

**RABARISON Manoahasina Ranaliarinosy**

**PHYSIONOMIE DES CANCERS DE LA CAVITE BUCCALE  
AUX LABORATOIRES D'ANATOMIE ET CYTOLOGIE  
PATHOLOGIQUES DU CHU-JRA ET DU SALFA**

**Thèse pour l'obtention du Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine**

**UNIVERSITE D'ANTANANARIVO**  
**FACULTE DE MEDECINE**

Année : 2017

N° 9088

**PHYSIONOMIE DES CANCERS DE LA CAVITE BUCCALE AUX  
LABORATOIRES D'ANATOMIES ET CYTOLOGIES  
PATHOLOGIQUES DU CHUA-HJRA ET DU SALFA**

**THESE**

Présentée et soutenue publiquement le 19 décembre 2017

A Antananarivo

Par

Madame RABARISON Manoahasina Ranaliarinosy

Née le 13 Septembre 1990 à Mandrosoa

Pour obtenir le grade de

**DOCTEUR EN MEDECINE (Diplôme d'Etat)**

Directeur : Professeur RANDRIANJAFISAMINDRAKOTROKA Nantenaina Soa

**MEMBRES DU JURY**

Président : Professeur RANDRIANJAFISAMINDRAKOTROKA Nantenaina Soa

Juges : Professeur RASAMINDRAKOTROKA Andriamiliharison Jean

Professeur RAZAFINDRABE John Bam Alberto

Rapporteur : Docteur NOMENJANAHARY Lalaina



## I. CONSEIL DE DIRECTION

### A. DOYEN

Pr. SAMISON Luc Hervé

### B. VICE-DOYENS

#### *Médecine Humaine*

- Troisième Cycle Long (Internat Qualifiant, Clinicat, Agrégation)
- Scolarité
  - 1<sup>er</sup> cycle
  - 2<sup>ème</sup> cycle
  - 3<sup>ème</sup> cycle court (stage interné, examens de clinique et thèses)
- Législation et LMD
- Projet, Recherche et Ethique
- DU, Master et Responsabilité Sociale
- Partenariat et Système d'Information

Pr. ANDRIANAMPANALINARIVO HERY Rakotovo

Pr. VOLOLONTIANA Hanta Marie Danielle

Pr. RAHARIVELO Adeline

Pr. RAMANAMPAMONJY Rado Manitra

Pr. SOLOPOMALALA Gaëtan Duval

Pr. HUNALD Francis Allen

Pr. RAZAFINDRABE John Alberto Bam

Pr. RAKOTO RATSIMBA Hery Nirina

### C. SECRETAIRE PRINCIPAL

- Administration Générale et Finances

M. RANDRIANAFIARIMANANA Charles Bruno

## II. CONSEIL D'ETABLISSEMENT

### PRESIDENT

Pr. RAZAFIMAHANDRY Henri Jean Claude

## III. RESPONSABLES DE MENTIONS

Mention Médecine Humaine  
Mention Vétérinaire  
Mention Pharmacie  
Mention Sciences Paramédicales  
Mention Master de Recherche  
Mention Master Professionnel

Pr. RAKOTO ALSON Aimée Olivet  
Pr. RAFATRO Herizora  
Dr. RAOELISON Guy Emmanuel  
Pr. RAVELOSON Nasolotsiry Enintson  
Pr. RAZAFIMAHANDRY Henri Jean Claude  
Pr. RAKOTOTIANA Auberlin Felantsoa

#### IV. CONSEIL SCIENTIFIQUE

##### PRESIDENT

Pr. SAMISON Luc Hervé

#### V. COLLEGE DES ENSEIGNANTS

##### A- PRESIDENT

Pr. RAJAONARISON Bertille Hortense

##### B- ENSEIGNANTS PERMANENTS

##### B-1- PROFESSEURS TITULAIRES D'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE RECHERCHE

##### > MENTION MEDECINE HUMAINE

##### BIOLOGIE

- Hématologie Biologique
- Immunologie
- Parasitologie

Pr. RAKOTO ALSON Aimée Olivat

Pr. RASAMINDRAKOTROKA Andriamiharison Jean

Pr. RAZANAKOLONA Lala Rasoamialy Soc.

##### CHIRURGIE

- Chirurgie Cardio-vasculaire
- Chirurgie Générale
- Chirurgie Pédiatrique
- Chirurgie Thoracique
- Chirurgie Viscérale
- Orthopédie Traumatologie
- Urologie Andrologie

Pr. RAVALISOA Marie Lydia Agnès

Pr. RAKOTO RATSIMBA Hery Nirina

Pr. ANDRIAMANARIVO Mamy Lalatiana

Pr. RAKOTOVAO Hanitra Jean Louis

Pr. SAMISON Luc Hervé

Pr. RAKOTOARIJONA Armand Herinirina

Pr. RAZAFIMAHANDRY Henri Jean Claude

Pr. SOLOFOMALALA Gaston Duval

Pr. RANTOMALALA Harinirina Yoël Honoré

##### MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

- Cardiologie
- Dermatologie Vénérologie
- Hépatogastro-Entérologie
- Maladies Infectieuses
- Néphrologie
- Neurologie
- Psychiatrie
- Radiothérapie - Oncologie Médicale
- Pneumologie

Pr. RABEARIVONY Nirina

Pr. RAKOTOARIMANANA Solofonirina

Pr. RAPELANORO RABENJA Fahafahantsoa

Pr. RAMANAMPAMONJY Rado Manitra

Pr. RANDRIA Mamy Jean de Dieu

Pr. RAJAONARIVELO Paul

Pr. RANDRIAMAROTIA Harilalaina Willy Franck

Pr. TEHINDRAZANARIVELO Djacoba Alain

Pr. RAHARIVELO Adeline

Pr. RAJAONARISON Bertille Hortense

Pr. RAFARAMINO RAZAKANDRAINA Florine

Pr. RAHARIMANANA Rondro Nirina

##### MERE ET ENFANT

- Gynécologie Obstétrique
- Pédiatrie

Pr. ANDRIANAMPANALINARIVO HERY Rakotova

Pr. RAVELOMANANA RAZAFIARIVAO Noëline

Pr. ROBINSON Annick Lalaina



## SANTE PUBLIQUE

- Administration et Gestion Sanitaire
- Education pour la Santé
- Santé Communautaire
- Santé Familiale
- Statistiques et Epidémiologie

