

Observation clinique

Carcinome épidermoïde de la langue mobile et irritation d'origine prothético-dentaire : à propos d'une observation

Richard Aurélien Rakotoarison^{1,*}, Liantsoa Fanja Ralaiarimanana², Simone Rakoto Alson², John Bam Razafindrabe³, Fred Joëlson Rakotovao¹

¹ Service ORL-CCMF, Centre hospitalier de Soavinandriana-Antananarivo, Madagascar

² Institut d'odonto-stomatologie tropicale de Madagascar, CHU de Mahajanga, Madagascar

³ Service de Chirurgie maxillo-faciale, CHU d'Antananarivo, Madagascar

(Reçu le 16 octobre 2009, accepté le 2 novembre 2009)

Mots clés :

carcinome /
tabagisme /
prothèse dentaire /
irritation chronique

Résumé – Les carcinomes épidermoïdes des voies aéro-digestives supérieures se rencontrent en général sur un terrain dominé par l'intoxication éthylo-tabagisme chronique. Ils sont caractérisés par une importante agressivité locorégionale. Ce travail a pour objectif de mettre en garde les praticiens contre les conséquences fatales des appareils prothétiques mal adaptés. Nous rapportons un cas de carcinome épidermoïde de la langue mobile chez une femme de 47 ans. Deux facteurs ont été incriminés : le tabagisme chronique qui est un facteur de risque reconnu et un facteur déclenchant qui serait l'irritation chronique provoquée par le crochet mal adapté d'une prothèse dentaire amovible. Ainsi, la présence d'une agression chronique, aussi minime soit-elle, sur un terrain à risque, doit être supprimée afin d'éviter cette transformation maligne. L'importance de la fréquence des récurrences locorégionales en moins d'un an postopératoire et l'issue fatale liée à ce type de cancer amènent les chirurgiens à effectuer des exérèses en bloc, au large de la tumeur, quelquefois très mutilantes, associées ou non à un évidement ganglionnaire. La radiothérapie postopératoire complémentaire, associée ou non à une chimiothérapie, permet d'améliorer la survie des patients.

Key words:

carcinoma /
smoking /
dental prosthesis /
chronic irritation

Abstract – Squamous cell carcinoma of the mobile tongue and teeth prosthesis irritation: report of a case. Usually, the head and neck squamous cell carcinomas occur on a chronic alcohol-smoking field. They are characterized by significant locoregional aggressiveness. This work aims to warn caregivers against the fatal consequences of inappropriate prosthetic. We report a case of mobile tongue squamous cell carcinoma in a 47 years old woman. Two factors were incriminated: chronic smoking that is a recognized risk factor and a trigger factor that would be chronic irritation caused by the hook unsuitable for removable prosthesis. Thus, a chronic irritation, however small it may be, associated with risk field must concern in order to avoid a fatal disease. The importance of locoregional recurrence rate within one year and the fatal outcome of these cancers lead surgeons to perform bloc resections, off the tumor limits, sometimes disfiguring, closed or not to cell and lymph nodes recess. Postoperative radiotherapy, with or without chemotherapy, can improve survival of patients.

Les cancers de la cavité buccale font partie des cancers des voies aéro-digestives supérieures et leurs caractéristiques histologiques et épidémiologiques sont communes. Il s'agit en général de carcinomes épidermoïdes survenant sur un terrain éthylo-tabagique et/ou résultant de la transformation maligne de lésions précancéreuses [1]. La notion de soins dentaires et prothétiques a été relatée dans la littérature même si on n'a jamais observé de différences significatives [2].

Nous rapportons un cas de carcinome épidermoïde lingual qui semble correspondre à la transformation maligne d'une lésion d'origine traumatique chronique secondaire à une prothèse dentaire mal adaptée.

Observation

Une patiente, âgée de 47 ans, a été adressée en consultation en janvier 2008 pour une douleur permanente sur le

* Correspondance : richard.rakotoarison@yahoo.fr

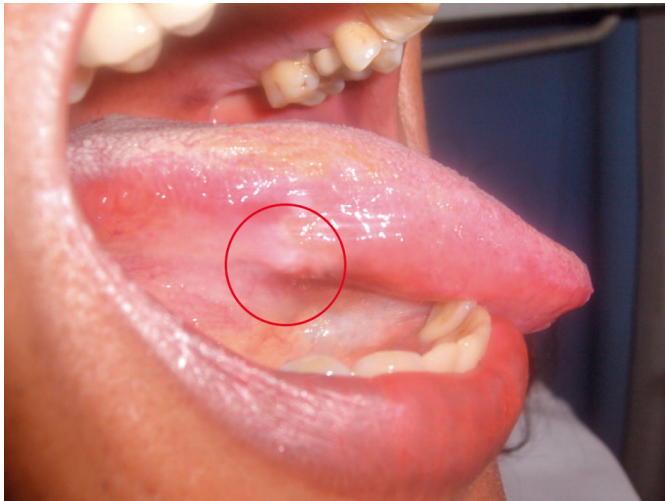


Fig. 1. Carcinome épidermoïde du bord droit de la langue.
Fig. 1. Squamous cell carcinoma on the right margin of the tongue.

bord droit de la langue. Il s'agit d'une femme tabagique (11 paquets-année de cigarettes).

