

# Attention! — Appel aux dentistes pour le dépistage du cancer de la bouche

**Catherine F. Poh, DDS, PhD, Cert Oral Path, FRCD(C);  
P. Michele Williams, BSN, DMD, Cert Oral Med, FRCD(C);  
Lewei Zhang, DDS, PhD, Dip Oral Path, FRCD(C);  
Miriam P. Rosin, PhD**

### Auteure-ressource

**Dre Poh**  
Courriel : [cpoh@interchange.ubc.ca](mailto:cpoh@interchange.ubc.ca)



© J Can Dent Assoc 2006; 72(5):413–6  
Cet article a été révisé par des pairs.

La première preuve véritable que l'examen périodique de la cavité buccale peut réduire le taux de mortalité causé par le cancer de la bouche a été publiée récemment dans *Lancet*<sup>1</sup>. L'article décrivait une étude menée en Inde sur un groupe d'environ 168 000 participants dont 87 655 avaient passé au moins un examen visuel de la cavité buccale. Sur une période de 9 ans, une réduction de 32 % du taux de mortalité a été observée parmi ceux ayant passé l'examen. Ces données, conjointement avec les nouvelles

percées technologiques en matière de dépistage, viennent renforcer l'idée de demander aux dentistes d'intégrer le dépistage du cancer de la bouche à leur routine quotidienne d'examen.

D'une façon globale, le taux de survie des personnes souffrant du cancer de la bouche a peu changé au cours des 3 dernières décennies. La maladie est souvent identifiée à un stade avancé, ce qui réduit énormément le taux de réussite du traitement. La moitié des patients atteints du cancer de la bouche décèdent dans les 5 ans suivant le diagnostic. La détection précoce de la maladie (durant le 1<sup>er</sup> ou le

2<sup>e</sup> stade) est reliée à une importante amélioration du taux de survie. En effet, 80 % des patients survivent 5 ans comparativement à un taux de survie de 20 % chez ceux dont la maladie est à un stade plus avancé (3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> stades)<sup>2</sup>.

Il est ironique de constater que le diagnostic du cancer de la bouche puisse être fait tardivement parce la cavité buccale est facilement accessible pour un

examen et que des changements visibles dans les muqueuses (la plupart du temps) sont associées au développement de la maladie. Le cancer de la bouche est souvent précédé d'une lésion précancéreuse identifiable, et il faut des années avant que la maladie ne progresse de la dysplasie au cancer<sup>3</sup>. Cela devrait permettre aux cliniciens d'avoir l'occasion de détecter les changements précoces. Néanmoins, la plupart des cancers de la bouche sont encore détectés à un stade tardif, alors que le traitement est complexe, coûteux, souvent défigurant et produisant peu de résultats.

Tout le monde sait que le cancer de la bouche est fortement associé au tabagisme et à la consommation d'alcool, qui sont responsables d'environ 75 % des cancers de la bouche dans l'hémisphère occidental. Lorsque ces 2 facteurs sont combinés, le risque est multiplié<sup>4</sup>. En outre, 90 % des cancers de la bouche se développent chez des personnes de 45 ans et plus. Il convient de noter, cependant, une tendance observée universellement vers une augmentation du nombre d'adultes plus jeunes sans risque apparent qui développent la maladie<sup>5</sup>. Cette tendance vient appuyer le fait qu'il faudrait effectuer le dépistage du cancer de la bouche chez tous les adultes.

Les dentistes du Canada pourraient jouer un rôle important dans le dépistage précoce de cette maladie mortelle. Une première étude, entreprise il y a plus de 20 ans en Colombie-Britannique, a démontré que le fait de recevoir des soins dentaires réguliers avait fortement influencé le diagnostic précoce du cancer de la bouche<sup>6,7</sup>. Sur 158 patients étudiés, 46 % de ceux qui recevaient des soins dentaires réguliers (au moins

LA PLUPART DES CANCERS DE LA BOUCHE SONT ENCORE DÉTECTÉS À UN STADE TARDIF, ALORS QUE LE TRAITEMENT EST COMPLEXE, COÛTEUX, SOUVENT DÉFIGURANT ET PRODUISANT PEU DE RÉSULTATS.