- Pr. RATSIMBAZAFIMAHEFA RAHANTALALAO  
Henriette  
Pr. ANDRIAMANALINA Nirina Razafindrakoto  
Pr. RANDRIANARIMANANA Vahiniarison Dieudonné  
Pr. RANJALAHY RASOLOFOMANANA Justin  
Pr. RAKOTOMANGA Jean de Dieu Marie

## SCIENCES FONDAMENTALES ET MIXTES

- Anatomie Pathologique
- Radiodiagnostic et Imagerie Médicale

- Pr. RANDRIANJAFISAMINDRAKOTROKA  
Nantenaina Soa  
Pr. AHMAD Ahmad

## TETE ET COU

- Neurochirurgie
- Ophtalmologie
- Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale

- Pr. ANDRIAMAMONJY Clément  
Pr. RABARIJAONA Mamiarisoa  
Pr. ANDRIANTSOA RASOAVELONORO Violette  
Pr. BERNARDIN Prisca  
Pr. RAZAFINDRABE John Alberto Bani

## > MENTION VETERINAIRE

### VETERINAIRE

- Pharmacologie

- Pr. RAFATRO Herintsoa

## B-2- PROFESSEURS D'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE RECHERCHE

## > MENTION MEDECINE HUMAINE

### BIOLOGIE

- Hématologie Biologique

- Pr. RAKOTOVAO Andriamiadana Luc

### CHIRURGIE

- Chirurgie Pédiatrique
- Urologie Andrologie
- Chirurgie Thoracique

- Pr. HUNALD Francis Allen  
Pr. RAKOTOTIANA Auberlin Felantsoa  
Pr. RAKOTOARISOA Andriamihaia Jean Claude

### MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

- Dermatologie Vénérologie
- Maladies Infectieuses
- Médecine Interne
- Néphrologie
- Réanimation Médicale

- Pr. RAMAROZATOVO Lala Soavina  
Pr. ANDRIANASOLO Radonirina Lazason  
Pr. VOLOLONTIANA Hanta Marie Daniella  
Pr. RANDRIAMANANTSOA Lova Narindra  
Pr. RAVELOSON Nasolotsiry Enintsoa

### MERE ET ENFANT

- Gynécologie Obstétrique

- Pr. RANDRIAMBELOMANANA Joseph Anderson

## SANTE PUBLIQUE

- Epidémiologie

- Pr. RAKOTONIRINA El-C Julio

## SCIENCES FONDAMENTALES ET MIXTES

- Anesthésie Réanimation

Pr. RAKOTOARISON Ratsarazarimanana  
Catherine Nicole

Pr. RAJAONERA Andriambelo Tavohera

Pr. RAKOTOAMBININA Andriamahery Benjamin

## TÊTE ET COU

- Ophtalmologie

Pr. RAOBELA Lés

## MENTION VÉTÉRINAIRE

### VÉTÉRINAIRE

- Sciences Ecologiques, Vétérinaires  
Agronomiques et Bioingénieries

Pr. RAHARISON Fidiniaina Sahondra

## B-3- MAÎTRES DE CONFÉRENCE

### MENTION MÉDECINE HUMAINE

#### MÉDECINE ET SPÉCIALITÉS MÉDICALES

- Neurologie  
- Pneumo-Physiologie

Dr. ZODALY Noël

Dr. RAKOTOMIZAO Jocelyn Robert

#### SANTÉ PUBLIQUE

- Santé Publique

Dr. RANDRIAMANJAKA Jean Rami

Dr. RATSIMBASOA Claude Arsène

#### SCIENCES FONDAMENTALES ET MIXTES

- Biophysique

Dr. RASATA Ravelo Andriampurany

### MENTION VÉTÉRINAIRE

#### VÉTÉRINAIRE

- Evolution - Ecologie - Paléontologie -  
Ressources Génétiques  
- Biochimie Alimentaire et Médicale  
- Technologie

Dr. RASAMOELINA Andriamanivo Harentsoanislina

Dr. RAKOTOARIMANANA Hajaiana

Dr. RAHARIMALALA Edwige Marie Julie

### MENTION PHARMACIE

#### PHARMACIE

- Pharmacologie Générale  
- Pharmacognosie  
- Biochimie Toxicologie  
- Chimie Organique et Analytique  
  
- Biochimie  
- Chimie Appliquée, Pharmacologie  
Physiologie

Dr. RAMANITRAHASIMBOLA David

Dr. RAOELISON Emmanuel Guy

Dr. RAJEMIAIMOELISOA Clara Fredeline

Dr. RAKOTONDAMANANA Andriamahavola  
Dina Louisine

Dr. RANDRIAMANANTENASOA Tiana Nathalie

Dr. RAKOTOARIVELO Nambinina Vololomiarana

## B-4- ASSISTANTS

### MENTION VÉTÉRINAIRE

#### VÉTÉRINAIRE

- Virologie

M. KOKO

## ➤ MENTION PHARMACIE

### PHARMACIE

- Procédés de Production, Contrôle et  
Qualité des Produits de Santé

Dr. RAVELOJAONA RATSIMBAZAFIMAHÉFA  
Hanitra Myriam

## C- ENSEIGNANTS NON PERMANENTS

### C-1- PROFESSEURS EMERITES

Pr. ANDRIANANDRASANA Arthur  
Pr. ANDRIANARISOA Ange Christophe Félix  
Pr. AUBRY Pierre  
Pr. RABARIOELINA Lala  
Pr. RABENANTOANDRO Casimir  
Pr. RABETALIANA Désiré  
Pr. RADESA François de Sales  
Pr. RAJAONA Hincinthe  
Pr. RAKOTOMANGA Robert  
Pr. RAKOTOMANGA Samuel

Pr. RAKOTOZAFY Georges  
Pr. RAMAKAVELO Maurice Philippe  
Pr. RAMONJA Jean Marie  
Pr. RANDRIANASOLO Jean Baptiste Olivier  
Pr. RAOBUAONA Solofoniaina Honoré  
Pr. RATSIVALAKA Razafy  
Pr. RAZANAMPARANY Marcel Samimamy  
Pr. RABENANTOANDRO Rakotomanantson

### C-2- CHARGE D'ENSEIGNEMENT

#### TETE ET COU

- Neurochirurgie  
- ORL et Chirurgie Cervico-Faciale  
- Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale

