Une mastication ou une déglutition difficile ou douloureuse.
- Un renflement de la joue qui gêne le port de prothèses dentaires.

Source: National Institutes of Health – National Cancer Institute, *What you need to know about oral cancer*, novembre 1996. Adaptation et traduction libre.

Résumé des points déontologiques et éthiques

- Avant de remplir le questionnaire médical, il est conseillé d'expliquer au patient le but de la collecte de ces renseignements.
- Avant de commencer l'examen clinique, particulièrement celui de la tête et du cou, le dentiste doit en expliquer les raisons au patient.
- Au même titre que la mise en place du dépistage des maladies parodontales au début des années 1970, le dépistage précoce du cancer buccal deviendra un élément essentiel de l'examen clinique. Le *Code de déontologie des dentistes* précise que le dentiste doit favoriser les mesures d'éducation et d'information dans le domaine où il exerce. Il doit aussi poser les actes qui s'imposent pour que soit assurée cette fonction d'éducation et d'information (art. 2.03).
- Avant d'effectuer un test diagnostique – une biopsie, un prélèvement à l'aide d'une cytobrosse ou un test au bleu de toluidine –, le dentiste doit expliquer la procédure au patient et obtenir son consentement.

RÉFÉRENCES

1. Institut national du cancer du Canada. *Statistiques canadiennes sur le cancer 2003*. Toronto, Canada, 2003.
2. Horowitz AM, Alfano MC. Performing a death-defying act. *J Am Dent Assoc* 2001; 132 Suppl: 5S-6S.
3. Clovis JB, Horowitz A, M, Poel DH. Cancers de la bouche et du pharynx: connaissances et opinions des dentistes de la Colombie-Britannique et de la Nouvelle-Écosse. *J Can Dent Assoc* 2002; 68 (7): 415-20.
4. British Dental Association. Oral cancer screening. Obligations and opportunities. *BDA Occasional paper – Opportunistic Oral Cancer Screening. A management strategy for dental practice* 2000 (6): 6-10.
5. Sciubba JJ. Oral cancer and its detection. History-taking and the diagnostic phase of management. *J Am Dent Assoc* 2001; 132 Suppl: 12S-18S.
6. British Dental Association, Talking to patients about oral cancer screening. *BDA Occasional paper – Opportunistic Oral Cancer Screening. A management strategy for dental practice* 2000 (6): 14-8.

Le rôle des dentistes dans l'abandon du tabagisme

PAR PIERRE CORBEIL, D.D.S., M.Sc.

Qu'il soit fumé ou chiqué, le tabac a des effets très néfastes sur la santé buccodentaire. Il cause le cancer de la bouche et du pharynx, et est responsable du décès de plus de 75% des personnes qui en sont atteintes, aux États-Unis¹.

Outre ces cancers, environ 50% des cas de parodontite peuvent être attribués à la consommation de tabac². Cette habitude réduit les chances de succès des traitements parodontaux et rallonge la période de guérison des plaies buccales. Enfin, des études ont prouvé que le tabac est, de loin, le principal facteur d'échec des traitements d'implantologie. Il nuit au succès initial et à long terme des implants^{3,4}.

À la lumière de ces données, le dentiste ne peut que se sentir concerné par les ravages du tabagisme. Il a l'obligation et le devoir de s'associer à la lutte antitabac. Tous les dentistes devraient, dans leur pratique, intervenir auprès des patients fumeurs et considérer cette démarche comme indissociable de la qualité des soins buccodentaires. L'évaluation de l'habitude de fumer des patients doit donc faire partie intégrante du diagnostic et du plan de traitement dentaire.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux a fait de la lutte contre le tabagisme une des priorités du Programme national de santé publique 2003-2012. Pour promouvoir et soutenir la cessation tabagique, il a élaboré le Plan québécois de lutte contre le tabagisme 2001-2005. Cette nouvelle stratégie d'intervention propose une organisation des services nationaux et régionaux d'abandon du tabagisme. Elle vise à inciter, entre autres, les professionnels à faire le dépistage systématique du tabagisme chez les patients en clinique privée, en CLSC et dans le milieu hospitalier, et à offrir un counseling d'une durée de trois à dix minutes⁵. Voilà donc un domaine où la contribution des dentistes et de leur personnel, notamment les hygiénistes dentaires, est souhaitable et nécessaire.

INTERVENIR AUPRÈS DES PATIENTS FUMEURS

De façon systématique, le dentiste doit évaluer le statut tabagique passé et actuel du patient, ainsi que la quantité de tabac consommée (nombre de cigarettes fumées) par jour, et inscrire cette information au dossier médical à chaque visite. Il doit porter une attention particulière aux jeunes, car ils sont initiés au tabac de plus en plus tôt, certains dès l'âge de neuf ans^{6,7}. Le dentiste devrait donc évaluer leur statut tabagique. Il doit également être attentif aux femmes enceintes, à cause des effets néfastes du tabagisme sur le fœtus.

Une étude a démontré que près de 60% des dentistes croient que leurs patients ne veulent pas ou ne s'attendent pas à recevoir du counseling sur le tabac, contrairement à 60% des patients qui estiment que les dentistes devraient offrir un tel service⁸. Par ailleurs, des recherches ont établi qu'une personne franchit diverses étapes avant d'adopter un nouveau comportement⁹. Les interventions des dentistes varieront selon le stade de changement du comportement du patient (**tableau I**). L'objectif de cette démarche est d'aider le fumeur à passer d'un stade à l'autre, jusqu'à celui de l'action.

Le dentiste doit savoir qu'il y a trois types de counseling: l'intervention minimale, de une à trois minutes; l'intervention brève, de trois à dix minutes; et l'intervention complète ou intensive.

UNE ÉTUDE A DÉMONTRÉ QUE 60% DES PATIENTS ESTIMENT QUE LES DENTISTES DEVRAIENT OFFRIR UN SERVICE DE COUNSELING SUR LE TABAC.

L'intervention minimale comporte quatre actions: évaluer le statut tabagique du patient; déterminer à quel stade de changement il se situe; lui conseiller de cesser de fumer et lui donner la documentation nécessaire; enfin, le diriger vers les services, si approprié.

L'intervention brève comprend les éléments de l'intervention minimale auxquels s'ajoutent l'évaluation de la motivation du patient à cesser de fumer, les conseils visant à l'informer et à l'aider, selon son stade de changement.

L'intervention complète ou intensive est généralement effectuée dans un centre d'abandon du tabagisme (voir page 31) ou par des ressources spécialisées qui peuvent consacrer plus de dix minutes à l'intervention. Elle comprend tous les éléments de l'intervention brève, plus l'évaluation des habitudes tabagiques et des habitudes de vie, l'historique des tentatives de changement et le soutien selon le stade de changement du comportement de la personne.

Les dentistes devraient faire une intervention minimale ou brève auprès de tous les patients fumeurs, en respectant les étapes décrites ci-dessous.

L'INTERVENTION MINIMALE

La préreflexion

Le dentiste incite le fumeur à réfléchir à la possibilité de cesser de fumer. Le dentiste manifeste clairement son inquiétude au sujet des habitudes tabagiques du patient. Il peut le diriger vers les services d'aide, au besoin, notamment la ligne sans frais J'arrête ou un centre d'abandon du tabagisme.

La réflexion

À ce stade, l'intervention a pour but d'aider le fumeur à prendre la décision de cesser de fumer. Le dentiste lui demande de préciser les avantages et les désavantages d'une telle décision, lui manifeste de la confiance, l'encourage à faire des petits pas vers l'action et l'invite à avoir recours aux services d'aide.

La préparation

C'est l'étape où le fumeur prévoit arrêter de fumer au cours du prochain mois. Il faut l'encourager à maintenir sa décision.

L'action

Cette période est la plus difficile de toutes pour le patient qui a cessé de fumer depuis moins de deux semaines. Il est aux prises avec les symptômes de sevrage et de fortes envies de fumer. Le dentiste doit être des plus attentifs à son patient, notamment en discutant avec lui de ce qu'il ressent, en l'encourageant à maintenir ses efforts et en le dirigeant vers les services d'aide, au besoin.

Le maintien

Le patient a arrêté de fumer depuis plus de deux semaines. L'intervention du dentiste vise à l'aider à rester non-fumeur et à l'encourager à persister dans ses efforts compte tenu du chemin parcouru.

L'INTERVENTION BRÈVE

La préreflexion

À ce stade, le dentiste incite le patient à comparer les avantages présumés du tabac, tels la gestion du stress, la maîtrise des émotions négatives et le maintien du poids, à ses inconvénients, entre autres les effets sur son état de santé général (réduction moyenne de son espérance de vie de 15 ans⁵), sa santé buccodentaire et la santé des autres, ainsi que les coûts énormes pour le fumeur et pour la société. Cette approche vise à susciter une réflexion chez le patient fumeur.