La douleur linguale, peu gênante, est apparue avec la mise en place d'une prothèse dentaire amovible en décembre 2005 ; elle siégeait en regard d'un crochet sur la première molaire mandibulaire droite. Cette gêne disparaissait avec la dépose de la prothèse.

En novembre 2007, la douleur, à type de piqûre, était devenue permanente malgré la prise d'antalgique. La suppression du crochet a été décidée par le praticien, mais cela n'a eu aucun effet favorable.

Lors de la première consultation, la patiente présentait une petite ulcération aphteuse sur le bord droit de la langue, d'environ 5 millimètres de diamètre (Fig. 1). On notait une atrophie de la muqueuse périphérique et une induration en profondeur. La lésion ne dépassait pas la ligne médiane et il n'y avait pas de trismus ni de diminution de la mobilité linguale. Les aires ganglionnaires submandibulaires, sous-mandibulaires et cervicales étaient libres.

L'anamnèse et le tableau clinique ont conduit à réaliser une biopsie. L'examen anatomopathologique a montré qu'il s'agissait d'un carcinome épidermoïde bien différencié et infiltrant (Fig. 2).

À l'issue du bilan d'extension (échographies cervicale et abdomino-pelvienne, tomodensitométrie cervico-faciale et radiographie pulmonaire), la tumeur a été classée T1N0M0. Une intervention chirurgicale a été réalisée. Elle consistait en une trachéotomie première, un évidement cellulo-ganglionnaire cervical bilatéral, un évidement sous-mandibulaire homolatéral et enfin l'exérèse de la tumeur.

Après la cicatrisation, la patiente a été adressée en consultation dans le service d'oncologie en vue d'une éventuelle prise en charge complémentaire, malgré la classification TNM.

Discussion

Les carcinomes épidermoïdes représentent plus de 90 % des cancers de la cavité buccale. L'âge varie selon les auteurs, mais ils s'observent le plus souvent autour de la soixantaine avec une prédominance pour le sexe masculin. Cependant, on constate depuis quelques années un rajeunissement de la population atteinte et une augmentation de la fréquence d'apparition de cette pathologie chez les femmes [3-5].

Le siège endo-buccal du carcinome épidermoïde varie selon les auteurs. Les uns parlent d'une prédilection pour la langue tandis que, pour d'autres, la localisation linguale arrive en seconde position après le plancher buccal, avant la gencive [4-6]. Il semble que cette prédilection dépende de l'agent causal : avec le tabagisme, les sites les plus affectés sont par ordre décroissant le plancher buccal, la langue et la gencive [7]. Sur la langue, la zone la plus touchée par les carcinomes épidermoïdes est la partie marginale ; la partie mobile étant affectée dans deux tiers des cas et la base dans un tiers des cas [7, 8].

En carcinologie des voies aéro-digestives supérieures, il existe des facteurs de risque confirmés, le principal étant l'éthylotabagisme chronique [9]. Le tabac à lui seul est bien connu par son effet carcinogène et l'alcool est le deuxième facteur bien que son mécanisme d'action soit encore mal connu ; l'intoxication conjointe augmente considérablement le risque [10]. Néanmoins, des carcinomes épidermoïdes de la langue peuvent être observés en dehors d'une intoxication éthylotabagique chronique : cela concerne surtout des jeunes femmes [11].

En France, on observe globalement une diminution de l'incidence des cancers des voies aéro-digestives supérieures en raison de la réduction globale de la consommation de tabac et d'alcool. Toutefois, l'exposition croissante des femmes au tabac explique l'augmentation de l'incidence alors qu'elle diminue chez les hommes [1-3].

Une étude déjà ancienne, à partir de deux cas cliniques, évoque la possibilité d'une relation entre une ulcération chronique et un carcinome épidermoïde buccal [12]. Pour une prothèse amovible, l'intrados des crochets doit épouser fidèlement la surface des dents supports [13], sans venir au contact des tissus mous. Dans deux études plus récentes, le développement d'un carcinome épidermoïde au contact d'obturations ou de restaurations prothétiques, et donc de l'extrados prothétique, a été rapporté, mais la différence par rapport à des témoins n'était pas réellement significative [2, 14].

