

# Images cliniques

*La rubrique Démonstration clinique de ce mois-ci traite des conditions buccodentaires communes qui devraient être comprises dans le diagnostic différentiel du carcinome spinocellulaire ou des tumeurs des glandes salivaires. L'auteur met en garde contre les dangers d'un mauvais diagnostic des lésions buccales et rappelle aux professionnels de la santé buccodentaire qu'ils peuvent déceler le cancer de la bouche au stade précoce, quand le traitement a le plus de chances de réussir. Démonstration clinique est une nouvelle rubrique qui présente des cas cliniques tels qu'on les retrouve au cabinet dentaire. Pour soumettre un cas ou recommander un clinicien qui pourrait contribuer à cette rubrique, communiquez avec le rédacteur en chef, le Dr John O'Keefe, à [jokeefe@cda-adc.ca](mailto:jokeefe@cda-adc.ca).*

## Le cancer de la bouche

John G.L. Lovas, DDS, MSc, FRCD(C)

Les dentistes praticiens devraient s'attacher à diagnostiquer et à traiter avec compétence les affections ordinaires de la bouche comme la carie, la gingivite, la parodontite, la malocclusion et la perte de dents. Ce sont pourtant les dentistes et les hygiénistes dentaires qui sont les mieux placés pour déceler et diagnostiquer les lésions buccales relativement rares et capables de mettre la vie en danger comme le carcinome. L'équipe dentaire devrait par conséquent entretenir un degré élevé de suspicion à cet égard. Les cas présentés ici mettent en évidence certains des facteurs clés essentiels pour la détection précoce et le traitement efficace du cancer de la bouche.

Le carcinome spinocellulaire du vermillon de la lèvre inférieure est le plus prévalent chez les personnes qui passent beaucoup de temps à l'extérieur : fermiers, pêcheurs, travailleurs de la construction, marins et golfeurs, entre autres. La faible aptitude à bronzer, qui est souvent, mais pas toujours, associée aux cheveux roux ou blonds, augmente de façon prononcée le risque de carcinome spinocellulaire. Les lésions surviennent à un âge relativement jeune dans cette population exposée à un risque plus élevé que les autres. Le tabagisme est aussi un facteur de risque. Le patient de l'ill. 1 était au courant de la présence «de gerçures et de saignement occasionnel» depuis 2 ans. Il n'avait que 43 ans, des cheveux roux et ne pouvait pas du tout bronzer, mais passait beaucoup de temps à l'extérieur sans prendre aucune précaution pour protéger ses lèvres (ou sa peau) de l'exposition aux rayons ultraviolets. Malgré l'innocence apparente de la lésion, la biopsie a révélé un carcinome in situ, soit le stade le plus avancé d'un précancer, précédant immédiatement un carcinome spinocellulaire envahissant. Lorsqu'une lésion préoccupante devient nodulaire (ill. 2), la probabilité de cancer augmente de manière prononcée. La biopsie de la lésion en cause a révélé un carcinome spinocellulaire envahissant précoce. Selon le stade d'avancement du carcinome spinocellulaire et l'état de la lèvre adjacente à la lésion, le traitement comporte une excision cunéiforme, avec ou sans vermillionectomie («rasage de la lèvre»). La détection précoce des lésions et le renvoi approprié à des spécialistes conduisent à une protection suffisante contre les rayons ultraviolets et à la prévention du cancer.

Ce n'est qu'en examinant régulièrement et systématiquement toute la cavité buccale qu'on peut déceler les lésions

asymptomatiques. Le patient de l'ill. 3 a été recommandé spécifiquement pour le diagnostic et le traitement d'une lésion de la langue d'importance clinique. Un examen buccal complet et systématique a été effectué, sans lequel le carcinome spinocellulaire asymptomatique serait passé inaperçu, causant la mort ou au moins une morbidité accrue. À la place, la radiothérapie a été curative, laissant des cicatrices locales minimales. Les patients peuvent rester tout à fait ignorants de lésions intrabuccales qui apparaissent étonnamment larges, si les lésions croissent lentement et si elles sont asymptomatiques. Malheureusement, même lorsque les patients s'aperçoivent de la présence d'une lésion intrabuccale, ils présument souvent par erreur que si ce n'est pas douloureux, ce n'est pas dangereux. Ainsi, par exemple, le patient atteint d'un carcinome muco-épidermoïde et présenté à l'ill. 4 était au courant d'une enflure asymptomatique depuis 18 mois. Comme cela a été le cas ici, les néoplasmes des glandes salivaires palatines peuvent souvent être pris, au moment du diagnostic, pour un abcès sous-périosté. Les néoplasmes des glandes salivaires (dont la moitié sont malins) et le carcinome et le lymphome antraux doivent faire partie du diagnostic différentiel des nodules en croissance situés à la jonction du palais dur et du palais mou.