La réflexion

L'intervention consiste à aider le patient à prendre la décision de cesser de fumer. Le counseling porte sur les inquiétudes du patient concernant l'abandon du tabac, notamment la prise de poids et le stress, et sur les bienfaits de cesser de fumer, par exemple sur les plans de la santé, du sentiment de liberté et des dépenses personnelles.

La préparation

À ce stade, le counseling vise à préparer le patient à cesser de fumer et à agir. Le dentiste peut lui suggérer de tenir un journal quotidien de ses comportements. Il discute avec lui de ses inquiétudes au sujet de l'abandon du tabac, le sensibilise aux symptômes du sevrage et discute des probabilités d'éprouver de fortes envies

TABLEAU 1 Les stades de changement du comportement d'un patient fumeur

STADE DU CHANGEMENT	CARACTÉRISTIQUES DU PATIENT FUMEUR
Préreflexion: 50% à 60% des fumeurs	Le patient ne perçoit pas le tabagisme comme un problème. Il n'a pas l'intention d'arrêter de fumer.
Réflexion: 30% à 40% des fumeurs	Le patient est conscient que le tabagisme est un problème et y réfléchit. Il souhaite arrêter de fumer, mais n'a pas encore fixé de date.
Préparation: 10% à 15% des fumeurs	Le patient se prépare à arrêter de fumer au cours du prochain mois.
Action	Le patient a cessé de fumer depuis moins de deux semaines. Il est aux prises avec les difficultés inhérentes à l'abandon du tabac: symptômes de sevrage, fortes envies de fumer, éléments déclencheurs du tabagisme, etc.
Suivi	Le patient a cessé de fumer depuis plus de deux semaines. Il poursuit ses efforts pour maintenir son statut de non-fumeur.

Tiré et adapté de Prochaska, Norcross, Di Clemente⁹.

Les ravages du tabac

- Le tabac est la principale cause évitable de morbidité et de mortalité en Amérique du Nord. Il est responsable du décès prématuré d'environ 45 000 Canadiens, dont 12 000 Québécois, chaque année¹⁰.
- On associe au tabagisme chez les femmes enceintes l'augmentation de complications telles que le retard de croissance du fœtus, les naissances avant terme, la mortalité périnatale et le syndrome de la mort subite du nourrisson¹¹.
- En dépit de toutes les campagnes de sensibilisation aux méfaits du tabagisme, le nombre de fumeurs demeure très élevé au Canada et au Québec. Ainsi, en 2002, la prévalence du tabagisme chez les Québécois âgés de 12 ans et plus était de 26 %, soit 28 % chez les hommes et 24 % chez les femmes¹².

de fumer. Il peut informer le patient des thérapies de remplacement de la nicotine. Il est conseillé que le dentiste fixe avec lui une date pour arrêter de fumer et offre de faire un suivi pendant une ou deux semaines.

L'action et le maintien

À ces deux stades du changement de comportement, le dentiste aide le patient à demeurer non-fumeur. Il le félicite, discute des moments difficiles et des risques de rechute (parfois cinq à sept tentatives sont nécessaires pour cesser de fumer), et l'encourage à persister. Si le patient fait une rechute, le dentiste cherche à le décupabiliser et continue de le motiver à arrêter de nouveau. Il lui propose de refaire le processus de changement de comportement.

UNE CONTRIBUTION ESSENTIELLE

Toutes les formes de tabagisme ont des répercussions sur la santé buccodentaire des patients et influent considérablement sur le pronostic des traitements dentaires, voire sur la vie des patients atteints de cancer buccal. Lorsqu'un patient confie sa santé buccodentaire à un dentiste, celui-ci doit se sentir concerné. En effet, le statut tabagique du patient n'est plus une simple affaire personnelle, puisqu'il touche à la responsabilité professionnelle du dentiste. Tous les dentistes doivent s'associer aux autres professionnels de la santé pour promouvoir et soutenir la lutte contre le tabagisme. Leur contribution est essentielle.

Le Dr Pierre Corbeil est dentiste-conseil à la Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie. On peut lui écrire à 1255, rue Beaugard, Longueuil (Québec) Canada, J4K 2M3, ou à p.corbeil@rrsss16.gouv.qc.ca.

RÉFÉRENCES

1. Centers for Disease Control, Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health. *Reducing the health consequences of smoking: 25 years of progress – A report of the Surgeon General 1989*. Rockville, MD. U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, 1989; 89-8411.
2. Tomar, SL, Asma, S. Smoking-attributable periodontitis in the US: findings from NHANES 111 – National Health and Nutrition Examination Survey. *J Periodontol* 2000; 71: 743-51.
3. Johnson NW et coll. Tobacco and oral disease. *Br Dent J* 2000; 189: 200-206.
4. EU Working Group on Tobacco and Oral Health. Meeting Report. *Oral Dis* 1998; 4: 67.
5. Service de lutte contre le tabagisme de la Direction générale de la santé publique. *Plan québécois de lutte contre le tabagisme 2001-2005*. Ministère de la Santé et des Services sociaux 2001; 16.
6. Centers for Disease Control. Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. Office on Smoking and Health. *Preventing tobacco use among young people: a report of the Surgeon General*. Washington, D.C. U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service U.S. Government Printing Office 1994; 314.
7. Collège des médecins du Québec et Direction de la santé publique, Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de Montréal-Centre. *La prévention et l'abandon du tabagisme. Lignes directrices*. 1999.
8. Campbell HS, Simpson HE et coll. Addressing Oral Disease – The Case for Tobacco Cessation Services. *J Can Dent Assoc* 2001; 67 (3): 141-4.
9. Prochaska JO, Norcross JC, Di Clemente CC. *Changing for good: a revolutionary six-stage program for overcoming bad habits and moving your life positively forward*. New York: W. Morrow. And Company Inc., 1994.
10. Santé Canada. *Chronic diseases in Canada* 1995; 16 (2).
11. Centers for Disease Control. Center for Chronic Disease and Prevention and Health Promotion. Office on Smoking and Health. *The health benefits of smoking cessation: a report of the Surgeon General*. Rockville, MD. U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service, 1990; 628.
12. Santé Canada. *Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada. Résultats annuels 2002 – février à décembre 2002*. Division de la surveillance et de l'évaluation de la lutte contre le cancer 2003.

Des ressources gratuites pour cesser de fumer

Selon les données de l'Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (2002), quelque 426 500 Québécois voulaient cesser de fumer au cours des six prochains mois. Pour y arriver, ils auront besoin de soutien dans leur démarche d'abandon du tabagisme. C'est pourquoi le ministère de la Santé et des Services sociaux, en collaboration avec le réseau de la santé et des services sociaux, le Conseil québécois sur le tabac et la santé ainsi que la Société canadienne du cancer, a mis sur pied trois ressources gratuites à l'intention des personnes qui veulent arrêter de fumer.

LA LIGNE TÉLÉPHONIQUE NATIONALE SANS FRAIS : 1 888 853-6666

Parlez à un spécialiste pour vous soutenir dans votre démarche d'abandon du tabagisme et obtenez des moyens et des services adaptés à vos besoins:

- de l'information et de la documentation;
- de l'intervention brève ou complète et du soutien intensif;
- de l'orientation vers d'autres services, notamment un centre d'abandon du tabagisme de votre région.

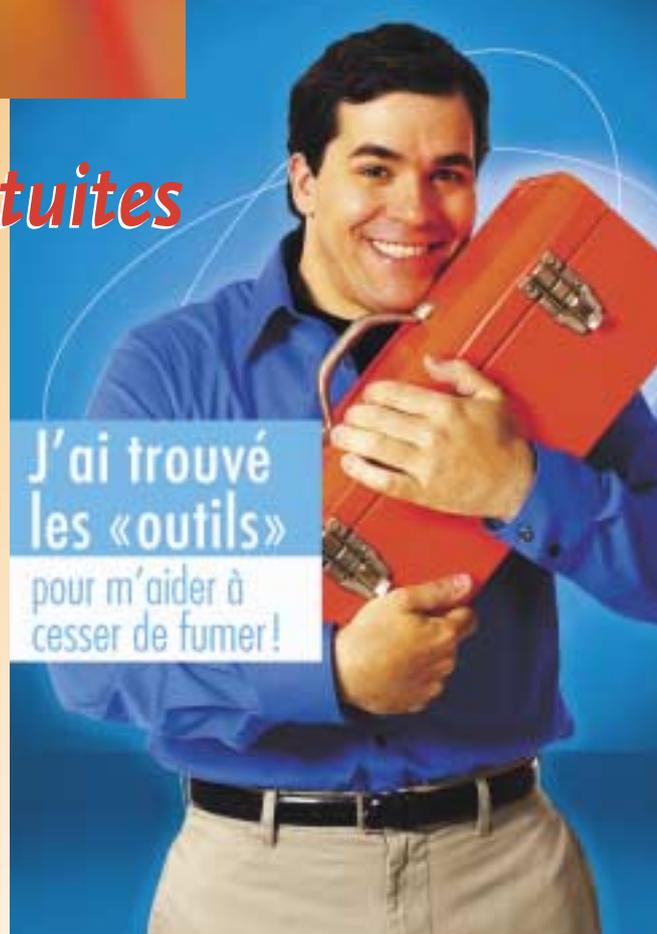
LE SITE INTERNET WWW.JARRETE.QC.CA

Visitez et consultez ce portail où vous trouverez une approche interactive, des services de cessation tabagique en ligne et par vidéo, du clavardage, un forum d'entraide et la liste des centres d'abandon du tabagisme. Une section du site s'adresse spécifiquement aux adolescents.