**Tableau 1** Évaluation étape par étape de la tête et du cou

### A. Antécédents du patient

La première étape du dépistage d'un cancer de la bouche est de remplir l'historique du patient, qui devrait inclure ce qui suit :

#### I. Antécédents familiaux du cancer de la tête et du cou

#### II. Revue des habitudes buccales et du style de vie

Obtenez de l'information générale sur le risque de cancer de la bouche, y compris le tabagisme, la consommation d'alcool et l'état nutritionnel ou alimentaire.

#### III. Signes et symptômes pertinents

L'identification d'une tache blanche persistante dans la bouche, d'un ulcère qui ne guérit pas, d'une enflure ou d'une bosse, d'une fibrose sous-muqueuse, d'un saignement spontané ou inattendu dans la bouche, d'une paresthésie, d'une dysphagie ou d'un trismus requiert un examen plus poussé. Si l'un de ces états persiste durant plus de 3 semaines après l'élimination des facteurs étiologiques identifiés, une réévaluation ou une recommandation pour un examen plus approfondi (ou les deux) est recommandée.

### B. Examen visuel

L'équipement requis pour un examen visuel comprend un abaisse-langue ou un miroir buccal, de la gaze hydrophile et une bonne source lumineuse.

#### I. Examen extrabuccal

1. Faites asseoir le patient, le dos bien droit.
2. Examinez la tête et la région du cou pour détecter une asymétrie, de l'enflure ou d'autres anomalies.
3. Palpez les régions submandibulaire, du cou et supraclaviculaire pour détecter la présence de ganglions lymphatiques.
4. Examinez et palpez les lèvres et les tissus périoraux.

#### II. Examen intrabuccal

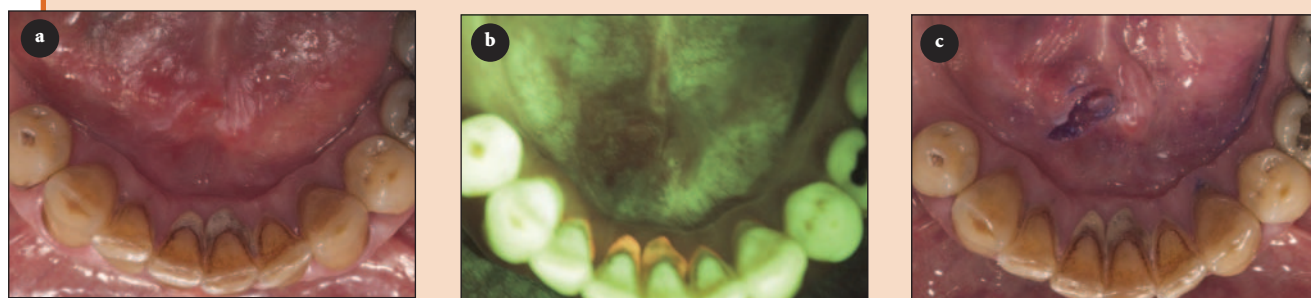
1. Placez le patient en position semi-inclinée.
2. Examinez successivement tous les tissus mous buccaux :
  - les muqueuses buccales et labiales
  - les surfaces buccales et linguales de la gencive au maxillaire inférieur ainsi que le coussin rétromolaire
  - les surfaces buccales et linguales de la gencive au maxillaire supérieur
  - le palais dur et le palais mou, les tissus amygdaliens et la luette
  - le plancher buccal (y compris le vestibule lingual mandibulaire)
  - la langue – surfaces dorsale, latérales et ventrale
3. Remarquez s'il y a des tissus qui sont enflés, des changements de couleur, de texture ou de symétrie, des régions endolories ou des changements dans la mobilité des tissus.
4. Examinez visuellement et palpez les sites anatomiques les plus enclins à développer un cancer de la bouche – les surfaces ventrale et latérales de la langue, le plancher buccal et le complexe du palais mou – pour identifier la présence d'une leucoplasie, d'une érythroplasie, d'une ulcération, d'une induration, de bandes fibreuses sous-muqueuses ou d'une masse palpable. Ce sont les sites de 60 % des cancers de la cavité buccale.

