



Devant un auditoire attentif, Didier Gauzeran a souligné l'importance d'un diagnostic précoce dans les lésions à risque d'évolution maligne.

Soirée Fssosif – 9 novembre 2011 – *Lésions buccales*

L'omnipraticien face aux lésions buccales

Didier Gauzeran est intervenu, lors de la formation annuelle proposée par la Fédération des sociétés scientifiques odonto-stomatologiques de l'Île-de-France (Fssosif), dont la SOP est membre. Avant le compte rendu en images, pages suivantes, voici une synthèse des grands principes de la question, tirés de la conférence de Didier Gauzeran.

Quel que soit le stade des lésions cancéreuses de la cavité buccale, le pronostic est très sérieux et n'a quasiment pas varié depuis 30 ans. Le taux de survie à trois ans est de 50 %, de 30 % à cinq ans et de 10 % à dix ans, tous stades confondus. Car 70 % des cancers sont diagnostiqués au stade T3 ou T4 de façon beaucoup trop tardive. Au stade T1, lorsque la lésion mesure moins de 2 cm, le taux de survie à cinq ans est de 65 % ; au stade T2, il chute à 30 %.

Ces données soulignent tout l'intérêt d'un diagnostic précoce des quatre principaux types de lésion à risque potentiel de transformation maligne : les érosions, les ulcérations (atteinte du conjonctif), les kératoses et les nodules. Il faudra se poser quatre questions face à ces lésions afin d'en définir le risque potentiel : quel type de lésion ? Quelle cause ? Quelle localisation ? Quels facteurs de risque liés au patient ? Les risques avérés sont le tabac, le cannabis (++) , l'alcool, les radiations, les virus. Les risques associés sont l'inflammation chronique, la septicité buccale, les facteurs nutritionnels.



Didier Gauzeran

Indépendamment du diagnostic, qui relève la plupart du temps de l'analyse anatomopathologique, il est essentiel de définir si la lésion est suspecte ou non. Elle l'est d'autant plus que le patient présente des facteurs de risque. La lésion unique est plus grave que les lésions multiples. Si elle persiste après la suppression de la cause, elle doit être prise en charge (biopsie ou exérèse).

Les lésions kératosiques du dos de la langue sont moins graves que celles de la face ventrale et du plancher buccal où la muqueuse est peu épaisse et peu résistante, mais il faudra quand même les traiter avant qu'elles n'évoluent. Une dysplasie de bas grade enlevée en totalité constitue un avertissement sans frais, et le diagnostic d'un cancer *in situ* est d'un bon pronostic. Les lichens plans sont des lésions qui, en présence de tabac, présentent un risque d'évolution vers le cancer. Sur les formes anciennes, seuls 1 % à 4 % des cas évoluent négativement. La pose de PAP ou d'implant sur ces kératoses doit absolument être proscrite.

Marc Roché

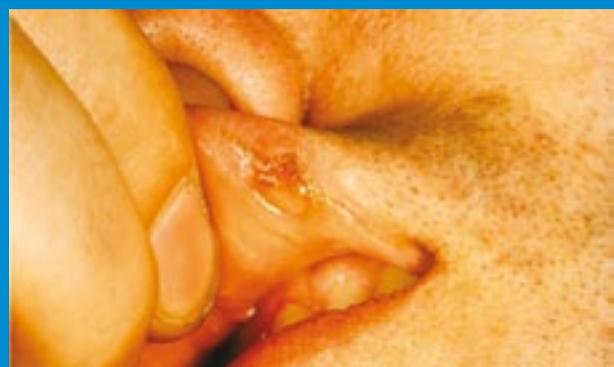




Didier Gauzeran

Soirée Fssosif – 9 novembre 2011 – *Lésions buccales*

L'omnipraticien face aux lésions buccales



Chancre syphilitique.



Pemphigoïde cicatricielle (cadre des gingivites érosives chroniques).



Kératose verruqueuse tabagique (chique de bétel). Lésion à risque.



