

La rubrique «Point de service» répond aux questions cliniques de tous les jours en donnant de l'information pratique sur les traitements en salle opératoire. Les réponses présentées reflètent les opinions des collaborateurs et ne visent pas à établir des normes de soins ou des recommandations pour la pratique clinique. Le lecteur est invité à pousser plus loin son étude des sujets traités. Si vous êtes intéressé à répondre à une question ou à en soumettre une, communiquez avec le rédacteur en chef, le Dr John O'Keefe, à jokeefe@cda-adc.ca.

QUESTION 1

Pourquoi les dentistes devraient-ils dépister le cancer de la bouche?

Les visites régulières chez le dentiste sont associées à des diagnostics du cancer de la bouche à un stade précoce. Il y a une vingtaine d'années, une étude de la Colombie-Britannique¹ effectuée auprès de personnes atteintes du cancer de la bouche a permis de constater que 70 % des personnes qui fréquentaient régulièrement le dentiste avaient reçu un diagnostic précoce (cancers de stade I ou II), tandis que seulement 40 % de ceux qui ne fréquentaient pas régulièrement un dentiste étaient atteints d'un cancer de la bouche diagnostiqué tôt. Le traitement du cancer de la bouche à un stade précoce est moins compliqué qu'à un autre stade et associé à un taux de survie accru. En outre, le coût du traitement pour un cancer de la bouche de stade IV est plus de 3 fois supérieur au coût du traitement pour un cancer au stade I². Par conséquent, le dépistage du cancer de la bouche par les dentistes peut à la fois améliorer le pronostic et réduire les coûts associés à la maladie.

Beaucoup de dentistes effectuent déjà systématiquement des examens cliniques pour le cancer de la bouche pendant les visites de rappel ordinaires. Une évaluation des coûts et des résultats des programmes de dépistage du cancer de la bouche au Royaume-Uni a montré que le dépistage par les dentistes peut être moins cher que le dépistage par les médecins³. Cette étude économique portait sur les examens cliniques comme seule technique de dépistage, mais envisageait des scénarios sans dépistage, avec dépistage sur invitation et avec dépistage opportuniste, fait par un dentiste ou un médecin, pour les groupes ciblés à risque élevé ou pour la population en général. Le dépistage opportuniste consiste en un examen visuel de la bouche pendant la visite d'un patient à un dentiste ou à un médecin pour une autre raison. Les auteurs ont constaté que la meilleure option du point de vue économique était le dépistage opportuniste des personnes à risque élevé par les dentistes.

Tableau 1 Justification de diverses stratégies de dépistage du cancer de la bouche

Stratégie	Arguments pour la stratégie	Arguments contre la stratégie
Âge Cibler les personnes d'un certain âge (p. ex., celles qui ont au moins 40 ans), plutôt que tous les adultes	<ul style="list-style-type: none"> • L'incidence à l'âge de 40 ans est de 10 à 20 fois plus grande qu'à l'âge de 20 ans⁴ • Le nombre d'exams de dépistage pour déceler un cas sera moindre chez les personnes d'un certain âge 	<ul style="list-style-type: none"> • Le fait de ne pas dépister chez les adultes jeunes signifie que les cas de cancer de la bouche dans ce groupe peuvent passer inaperçus jusqu'aux stades ultérieurs • La mortalité chez les patients jeunes signifie plus d'années de vie de perdues
Comportement Cibler les personnes avec facteurs de risque comportementaux (p. ex., tabagisme, consommation d'alcool) plutôt que tout le monde	<ul style="list-style-type: none"> • Le tabagisme et la consommation d'alcool sont tous les deux associés à une incidence accrue du cancer de la bouche⁵ • 75 % des patients atteints du cancer de la bouche signalent avoir ces habitudes⁴ 	<ul style="list-style-type: none"> • 25 % des patients atteints du cancer de la bouche ne présentent aucun facteur de risque⁴ • Beaucoup de facteurs de risque identifiants, comme le papillomavirus humain, peuvent rester non ciblés
Fréquence Effectuer le dépistage à chaque visite de rappel annuelle (plutôt qu'à tous les 2 ans)	<ul style="list-style-type: none"> • La possibilité de déceler le cancer de la bouche aux stades précoces augmente avec la fréquence des examens 	<ul style="list-style-type: none"> • Les avantages supplémentaires liés à une augmentation de la fréquence du dépistage peuvent ne pas compenser les coûts accrus qui y sont liés