### C. Aides visuelles

Les techniques pour améliorer la visualisation des lésions précancéreuses et des cancers de la bouche font l'objet de beaucoup de recherches et reçoivent beaucoup d'attention des médias. Celles en cours d'évaluation sont le bleu de toluidine et la visualisation de la fluorescence (le VELscope).

une visite annuelle au cours des 5 années précédentes) avaient des tumeurs de 1<sup>er</sup> stade (précoce) et que 12 % en avaient du 4<sup>e</sup> stade (avancé). Par contre, 19 % des patients n'ayant pas reçu de soins dentaires réguliers avaient des tumeurs de 1<sup>er</sup> stade et 43 % en avaient du 4<sup>e</sup> stade. Nous menons présente-

ment une étude pour préciser davantage cette association chez des patients souffrant de lésions précancéreuses ou d'un cancer de la bouche, qui ont été référés à l'Agence du cancer de la Colombie-Britannique. Parmi les 40 premiers patients rencontrés, 34 (85 %) ont rapporté que les lésions avaient été



**Illustration 1 :** Une lésion asymptomatique rouge et blanche mal définie sur la paroi antérieure de la bouche d'un fumeur de 57 ans. **a.** Vue sous une lumière blanche. **b.** Vue à l'aide d'un VELscope, qui révèle une zone bien définie d'une couleur variant du brun foncé au noir, à l'endroit où il y a perte de fluorescence. **c.** Vue à la suite de l'application de bleu de toluidine. Notez le captage focal du colorant vital. Une biopsie du site de la coloration au bleu de toluidine et la perte de fluorescence ont démontré la présence d'un carcinome spinocellulaire envahissant.

identifiées au départ par des dentistes ou qu'ils avaient consulté des dentistes après avoir identifié eux-mêmes la présence de lésions.

Étant donné que les dentistes ont la possibilité de servir d'intervenants de première ligne, pourquoi y a-t-il eu si peu de changements dans le stade d'identification de cette maladie? Un des principaux défis est d'établir la différence entre les changements bénins et les changements précancéreux ou cancéreux de stade précoce subis par les muqueuses lorsqu'il n'y a souvent aucune caractéristique clinique distincte qui différencie ces états. Cela entraîne souvent un délai dans le diagnostic. Heureusement, nous pourrions bientôt avoir de l'aide! Les dernières recherches effectuées appuient l'utilisation d'outils de diagnostic pour faciliter une décision clinique (ill. 1).

Le bleu de toluidine est utilisé depuis longtemps comme moyen de coloration vitale pour identifier les cancers de la bouche et a été utilisé sporadiquement par les dentistes pendant de nombreuses années. Historiquement, ce colorant s'est avéré moins fiable dans l'identification de lésions précancéreuses. De nouvelles données tirées d'une étude longitudinale continue effectuée à l'Agence du cancer de la Colombie-Britannique ont démontré que les lésions buccales précancéreuses qui sont colorées positivement sont 6 fois plus enclines à devenir des cancers de la bouche que celles qui ne sont pas colorées par le colorant. Cette découverte permet à ce colorant vital de jouer un nouveau rôle dans l'identification des lésions buccales à risque élevé<sup>8</sup>.