Pr. RATOYONDRAINY Willy  
Pr. RAKOTO Fanomezantsoa Andriampanny  
Pr. RAKOTOARISON Richard

## VI. SERVICES ADMINISTRATIFS

### CHEFS DE SERVICE

#### SCOLARITE

#### TROISIEME CYCLE LONG

#### PERSONNEL

#### AFFAIRES GENERALES

#### COMPTABILITE

#### TELE-ENSEIGNEMENT ET INFORMATIQUE MEDICALE

Mme. SOLOFOAONA R. Sahondranirina  
Mme. RANIRISOA Vohanginirina  
Mme. RAKOTOARIVELO Liva Hariniva Vanimbola  
M. RANDRIANARISOA Rija Hanitra  
M. RATSIMBAZAFIARISON Nivason Espérant  
M. ANDRIAMBOLOLOONIANA Faly Herizo



# VII. IN MEMORIAM

- Pr. RAMAHANDRIARIVELO Johnson  
 Pr. RAJAONERA Frédéric  
 Pr. ANDRIAMASOMANANA Velasoa  
 Pr. RAKOTOSON Lucette  
 Pr. ANDRIANJATOVO RARISOA Jeannette  
 Dr. RAMAROKOTO Razafindranboaz  
 Pr. RAKOTOBE Alfred  
 Pr. ANDRIAMIANDRA Aristide  
 Dr. RAKOTONANAHARY  
 Pr. ANDRIANTSEHENO Raphaël  
 Pr. RANDRIAMBOLOLONA Robin  
 Pr. RAMANANIRINA Clarisse  
 Pr. RALANTOARITSIMBA Zhauder  
 Pr. RANIVOALISON Denys  
 Pr. RAKOTOVAO Rivo Andriamiasana  
 Pr. RAVELOJAONA Hubert  
 Pr. ANDRIAMAMPIHANTONA Emmanuel  
 Pr. RANDRIANONIMANDIMBY Jérôme  
 Pr. RAKOTONIAINA Patrice  
 Pr. RAKOTO-RATSIMAMANCA Albert  
 Pr. RANDRIANARISOLO Raymond  
 Dr. RABEDASY Henri  
 Pr. MAHAZOASY Ernest  
 Pr. RATSIFANDRIHAMANANA Bernard  
 Pr. RAZAFINTSALAMA Charles  
 Pr. FIDISON Augustin  
 Pr. RANDRIAMAMPANDRY  
 Pr. RANAIVOARISON Milson Jérôme  
 Pr. RASOLONJATOVO Andriananja Pierre  
 Pr. MANAMBELONA Justin  
 Pr. RAZAKASOA Armand Emile  
 Pr. RAMIALIHARISOA Angeline  
 Pr. RAKOTOBE Pascal  
 Pr. RANAIVOZANANY Andrianady  
 Pr. RANDRIANARIVO  
 Pr. RAKUTOARIMANANA Denis Roland  
 Pr. ANDRIAMANANTSARA Lambosoa  
 Pr. RAHAROLAHY Dhals  
 Pr. ANDRIANJATOVO Jean José  
 Pr. ANDRIANAIVO Paul Armand  
 Pr. RANDRIAMBOLOLONA  
 RASOAZANANY Aimée  
 Pr. RATOVO Fortunat  
 Pr. GIZY Ratiambahoaka Daniel  
 Pr. RASOLOFONDRAIBE Aimé  
 Dr. RAZAKAMANIRAKA Joseph  
 Pr. ANDRIANJATOVO Joseph  
 Pr. RAHARJAONA Vincent Marie  
 Pr. RAKOTOVAO Joseph Dieudonné  
 Pr. KAPISY Jules Flaubert  
 Pr. ANDRIAMBAO Demasy Seth  
 Pr. RAKOTO RATSIMAMANCA S.D.  
 Pr. RANDRIARIMANGA Ratsiatery  
 Honoré Blaise  
 Pr. ZAFY Albert



## DEDICACES

Je dédie cette thèse :

- **A Dieu tout puissant**

« L'Eternel est mon berger » (psaume 23 : 1)

Rien ne serait possible sans ta grâce.

- **A mon mari et mon fils**

Votre amour est pour moi une source de confiance et de courage.

- **A ma mère**

Tes sacrifices et ton soutien constant m'ont permis de pratiquer cette noble profession.

- **A mon frère**

Tes encouragements et ton appui m'ont été précieux.

- **A mon oncle**

Je te remercie pour ta présence depuis mon enfance.

- **A mes beaux-parents, mes belles sœurs et mes beaux frères**

Sincère remerciement pour vos appuis.

- **A toute la famille et à tous les amis**

Qui ont été présents durant toutes ses années d'études.

- **A toute l'équipe des laboratoires d'Anatomie et Cytologie Pathologiques du  
CHUA-HJRA et du SALFA Andohalo**

Qui ont participé de loin ou de près à la réalisation de ce travail.

## **A NOTRE MAITRE, DIRECTEUR ET PRESIDENT DE THESE**

**Monsieur le Docteur RANDRIANJAFISAMINDRAKOTROKA Nantenaina Soa**

- Professeur Titulaire d'Enseignement Supérieur et de Recherche en Anatomie et Cytologie Pathologiques et en Histologie - Embryologie - Génétique à la Faculté de Médecine d'Antananarivo
- Directeur Pédagogique en Anatomie et Cytologie Pathologiques et en Histologie Embryologie et Cytologie.
- Ancien Doyen de la Faculté de Médecine de Mahajanga

Cher Maître, nous vous sommes reconnaissant pour nous avoir permis de réaliser ce travail ainsi que pour votre disponibilité et votre aide tout au long de cette étude.

Veuillez accepter notre profonde gratitude et de nos sincères remerciements.

## **A NOS MAITRES ET HONORABLES JUGES DE THESE**

### **Monsieur le Docteur RASAMINDRAKOTROKA Andriamiliharison Jean**

- Professeur Titulaire d'Enseignement Supérieur et de Recherche en Immunologie à la Faculté de Médecine d'Antananarivo
- Praticien Hospitalo-Universitaire
- Ancien Ministre de la Santé Publique

### **Monsieur le Docteur RAZAFINDRABE John Bam Alberto**

- Professeur Titulaire d'Enseignement Supérieur et de Recherche en Chirurgie Maxillo-faciale et Stomatologie à la Faculté de Médecine d'Antananarivo
- Directeur d'établissement du Centre Hospitalier Universitaire Jean Dieudonné Rakotovao Befelatanana

Nous vous remercions de nous avoir fait l'honneur de bien vouloir porter votre intérêt à ce travail.