Décider qui devrait faire l'objet d'un dépistage

Les questions de savoir quels patients doivent faire l'objet d'un dépistage et à quelle fréquence constituent des points clés dans l'établissement de lignes directrices en matière de dépistage du cancer de la bouche. Ces choix influent à la fois sur les coûts et les avantages de tout programme. Par conséquent, les lignes directrices en matière de dépistage du cancer de la bouche peuvent définir des seuils pour l'âge, les facteurs de risque pertinents et la fréquence optimale de dépistage. Chacun de ces choix s'accompagne d'un éventail de conséquences potentielles au chapitre des coûts, des avantages et des inconvénients (**tableau 1**). Les choix sont aussi liés entre eux. Par exemple, si on choisit une plage d'âge serrée, les ressources conservées pourraient être appliquées au raccourcissement de l'intervalle entre les dépistages. Les lignes directrices actuelles⁶ pour le dépistage annuel de tous les patients à partir de 40 ans témoignent d'un consensus, lequel peut changer suivant la nouvelle information obtenue. Toutes les options de dépistage s'appliquent seulement aux personnes qui viennent recevoir des soins dentaires; il faudra aussi des ressources pour les programmes externes destinés aux personnes qui ne reçoivent pas de soins dentaires régulièrement.

Incidence des technologies adjuvantes

L'application des technologies adjuvantes est plus susceptible d'avoir une incidence importante sur les activités de dépistage et d'influer à la fois sur le coût et sur les résultats associés au dépistage du cancer de la bouche. Les méthodes comme la coloration au bleu de toluidine et la visualisation par fluorescence peuvent améliorer les avantages du dépistage au chapitre des taux de survie et de la réduction des coûts de traitement, mais il faut tenir compte de l'ampleur de l'amélioration et de la manière dont elle se compare avec les coûts accrus du dépistage et d'autres effets, comme la fréquence des résultats positifs faux. Il convient de mentionner que la valeur ajoutée de

ces technologies est toujours inconnue et dépend vraisemblablement d'initiatives de sensibilisation. Une évaluation supplémentaire dans la collectivité constitue une des premières priorités. ➤

LES AUTEURS

Mme Zahra Musa est candidate à la maîtrise d'administration de la santé, Université de la Colombie-Britannique; et coordonnatrice de l'étude sur l'économie de la santé, Centre d'économie de la santé en matière de cancer, Agence du cancer de la C.-B., Vancouver (Colombie-Britannique). Courriel : zmusa@bccrc.ca

Mme Karissa Johnston est chercheuse scientifique au Centre d'économie de la santé en matière de cancer, Agence du cancer et Centre de recherche sur le cancer de la C.-B., Vancouver (Colombie-Britannique).

Le Dr Stuart Peacock est économiste de la santé et professeur adjoint, médecine, Université de la Colombie-Britannique; et directeur du Centre d'économie de la santé en matière de cancer, Agence du cancer et Centre de recherche sur le cancer de la C.-B., Vancouver (Colombie-Britannique).

La Dre Miriam P. Rosin est scientifique translationnelle et professeure, sciences appliquées, Université Simon Fraser, Burnaby (Colombie-Britannique), médecine, Université de la Colombie-Britannique; et directrice du BC OCPP, Agence du cancer et Centre de recherche sur le cancer de la C.-B., Vancouver (Colombie-Britannique).

Le Dr J. Mark Elwood est épidémiologiste et professeur en clinique, médecine, Université de la Colombie-Britannique; et vice-président d'oncologie communautaire et familiale, Agence du cancer de la C.-B., Vancouver (Colombie-Britannique).

Références

1. Elwood JM, Gallagher RP. Factors influencing early diagnosis of cancer of the oral cavity. *CMAJ* 1985; 133(7):651-6.
2. Zavras A, Andreopoulos N, Katsikeris N, Zavras D, Cartsos V, Vamvakidis A. Oral cancer treatment costs in Greece and the effect of advanced disease. *BMC Public Health* 2002; 2:12. Epub 2002 Jul 19.
3. Speight PM, Palmer S, Moles DR, Downer MC, Smith DH, Henriksson M, and other. The cost-effectiveness of screening for oral cancer in primary care. *Health Technol Assess* 2006; 10(14):1-144, iii-iv.
4. Laronde DM, Hislop TG, Elwood JM, Rosin MP. Oral cancer: just the facts. *J Can Dent Assoc* 2008; 74(3):269-72.
5. Lim K, Moles DR, Downer MC, Speight PM. Opportunistic screening for oral cancer and precancer in general dental practice: results of a demonstration study. *Br Dent J* 2003; 194(9):497-502.
6. The Early Detection of Oral Cancer Working Group. Guideline for the early detection of oral cancer in British Columbia 2008. BC Oral Cancer Prevention Program of the BC Cancer Agency. March 2008. Available: www.cdsbc.org/pdf/OC_Guideline_Final_2008.pdf.

QUESTION 2

Le cancer de la bouche peut-il apparaître chez une personne sans risque connu?

Une femme de 39 ans présentait des épisodes récurrents de douleurs intenses à la mâchoire et de douleurs à la langue allant de légères à modérées. Ces symptômes ont suscité des investigations de la part de son dentiste et de son médecin de famille. Incapables de fournir une explication adéquate à la patiente, ils l'ont dirigée vers un dermatologue parce qu'ils avaient noté une plaque blanche dans la région douloureuse de la langue. L'impression clinique était que la lésion était d'origine traumatique et vraisemblablement reliée à la dent 37, inclinée du côté de la langue. On a rassuré la patiente. Aucune autre évaluation ou surveillance n'a été recommandée, et la patiente a reçu son congé.