Dernièrement, il a également été beaucoup question de l'utilisation de la fluorescence des tissus pour identifier les modifications biochimiques et morphologiques qui peuvent être associées au développement du cancer de la bouche (ill. 1b)<sup>9</sup>. Cette technique est utilisée depuis longtemps dans d'autres parties du corps, facilitant l'identification des cancers et des lésions précancéreuses dans les poumons et le col utérin. Un simple instrument portable, le VELscope (LED Dental Inc., Vancouver, C.-B.), a récemment été mis au point

pour permettre aux dentistes de visualiser la fluorescence des tissus directement dans la cavité buccale<sup>10,11</sup>. Une lumière bleue est dirigée à la surface des muqueuses buccales. Les tissus normaux deviennent fluorescents et se colorent vert pâle. Les tissus anormaux perdent cette fluorescence et prennent une couleur variant de brun foncé à noir. Une étude pilote réalisée sur 44 patients a démontré des résultats encourageants. Dans ce groupe, l'instrument a atteint une sensibilité de 98 % et une spécificité de 100 % lors de la différenciation des muqueuses normales par rapport aux tissus ayant subi une dysplasie grave confirmée par une biopsie, un carcinome in situ ou un carcinome envahissant<sup>9</sup>.

Il est très important de reconnaître que l'utilisation de n'importe quel moyen visuel constitue un complément à l'examen conventionnel de la tête et du cou. Il n'y a pas de solution de rechange à cet examen important! Le tableau 1 présente une approche systématique simple à un examen bref mais approfondi de la tête et du cou et devrait servir de guide aux étudiants et aux résidents en formation. Il permet également aux dentistes praticiens de se mettre à jour.

Le cancer de la bouche est le sixième cancer le plus fréquent à l'échelle mondiale et c'est une maladie dévastatrice avec des conséquences terribles pour les personnes et la société. On estime qu'il y a environ 3200 nouveaux cas de cancers de la bouche et 1050 décès causés par le cancer de la bouche chaque année au Canada<sup>12</sup>. L'intégration d'un examen de dépistage du cancer de la bouche à la routine quotidienne d'examen exige à peine un peu plus de temps ou de dépenses à une pratique déjà fortement occupée. Le défi de la profession de dentiste est de s'assurer que tous les patients adultes subissent un examen court mais régulier de dépistage du cancer de la bouche.

En travaillant ensemble avec une forte implication à changer les choses, les dentistes ont l'occasion de faire toute une différence. L'Organisation mondiale de la Santé s'est engagée à prendre des mesures pour contrer le problème négligé du cancer de la bouche, surtout en mettant l'accent

sur la prévention. Au Canada, l'appel à l'action exige une réponse personnelle à cette demande de la part de chacun des 18 000 dentistes ou plus exerçant au pays<sup>13</sup> et une facilitation du changement par les sociétés dentaires au moyen d'un processus d'éducation. Cela représente aussi un défi pour nos facultés de médecine dentaire d'incorporer et de renforcer la valeur d'ajouter un examen de dépistage du cancer de la bouche à la pratique quotidienne de 500 à 600 étudiants en médecine dentaire qui obtiennent leur diplôme chaque année. ✨

## LES AUTEURES

**Remerciements :** La présente étude a été appuyée par les subventions R01 DE13124 et R01 DE17013 de l'Institut national de recherche dentaire et craniofaciale. La Dre Poh est soutenue par le Prix du clinicien-chercheur des Instituts de recherche en santé du Canada.



La Dre Poh est professeure adjointe en clinique à la Faculté de médecine dentaire, Université de la Colombie-Britannique, et membre du personnel à l'Agence du cancer de la Colombie-Britannique, Vancouver, Colombie-Britannique.



La Dre Williams est professeure adjointe en clinique à la Faculté de médecine dentaire, Université de la Colombie-Britannique, et membre du personnel au service d'oncologie buccale, Agence du cancer de la Colombie-Britannique.



La Dre Zhang est professeure et directrice au Département de médecine et de pathologie buccales, Faculté de médecine dentaire, Université de la Colombie-Britannique.



La Dre Rosin est professeure et directrice du Programme de prévention du cancer de la bouche de la C.-B, Agence du cancer de la Colombie-Britannique.