Veuillez agréer nos remerciements les plus respectueux.

## **A NOTRE RAPPORTEUR DE THESE**

### **Monsieur le Docteur NOMENJANAHARY Lalaina**

- Chef de Travaux en Anatomie et Cytologie Pathologiques
- Chef de service de l'Unité Paraclinique de Formation et de Recherche d'Anatomie et Cytologie Pathologiques du Centre Hospitalier Universitaire d'Antananarivo – Hôpital Joseph Ravoahangy Andrianavalona

Nous vous remercions de ne pas avoir ménagé votre temps pour nous encadrer avec patience et bonne volonté au cours de la réalisation de ce travail.

Veuillez accepter l'assurance de notre profonde considération.

**A NOTRE MAITRE ET DOYEN DE LA FACULTE DE MEDECINE  
D'ANTANANARIVO**

**Monsieur le Professeur SAMISON Luc Hervé**

Tous nos respects les plus profonds.

**A TOUS NOS MAITRES DE LA FACULTE DE MEDECINE ET DES  
HOPITAUX D'ANTANANARIVO**

Qui nous ont donné le meilleur d'eux-mêmes pour faire de leurs élèves de bons praticiens. En témoignage respectueux pour les précieux enseignements qu'ils nous ont généreusement prodigués. Recevez ici notre vive reconnaissance.

**A TOUT LE PERSONNEL ADMINISTRATIF ET TECHNIQUE DE LA  
FACULTE DE MEDECINE D'ANTANANARIVO**

Trouvez ici notre grande reconnaissance et nos vifs remerciements pour votre aide et votre collaboration.



## SOMMAIRE

	Pages
INTRODUCTION.....	1
<b>PREMIERE PARTIE : RAPPELS.....</b>	<b>3</b>
I. GENERALITES.....	3
I.1. Rappels embryologique, anatomique et histologique de la cavité buccale.....	3
I.1.1. Embryologie.....	3
I.1.2. Anatomie.....	3
I.1.3. Histologie.....	5
I.2. Différents moyens d'exploration de la cavité buccale.....	5
I.2.1. Examen clinique.....	5
I.2.2. Imagerie.....	7
I.2.3. Examen anatomopathologique.....	8
I.3. Diagnostic positif des cancers buccaux.....	8
I.4. Nature histologique des cancers de la cavité buccale selon la classification de l'OMS en 2004.....	9
I.4.1. Tumeurs épithéliale malignes.....	9
I.4.2. Tumeurs des glandes salivaires.....	10
I.4.3. Tumeur des tissus mous : le sarcome de Kaposi.....	12
I.4.4. Tumeurs hémato-lymphoïdes.....	13
I.4.5. Mélanome.....	14
I.4.6. Tumeurs secondaires.....	14
I.5. Etiopathogénie.....	14
I.6. Stadification des cancers buccaux.....	15
<b>DEUXIEME PARTIE : METHODES ET RESULTATS.....</b>	<b>18</b>
II. MATERIELS ET METHODES.....	18
II.1. Caractéristiques des cadres d'étude.....	18
II.2. Type d'étude.....	19
II.3. Période d'étude.....	19
II.4. Sélection des cas.....	19
II.4.1. Critères d'inclusion.....	19

	Pages
II.4.2. Critères de non inclusion .....	20
II.4.3. Critères d'exclusion.....	20
II.5. Les matériels utilisés.....	20
II.6. Procédure de collecte des données.....	20
II.7. Variables étudiés.....	20
II.7.1. Variables socio-démographiques.....	20
II.7.2. Aspects clinico-macroscopiques.....	21
II.7.3. Types de prélèvement.....	21
II.7.4. Siège du cancer.....	22
II.7.5. Types histologiques : selon la classification de l'OMS.....	22
II.8. Analyses statistique.....	22
II.9. Limite de l'étude.....	22
III. RESULTATS.....	23
III.1. Rapport entre l'effectif des cancers de la cavité buccale et ceux des autres organes.....	24
III.2. Proportion des cancers de la cavité buccale par rapport aux autres pathologies de la cavité buccale.....	25
III.3. Répartition annuelle des cancers de la cavité buccale.....	26
III.4. Répartition selon le genre.....	27
III.5. Répartition selon l'âge.....	28
III.6. Répartition des patients selon l'ethnie.....	29
III.7. Répartition selon le siège du cancer.....	30
III.8. Répartition selon le siège du cancer et le genre.....	31
III.9. Répartition selon l'aspect clinico-macroscopique.....	32
III.10. Répartition selon le type de prélèvement.....	33
III.11. Répartition selon le type histologique.....	34
III.12. Répartition entre le type histologique et l'âge.....	35
III.13. Corrélation entre le type histologique et le site des cancers.....	36

	Pages
III.14. Image macroscopique de cancer buccal.....	37
III.15. Image microphotographique de cancer buccal.....	39
<b>TROISIEME PARTIE : DISCUSSION.....</b>	<b>42</b>
IV. DISCUSSION.....	42
IV.1. Fréquence des cancers de la cavité buccale.....	42
IV.2 Répartition selon le genre.....	43
IV.3. Répartition selon l'âge.....	43
IV.4. Répartition selon l'ethnie et la race.....	45
IV.5. Répartition selon les signes cliniques.....	46
IV.6. Répartition selon le type de prélèvement.....	47
IV.7. Site de la tumeur.....	48
IV.8. Répartition selon le type histologique.....	49
V. SUGGESTIONS .....	51
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>52</b>
<b>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES</b>	