Environ 3 mois plus tard, la patiente a signalé l'apparition d'une douleur intense à la mandibule et à la zone sous-mandibulaire gauches. Elle a de nouveau rendu visite à son dentiste de famille qui a été capable d'exclure la présence d'une pathologie dentaire comme explication pour la douleur. Bien que la patiente se plaignait de douleurs persistentes notamment en parlant et en mangeant, aucun trouble temporomandibulaire n'a pu être identifié. La per-

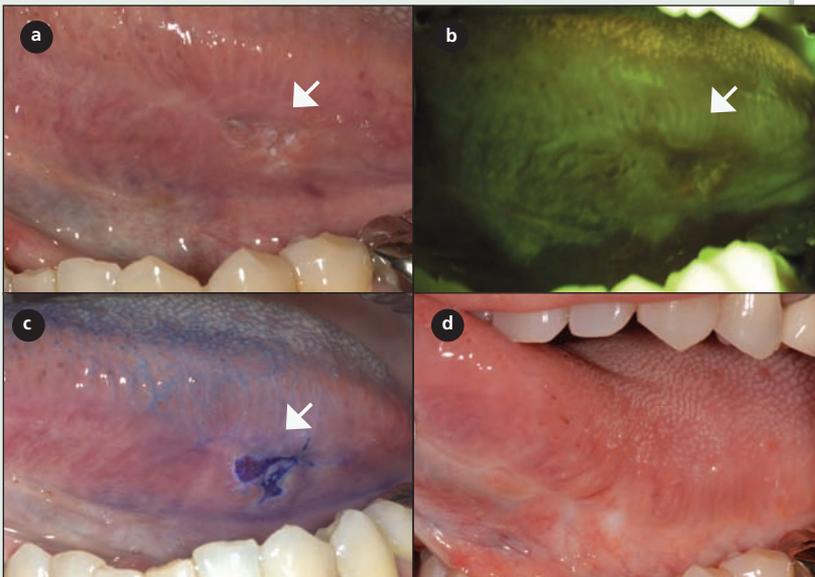
sistance d'une lésion dite «traumatique» du côté gauche de la langue était préoccupante, et une biopsie diagnostique a été effectuée. Celle-ci a montré une dysplasie épithéliale d'intensité légère à modérée. Par conséquent, la patiente a été dirigée vers une clinique de dysplasie affiliée au Programme de prévention du cancer de la bouche de la Colombie-Britannique et à l'Agence du cancer de la Colombie-Britannique.

La première visite de la patiente à la clinique de dysplasie a eu lieu 6 semaines après la biopsie initiale. La patiente se plaignait d'une douleur croissante focalisée dans la région sous-mandibulaire gauche et l'articulation de la mâchoire. La douleur était suffisamment importante pour nuire à la fonction buccale et pour perturber le sommeil. L'examen clinique a révélé un siège de biopsie n'ayant pas guéri et une petite lésion blanche ulcérée (< 1 cm) du côté gauche de la surface ventrale de la langue (ill. 1a-1c). En raison de la douleur croissante de la patiente et de l'échec d'une guérison en temps opportun du siège initial de la biopsie, une deuxième biopsie a été programmée. Chose surprenante, la biopsie comparative a montré un carcinome spinocellulaire envahissant sur la face

latérale gauche de la langue. Cette lésion localement envahissante ne s'était pas étendue aux ganglions lymphatiques dans la région ni n'a été l'objet de métastases distantes. Elle a fait l'objet d'une résection chirurgicale, et le rétablissement post-chirurgical s'est fait sans anicroche. Lors du suivi au bout de 3 ans (ill. 1d), la patiente ne ressentait aucune douleur et ne présentait aucun signe clinique de récurrence de la maladie; la fonction buccale avait, quant à elle, repris son cours normal.

Une personne jeune qui ne fume ni ne boit peut attraper le cancer de la bouche

La grande majorité des cancers de la bouche apparaissent dans la cinquième ou la sixième décennie de la vie, habituellement chez les personnes ayant des habitudes de consommation importante de tabac et d'alcool depuis longtemps. Dans notre étude longitudinale (données non encore publiées), nous avons observé un nombre important de circonstances, semblables à celles décrites ici, où le cancer de la bouche a été diagnostiqué en l'absence de



III. 1 : Petite lésion blanche ulcérée du côté ventral gauche de la langue d'une femme de 39 ans sans antécédents de consommation de tabac ou d'alcool. (a) Lésion (flèche) visualisée à la lumière ordinaire. (b) Lésion visualisée par fluorescence directe montrant une perte de fluorescence (flèche). (c) Lésion visualisée après l'application de bleu de toluidine montrant une région focale d'absorption du colorant (flèche). (d) Cicatrice non observable cliniquement du côté gauche de la langue 3 ans après l'intervention chirurgicale.