LES CENTRES D'ABANDON DU TABAGISME

Un centre d'abandon du tabagisme (CAT) vous offre gratuitement un ensemble de services de cessation tabagique sur mesure. La plupart des CAT sont situés dans un CLSC. Les services sont fournis par des professionnels de la santé et des services sociaux ou des intervenants formés à cette fin. Les services comprennent:

- de l'information et de la documentation;
- une intervention brève ou complète et un soutien intensif (par téléphone ou en personne, rencontre individuelle ou rencontre de groupe);
- l'orientation vers d'autres services.



Sites Web à visiter

www.jarrete.qc.ca

www.allumelagang.com

www.defitabac.qc.ca

www.cancer.ca

www.cqts.qc.ca

www.msss.gouv.qc.ca



Modalités thérapeutiques des cancers buccaux, préparation des patients et gestion des effets secondaires

PAR MICHEL MAURAS, D.M.D. ET GASTON BERNIER, D.M.D.

La détection de tumeurs malignes, la préparation aux traitements médicaux, la gestion des effets secondaires et le suivi post-thérapeutique ont des répercussions profondes sur la santé buccale des patients. Cependant, grâce aux avancées de l'oncologie et, en particulier, à la radio-chimiothérapie, le taux de survie à cinq ans des patients atteints de cancer buccal devrait atteindre 65%. Cette tendance encourageante s'accompagne toutefois d'une morbidité élevée^{1,2,3,4,5}.

Les patients qui ont un diagnostic de cancer buccal à un stade précoce de la maladie présentent le moins de séquelles après leur traitement⁶. En revanche, ceux qui sont pris en charge à un stade avancé doivent aussi recevoir des soins pour pallier leurs nombreuses et lourdes incapacités : problèmes de mastication et d'élocution, sécheresse de la bouche et troubles liés à l'ablation chirurgicale d'une structure anatomique de la bouche ou du visage. Sans parler de la perte d'estime de soi, qui peut être considérable parce qu'elle touche une clientèle que le tabagisme et l'éthylisme rendent vulnérable.

MODALITÉS THÉRAPEUTIQUES DES CANCERS BUCCAUX

Pour déterminer l'étendue ou faire le bilan d'extension d'un cancer, le médecin oncologue traitant et l'équipe multidisciplinaire ont recours à l'examen clinique, à l'imagerie médicale (radiographie, tomodensitométrie, résonance magnétique, scintigraphie) et aux tests biochimiques et génétiques. La classification T.N.M. (sigle anglais de *tumor, node, metastasis*) permet d'établir le

bilan de la maladie cancéreuse et de guider le choix des diverses modalités thérapeutiques, soit la chirurgie, la radiothérapie ou la chimiothérapie. Les paramètres diagnostiques de cette classification sont :

- T : la taille de la tumeur (ex. : T₁ = tumeur de 1 cm).
- N : le nombre de ganglions infiltrés par les cellules cancéreuses.
- M : les territoires où des cellules cancéreuses ont migré de la tumeur primaire et formé des métastases à distance.

Pour chaque type histologique de tumeur, sa localisation et sa dissémination correspondent un traitement spécifique qui tient compte des résultats escomptés et des risques associés au traitement. Les modalités thérapeutiques le plus souvent indiquées pour les cancers buccaux sont la chirurgie et la radiothérapie. La chimiothérapie seule est rarement utilisée, et on a davantage recours à une combinaison de radiothérapie et de chimiothérapie pour les stades avancés.

La chirurgie

L'intervention chirurgicale est souvent la première étape du traitement du cancer buccal (figure 1). Elle dépend de la localisation et du type de tumeur. L'approche privilégiée est l'excision complète de la tumeur et des tissus du pourtour. Durant cette intervention, les tissus sont envoyés aux laboratoires de pathologie pour être analysés, afin d'éliminer le maximum de tissus porteurs de cellules cancéreuses. Après une période de guérison d'environ trois semaines, le patient est habituellement dirigé vers la radio-oncologie pour recevoir une irradiation complémentaire.



FIGURE 1: Maxillectomie

La radiothérapie

La radiothérapie consiste à utiliser des radiations ionisantes pour altérer le matériel génétique des cellules cancéreuses et provoquer leur nécrose (**figure 2**). Il y a deux types d'irradiation : la radiothérapie externe, ou téléradiothérapie, avec radiations de haute énergie ; et la curiethérapie interstitielle ou brachythérapie. La radiothérapie externe émet à distance un faisceau de radiations ionisantes. Lorsqu'elles sont focalisées sur un point précis et émises à haute dose, les radiations détruisent les cellules cancéreuses. La curiethérapie est la mise en place *in situ* d'une source radioactive qui irradie directement la tumeur de l'intérieur. Les volumes de tissus à irradier varient selon le type de tumeur, sa localisation ainsi que son drainage ganglionnaire.



FIGURE 2: Appareil de radiothérapie externe

Le dentiste doit connaître les champs d'irradiation, le volume de tissus atteints et la dose de radiothérapie prescrite par l'oncologue pour les tumeurs de la cavité buccale et de la sphère ORL (**figure 3**). Il doit aussi consigner ces données biométriques au dossier du patient pour faire la préparation buccodentaire avant la radiothérapie et, ultérieurement, évaluer toute procédure chirurgicale dans les champs irradiés.

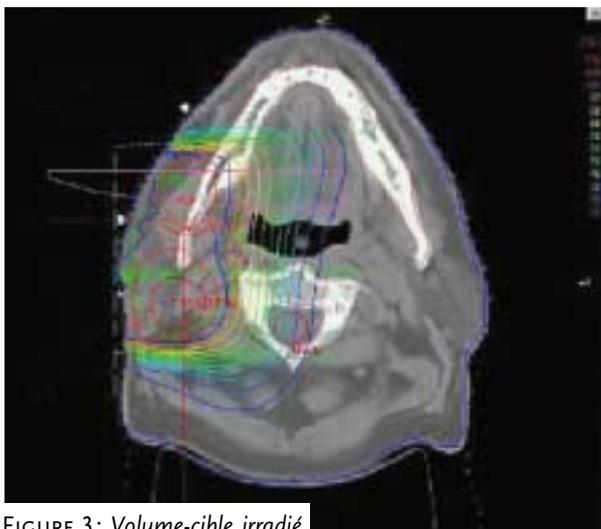


FIGURE 3: Volume-cible irradié

La chimiothérapie et ses complications

La chimiothérapie consiste à administrer, par voie systémique, des médicaments ayant des propriétés cytotoxiques qui attaquent la masse de cellules cancéreuses. L'utilisation seule de la chimiothérapie pour les lésions buccales fermes est réservée à des tumeurs rares⁷. Depuis une dizaine d'années toutefois, la combinaison de radiothérapie et de composés de chimiothérapie a été utilisée pour guérir plusieurs tumeurs jugées inopérables ou pour des fins palliatives. La chimiothérapie est courante pour certaines manifestations ORL de maladie de Hodgkin ou de lymphome non hodgkinien.

La chimiothérapie a des effets aussi sur les tissus sains. La baisse marquée de la réponse immunitaire chez le patient qui a subi un cycle de chimiothérapie est un élément important dans la planification d'un traitement dentaire⁸. La mucosite ou la stomatite est l'une des principales complications de la chimiothérapie. Cette affection cause de la douleur et peut nuire à la mastication et à la déglutition. La gravité de la mucosite est liée à la qualité de l'hygiène buccodentaire ou des prothèses du patient, aux traitements médicaux et à l'âge du patient. L'utilisation de brosses à dents à soies ultrasouples est souvent nécessaire à cause du degré élevé de sensibilité due à la stomatite.

PRÉPARATION BUCCODENTAIRE ET GESTION DES EFFETS SECONDAIRES DE LA RADIOTHÉRAPIE

L'exposition du patient à de fortes doses de radiation des tissus buccaux et péri-buccaux provoque de nombreux changements dont le dentiste doit tenir compte avant que le radio-oncologue n'amorce le traitement. Le dentiste doit traiter tout problème sous-jacent tel que des caries dentaires, des obturations défectueuses, une hygiène buccodentaire déficiente, une maladie parodontale non maîtrisée, un mauvais ajustement des prothèses dentaires ou une infection odontogénique. Tous les patients devraient subir un examen buccal complet et être classés selon leur état de santé buccodentaire (**tableau I**, page suivante). Cette démarche vise à éliminer tout foyer d'infection potentiel et à stabiliser la santé buccodentaire du patient à moyen et à long terme.