**Écrire à la :** Dre Catherine F. Poh, Université de la Colombie-Britannique, 2199, Wesbrook Mall, Vancouver, BC V6T 1Z3.

Les auteures n'ont aucun intérêt financier déclaré dans la ou les sociétés qui fabriquent les produits mentionnés dans cet article.

## Références

1. Sankaranarayanan R, Ramadas K, Thomas G, Muwonge R, Thara S, Mathew B, and other. Effect of screening on oral cancer mortality in Kerala, India: a cluster-randomised controlled trial. *Lancet* 2005; 365(9475):1927–33.
2. Cancer facts and figures 2005. Atlanta: American Cancer Society; 2005. Disponible à l'adresse URL : [www.cancer.org/downloads/STT/CAFF2005f4PWSecured.pdf](http://www.cancer.org/downloads/STT/CAFF2005f4PWSecured.pdf).
3. Rosin MP, Cheng X, Poh C, Lam WL, Huang Y, Lovas J, and others. Use of allelic loss to predict malignant risk for low-grade oral epithelial dysplasia. *Clin Cancer Res* 2000; 6(2):357–62.
4. National Cancer Institute. Surveillance, epidemiology, and end results program public-use data, 1973–1998. Rockville, MD: National Cancer Institute, Division of Cancer Control and Population Sciences, Surveillance Research Program, Cancer Statistics Branch; Released April 2001, based on the August 2000 submission. Disponible à l'adresse URL : [http://seer.cancer.gov/csr/1973\\_1998/](http://seer.cancer.gov/csr/1973_1998/).
5. Schantz SP, Yu GP. Head and neck cancer incidence trends in young Americans, 1973–1997, with a special analysis for tongue cancer. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2002; 128(3):268–74.
6. Elwood JM, Gallagher RP. Factors influencing early diagnosis of cancer of the oral cavity. *CMAJ* 1985; 133(7):651–6.
7. Elwood JM, Gallagher RP. Dental surveillance produces earlier diagnosis of oral cavity cancers. *J Can Dent Assoc* 1986; 52(10):845–7.
8. Zhang L, Williams PM, Poh CF, Laronde D, Epstein JB, Durham S, and others. Toluidine blue staining identifies high-risk primary oral premalignant lesions with poor outcome. *Cancer Res* 2005; 65(17):8017–21.
9. Lane PM, Gilhuly T, Whitehead P, Zeng H, Poh C, Ng S, and others. Simple device for the direct visualization of oral-cavity tissue fluorescence. *J Biomed Optic* 2006; 11(2):024006.
10. Poh CF, Ng SP, Williams PM, Zhang L, Laronde DM, Lane P, and others. Detection of clinically occult high-risk oral premalignant disease using direct autofluorescence visualization. *Head Neck* 2006. In press.
11. Ng S, Poh C, Williams PM, Zhang L, Laronde D, MacAulay C, and other. Multi-spectral fluorescent visualization (FV) as a visual aid to identify high-risk oral premalignant lesions (OPLs). In: Proceedings of American Association for Cancer Research, 96th Annual Meeting; 2005 Apr. 16–20; Anaheim, CA. Philadelphia. Abstract No. 3850.
12. Statistiques canadiennes sur le cancer, 2005. Toronto: Société canadienne du cancer, Institut national du cancer du Canada, Agence de santé publique du Canada, Statistiques Canada; 2005. Disponible à l'adresse URL : <http://www.fqc.qc.ca/pdf/statscan/statscan2005.pdf>.
13. Tendances relatives au personnel de la santé au Canada, 1993–2002. Ottawa: Institut canadien d'information sur la santé; 2004. Disponible à l'adresse URL : [secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw\\_page=PG\\_69\\_F&cw\\_topic=69&cw\\_rel=AR\\_21\\_F](http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=PG_69_F&cw_topic=69&cw_rel=AR_21_F)