facteurs de risque classiques. Par exemple, chez les patients que nous avons suivis, 18,5 % avaient entre 40 et 45 ans et 9 % avait moins de 40 ans au moment où ils ont reçu un diagnostic de cancer de la bouche. Beaucoup n'avait jamais consommé d'alcool; 31 % de tous les participants à l'étude n'avait jamais fait usage de produits du tabac. La personne la plus jeune chez qui on a diagnostiqué le cancer de la bouche avait 18 ans. La jeunesse de l'âge et l'absence de facteurs de risque classiques aboutissent souvent à un retard du diagnostic^{1,2}. D'autres renseignements au sujet des facteurs de risque du cancer de la bouche sont examinés dans le présent numéro³.

La douleur et l'absence de guérison peuvent être les signes avant-coureurs du cancer de la bouche

Une étude pilote récente effectuée dans le cadre de notre étude longitudinale (données non publiées) et portant sur l'expérience des patients depuis la détection jusqu'au diagnostic d'une lésion buccale de grade élevé a montré que 57 % (12/21) ont d'abord relevé la lésion buccale eux-mêmes. Dans ce groupe, la douleur était la doléance initiale la plus courante (11/12, 92 %), suivie par le changement de couleur des tissus (4/12, 33 %) et par la présence de gros-seurs ou de bosses (3/12, 25 %). Chose surprenante, deux tiers des patients (8/12) ne s'inquiétaient pas des symptômes buccaux initiaux, ce qui est largement attribuable à la notoriété limitée du cancer de la bouche. Des résultats similaires ont été observés dans d'autres études^{4,5}. Chose intéressante, parmi les lésions relevées initialement par les professionnels de la santé (p. ex., par dépistage), toutes les lésions de grade élevé étaient asymptomatiques. Ce fait souligne davantage l'importance du dépistage régulier du cancer de la bouche.

Une petite lésion buccale indolore difficile à reconnaître peut être maligne

Le cancer de la bouche n'est pas toujours étendu. La taille des lésions a été citée comme facteur de risque indépendant pour la transformation ma-

ligne des lésions buccales pré-malignes⁶. Toutefois, un cancer de la bouche envahissant peut être petit, comme dans le cas décrit.

En règle générale, si une lésion muqueuse suspecte persiste pendant plus de 3 semaines après le retrait des irritants locaux, comme un trauma, une infection ou une inflammation, une biopsie diagnostique est recommandée. Le présent cas attire l'attention sur les aberrations démographiques et les cas atypiques. Une attention soigneuse peut sauver une vie! ♦

LES AUTEURES

La Dre Catherine F. Poh est pathologiste buccale et professeure adjointe, médecine dentaire, Université de la Colombie-Britannique; pathologiste buccale, Service de biopsie buccale de la C.-B.; et dirigeante en dépistage du BC OCPP, Agence du cancer et Centre de recherche sur le cancer de la C.-B., Vancouver (Colombie-Britannique). Courriel : cpoh@interchange.ubc.ca

La Dre P. Michele Williams est spécialiste en médecine buccale et professeure en clinique, médecine dentaire, Université de la Colombie-Britannique; et dirigeante en médecine buccale du BC OCPP et de la Division d'oncologie buccale, Agence du cancer et Centre de recherche sur le cancer de la C.-B., Vancouver (Colombie-Britannique).

Références

1. Kowalski LP, Franco EL, Torloni H, Fava AS, de Andrade Sobrinho J, Ramos G, and others. Lateness of diagnosis of oral and oropharyngeal carcinoma: factors related to the tumour, the patient and health professionals. *Eur J Cancer B Oral Oncol* 1994; 30B(3):167-73.
2. Llewellyn CD, Johnson NW, Warnakulasuriya S. Factors associated with delay in presentation among younger patients with oral cancer. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2004; 97(6):707-13.
3. Laronde DM, Hislop TG, Elwood M, Rosin MP. Oral cancer: just the facts. *J Can Dent Assoc* 2008; 74(3):269-72.
4. Onizawa K, Nishihara K, Yamagata K, Yusa H, Yanagawa T, Yoshida H. Factors associated with diagnostic delay of oral squamous cell carcinoma. *Oral Oncol* 2003; 39(8):781-8.
5. Scott SE, Grunfeld EA, McGurk M. Patient's delay in oral cancer: a systematic review. *Community Dent Oral Epidemiol* 2006; 34(5):337-43.
6. Napier SS, Cowan CG, Gregg TA, Stevenson M, Lamey PJ, Toner PG. Potentially malignant oral lesions in Northern Ireland: size (extent) matters. *Oral Dis* 2003; 9(3):129-37.