Pendant les traitements de radiothérapie, des affections telles que la mucosite ou la stomatite, la xérostomie, la dysgueusie, les mycoses, la fibrose musculaire et les trismus sont fréquemment observées. Elles requièrent une intervention thérapeutique rapide, de façon que des lésions ne s'ajoutent pas aux tumeurs cancéreuses.

TABLEAU I Classification des patients avant la radiothérapie

CLASSE	PARTICULARITÉS	INTERVENTION AVANT LA RADIOTHÉRAPIE
Patient édenté à l'examen clinique	L'examen radiologique peut révéler la présence de racines résiduelles, de granulomes ou de kystes	Élimination de toute lésion symptomatique Préparation des crêtes édentées en prévision de la fabrication de prothèses, une fois la radiothérapie terminée
Santé buccodentaire médiocre	Caries importantes nécessitant des restaurations complexes Plusieurs restaurations défectueuses Présence de lésions péri-apicales chroniques Parodontopathie	Extraction des dents irrécupérables; soins conservateurs (dentisterie de restauration et endodontie) Les dents situées dans les champs d'irradiation sont traitées en priorité Le jugement clinique du praticien doit être exercé lors de la prescription de ces extractions La dentisterie de restauration et l'endodontie sont appliquées aux dents dont le parodonte le permet, selon le jugement clinique du praticien Fluoruration des dents restantes
Santé buccodentaire acceptable	Les dents restantes peuvent être restaurées selon les procédures habituelles (traitements conservateurs) Facteurs locaux minimes Les poches parodontales sont inférieures à 4 mm, et 50% du support osseux est toujours présent Les restaurations sont de qualité douteuse à passable	Extraction des dents ne pouvant être traitées de façon endodontique et se trouvant dans le champ d'irradiation Restauration des dents restantes à l'aide des techniques conventionnelles Fabrication d'une gouttière personnalisée et fluoruration
Santé buccodentaire très bonne	Absence de malocclusions importantes et très bonne hygiène buccale Présence de quelques lésions carieuses peu profondes Les restaurations sont adéquates Pas de maladie parodontale active et un support osseux dans les limites de la normalité	Examen parodontal Aucune extraction Restauration des lésions carieuses Fabrication d'une gouttière personnalisée et fluoruration

Tiré et adapté de Daly et Drane⁹.

Mucosite et dysgueusie

La radiation ionisante provoque une inflammation de la muqueuse buccale, qui se manifeste par une rougeur des tissus et une sensation de brûlure : la mucosite ou la stomatite. La dysgueusie est la perte du goût qui est liée à ce processus inflammatoire. Les symptômes de la stomatite peuvent être accentués par la

xérostomie et une infection due à un champignon, tel *candida albicans*. L'utilisation de certains médicaments, entre autres *Sulcrate*, d'une solution saline isotonique ou de bicarbonate de soude et d'antifongiques peut atténuer les effets de la stomatite, ce qui améliore le confort du patient et prévient la dysphagie (tableau II).

TABLEAU II Traitements médicamenteux de complications de la radiothérapie de la tête et du cou

TRAITEMENT	POSOLOGIE	CONTRE-INDICATIONS
Sialagogue systémique		
Pilocarpine, 5 mg	3-6 comprimés par jour	Asthme, glaucome, trouble hépatique
Anéthole dithioléthione, 25 mg	1 comprimé, 3 fois par jour	Hypersensibilité
Antifongiques topiques		
Suspension de nystatine, 100000 U/ml	5-10 ml, rincer puis cracher, 3 fois par jour	Autres médicaments topiques
Crème ou onguent de nystatine, 100000 U/g	Appliquer sur prothèses sèches, 3 fois par jour	Hypersensibilité à la classe de médicaments
Crème de clotrimazole, 1%	Appliquer sur prothèses sèches, 3 fois par jour	Hypersensibilité à la classe de médicaments
Pastilles de clotrimazole, 10%	Laisser fondre dans la bouche, 5 fois par jour, pendant 14 jours	Hypersensibilité à la classe de médicaments Trouble hépatique
Kétoconazole, 200 mg	1 ou 2 comprimés par voie buccale, 4 fois par jour	Trouble hépatique
Rinçage à la chlorhexidine 0,12%	5-10 ml, rincer plus d'une minute et cracher, 3 fois par jour	Hypersensibilité à la classe de médicaments
Agents d'enrobage de la muqueuse		
Lait de magnésie – <i>Maalox</i>	15-30 ml par voie buccale, 4 fois par jour, au besoin	Hypersensibilité à la classe de médicaments Trouble rénal
Sucralfate, 1 g/10ml	5-10 ml, 4 fois par jour. Rincer la bouche plus d'une minute et cracher	Hypersensibilité à la classe de médicaments Trouble rénal
Anesthésiques ou analgésiques topiques		
Chlorhydrate de benzydamine	5 ml, au besoin. Rincer la bouche plus d'une minute et cracher	Hypersensibilité à la classe de médicaments
Lidocaïne visqueuse, 4%	5 ml, au besoin. Rincer la bouche plus d'une minute et cracher	Hypersensibilité à la classe de médicaments Trouble hépatique
Sucralfate, 1g/10ml	5-10 ml, 4 fois par jour. Rincer la bouche plus d'une minute, cracher ou avaler	Hypersensibilité à la classe de médicaments Trouble rénal

Tiré et adapté de Hancock, Epstein, Sadler¹⁰.

Xérostomie

Le dentiste doit surveiller les signes cliniques et les symptômes de la xérostomie, telles la sensation de sécheresse, la brûlure de la bouche et des lèvres ainsi que la difficulté à porter les prothèses. La radiation ionisante provoque une nécrose et une fibrose des acini des glandes salivaires majeures et mineures, ce qui réduit la sécrétion salivaire. La carie due à la xérostomie ou carie de radiation (figure 4) est une autre conséquence de la radiothérapie. Elle est causée par la déminéralisation rapide des surfaces lisses des dents, qui se produit en quelques semaines sous l'effet conjugué d'éléments cariogènes et de la perte du pouvoir tampon de la salive.



FIGURE 4: Carie de radiation

Pendant la radiothérapie, il est impératif que le patient maintienne un programme rigoureux d'hygiène buccale : brossage systématique des dents après les repas, utilisation quotidienne de la soie dentaire et application de fluor à pH neutre. Le patient peut utiliser un dentifrice pour enfants afin d'éviter l'hypersensibilité des muqueuses (sensation de brûlure). L'emploi d'un rinçage-bouche à base d'alcool est contre-indiqué. Si une ou plusieurs glandes salivaires majeures se trouvent dans les champs d'irradiation, le patient devra recevoir une application topique et quotidienne de fluor à l'aide d'une gouttière personnalisée, tant qu'il est atteint de xérostomie. Dans les cas où la xérostomie est une séquelle durable de l'irradiation, il faut envisager d'utiliser la fluoruration de façon permanente. Les solutions de fluor doivent absolument avoir un pH neutre, sinon le patient abandonnera le traitement, car certaines solutions peuvent causer une sensation de brûlure aux gencives et aux muqueuses.

Des sialagogues systémiques peuvent soit constituer des succédanés de la salive, soit stimuler la sécrétion salivaire. Les premiers ont un effet temporaire et devraient être prescrits seulement aux patients pour lesquels la pilocarpine (*Salagen*) est contre-indiquée. Les produits qui stimulent la salivation, quant à eux, sont particulièrement indiqués pour réduire la xérostomie. Certains sont assez

efficaces, telle la pilocarpine, et d'autres moins, tel l'anéthole dithioléthane (*Sialor*)^{11,12}.

Il peut y avoir une réaction inflammatoire des muscles situés dans le champ d'irradiation, ce qui produit une réaction spasmodique et une limitation temporaire de l'ouverture de la bouche. Lorsque de fortes doses d'irradiation sont utilisées, le trismus peut parfois provoquer la fibrose de certains muscles, qui aura des conséquences permanentes. Des exercices d'ouverture de la bouche sont alors conseillés.

Ostéoradionécrose

L'ostéoradionécrose est la dévitalisation de l'os dans le champ d'irradiation. Ce processus découle d'une inflammation des petits vaisseaux qui provoque une endartérite proliférative, ce qui réduit la vascularisation du tissu osseux et le rend hypocellulaire et hypoxique. Par conséquent, le tissu osseux est fragilisé, et des séquestres (fragments d'os dévitalisé) peuvent se détacher des mâchoires spontanément ou à la suite d'un trauma qui excède la capacité de guérison des tissus, par exemple une extraction dentaire. L'évolution de l'ostéoradionécrose est variable, allant d'un simple petit spicule de quelques millimètres à un séquestre nécessitant une résection importante des mâchoires, de sorte que la mastication peut être sérieusement altérée¹³.