## LISTE DES FIGURES

	Pages
Figure 1 : Cavité buccale.....	4
Figure 2 : Muqueuse de la cavité buccale : épithélium pavimenteux stratifié.....	5
Figure 3 : Les unités de Laboratoires au CHUA-HJRA.....	18
Figure 4 : Représentation de proportion des cancers buccaux par rapport aux prélèvements buccaux et prélèvements totaux.....	23
Figure 5 : Rapport entre l'effectif des cancers de la cavité buccale et ceux des autres organes.....	24
Figure 6 : Distribution des pathologies au niveau de la cavité buccale.....	25
Figure 7 : Répartition annuelle des cancers de la cavité buccale.....	26
Figure 8 : Répartition selon le genre.....	27
Figure 9 : Répartition par tranche d'âge.....	28
Figure 10 : Répartition des patients selon l'ethnie.....	29
Figure 11 : Répartition selon le siège du cancer.....	30
Figure 12 : Corrélation entre le genre et le siège du cancer.....	31
Figure 13 : Répartition selon l'aspect clinico-macroscopique.....	32
Figure 14 : Répartition selon le type de prélèvement.....	33
Figure 15 : Répartition selon les types histologiques.....	34
Figure 16 : Corrélation entre les types histologiques et l'âge.....	35
Figure 17 : Corrélation entre les types histologiques et les sites des cancers.....	36
Figure 18 : Lésion ulcéro-bourgeonnante de la gencive.....	37



Figure 19 : Lésion ulcéro-nécrotique profonde de la joue (carcinome épidermoïde infiltrant, non kératinisé, moyennement différencié).....	38
Figure 20 : Gencive : carcinome épidermoïde kératinisé, moyennement différencié, HE, M/O, x40.....	39
Figure 21 : Gencive : adénocarcinome bien différencié, HE, M/O, x40.....	40
Figure 22 : Palais : lymphome de Burkitt, HE, M/O, x40.....	41

## **LISTE DES TABLEAUX**

Pages

Tableau I : Classification TNM en stades.....	17
---	----

## **LISTE DES ABREVIATIONS**

18-FDG : 2-desoxy-2-2[fluorine-18] fluoro-D-glucose

ADN : Acide Désoxyribonucléique

CDC : Center for Disease Control

Cf : Conferre

CHD : Centre Hospitalier de District

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CHU-JRA : Centre Hospitalo-Universitaire – Joseph Ravoahangy Andrianavalona

CHU-JDRB : Centre Hospitalo-Universitaire – Joseph Dieudonné

Rakotovao Befelatanana

HE : Hématéine – éosine

HPV : Human Papilloma Virus

IRM : Imagerie par Résonance Magnétique

M/O : Microscope Optique

PET-scanner : Tomographie par émission de positron ou

« Positron Emission Tomography »

SALFA : Sampan'Asa Loterana momban'ny Fahasalamana

TDM : Tomodensitométrie

TNM : Tumor Node Metastasis

UICC : Union international contre le cancer ou

« Union for International Cancer Control »

UPFR : Unité Paraclinique de Formation et de Recherche

## **INTRODUCTION**



## INTRODUCTION

Les cancers de la cavité buccale regroupent l'ensemble des tumeurs malignes développées au niveau de la muqueuse qui recouvre la bouche et les lèvres. Ils sont connus pour avoir un mauvais pronostic et un taux de survie à 5 ans de 50 % [1].

Dans le monde, le cancer de la cavité buccale occupe la huitième place parmi les cancers les plus fréquents chez l'homme et la quatorzième place chez la femme, et représente environ 3% de tous les cas de cancer, soit environ 263000 cas par an [2]. La mortalité annuelle est estimée à environ 127000 décès [2].

A Madagascar, l'absence de Registre national du cancer ne permet pas d'avoir des chiffres exacts sur l'incidence de cette affection. Le Registre national du cancer est un système d'information de santé qui a comme fonction de recueillir et de classer systématiquement tous les cas de cancer au sein d'une population donnée [3, 4].

Nous nous sommes fixé comme objectif général de déterminer le profil histopathologique des cancers de la cavité buccale dans deux grands laboratoires d'Anatomie et Cytologie Pathologiques à Madagascar : l'Unité Paraclinique de Formation et de Recherche en Anatomie et Cytologie Pathologiques du Centre Hospitalier Universitaire – Hôpital Joseph Ravoahangy Andrianavalona, et le laboratoire d'Anatomie Pathologique du SALFA.

Nos objectifs spécifiques sont de déterminer les caractéristiques épidémiologiques des cancers de la cavité buccale, de décrire les caractères histopathologiques de ces cancers, d'analyser les résultats carcinologiques obtenus et de les comparer aux données de la littérature.

Pour atteindre ces objectifs nous allons suivre le plan suivant :

- Introduction
- Première partie : rappels
- Deuxième partie : méthodologie et résultats
- Troisième partie : discussion et suggestions
- Conclusion