QUESTION 3

Le message est-il clair? Parler à son patient du dépistage du cancer de la bouche

Communiquer efficacement avec ses patients au sujet des avantages potentiels du dépistage du cancer de la bouche et des facteurs de risque de la maladie peut être difficile. Toutefois, en tant que cliniciens, nous sommes obligés de veiller à ce que nos patients reçoivent et comprennent cette information afin qu'ils soient armés pour le processus de décision relatif aux soins de santé. Dans la littérature, le terme «littératie en santé» est utilisé pour parler du lien entre le degré de connaissance et de sensibilisation d'un patient et la capacité d'agir à partir de l'information sur la santé.

La communication avec les patients est compliquée par le fait que les cliniciens et les patients ont chacun un vocabulaire différent. En outre, la médiocrité de la littératie en santé est courante chez les personnes ayant peu de scolarité, les immigrants, les personnes âgées et les minorités ethniques¹. Le problème se trouve encore plus compliqué par le fait que 48 % des adultes canadiens de plus de 16 ans ont seulement des compétences générales de base en littératie². Il en découle qu'ils ont de la difficulté à lire, à comprendre et à traiter les documents écrits du quotidien à moins qu'ils soient simples et clairement présentés. Cette difficulté nuit à la capacité du patient d'obtenir, de traiter et de comprendre l'information de base sur la santé

nécessaire pour prendre des décisions appropriées en matière de soins de santé³.

L'insuffisance de la littératie en santé est un facteur clé qui compromet la communication clinicien-patient⁴. Cette insuffisance peut affecter l'incidence du cancer, la mortalité et la qualité de vie; elle est un indicateur potentiel du risque accru de cancer et de faible participation aux programmes de lutte contre le cancer^{5,6}. Autrement dit, l'inefficacité de la communication relative au dépistage du cancer de la bouche peut aboutir à un diagnostic à un stade retardé. Une fois la maladie diagnostiquée, les options de traitement peuvent être mal comprises, ce qui compromet l'acceptation par le patient des soins recommandés et sa conformité à ceux-ci. Ce qui suit illustre une approche étape par étape mettant en évidence les points et les techniques clés pour les cliniciens en vue d'améliorer leur communication avec leurs patients, le dépistage du cancer de la bouche y étant mis en évidence.

Points pratiques pour améliorer la communication avec le patient

Examen des antécédents du patient

- Recherchez des indices auprès du patient qui indiquent une compréhension inadéquate, comme le fait de remplir un formulaire d'antécédents de santé d'une manière incomplète et inexacte, un usage incorrect des mots ou une demande de répéter des instructions déjà données.
- Identifiez les patients ayant une littératie en santé faible et fournissez-leur des renseignements expressément adaptés à leurs besoins, à l'aide d'une communication claire, autant à l'oral qu'à l'écrit.
- Prenez garde aux obstacles potentiels à la communication causés par les différences culturelles, les handicaps, les différences relatives aux attitudes et aux croyances, le manque de confiance et les déficiences auditives.

Pendant la conversation

- Imaginez que vous êtes le patient au moment de donner des conseils et présumez que votre patient ne comprendra pas ou n'intégrera pas la plus grande part de ce qui est dit.
- Trouvez ce que le patient sait déjà. Misez sur cette connaissance existante et comblez les écarts. Par exemple, commencez par demander au patient : «Avez-vous déjà entendu parler du cancer de la bouche?» et «Qu'en savez-vous?».

Questions courantes relatives au dépistage du cancer de la bouche

Ai-je réellement besoin d'un dépistage du cancer de la bouche?

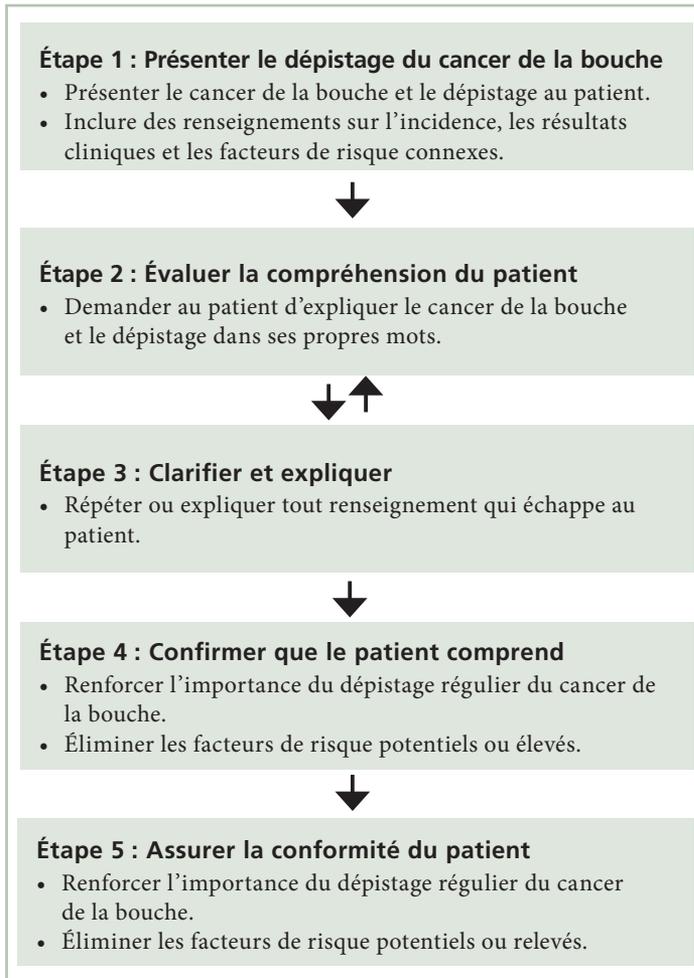
«Le cancer peut apparaître dans la bouche. Au moyen du dépistage régulier, nous pouvons déceler le cancer de la bouche à ses premiers stades, moment où il est plus facile à traiter.»