Le traitement de l'ostéoradionécrose consiste à éliminer le séquestre de la façon la moins traumatique possible et à prescrire une thérapie hyperbare (figure 5), c'est-à-dire à exposer le patient à des pressions élevées d'oxygène afin de favoriser la régénération des capillaires au site nécrosé. Les traitements se font dans des caissons pressurisés, où plusieurs patients peuvent être exposés simultanément, ou dans des unités à une ou deux places. Cette thérapie comporte des protocoles de plusieurs jours consécutifs sous la direction d'un médecin qui surveille les réactions pulmonaires. La région des mâchoires la plus souvent touchée par l'ostéoradionécrose est la zone mandibulaire postérieure, car elle n'est irriguée que par une seule branche artérielle.



FIGURE 5: Chambre hyperbare monoplace

Après la radiothérapie, le dentiste doit surveiller de près les patients pour détecter les atteintes secondaires de la xérostomie et les récurrences néoplasiques. Il n'est pas rare que des patients ayant cessé de fumer à la suite d'un diagnostic de cancer compensent en consommant une grande quantité de bonbons et d'autres produits cariogènes. Même si la préparation aux traitements a été bien faite, il faut s'assurer que les dents conservent leur intégrité pour ne pas avoir à en extraire dans l'os irradié. En effet, l'ostéoradionécrose peut être très incapacitante et requérir de la chirurgie ou des soins de restauration, par exemple pour des prothèses maxillo-faciales, pouvant être très longs.

Les cancers de la cavité buccale et de la sphère ORL ont des conséquences graves sur la qualité de vie des patients. Il est donc indispensable que les dentistes et les oncologues traitants conjuguent leurs expertises pour prévenir ou réduire les complications et les séquelles des traitements.

Le Dr Michel Maurais est dentiste en cabinet privé. On peut lui écrire à 440, 108^e Avenue, Saint-Georges-de-Champlain (Québec) Canada, G9T E78.

Le Dr Gaston Bernier est dentiste spécialisé en oncologie au Centre hospitalier universitaire de Québec. On peut lui écrire à 11, Côte du Palais, Québec (Québec) Canada, G1R 2J6, ou à gaston.bernier@chuq.ulaval.ca.

RÉFÉRENCES

1. Kovaics AF, Ghahremani MT et coll. Postoperative chemotherapy with cisplatin and fluorouracil in cancer of the oral cavity and the oropharynx. Long-term results. *J Chemother* 2003; 15 (5): 495-02.
2. Gibbs IC, Le QT et coll. Long term outcomes after external beam irradiation and brachytherapy boost for base-of-the tongue cancers. *Int J Radiat Oncol Bio Phys* 2003; 57 (2): 489-94.
3. Gras JR et coll. Treatment for the early stages (T1-T2 NO) of squamous cell carcinoma of the mobile tongue. *Acta Otorinolaringol Esp* 2003; 54 (6): 443-8.
4. Hosokawa Y, Shirato H et coll. Effect of treatment time on outcome of radiotherapy for oral tongue carcinoma. *Int J Radiat Oncol Bio Phys* 2003; 57 (1): 71-8.
5. Zidan J, Kuten A et coll. Intensive chemotherapy using cisplatin and fluorouracil followed by radiotherapy in advanced head and neck cancer. *Oral Oncol* 1997; 33 (2): 129-35.
6. Guggenheim J, Verbis RS, Johnson JT et coll. Factors delaying the diagnosis of oral and oropharyngeal carcinomas. *Cancer* 1989; 64: 932-35.
7. Ord RA, Blanchaert RH. Current management of oral cancer – A multidisciplinary approach. *J Am Dent Assoc* 2001; 132 Suppl: 19S-23S.
8. Pérusse R. *Désordres systémiques*. éd. Presses de l'Université de Laval (1996); 57-75.
9. Daly TE, Drane JB. Prevention and management of dental problems in irradiated patients. *J Am Soc Prev Dent* 1976; 21-25.
10. Hancock PJ, Epstein JB, Sadler GR. Traitements buccodentaires en rapport avec la radiothérapie de la tête et du cou. *J Can Dent Assoc* 2003; 69 (9) 585-90.
11. Johnson JT et coll. Oral Pilocarpine for post irradiation xerostomia in patients with head and neck cancer. *Oncol Intel* 1993; 329 (6): 390-95.
12. Rieke J and coll. Oral Pilocarpine for radiation-induced xerostomia: Integrated efficacy and safety results from two prospective randomized clinical trials. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1995; 31 (3): 661-69.
13. Goulet JP, Morency R, Pérusse R, Maurais M. Ostéoradionécrose: Risques et prévention en dentisterie. *J Dent Que* 1987; 24: 259-65.

La prise en charge d'un patient susceptible d'avoir un cancer buccal

PAR RENÉ LAROUCHE, D.M.D., M.Sc.

Chaque année, plus de 700 nouveaux cas de cancers de la bouche et du pharynx sont déclarés et répertoriés dans le Fichier des tumeurs du Québec¹. Pour un dentiste, la probabilité de détecter ce type de cancer chez un homme est aussi élevée que pour un médecin de déceler le cancer de l'estomac ou la leucémie¹. Tous les dentistes doivent donc être prêts à cette éventualité.

Toute demande de consultation faite à un spécialiste cause de l'anxiété chez le patient et plus encore si cette démarche a pour but d'évaluer la présence d'un cancer buccal. Cependant, une procédure bien établie peut réduire considérablement le niveau de stress et d'inquiétude du patient ainsi que les délais d'attente. Plusieurs dentistes ont leur propre réseau de spécialistes – un chirurgien maxillo-facial, un spécialiste en médecine buccale, un pathologiste buccal ou un oto-rhino-laryngologiste, par exemple – auxquels ils font appel dans une telle situation. Dans le cas contraire, le dentiste peut entrer en communication avec un centre de radio-oncologie du réseau de la santé et des services sociaux (voir liste).

ASSURER LA PRISE EN CHARGE ET LE SUIVI DU PATIENT

Le dentiste doit intégrer dans sa pratique le dépistage opportuniste du cancer buccal chez les patients à risque. Lorsqu'il observe une zone ou une lésion suspecte chez un patient, il doit d'abord procéder à un examen intra-buccal et extrabuccal. Puis, s'il se sent à l'aise de faire des tests diagnostiques, il peut effectuer un test au bleu de toluidine ou un prélèvement à l'aide d'une cytobrosse ou utiliser d'autres aides au diagnostic (voir *L'examen clinique de la bouche – Le meilleur moyen de détecter le cancer buccal*, page 12). À noter toutefois que ces tests ne sont qu'une étape préliminaire, car la biopsie demeure la seule et unique façon de poser un diagnostic initial de cancer buccal. Par ailleurs, le dentiste doit également envisager la possibilité de faire passer ces tests en milieu hospitalier aux patients qui ne peuvent en assumer les coûts. Évidemment, il est essentiel que le dentiste dirige au bon endroit et dans les meilleurs délais possibles

un patient susceptible d'avoir un cancer buccal, afin d'obtenir une confirmation du diagnostic initial.

Avant que le patient ne quitte le cabinet, le dentiste doit immédiatement téléphoner à un spécialiste pour avoir un rendez-vous, puis il lui remet la demande de consultation. S'il ne peut joindre le spécialiste, le dentiste doit rassurer le patient en précisant qu'il entrera en communication avec lui pour l'informer de la date du rendez-vous. Si nécessaire, il peut télécopier la demande de consultation au spécialiste afin que ce dernier puisse juger du caractère urgent de celle-ci. La correspondance adressée au spécialiste devrait contenir l'information suivante :

- les renseignements personnels (nom, prénom, adresse, sexe, date de naissance, date d'ouverture du dossier et autres renseignements utiles tels que la profession, l'origine ethnique, etc.);
- la consultation dentaire ou le motif de la visite;
- les antécédents dentaires (fréquence des visites et assiduité, hygiène buccodentaire, état parodontal, etc.);
- le bilan de santé et les précautions opératoires;
- les antécédents familiaux et sociaux, y compris les facteurs de risque;
- les détails relatifs à la lésion ou à la zone suspecte (couleur, texture, étendue, siège, etc.);
- les données sur l'examen extrabuccal (ganglions palpables, etc.);
- la copie de la fiche dentaire incluant le schéma dento-maxillaire²;
- la copie précédente de la fiche dentaire, si la zone ou la lésion a fait l'objet d'une observation clinique;
- les photographies intrabuccales de la zone ou de la lésion visible ou colorée, si disponibles;
- les résultats des tests faits au bleu de toluidine ou à l'aide d'une cytobrosse, si disponibles;
- les conseils donnés au patient et une indication de son niveau de compréhension de la situation.