Récemment, on a parlé d'irritation chronique provoquée par une dent très délabrée ou une prothèse dentaire amovible mal adaptée dont le crochet était agressif. Cette irritation mécanique peut être à l'origine d'une lésion qui, en fonction du terrain (âge, intoxication éthylotabagique), peut se transformer à long terme [15]. La patiente avait un microtraumatisme chronique sur le bord de la langue provoqué par le crochet de la prothèse amovible qu'elle portait depuis presque deux ans. Ainsi, tout patient à risque doit faire l'objet d'une attention particulière en cas d'irritation chronique quel que soit l'agent causal.

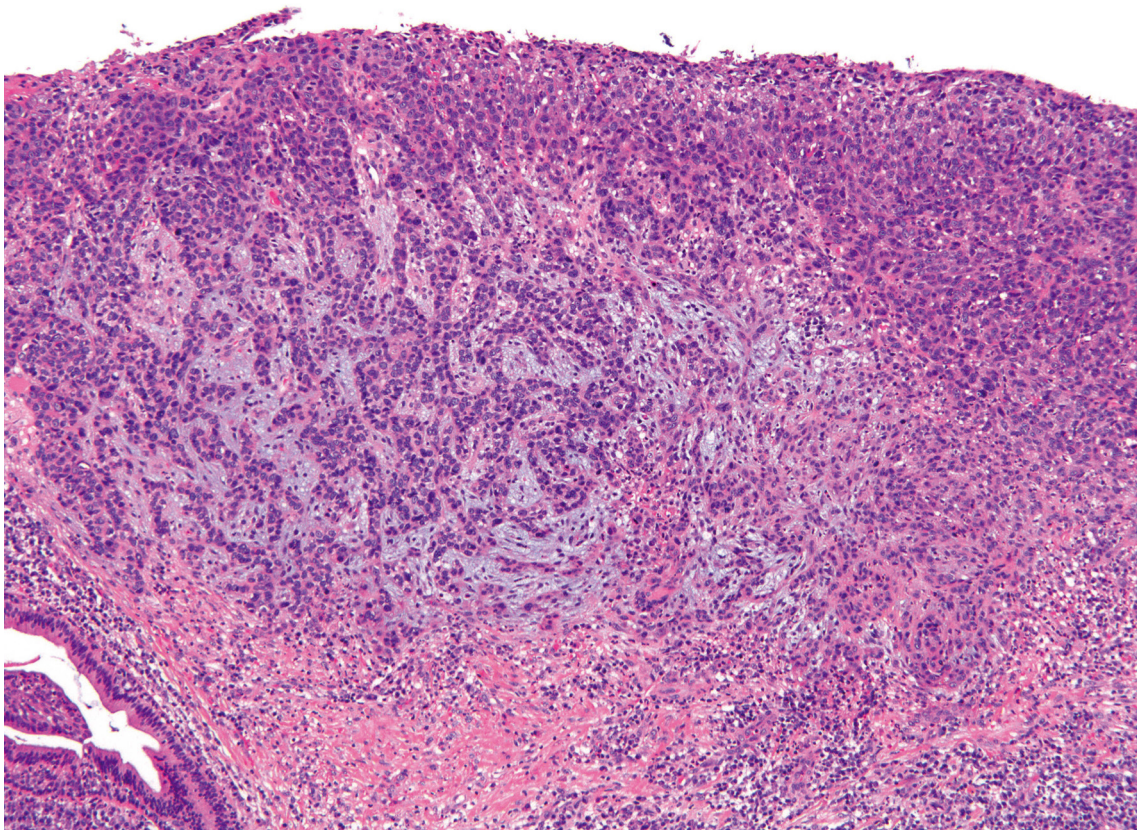


Fig. 2. Carcinome épidermoïde bien différencié, micro-invasif.
Fig. 2. Well differentiated and micro-invasive squamous cell carcinoma.

Au début, il se forme une lésion bénigne, ayant un risque potentiel précancéreux (ulcération ou érosion), plus ou moins importante [15]. Progressivement, la muqueuse périphérique devient atrophique et l'ulcération repose sur une base indurée, ses bords deviennent bourgeonnants [3]. Dans les lésions du bord de la langue mobile, il y a souvent une odynophagie associée et des adénopathies, généralement submandibulaires, en fonction du stade d'évolution de la tumeur [4].

Histologiquement, il s'agit d'un carcinome épidermoïde bien différencié, la prolifération tumorale ressemblant fortement à l'épithélium malpighien d'où il provient. Les travées carcinomateuses traversent la membrane basale et infiltrent le chorion.