Pensez-vous que j'ai le cancer? Dois-je m'inquiéter?

«La plupart des cancers de la bouche ne sont ni inconfortables ni douloureux. L'examen de dépistage vise à vérifier votre bouche pour voir s'il y a des anomalies qui doivent faire l'objet d'un suivi. Cet examen ne signifie pas que vous avez le cancer de la bouche.»

Comment puis-je prévenir le cancer de la bouche?

«On peut prévenir la plupart des cancers de la bouche en s'abstenant de fumer, de chiquer du tabac, et en réduisant la quantité d'alcool qu'on boit. Un examen régulier de la bouche constitue une manière de trouver rapidement un changement anormal s'il en est un.»



III. 1 : Méthode par étapes «d'enseignement en retour» dans la communication avec le patient au sujet du dépistage du cancer de la bouche.

- Parlez en termes concrets et simples que les patients peuvent comprendre; évitez l'emploi de termes médicaux comme *biopsie* ou *lésion*.
- Attachez-vous aux renseignements clés. Faites des phrases courtes. Répétez les renseignements en cas de nécessité.
- Gardez le contact des yeux pendant que vous parlez au patient pour créer le sentiment d'un lien personnalisé. Soyez respectueux, attentionné et sensible.
- Utilisez des méthodes alternatives de transmission de l'information. En plus des imprimés, le fait de dessiner des images ou d'utiliser des vidéos peut améliorer la compréhension chez le patient.
- Servez-vous de la méthode de l'«enseignement en retour» pour confirmer que le patient comprend l'information (III. 1). Il s'agit d'une manière efficace de veiller à ce que les patients comprennent ce que vous leur avez dit. Elle implique de demander au patient d'expliquer ou de démontrer l'information relative à la santé qui a été présentée⁷. À l'aide de cette technique,

le clinicien assume la responsabilité de l'enseignement adéquat et efficace du patient et de la communication avec celui-ci. Si le patient ne peut pas expliquer ou démontrer ce qu'il a appris, le clinicien doit présumer qu'il ne lui a pas fourni une explication adéquate ou claire et doit, par conséquent, prendre des mesures supplémentaires ou en répéter pour veiller à ce que le patient comprenne ce qu'il a besoin de savoir.

Il est indubitable qu'il faut sensibiliser le public au sujet du dépistage du cancer de la bouche et des facteurs de risque de cette maladie dévastatrice. Pour améliorer les résultats cliniques buccaux, il est essentiel de reconnaître et de régler les questions relatives à la littératie du patient et à la littératie en santé. ♦

LES AUTEURES

Mme Brenda L. Currie est hygiéniste dentaire et candidate au doctorat, médecine dentaire, Université de la Colombie-Britannique et BC OCPP, Agence du cancer et Centre de recherche sur le cancer de la C.-B., Vancouver (Colombie-Britannique).

La Dre P. Michele Williams est spécialiste en médecine buccale et professeure en clinique, médecine dentaire, Université de la Colombie-Britannique; et dirigeante en médecine buccale du BC OCPP et de la Division d'oncologie buccale, Agence du cancer et Centre de recherche sur le cancer de la C.-B., Vancouver (Colombie-Britannique).

La Dre Catherine F. Poh est pathologiste buccale et professeure adjointe, médecine dentaire, Université de la Colombie-Britannique; pathologiste buccale, Service de biopsie buccale de la C.-B.; et dirigeante en dépistage du BC OCPP, Agence du cancer et Centre de recherche sur le cancer de la C.-B., Vancouver (Colombie-Britannique). Courriel : cpoh@interchange.ubc.ca