## **PREMIERE PARTIE : RAPPELS**

## **PREMIERE PARTIE : RAPPELS**

### **I. GENERALITES**

#### **I.1. Rappels embryologique, anatomique et histologique de la cavité buccale**

##### **I.1.1. Embryologie**

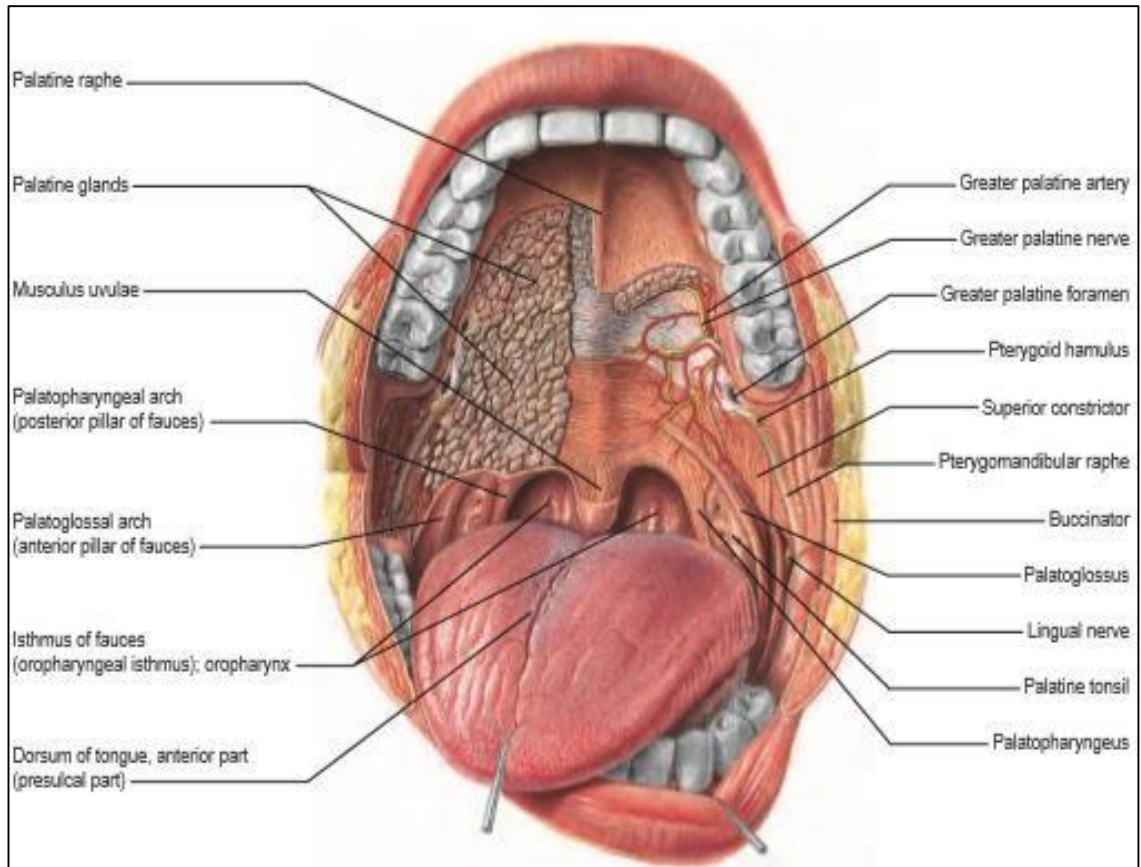
Lors de la formation du mésoderme, il persiste deux zones circulaires d'accolement de l'ectoderme et de l'endoderme. La membrane du côté céphalique est appelée membrane bucco-pharyngée, celle du côté caudal, membrane cloacale. Ces deux membranes donneront les extrémités de l'intestin primitif.

La membrane bucco-pharyngée se rompt et met en communication la cavité buccale primitive et la partie antérieure de l'intestin primitif. Le stomodeum ou cavité buccale primitive ayant l'aspect d'une fente élargie se trouve au centre de l'ébauche faciale à la fin du premier mois. Elle est limitée en haut par les bourgeons frontonasaux, latéralement par les bourgeons maxillaires et en bas par les bourgeons mandibulaires. Les premiers vont fusionner et donneront le palais. Les deuxièmes fusionnent avec les bourgeons mandibulaires et donneront les joues. Les troisièmes vont fusionner et vont donner le plancher buccal [5].

##### **I.1.2. Anatomie**

###### **I.1.2.1. Morphologie**

La cavité buccale est limitée en avant par la jonction du versant muqueux et cutané des lèvres, en haut et en arrière par les piliers postérieurs, en arrière et en bas par les papilles caliciformes et en bas par le plancher buccal [6]. Elle englobe sept sous localisation anatomiques : les lèvres, la muqueuse buccale, les crêtes alvéolaires supérieures et inférieures, le plancher buccal, les deux tiers antérieurs de la langue, le triangle rétro-molaire et la voûte palatine [7].



**Figure 1: Cavité buccale**

**Source :** Waschke J, Paulsen F. Sobotta Atlas of Human Anatomy. 15th ed. London: Elsevier; 2013. 1180p [6].

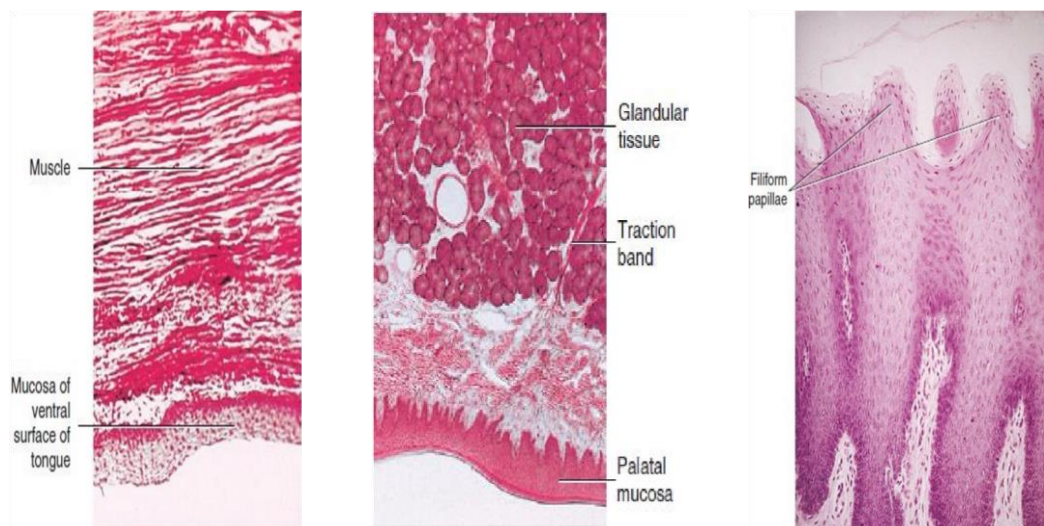
#### **I.1.2.2. Vascularisation**

La vascularisation de la cavité buccale est essentiellement assurée par l'artère maxillaire, l'artère faciale, l'artère linguale et leurs branches [8, 9].

Les territoires ganglionnaires cervicaux sont divisés en 6 niveaux dans la classification de Robbins [9, 10]. Les territoires de drainage majeur de la cavité buccale sont : le niveau I (groupes ganglionnaires sub-mentaux) et le niveau II (groupes ganglionnaires sub-mandibulaires) dans un premier temps puis le niveau III (groupes ganglionnaires entre le bord inférieur de l'os hyoïde et le cartilage cricoïde) et le niveau IV (groupes ganglionnaires entre le bord inférieur du cartilage cricoïde et le bord supérieur de la clavicule) [10, 11].

### I.1.3. Histologie

La muqueuse buccale est revêtue par un épithélium pavimenteux stratifié. Elle est divisée en plusieurs territoires qui sont la muqueuse bordante non kératinisée (les lèvres, les joues, le ventre de la langue et le plancher buccal), la muqueuse masticatrice kératinisée (la gencive, le palais) et la muqueuse spécialisée qui comportent les papilles et les bourgeons du goût (le dos de la langue). Dans la sous muqueuse, il y a les glandes salivaires accessoires [12].