L'épulis fissurée est une réaction courante à un processus lésionnel chronique issu de prothèses dentaires instables. Les plis linéaires de la muqueuse sont caoutchouteux au toucher en raison de la fibrose sous-jacente. Les épulides tendent à être asymptomatiques, mais peuvent devenir très sensibles si elles sont blessées d'une manière aiguë. L'épulis fissurée et le carcinome spinocellulaire n'ont pas de lien causal entre eux, mais un patient peut avoir plus d'une lésion buccale non liée en même temps. L'induration et la douleur persistante malgré l'évitement des traumatismes sont des signaux de danger qui avertissent de l'apparition possible d'un carcinome spinocellulaire, comme c'était le cas pour le patient de l'ill. 5. Cette femme âgée, avec une consommation tabagique de 20 paquets-année, avait ignoré la douleur constante issue de la lésion pendant plus d'une année.

Le granulome pyogène tend à surgir lorsqu'un caillot de sang se forme après une blessure accidentelle ou une intervention chirurgicale, et persiste comme nodule de tissu de

granulation. Les granulomes pyogènes tendent donc à se présenter soudainement sous la forme de nodules ulcérés étonnamment larges. La lésion illustrée à l'ill. 6 est apparue peu après l'excision d'une grande leucoplasie. Le granulome pyogène était considéré comme bien plus probable, mais la biopsie a révélé qu'il s'agissait d'un carcinome spinocellulaire. Il faut avoir les probabilités et les facteurs de risque à l'esprit lorsqu'on pense au cancer, d'où la nécessité d'un degré élevé de suspicion, d'un diagnostic différentiel, de renvois à des spécialistes appropriés et d'un usage judicieux des biopsies.

Les mucocèles sont des nodules sous-muqueux courants de la lèvre inférieure. Ils sont causés par la rupture traumatique accidentelle d'un canal excréteur d'une glande salivaire mineure, qui aboutit à l'accumulation de mucus. Typiquement, ces nodules sont superficiels, fluctuants et gênants; ils peuvent atteindre jusqu'à 3 cm de diamètre. Ce ne sont pas tous les nodules sous-muqueux de la lèvre qui sont des mucocèles, d'où la nécessité d'effectuer un diagnostic différentiel. Le carcinome muco-épidermoïde présenté à l'ill. 7 arborait certaines des caractéristiques cliniques d'une mucocèle. Même si les mucocèles contiennent du mucus, il en est de même pour la plupart des néoplasmes bénins et malins des glandes salivaires. Par conséquent, l'aspiration du mucus ne constitue ni un diagnostic ni une cure. On diagnostique et traite de manière définitive les mucocèles par une biopsie excisionnelle complète.

Le carcinome spinocellulaire gingival tend à être diagnostiqué à un stade très avancé, en partie à cause du fait que ses caractéristiques cliniques précoces sont occultées par une gingivite ou une parodontite coexistantes. La nodularité subtile de la lésion gingivale complexe présentée à l'ill. 8 était la caractéristique clinique clé qui a finalement conduit au diagnostic par biopsie du carcinome spinocellulaire. Cette zone était sensible et saignait depuis un an. Le patient en cause avait aussi contracté un lichen plan buccal, qui se manifeste ordinairement par des stries blanches minces avec ou sans érosion ou ulcération douloureuse; le lichen plan buccal se constate chez 1 % à 2 % de la population générale (des adultes pour la plupart). La relation précise entre le lichen plan buccal et le carcinome spinocellulaire reste controversée. Il faut se souvenir que le lichen plan buccal multifocal histologiquement typique peut, comme dans le cas qui nous occupe, être présent en même temps que le carcinome spinocellulaire buccal. L'un n'exclut pas l'autre, de la même manière que la parodontite (ou l'épulis fissurée) n'écarte pas la possibilité d'un cancer de la bouche.