Références

1. Le Journal de bord du capitaine : Cap sur l'alphabétisation et la santé pendant le nouveau millénaire. Rapport de la première conférence canadienne sur l'alphabétisation et la santé, tenue du 28 au 30 mai 2000, à Ottawa, Canada. Ottawa: Association canadienne de santé publique et Programme sur l'alphabétisation et la santé; 2001. Accessible à : http://www.nlhp.cpha.ca/conference/c_log_f.pdf.
2. Statistics Canada, Human Resources and Skills Development Canada, US national Center for Education Statistics, Organisation for Economic Co-Operation and Development. International adult literacy and skills survey (IALSS): findings regarding the literacy proficiency of Canadians. Toronto: ABC Canada Literacy Foundation; 2005. Available: www.abc-canada.org/media_room/media/ialss_summary_nov_05.pdf (accessed 2008 Feb 6).
3. Healthy people 2010: understanding and improving health. 2nd ed. Washington DC: United States Department of Health and Human Services; 2000. Available: www.healthypeople.gov/Document/tableofcontents.htm#volume1.
4. Davis TC, Williams MV, Marin E, Parker RM, Glass J. Health literacy and cancer communication. *CA Cancer J Clin* 2002; 52:134–49. Available: <http://caonline.amcancersoc.org/cgi/content/full/52/3/134> (accessed 2008 Feb 5).
5. Merriman, B. Ades T, Seffrin, JR. Health literacy in the information age: communicating cancer information to patients and families. *CA Cancer J Clin* 2002; 52(3):130–3. Available: <http://caonline.amcancersoc.org/cgi/content/full/52/3/130> (accessed 2008 Feb 5).
6. Michielutte R, Alciati MH, el Arculli R. Cancer control research and literacy. *J Health Care Poor Underserved* 1999; 10(3):281–97.
7. Kripalani S, Weiss BD. Teaching about health literacy and clear communication. *J Gen Inter Med* 2006; 21(8):888–90.

QUESTION 4

Que dire à mon patient qui a besoin d'une biopsie?

Lorsqu'un clinicien trouve une lésion buccale qui éveille les soupçons de prémalinïté ou de malinïté précoce, il doit effectuer une biopsie. Il est important de préparer le patient à la biopsie et de calmer ses inquiétudes. Ce travail doit être effectué d'une manière qui prévient une anxiété inutile et aussi d'une manière qui informe le patient de l'importance du test et de l'intérêt pour lui de se conformer à votre recommandation.

Préparer le patient à la biopsie

La seule évocation de la biopsie peut créer une immense anxiété chez le patient. Dans son esprit,

le mot «biopsie» est souvent lié immédiatement au cancer, si bien qu'il est important de lui rappeler que c'est la seule manière d'en arriver à un diagnostic définitif pour beaucoup de maladies touchant les tissus de la bouche.

Bien préparée, la nécessité d'une biopsie sera habituellement bien comprise et acceptée par le patient. Les patients adultes relient souvent la procédure à la nécessité pour leur médecin ou leur dermatologue de vérifier les moles cutanées.

Une fois que la décision de prélever une biopsie a été prise, il est important d'informer le patient des raisons qui vous ont poussé à recommander cette

Expliquer le diagnostic au patient

Voici un exemple de ce qui peut être dit à un patient atteint d'une dysplasie de grade inférieur (légère à modérée).

«Votre biopsie a montré une dysplasie de grade inférieur. La dysplasie est un terme utilisé par le pathologiste pour décrire des modifications des cellules dans l'échantillon de tissu. En raison du fait que certaines dysplasies peuvent progresser vers le cancer, nous les surveillons étroitement. Les dysplasies peuvent être légères, modérées ou graves selon l'ampleur du changement des tissus. Pour l'instant, la modification observée dans la biopsie était minimale (modérée). Nous l'avons constatée précocement. Il est important de savoir que la plupart des dysplasies légères ou modérées ne se transforment pas en cancer. Toutefois, en raison du fait qu'il y a un petit risque et que nous ne disposons d'aucun moyen pour dire quelle dysplasie légère (modérée) se transformera en cancer, nous recommandons un suivi régulier et nous l'avons organisé pour vous.» (Donner des détails.)

En Colombie-Britannique, la recommandation est que toutes les dysplasies de grade élevé (grave ou carcinome in situ) soient traitées. Par conséquent, le dialogue sera assez similaire à celui qui est utilisé pour les cancers. Voici un exemple de ce qui peut être dit à un patient atteint d'une dysplasie de grade élevé.

«Votre biopsie a montré une dysplasie grave (carcinome in situ). La dysplasie est un terme utilisé par le pathologiste pour décrire un tissu comportant un risque plus grand de progresser vers le cancer que celui d'un tissu normal. En raison du fait qu'un nombre important de dysplasies graves (carcinome in situ) progressent vers le cancer, nous recommandons le retrait de la lésion à ce stade précoce. Des dispositions ont été prises pour le traitement chirurgical. Une fois celui-ci effectué, vous continuerez de nécessiter un suivi régulier et nous prendrons des dispositions à cet égard aussi.»

Voici un exemple de ce qui peut être dit à un patient atteint d'un carcinome spinocellulaire.