Muqueuse bordante    Muqueuse masticatrice    Muqueuse spécialisée

### Figure 2 : Muqueuse de la cavité buccale : épithélium pavimenteux stratifié.

**Source :** Chiego DJ. Essentials of oral histology and embryology, a clinical approach. 4th ed. Saint Louis : Elsevier; 2014. 232p [12].

## I.2. Différents moyens d'exploration de la cavité buccale

### I.2.1. Examen clinique

L'examen clinique se fait étape par étape [13] :

- Examen exobuccal :

Toute asymétrie faciale doit être notée, spécialement dans la région parotidienne et cervicale. Il est important d'évaluer la présence d'une excroissance. La palpation des ganglions lymphatiques est un élément important de l'examen

extrabuccal. Noter la présence de tout ganglion anormal. L'examen des lèvres comporte l'observation visuelle et la palpation. Noter toute induration ou asymétrie.

- Examen endobuccal :

Cet examen nécessite un miroir, une gaze et une source de lumière adéquate. Il porte sur les structures suivantes :

- Muqueuse labiale : demander au patient de fermer la bouche et examiner les muqueuses labiales inférieure et supérieure. Noter toute induration ou anomalie de la muqueuse.
- Muqueuse jugale : à l'aide d'un miroir, tirer la muqueuse jugale. Observer toute variation de la pigmentation, une induration ou une variation de la forme. Palper la joue. Bien examiner les zones vestibulaires et les commissures labiales.
- Muqueuse gingivale : examiner la gencive du côté labial, vestibulaire et palatin. Noter toute excroissance ou anomalie de la coloration ou de la pigmentation.
- Face dorsale de la langue : observer toute variation de la texture, de la coloration ou de la symétrie de cette partie de la langue. Palper délicatement la surface dorsale.
- Face ventrale de la langue : Il faut examiner attentivement cette zone qui est particulièrement à risque. Tenir délicatement la pointe de la langue à l'aide d'une gaze et déplacer délicatement la langue vers la droite, puis vers la gauche. Palper la surface ventrale exposée. Encore une fois, observer toute variation anormale (induration, érythème, etc.). Si le patient éprouve des nausées, ne pas tenir sa langue; lui demander de la maintenir dans sa joue de façon à exposer la zone à examiner. Les papilles foliées, dans la portion postérieure de la face ventrale, doivent être aussi examinées et palpées.
- Plancher buccal : l'examen du plancher buccal comporte deux étapes. Faire d'abord un examen intrabuccal en demandant au patient de placer la langue vers le haut, puis de la détendre pour faciliter l'examen de la partie postérieure du plancher de la bouche. Palper

ensuite le plancher buccal. Placer un doigt à l'intérieur de la bouche de façon à atteindre la partie la plus postérieure et la plus profonde du plancher. Placer un autre doigt au même niveau, mais à l'extérieur de la bouche. Palper la glande salivaire sous-maxillaire, qui est relativement grosse mais mobile. Noter toute variation anormale.

- Palais : l'examen buccal se termine par l'observation du palais dur et du palais mou. L'élévation du palais mou se fait en demandant au patient de dire «A». Une fois de plus, prendre note de toute excroissance suspecte, variation de couleur de la muqueuse ou ulcération chronique.

### **I.2.2. Imagerie**

L'Imagerie par Résonance Magnétique (IRM) est l'examen de choix pour le bilan pré-thérapeutique des tumeurs a priori accessibles à un traitement curatif. Sa grande différenciation tissulaire et sa sensibilité permettent de bien isoler, au sein d'une anatomie complexe, des lésions souvent mal vascularisées (carcinome épidermoïde), peu rehaussées en Tomodensitométrie (TDM) avec injection de produit de contraste iodé [14, 15]. L'IRM, montre un intérêt certain dans l'exploration de l'envahissement médullaire osseux, dans l'exploration de l'envahissement musculaire des tumeurs de la langue, et dans le bilan des tumeurs des glandes salivaires [16].

La TDM garde son indication pour l'étude des corticales osseuses et/ou lorsqu'une plastie mandibulaire est envisagée. Par ailleurs, elle peut servir d'examen de référence pour le suivi des patients en traitement palliatif. [14, 15]. Le scanner avec injection de produit de contraste permet de compléter le bilan d'extension local, régional et métastatique, en évaluant l'envahissement des structures adjacentes [16].

Le Tomographie par émission de positron (PET-scanner 18 FDG ou Positron Emission Tomography with 2-deoxy-2-[fluorine-18] fluoro-D-glucose) est de plus en plus utilisée dans les Services spécialisés. Son intérêt dans cette pathologie sera discuté en fonction des données de la littérature et de l'expérience du Service d'Imagerie de l'Institut Curie [17, 18].



### **I.2.3. Examens anatomopathologiques**

- Cytologie exfoliatrice ou par grattage :

La cytologie exfoliatrice a l'avantage de ne pas nécessiter d'anesthésie locale. Cependant, seules les couches superficielles de l'épithélium sont prélevées. Cet examen est limité par la quantité et la qualité du tissu prélevé [13]. La cytobrosse est utilisée dans certaines spécialités médicales, notamment en gynécologie. Cette technique serait plus efficace que la cytologie classique puisqu'elle permet de prélever des couches plus profondes de l'épithélium. Le préleveur doit faire preuve de jugement clinique en déterminant le caractère suspect de la lésion, car cette technique ne remplacera jamais la biopsie [13].

- Biopsie :

Il ne fait aucun doute que la biopsie est la seule et unique façon de confirmer un diagnostic de cancer buccal. Pour de petites lésions, il est préférable de faire une biopsie excisionnelle afin d'enlever complètement les tissus atteints. Pour les lésions plus importantes, on procède généralement à une biopsie incisionnelle [13].

### **I.3. Diagnostic positif des cancers buccaux**

Le diagnostic d'un cancer de la cavité buccale est suspecté par un examen clinique, mais le diagnostic de certitude reste l'examen anatomo-pathologique. L'imagerie sert à évaluer l'étendue de la lésion.

- Clinique et macroscopie :

Cliniquement le cancer de la cavité buccale peut se présenter sous forme d'une érythroplasie, ou d'une érythroleucoplasie, ou d'une ulcération chronique, ou d'une masse bourgeonnante, ou d'une lésion d'induration endophytique. [19].