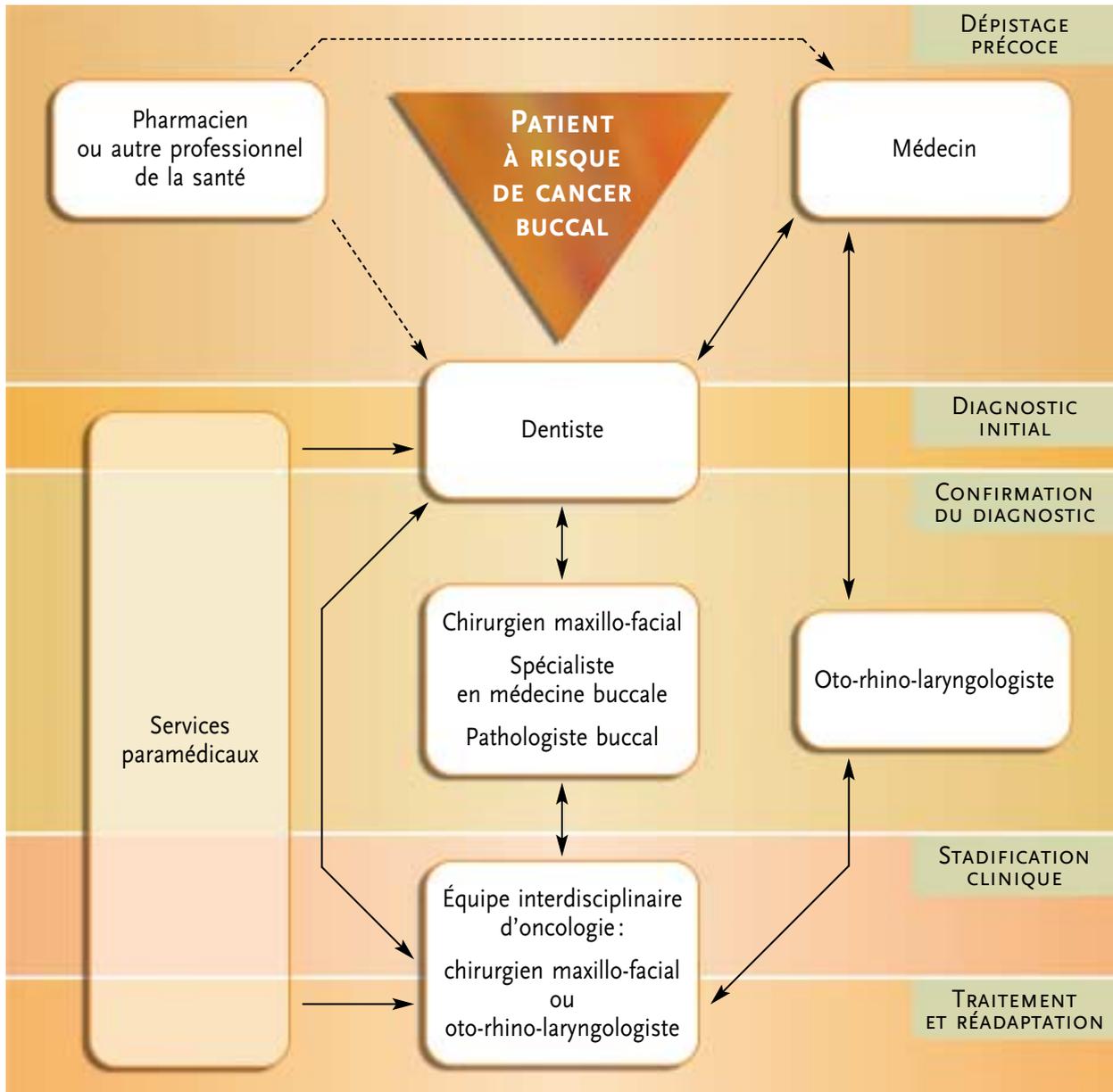
S'il n'a pas eu de nouvelles du spécialiste après un délai raisonnable, le dentiste devrait communiquer avec lui pour s'assurer qu'il a bel et bien examiné le patient. Il arrive parfois qu'un patient ne se présente pas à son rendez-vous pour toutes sortes de raisons, entre autres parce qu'il refuse l'idée qu'il puisse être atteint d'un cancer ou par peur de le savoir. On estime qu'environ les deux tiers des patients atteints de cancer buccal consultent un spécialiste à un stade avancé de la maladie, soit au stade III ou IV³. Dans de tels cas, le pronostic est sombre puisque le taux de survie à cinq ans de ces patients ne s'est pas amélioré depuis les 30 dernières années^{3,4,5}. Il est généralement de 50% ou moins, ce qui est pire que le taux de survie des

personnes atteintes du cancer de la prostate, du sein, du côlon et du rectum, de la vessie, du larynx, de l'utérus et du col de l'utérus^{1,4}.

Dans la lutte contre le cancer buccal, le dentiste peut assumer un leadership parce qu'il dispose davantage de moyens pour effectuer le dépistage précoce de cette maladie. Cependant, tous les prestataires de soins primaires peuvent également contribuer à améliorer les chances de survie de l'ensemble des personnes atteintes, car une partie non négligeable de celles-ci ne consultent pas régulièrement le dentiste ou le médecin. Notamment, le

pharmacien, l'infirmière, l'hygiéniste dentaire, le denturologiste ou tout autre professionnel de la santé peut diriger ces personnes vers un dentiste ou un médecin qui les redirigera, au besoin, vers le spécialiste approprié (chirurgien maxillo-facial, spécialiste en médecine buccale, pathologiste buccal ou oto-rhino-laryngologiste) au moyen d'une demande de consultation avec suivi (figure 1). Par souci de prévention, il est aussi recommandé que tous les prestataires de soins primaires assument plus de responsabilités dans le counseling des patients ayant des comportements à risque de cancer.

FIGURE 1 Cheminement d'un patient susceptible d'avoir un cancer buccal



LÉGENDE :
 Diriger vers ----->
 Demande de consultation avec suivi <----->
 Demande de soins dentaires curatifs et/ou préventifs ----->

PARTICIPER À L'APPROCHE INTERDISCIPLINAIRE

Les professionnels du réseau de la santé et des services sociaux accordent une attention particulière à la continuité des services et au soutien des patients tout au long des différentes étapes du cancer. Actuellement, il est possible de diriger les patients vers les spécialistes appropriés du réseau pour obtenir une confirmation du diagnostic incluant une stadification.

**IL EST CRUCIAL D'ASSURER LA CONTINUITÉ
DES SERVICES ET LE SOUTIEN DES PATIENTS
TOUT AU LONG DES DIFFÉRENTES ÉTAPES
DU CANCER.**

Pour un cas de cancer buccal, l'équipe interdisciplinaire d'oncologie est composée de plusieurs membres, dont un chirurgien maxillo-facial et un oto-rhino-laryngologiste, qui planifient les étapes de traitement et de réadaptation (**figure 1**). Cependant, cette équipe peut éventuellement faire une demande de soins dentaires curatifs et/ou préventifs parce que la dentisterie fait partie intégrante des services paramédicaux. En effet, la radiothérapie de la tête et du cou peut avoir des répercussions importantes sur les glandes salivaires majeures, la muqueuse buccale et les maxillaires, pendant ou après le traitement du cancer, telles que : la xérostomie, la dysgueusie, le trismus, la radiomucite, la candidose buccale, l'hypersensibilité dentinaire, la carie de radition et l'ostéoradionécrose (voir *Modalités thérapeutiques des cancers buccaux, préparation des patients et gestion des effets secondaires*, page 32). De plus, la chimiothérapie pour le cancer buccal ou d'autres types de cancer peut causer une inflammation et/ou une infection de la muqueuse buccale. Par conséquent, il est tout à fait normal que les dentistes donnent des soins dentaires curatifs et/ou préventifs à leurs patients aux différentes étapes du cancer.

Le Dr Larouche est dentiste-conseil à la Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean. On peut lui écrire à 930, rue Jacques-Cartier Est, Chicoutimi, (Québec) Canada G7H 7K9, ou à rene.larouche@ssss.gouv.qc.ca.

RÉFÉRENCES

1. Institut national du cancer du Canada. *Statistiques canadiennes sur le cancer – 2003*. Toronto, Canada, 2003.
2. British Dental Association. Administration. *BDA Occasional paper – Opportunistic Oral Cancer Screening. A management strategy for dental practice 2000* (6) : 21.
3. Hawkins, RJ, Wang, EL, Leake, JL avec le Groupe de travail canadien sur les soins de santé préventifs. Soins de santé préventifs bilan 1999 : prévention de la mortalité associée au cancer de la bouche. *J Can Dent Assoc* 1999 ; 65 (11) : 617.
4. National Institute of Dental and Craniofacial Research. National Institutes of Health. *Oral Health in America: A report of the Surgeon General*, Rockville, MD. U.S. Department of Health and Human Services, 2000, p.308.
5. U.S. Department of Health and Human Services. *Healthy People 2010, 2^e éd., With Understanding and Improving Health and Objectives for Improving Health*, Nov. 2000, 2 vols, Washington DC, U.S. Government Printing Office.