«Le résultat de votre biopsie indique que vous avez le cancer de la bouche. Ce diagnostic signifie que vous avez besoin d'un traitement. En raison du fait qu'il s'agit d'une priorité, j'ai déjà pris un rendez-vous pour que vous voyiez une équipe de médecins à notre centre de cancérologie. Ce sont des experts dans le traitement du cancer de la bouche, et ils seront en mesure de vous aider à choisir le meilleur traitement. Même si vous êtes maintenant appelé à voir différents médecins, sachez que je suis là pour vous soutenir dans toute la mesure du possible dans cette époque difficile de votre vie.»

procédure et de ce qu'elle implique. Par exemple, dites : «Beaucoup de maladies apparaissant dans la bouche peuvent avoir un aspect fort similaire. Je crois qu'il est important de prélever un infime morceau de tissu, soit une biopsie, et de le regarder au microscope. De cette manière, nous saurons exactement ce dont il s'agit et comment traiter.»

Lorsque vous parlez à un patient, il n'y a pas de règles inflexibles. Souvent, le bon sens joue un rôle important. Pour un patient hautement anxieux qui se conformera à la recommandation de biopsie, ce ne serait peut-être pas une bonne idée d'insister sur le mot cancer, voire de le mentionner. Le simple fait d'insister sur «la nécessité d'éliminer une maladie sérieuse» peut suffire dans une telle situation.

Prenez garde aux annulations de rendez-vous et aux défauts de se présenter. Il peut s'agir d'une stratégie d'évitement nécessitant votre attention. Communiquez avec le patient pour lui répéter l'importance du test et l'intérêt pour lui de se conformer à votre recommandation. Veillez à ce que ces conseils soient documentés dans le dossier du patient.

Discuter du résultat de la biopsie avec le patient

Expliquer les résultats de la biopsie en vue de déceler des lésions buccales malignes ou pré-malignes et discuter de la prise en charge avec le patient peuvent être des tâches intimidantes, non seulement à cause de l'émotion que suscitent les discussions de ce genre, mais aussi en raison du fait que les renseignements peuvent être entièrement nouveaux pour la plupart des patients. Si le diagnostic n'est pas le cancer ou la dysplasie, un appel pour informer le patient que le résultat de la biopsie est bénin (non sérieux) peut être approprié pour réduire l'anxiété au minimum avant un rendez-vous de suivi pour discuter des résultats en détail et pour répondre aux questions que le patient pourrait avoir.

Si le résultat de la biopsie indique l'existence d'une dysplasie ou d'un cancer¹, organiser un rendez-vous pour annoncer la nouvelle est fortement recommandé. Ce rendez-vous fournit l'occasion d'une explication approfondie et vous permet d'offrir du

soutien professionnel et de répondre aux questions qui peuvent surgir.

Les éléments qui suivent sont des points que vous devriez aborder dans votre discussion au sujet des résultats de la biopsie.

- Expliquez le diagnostic et sa signification.
- Sur la base de l'information que vous avez fournie, offrez des recommandations de prise en charge à la considération du patient.
- Discutez de l'importance du suivi.
- Si le patient est un utilisateur régulier de tabac, c'est une bonne occasion de discuter de l'abandon du tabac.

Prendre le temps d'assurer une communication aidante et compatissante peut réduire au minimum l'anxiété associée à la biopsie et à l'annonce des résultats. Cette diminution de l'anxiété du patient peut conduire à une amélioration de la compréhension de la prise en charge et du traitement, et de la conformité à cet égard, et à une amélioration des soins au patient. ➤

LES AUTEURS

Le Dr Allan J. Hovan est spécialiste en médecine buccale et professeur adjoint en clinique, médecine dentaire, Université de la Colombie-Britannique; et dirigeant en pratique provinciale, Division d'oncologie buccale, Agence du cancer de la C.-B., Vancouver (Colombie-Britannique). Courriel : ahovan@bccancer.bc.ca

Mme Denise M. Laronde est hygiéniste dentaire et candidate au doctorat, sciences appliquées, Université Simon Fraser et BC OCPP, Agence du cancer et Centre de recherche sur le cancer de la C.-B., Vancouver (Colombie-Britannique).

La Dre Lewei Zhang est pathologiste buccale et professeure, médecine dentaire, Université de la Colombie-Britannique; directrice, Service de biopsie buccale de la C.-B.; et dirigeante en pathologie du BC OCPP, Agence du cancer et Centre de recherche sur le cancer de la C.-B., Vancouver (Colombie-Britannique).

Mme Brenda L. Currie est hygiéniste dentaire et candidate au doctorat, médecine dentaire, Université de la Colombie-Britannique et BC OCPP, Agence du cancer et Centre de recherche sur le cancer de la C.-B., Vancouver (Colombie-Britannique).

Référence

1. Poh CF, Ng S, Berean KW, Williams PM, Rosin MP, Zhang L. Biopsy and histopathologic diagnosis of oral premalignant and malignant lesions. *J Can Dent Assoc* 74(3):283-8.