La grande majorité des dents douloureuses hautement mobiles évoquent une parodontite au stade terminal ou un abcès paradontal. Il est bien trop facile de passer immédiatement de la constatation des symptômes au traitement, soit

l'extraction simple. Il faut à tout le moins prendre une radiographie antérieure à l'extraction et considérer d'autres possibilités dans le diagnostic différentiel : carcinome intra-osseux primaire, ostéomyélite, lymphome, hémangiome central et maladie métastatique. L'échec à diagnostiquer ces maladies augmente la morbidité et la mortalité chez les patients. Le carcinome intra-alvéolaire primaire (carcinome intra-osseux primaire) présenté à l'ill. 9 imitait cliniquement la parodontite : douleur, dents lâches et aucune preuve de lésion superficielle, en plus d'une enflure minimale de la crête environnante. La radiographie périapicale a toutefois montré une destruction diffuse et mal définie de l'os alvéolaire typique d'un processus infiltratif assez distinct de la parodontite. Le carcinome intra-alvéolaire primaire présenté à l'ill. 10 arborait des caractéristiques cliniques similaires. Encore une fois, la radioclarité mal définie s'est étendue trop loin au-delà des racines pour évoquer un abcès apical ou une parodontite. Dans les 2 cas, le dentiste traitant a astucieusement reconnu les signes avertisseurs radiographiques et n'a pas tardé à diriger les patients vers des investigations poussées.

En résumé, pour traiter efficacement le cancer de la bouche, il faut le déceler tôt. Parmi les professionnels de la santé, les dentistes et les hygiénistes dentaires sont les mieux placés pour détecter le cancer de la bouche dès ses débuts. Il incombe donc à l'équipe dentaire d'entretenir un degré élevé de suspicion, d'effectuer systématiquement des examens complets de la bouche, de procéder à des diagnostics différentiels, de prendre et d'interpréter les radiographies nécessaires, de faire les recommandations utiles et de rafraîchir régulièrement ses connaissances en médecine, pathologie et radiologie buccales. ♦

## Lectures supplémentaires

- Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Oral & maxillofacial pathology. 2nd ed. Philadelphia: WB Saunders Co.; 2002.  
 Regezi JA, Sciubba JJ, Jordan RC. Oral pathology. Clinical pathologic correlations. 4th ed. St. Louis: Saunders/Elsevier Science; 2003.  
 Sapp JP, Eversole LR, Wysocki GP. Contemporary oral and maxillofacial pathology. St. Louis Mosby - Year Book Inc.; 1997.  
 White SC, Pharoah MJ. Oral radiology. Principles and interpretation. 4th ed. St. Louis: Mosby - Year Book Inc.; 2000.

---

*Le Dr Lovas est professeur agrégé des sciences buccales et maxillofaciales, Faculté de médecine dentaire, Université Dalhousie. Il exerce à temps partiel dans un cabinet privé spécialisé en médecine et pathologie buccales.*

*Écrire au : Dr John Lovas, Faculté de médecine dentaire, Université Dalhousie, 5981, av. University, Halifax NS B3H 3J5. Courriel : jlovas@dal.ca.*

*Les vues exprimées sont celles de l'auteur et ne reflètent pas nécessairement les opinions et les politiques officielles de l'Association dentaire canadienne.*

---



**Illustration 1 :** Desquamation persistante et plaques croûtées du vermillon de la lèvre inférieure – chéilite actinique.



**Illustration 2 :** Fissuration persistante avec nodules subtils du vermillon de la lèvre inférieure – carcinome progressant vers la chéilite actinique.



**Illustration 3 :** Plaque blanche persistante avec nodules subtils du palais mou et de la luette – carcinome progressant vers la leucoplasie.



**Illustration 4 :** Nodule sous-muqueux caoutchouteux à la jonction entre le palais dur et le palais mou – carcinome muco-épidermoïde.



**Illustration 5 :** Nodule dur et douloureux persistant avec plis de tissu caoutchouteux – carcinome (un peu plus foncé) et épulis fissurée.



**Illustration 6 :** Nodule ulcéré apparu rapidement sur le bout de la langue – carcinome spinocellulaire.



**Illustration 7 :** Nodule sous-muqueux douloureux, ferme, fixe et bleuâtre du côté droit de la lèvre inférieure – carcinome muco-épidermoïde.



**Illustration 8 :** Nodules subtils, érosions rouges, plaques et stries blanches fines de la gencive attachée – carcinome spinocellulaire et lichen plan buccal.



**Illustration 9 :** Perte d'os alvéolaire mal définie («mousetée») qui n'épouse pas étroitement la forme de la surface radiculaire – carcinome intra-alvéolaire primaire. La radiographie est une gracieuseté du Dr H. Carr.



**Illustration 10 :** Radioclarité périapicale mal définie s'étendant postérieurement, bien au-delà des racines – carcinome intra-alvéolaire primaire. La radiographie est une gracieuseté du Dr B. Hart.