Liste des centres de radio-oncologie au Québec

RÉGION 01 – BAS-SAINT-LAURENT

Centre hospitalier régional de Rimouski
150, avenue Rouleau
Rimouski (Québec)
G5L 5T1
(418) 724-8362

RÉGION 02 – SAGUENAY–LAC-SAINT-JEAN

Complexe hospitalier de la Sagamie
305, avenue Saint-Vallier
Chicoutimi (Québec)
G7H 5H6
(418) 541-1032

RÉGION 03 – QUÉBEC

Centre hospitalier universitaire de Québec
Hôtel-Dieu de Québec
11, Côte du Palais
Québec (Québec)
G1R 2J6
(418) 691-5264

RÉGION 04 – MAURICIE ET CENTRE-DU-QUÉBEC

Centre hospitalier régional de Trois-Rivières
Pavillon Sainte-Marie
1991, boulevard du Carmel
Trois-Rivières (Québec)
G8Z 3R9
(819) 697-3333

RÉGION 05 – ESTRIE

Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
Hôpital Fleurimont
3001, 12^e Avenue Nord
Fleurimont (Québec)
J1H 5N4
(819) 346-1110

RÉGION 06 – MONTRÉAL-CENTRE

Centre hospitalier de l'Université de Montréal
Hôpital Notre-Dame
1560, rue Sherbrooke Est
Montréal (Québec)
H2L 4M1
(514) 890-8254

Centre hospitalier de l'Université de Montréal
Hôtel-Dieu de Montréal
3840, rue Saint-Urbain
Montréal (Québec)
H2W 1T8
(514) 890-8154

Centre universitaire de santé McGill
Hôpital général de Montréal
1650, avenue Cédar
Montréal (Québec)
H3G 1A4
(514) 934-8040

Hôpital Général Juif–Sir Mortimer B. Davis
3755, Chemin de la Côte Sainte-Catherine
Montréal (Québec)
H3T 1E2
(514) 340-8288

Hôpital Maisonneuve-Rosemont
5415, boulevard de l'Assomption
Montréal (Québec)
H1T 2M4
(514) 252-3425

RÉGION 07 – OUTAOUAIS

Centre hospitalier des Vallées de l'Outaouais
Hôpital de Gatineau
909, boulevard La Vérendrye Ouest
Gatineau (Québec)
J8P 7H2
(819) 561-8625

Réponses aux cas cliniques des pages 22 à 25

CAS CLINIQUE N° 1

Réponses : B, C



Discussion

Les facteurs systémiques devraient toujours faire partie intégrante de l'anamnèse et de

l'examen clinique d'un nouveau patient. Même si les signes vitaux de cet homme étaient normaux au moment de la consultation, ses antécédents médicaux révèlent des sueurs nocturnes, un malaise et des faiblesses, qui sont autant de signes de maladie systémique. De plus, le dentiste doit toujours garder à l'esprit que la tuméfaction des gencives peut être le signe d'une atteinte systémique importante, surtout si les résultats des analyses de laboratoire sont anormaux. Dans le cas ci-dessus, le dentiste a accompagné sans délai le patient à l'urgence et demandé un hémogramme différentiel, qui comprend une formule leucocytaire. L'analyse sanguine montre que le taux de leucocytes est de 164 000 cellules/l (la normale se situe entre 4800 et 10 800 cellules/l) ; celui des érythrocytes est de 2500 cellules/l (normale : entre 4200 et 5400 cellules/l) et celui des plaquettes, de 37 000 cellules/l (normale : entre 130 000 et 400 000 cellules/l). Donc, ce patient a une surproduction anormale de leucocytes qui ont évincé toutes les autres cellules et provoqué une pancytopenie, qui a entraîné une anémie et une thrombocytopenie. Selon le diagnostic médical, c'est un cas de leucémie myélogène. À ce niveau d'atteinte due à la dyscrasie sanguine, il s'agit d'une véritable urgence, et toute intervention dentaire aurait provoqué une crise grave. La neutropénie et la thrombocytopenie exposent ce patient à un risque considérable, même si l'intervention dentaire est minime. Des soins dentaires supplémentaires, les moins effractifs possibles, ne devraient être envisagés qu'après consultation d'un spécialiste en oncologie et en hématologie.

CAS CLINIQUE N° 2

Réponse : B



Discussion

Tout retard occasionné par le patient ou le dentiste risque fortement d'assombrir le pronostic d'un

cancer de la cavité buccale. La seule démarche acceptable dans le cas ci-dessus serait d'insister sur l'urgence d'établir un diagnostic formel. Une biopsie s'impose parce que le patient est un buveur mondain et un ancien gros fumeur – des facteurs de risque élevé de cancer buccal – et la lésion répond à plusieurs critères cliniques de mauvais présage : elle est indurée, indolore, présente depuis assez longtemps et elle s'étend. De plus, elle est située sur la langue, le siège de plus de 25% des cancers de la cavité buccale, et dans la partie antéro-latérale, le site de 53% des cas de cancer de la langue.

CAS CLINIQUE N° 3

Réponses : A, B, C



Discussion

Il arrive souvent que des patients refusent d'emblée de collaborer pleinement, parce qu'ils

ne se rendent pas compte de la gravité de leur état ou encore parce qu'ils ont peur ou n'ont pas confiance dans les médecins. Le jugement professionnel doit toujours primer, et la rapidité est la clé de la prise en charge des personnes atteintes du cancer buccal. Il faut se servir de tous les tests disponibles pour poser un diagnostic précis et rapide et pour gagner la confiance du patient. Dans le cas ci-dessus, il aurait fallu tout faire, dès la première visite, pour obtenir des biopsies de tous les tissus suspects et effectuer les radiographies appropriées.

CAS CLINIQUE N° 4

Réponses : A, C, D



Discussion

Les antécédents d'exposition au soleil et de carcinome des lèvres sont importants. Bien que la fréquence de cette tumeur maligne diminue en Amérique du Nord, les lèvres sont l'un des principaux sièges du cancer buccal, après la langue et l'oropharynx. L'examen superficiel de la lèvre inférieure révèle des croûtes inquiétantes, des zones qui ne cicatrisent pas et un bord vermillon mal défini. Un examen plus approfondi permet de déceler, au-dessus de la lèvre supérieure, une lésion circulaire de longue date, de couleur perle et dont le centre croûteux est déprimé. L'examen dentaire de routine devrait inclure toutes les régions visibles de la tête et du cou, ainsi que toute autre région exposée. Malgré son utilité incontestable, la biopsie ne peut seule toujours établir le diagnostic global, si le clinicien ne possède pas les techniques appropriées d'examen clinique et de diagnostic. La biopsie de la lèvre inférieure a révélé un carcinome spinocellulaire et celle de la lésion cutanée de la lèvre supérieure, un carcinome basocellulaire, aussi appelé épithélioma cutané basocellulaire. Habituellement, ce type de lésion ne métastase pas mais, faute d'un diagnostic précoce, elle peut s'étendre considérablement et défigurer gravement le patient.

CAS CLINIQUE N° 5

Réponses : A, C



Discussion

Peu importe l'âge et le sexe, les adultes qui fument et boivent augmentent leur risque d'avoir un cancer buccal. Un diagnostic clinique d'érythroplakie – une plaque rouge persistante dans la cavité buccale, qui subit des modifications érosives récurrentes et ne peut être imputable à aucun facteur ou affection spécifique, telle une lésion traumatique ou infectieuse – évoque au minimum un cancer *in situ*. Cette affection à risque élevé dicte la plus urgente intervention possible. Si le patient est fumeur, le dentiste doit expliquer avec fermeté qu'il désapprouve cette habitude toxico-manogène à très haut risque, et le renseigner sur les

moyens d'arrêter de fumer. Le tabagisme et la consommation excessive d'alcool étant des facteurs synergiques qui prédisposent au cancer de l'oropharynx, il faut inciter le patient à les éviter. Un changement récent et permanent de la voix peut être la manifestation d'un cancer de l'oropharynx; chez les patients qui fument et boivent, il doit être l'objet d'une attention immédiate. L'apparence clinique de mauvais présage de la muqueuse, conjuguée à des antécédents de consommation d'alcool et de tabac, justifie le counseling et une biopsie immédiate. La biopsie du palais a révélé un cancer spinocellulaire envahissant, et une biopsie approfondie a permis de découvrir que l'oropharynx était également touché.