Carcinome épidermoïde d'origine virale (HPV 16) chez un homme de 24 ans sans facteur de risque associé.



Carcinome épidermoïde sur lichen plan chez une femme de 70 ans sans facteur de risque associé.



Carcinome épidermoïde (T1 N0 M0)* chez un homme de 65 ans sans facteur de risque associé. À noter la néovascularisation (néoangiogenèse) qui représente un signe suspect.

* T1 : 1 cm; N0 : pas de ganglion; M0 : pas de métastase



Carcinome épidermoïde (T1 N0 M0) débutant du plancher buccal gauche. Addiction alcoolo-tabagique.



Lésion kératosique inhomogène par traumatisme prothétique chronique. Néoplasie intra-épithéliale de bas grade (lésion précancéreuse).



Carcinome épidermoïde (T1 N0 M0) sur kératose tabagique.



Kératose tabagique rétrocommissurale chez un homme de 50 ans. Néoplasie intra-épithéliale de bas grade (lésion précancéreuse).



Lichen plan verruqueux sous une PAP (phénomène de Koebner). Un implant est formellement contre-indiqué sans guérison préalable.



Candidose chronique en foyer. Néoplasie intra-épithéliale de haut grade (lésion précancéreuse).



Didier Gauzeran

Soirée Fssosif – 9 novembre 2011 – *Lésions buccales*

L'omnipraticien face aux lésions buccales



Kératose virale (HPV 16) du voile du palais gauche chez un homme de 61 ans sans facteur de risque associé. Lésion à haut risque de transformation maligne.



Kératose inhomogène idiopathique. Néoplasie intra-épithéliale de haut grade (lésion précancéreuse).



Gingivite hyperplasique strictement sectorisée sans cause décelée. Séropositivité HIV positive.



Lésion nodulaire du plancher buccal. Lymphome B malin non hodgkinien.



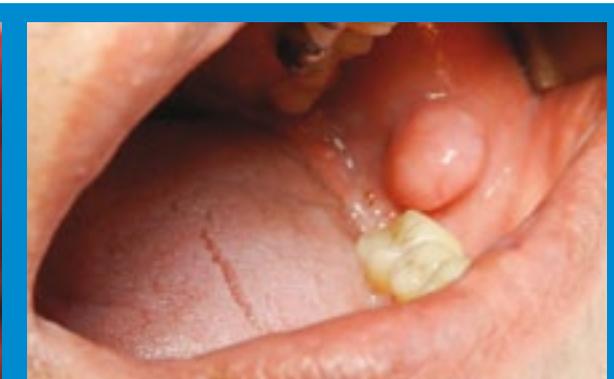
Adénome pléomorphe (glandes salivaires accessoires) chez un homme de 84 ans. Cette lésion, d'évolution lente, peut subir une transformation maligne.



Carcinome muco-épidermoïde (glandes salivaires accessoires) chez un homme de 45 ans. Peut être une forme agressive de l'adénome pléomorphe.



Adénome pléomorphe (glandes salivaires accessoires) jugal gauche. Cette lésion, d'évolution lente, peut subir une transformation maligne. Le diagnostic sera donné par l'examen anatomopathologique.



Lipome jugal gauche.

Les points clefs

1. Pour l'omnipraticien, à la limite, peu importe le diagnostic. L'essentiel est de se poser la question : lésion suspecte ou pas ?
2. Respecter la démarche diagnostique afin d'éviter tout diagnostic de facilité qui peut s'avérer dramatique.
3. Ne pas négliger une lésion.
4. Prise en charge précoce : pas de perte de chance thérapeutique.
5. Une lésion « injustifiée » (en inadéquation avec l'état de la bouche et le profil du patient) doit interpeller.
6. Il n'y a pas toujours de corrélation entre l'aspect clinique d'une lésion et sa gravité. La biopsie reste la référence.
7. Une lésion d'origine traumatique qui persiste au-delà de 10 à 15 jours doit inquiéter et nécessite une prise en charge.
8. Pas de traitement sans certitude diagnostique.