L'exérèse de la tumeur primitive doit être complète, passant au large des limites de la tumeur, emportant en bloc le tissu tumoral [10], car la fréquence des récidives est très importante [6]. Des variantes complémentaires de la chirurgie sont possibles. En fonction des résultats du bilan d'extension locorégional et à distance de l'exérèse chirurgicale, on peut associer d'autres traitements. Pour cette patiente, seule une mesure préventive a été prise. En effet, malgré les résultats négatifs des recherches d'éventuelles localisations secondaires, un évidement submandibulaire homolatéral et un évidement cellulo-ganglionnaire cervical bilatéral ont

été effectués. De plus, la patiente a été adressée pour une prise en charge pour une radiothérapie postchirurgicale.

Cette association chirurgie-radiothérapie a été adoptée en raison du haut risque de rechute locorégionale des cancers de la langue mobile dès la première année postopératoire et du faible taux de survie. Certains auteurs proposent même une chimiothérapie adjuvante. Dans tous les cas, aucune littérature ne parle de guérison complète ; toutes les mesures n'ont pour objectif que d'améliorer la survie du patient [16-18].

Références

1. Aupérin A, Hill C. Épidémiologie des carcinomes des voies aérodigestives supérieures. *J Canrad* 2005;9:1-7.
2. Lockhart PB, Norris CM, Pulliam Jr, Pulliam C. Dental factors in the genesis of squamous cell carcinoma of the oral cavity. *Oral Oncol* 1998;34:133-9.
3. Barthélémy I, Sannajust J-P, Mondié J-M. Cancers de la cavité buccale. Préambule, épidémiologie, étude clinique. *Encyc Med Chir - Stomatol* 2005;1:277-94.
4. Najeeb T. Clinicopathological presentation of tongue cancers and early cancer treatment. *J Coll Physicians Surg Pak* 2006;16:179-82.

5. Suba Z, Mihalvi S, Takacs D, Gyulai-Gaal S. Oral cancer: morbus Hungaricus in the 21st century. *Fogorv Sz* 2009;102:63-8.
6. Gorsky M, Epstein JB, Oakley C, Hay J, Stevenson-Moore P. Carcinoma of the tongue: a case series analysis of clinical presentation, risk factors, staging, and outcome. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2004;98:546-52.
7. Barasch A, Morse DE, Krutchoff DJ, Eisenberg E. Smoking, gender, and age as risk factors for site-specific intraoral squamous cell carcinoma. A case-series analysis. *Cancer* 1994;73:509-13.
8. Schmidt BL, Dierks EJ, Homer L, Potter B. Tobacco smoking history and presentation of oral squamous cell carcinoma. *J Oral Maxillofac Surg* 2004;62:1055-8.
9. Dietz A, Heller WD, Maier H. Epidemiologic aspects of cancers of the head-neck area. *Offentl Gesundheitswes* 1991;53:674-80.
10. Féki A, Abi Najm S, Descroix V, Gauzéran D, Guichard M, Kleinfinger S, Lescaille G, Samson J. Le chirurgien-dentiste face au cancer. Du diagnostic précoce du cancer buccal à la prise en charge du patient cancéreux. ADF, Paris, 2008.
11. Dahlstrom KR, Little JA, Zafereo ME, Lung M, Wei Q, Sturgis EM. Squamous cell carcinoma of the head and neck in never smoker-never drinkers: a descriptive epidemiologic study. *Head Neck* 2008;30:75-84.
12. Faraci RP, Schour L, Graykowski EA. Squamous cell carcinoma of the oral cavity - chronic oral ulcerative disease as a possible etiologic factor. *J Surg Oncol* 1975;7:21-6.
13. Schittly J, Schittly E. Prothèse partielle amovible, clinique et laboratoire. CdP, Rueil-Malmaison, 2006.
14. Ma R, Epstein JB, Emerton S, Hay JH. A preliminary investigation of an association between dental restorations and carcinoma of the tongue. *Eur J Cancer Part B : Oral Oncol* 1995; 232-4.
15. Gauzéran D. Lésions à risque et cancers de la bouche, du diagnostic au traitement. CdP, Rueil-Malmaison, 2007.
16. Kemer S, Esassolak M, Demirci S, Akyildiz S, Sengul A, Yavuzer A. Relapse patterns and related prognostic factors in patients with mobile tongue cancer treated with postoperative radiotherapy. *J Buon* 2009;14:51-6.
17. Rives M, Bachaud JM, Daly-Schweitzer N. Chimioradiothérapie postopératoire dans les cancers des voies aérodigestives supérieures. *J Canrad* 1999;3:80s.
18. Lusinchi A, Wibault P, Mamelle G, Julieron M, Bourhis J, Eschwège F. Radiothérapie postopératoire des cancers ORL. *J Canrad* 1999;3:72s.