CAS CLINIQUE N° 6

Réponse : B



Discussion

Un des éléments clés de l'examen dentaire est la palpation du cou. La plupart des masses au cou, qui sont non sensibles au toucher et se distinguent sur le plan anatomique de la thyroïde et des grandes glandes salivaires, sont des hyperplasies lymphoïdes bénignes. Toutefois, si la masse, toujours non sensible au toucher, est ferme et caoutchouteuse, tel un lymphome, ou dure et comparable à un os, telle une tumeur secondaire, une évaluation et un traitement immédiats et constants s'imposent. Malheureusement, de nombreux patients dont le cancer de la tête ou du cou n'est pas diagnostiqué sont traités à l'aide d'antibiotiques, au lieu de bénéficier d'un examen clinique compétent qui assurerait un diagnostic précoce. Selon une règle bien établie dans le diagnostic des hyperplasies du palais dur, toute bosse indurée située en dehors de la ligne médiane est une néoplasie, jusqu'à preuve du contraire. Dans le cas ci-dessus, les résultats de l'examen clinique, conjugués à la croissance rapide de la lésion palatine indolore et à l'absence de réponse de la masse du cou aux antibiotiques, témoignent de la présence d'un cancer. C'est pourquoi il faut diriger d'urgence cette personne vers un oncologue et fournir à celui-ci le plus de renseignements cliniques possible.

Testez vos connaissances

L'Ordre des dentistes du Québec offre la possibilité à tous ses membres d'obtenir deux heures-crédits de formation continue, s'ils répondent correctement au questionnaire suivant. Conformément à sa politique sur la formation dentaire continue, l'Ordre accorde ce nombre d'heures pour les activités d'autoapprentissage. Chaque section du questionnaire porte sur un

sujet traité dans le supplément. Encerclez une seule réponse par question **sur la feuille détachable de la page 46**. Vous devez envoyer cette feuille à la Direction des services professionnels, Ordre des dentistes du Québec, 625, boul. René-Lévesque Ouest, 15^e étage, Montréal, Québec, H3B 1R2, ou par télécopieur : (514) 393-9248.

ÉPIDÉMIOLOGIE ET ÉTIOLOGIE DES CANCERS DE LA BOUCHE ET DU PHARYNX, AU CANADA ET AU QUÉBEC (page 6)

1 Quel est le siège anatomique le plus souvent touché par les cancers de la cavité buccale et du pharynx ?

- a. L'oropharynx
- b. La langue
- c. Les glandes salivaires
- d. Le plancher buccal

2 Le type histologique de cancer de la cavité buccale ou du pharynx le plus souvent observé est :

- a. Le lymphome
- b. Le carcinome basocellulaire
- c. L'améloblastome
- d. Le carcinome spinocellulaire

3 Lequel des facteurs suivants n'est pas considéré hors de tout doute comme un facteur étiologique de cancer de la cavité buccale ou du pharynx ?

- a. Le soleil
- b. Le virus du papillome humain
- c. Le tabac
- d. L'alcool consommé en quantité excessive

4 Lequel des facteurs suivants ne peut prédire la survie d'un patient atteint d'un cancer de la cavité buccale ou du pharynx ?

- a. La consommation d'alcool
- b. Le sexe
- c. Le stade de la maladie au moment du diagnostic
- d. Le siège de la maladie

LES MANIFESTATIONS CLINIQUES DU CANCER BUCCAL (page 16)

5 Parmi les lésions prémalignes suivantes, laquelle est la plus susceptible de se transformer en un carcinome épidermoïde ?

- a. La cheilite actinique
- b. La leucoplasie nodulaire
- c. L'érythroleucoplasie
- d. La leucoplasie verruqueuse proliférative

6 Lequel des énoncés ci-dessous ne s'applique pas au carcinome épidermoïde du plancher buccal ?

- a. Le deuxième type de cancer le plus souvent observé dans la bouche, après le cancer de la langue.
- b. Il débute souvent sous forme d'une leucoplasie, d'une érythroplasie ou d'une érythroleucoplasie.
- c. Il se développe généralement dans la partie postérieure du plancher, à proximité de la base de la langue.
- d. De tous les cancers buccaux, il est le plus étroitement lié à la consommation d'alcool.

7 Lequel des énoncés ci-dessous ne s'applique pas au carcinome épidermoïde du palais mou ?

- a. Ce cancer est nettement plus rare que celui du palais dur.
- b. Ce cancer est souvent observé dans la portion latérale du palais.
- c. Ce cancer a la propension à infiltrer la région amygdalienne, voire la partie adjacente de la langue et du plancher buccal.
- d. Ce cancer a un pronostic plus sombre que celui de la lèvre et de la muqueuse jugale.

PARLER DU CANCER BUCCAL – UNE APPROCHE ADAPTÉE AUX BESOINS D'INFORMATION DES PATIENTS (page 26)

- 8** Lors d'un test de dépistage du cancer buccal, le dentiste doit :
- a. Expliquer la procédure à son patient.
 - b. Déceler les facteurs de risque de cancer, lorsqu'il remplit le questionnaire médical.
 - c. Faire des tests diagnostiques sans le consentement du patient.
 - d. a et b seulement.
- 9** Lequel de ces énoncés n'est pas un des symptômes à surveiller lors de l'autoexamen de la bouche ?
- a. Un renflement de la joue qui gêne le port de prothèses dentaires.
 - b. Une plaie dans la bouche qui dure depuis plus de deux semaines.
 - c. Une mauvaise hygiène buccale.
 - d. Une tache rouge ou blanche sur les gencives, la langue ou le bord des lèvres.

LE RÔLE DES DENTISTES DANS L'ABANDON DU TABAGISME (page 28)

- 10** Quel est le pourcentage de cas de parodontite attribuable au tabagisme ?
- a. 30 %
 - b. 40 %
 - c. 50 %
 - d. 60 %
- 11** L'intervention minimale du dentiste auprès du patient fumeur consiste à :
- a. Évaluer son statut tabagique.
 - b. a et lui conseiller de cesser de fumer.
 - c. a et b et déterminer à quel stade de changement du comportement il se situe.
 - d. a, b et c et le diriger vers les services appropriés.
- 12** Le dentiste devrait donner du counseling sur le tabac à chaque patient fumeur selon le stade de changement du comportement où il se situe. Il devrait offrir un counseling uniquement si le patient est :
- a. Au stade de la préréflexion ou de la réflexion
 - b. Au stade de la préparation
 - c. Au stade de l'action ou du maintien
 - d. À tous ces stades

MODALITÉS THÉRAPEUTIQUES DES CANCERS BUCCAUX, PRÉPARATION DES PATIENTS ET GESTION DES EFFETS SECONDAIRES (page 32)

- 13** Quels éléments d'information le dentiste doit-il absolument connaître pour pouvoir faire la préparation buccodentaire d'un patient atteint d'un cancer buccal, avant le début de la radiothérapie ?
- a. Le nombre de semaines de traitement
 - b. La région irradiée et la dose prévue, ainsi que l'état de santé buccodentaire du patient
 - c. Le rapport histopathologique
 - d. Le statut tabagique du patient
- 14** Laquelle des affections suivantes n'est pas un effet secondaire de la xérostomie chez des patients irradiés ?
- a. L'hypersensibilité des muqueuses
 - b. La diminution du scellement d'une prothèse complète du maxillaire supérieur
 - c. L'ostéoradionécrose des mâchoires
 - d. Une polycarie évolutive aux incisives inférieures
- 15** Quelle région des mâchoires est nettement plus susceptible d'être atteinte d'ostéoradionécrose après la radiothérapie d'un cancer de la bouche ?
- a. La région maxillaire antérieure
 - b. La région maxillaire postérieure
 - c. La région mandibulaire antérieure
 - d. La région mandibulaire postérieure

PROGRAMME DE FORMATION CONTINUE

Feuille de réponses

Journal dentaire du Québec
Supplément *Le dépistage précoce du cancer buccal –
Le dentiste peut faire une différence*
Février 2004

Inscrivez votre nom et vos coordonnées

Nom _____

N° de permis _____

Adresse _____

Ville _____

Province _____ Code postal _____

Téléphone () _____

Télécopieur () _____

Courriel _____

Encercler une seule réponse par question

- | | | | | |
|-----|---|---|---|---|
| 1. | a | b | c | d |
| 2. | a | b | c | d |
| 3. | a | b | c | d |
| 4. | a | b | c | d |
| 5. | a | b | c | d |
| 6. | a | b | c | d |
| 7. | a | b | c | d |
| 8. | a | b | c | d |
| 9. | a | b | c | d |
| 10. | a | b | c | d |
| 11. | a | b | c | d |
| 12. | a | b | c | d |
| 13. | a | b | c | d |
| 14. | a | b | c | d |
| 15. | a | b | c | d |

Retournez le questionnaire dûment rempli à :

Direction des services professionnels
Ordre des dentistes du Québec
625, boul. René-Lévesque Ouest, 15^e étage
Montréal (Québec) H3B 1R2

ou par télécopieur : (514) 393-9248