- Microscopie :

Les cancers de la cavité buccale sont caractérisés par une prolifération de cellules tumorales aux atypies cyto-nucléaires d'intensité variée dont la différenciation est fonction du type histologique de la tumeur [20].

## **I.4. Nature histologique des cancers de la cavité buccale selon la classification de l'OMS en 2004**

### **I.4.1. Tumeurs épithéliales malignes**

#### **I.4.1.1. Carcinome épidermoïde**

Il est constitué d'une prolifération de cellules carcinomateuse à différenciation malpighienne faite de cellules cohésives atypiques avec d'éventuelles perles cornées. Il peut être bien, moyennement ou peu différencié [20].

Les variantes des carcinomes épidermoïdes sont les suivants :

- Carcinome verruqueux

Il est caractérisé par une formation exophytique, un aspect verruqueux avec une formation papillaire épaissie et une invagination dans le stroma [20, 21]. Les critères cytologiques de malignité sont absents ou légers, et les cellules carcinomateuses sont plus larges [22].

- Carcinome basaloïde squameux

Il est caractérisé par la présence de deux composants : un composant basaloïde en périphérie fait de petites cellules à noyau hyperchromatique, sans nucléole, à cytoplasme abondant et un composant squameux [20].

- Carcinome épidermoïde papillaire

Il est caractérisé par une formation papillaire présentant un axe fibrovasculaire, tapissé par un épithélium fait de cellules immatures, pléomorphes souvent avec des foyers de nécrose et d'hémorragie [20, 21].

- Carcinome à cellules fusiformes

C'est une tumeur biphasique composée de cellules épithéliales in-situ ou invasive et de cellules fusiformes malignes d'apparence stromale [20, 21].

Les cellules sont toutes d'origine épithéliale mais celles qui sont fusiformes présentent une différenciation sarcomateuse [23].

- Carcinome acantholytique

Il est caractérisé par la prolifération de cellules acantholytiques, avec une pseudo-lumière, ayant l'apparence d'une glande [20].

- Carcinome adénoquameux

Il est fait de deux composants, le carcinome épidermoïde (in-situ ou invasif) et l'adénocarcinome dans la partie profonde de la tumeur formant une structure tubulaire [20].

- Carcinome cuniculatum

Il est caractérisé par une prolifération de cellules épithéliales sans atypies cyto-nucléaires mais seule la présence de foyers infiltrants permet de porter le diagnostic de malignité [20].

#### **I.4.1.2. Carcinome lympho-épithélial**

C'est une prolifération carcinomateuse présentant des cellules avec des noyaux vésiculeux et un nucléole proéminent. Elle est caractérisée par la présence d'une infiltration lympho-plasmocytaire [20].

#### **I.4.2. Tumeurs des glandes salivaires**

- Carcinome à cellules acineuses

C'est une tumeur de la glande salivaire caractérisée par la présence de cellules acineuses en nappe dans la forme typique [20, 21].

- Carcinome muco-épidermoïde

C'est une tumeur épithéliale maligne caractérisée par un mélange en proportion variable de cellules muco-sécrétantes, de cellules épidermoïdes et de cellules intermédiaires. Les foyers de kératinisations sont rares [20, 21].

- Carcinome adénoïde kystique

C'est une tumeur faite de prolifération de cellules atypiques d'architecture cribriforme ou pseudoglandulaire parfois solide, organisées en îlots dans un stroma hyalin ou mucineux. On observe souvent une infiltration vasculaire péri-nerveux [20].

- Adénocarcinome polymorphe de bas grade

C'est une tumeur faite d'une prolifération de cellules tumorales monomorphes régulière, de petite à moyenne taille, avec un cytoplasme mal limité, un noyau arrondi, d'architecture lobulaire parfois kystique qui contient des papilles ou d'architecture trabéculaire [24].

- Adénocarcinome à cellules basales

C'est une tumeur caractérisée par une prolifération de cellules basales de petite taille et sombres d'architecture solide, trabéculaire ou tubulaire [20, 21].

- Carcinome épithélial-myoépithélial

La tumeur est constituée d'une double population cellulaire : des cellules claires myoépithéliales disposées autour de cellules épithéliales formant de petites lumières glandulaires [20, 21].

- Carcinome à cellules claires

C'est une tumeur épithéliale maligne constitué d'un seul type de cellule avec un cytoplasme clair, un noyau excentré muni d'un petit nucléole [20, 21].

- Cystadénocarcinome

C'est une tumeur épithéliale maligne rare caractérisée par une prédominance de formations kystiques avec des formations papillaires dans la lumière glandulaire [20].

- Adénocarcinome mucineux

C'est une tumeur épithéliale maligne rare composée d'un amas de cellules épithéliales atypiques tendant à former secondairement une lumière et baignant dans un stroma mucineux [20].

- Carcinome oncocytaire

C'est un carcinome présentant une cytologie oncocytaire atypique et pléomorphique. Ces cellules sont parfois multinucléées [20].

- Carcinome myoépithélial

C'est une tumeur composée exclusivement de cellules tumorales à différenciation myoépithéliale. Elle est potentiellement infiltrante et potentiellement métastatique [20].

- Carcinome sur adénome pléomorphe

C'est un adénome pléomorphe ayant subi une dégénérescence épithéliale maligne. Elle est souvent un adénocarcinome peu différencié ou un carcinome indifférencié [20].

#### **I.4.3. Tumeur des tissus mous : le sarcome de Kaposi**

C'est une tumeur constituée d'une prolifération vasculaire et de cellules fusiformes atypiques avec une extravasation de globules rouges et un infiltrat inflammatoire fait de lymphocytes, de plasmocytes [25].

#### **I.4.4. Tumeurs hémato-lymphoïdes**

- Lymphome diffus à grandes cellules B

C'est une tumeur caractérisée par une infiltration de la muqueuse par des centroblastes et des immunoblastes [20].

- Lymphome B dérivé des cellules du manteau

C'est une tumeur constituée d'une prolifération de cellules B monotones autour de centres germinatifs épais. La tumeur est d'architecture diffuse ou nodulaire pourvu d'un centre germinatif résiduel [20].

- Lymphome folliculaire

C'est une tumeur caractérisée par la prolifération de cellules tumorales faites de centrocytes et de centroblastes. Elle est d'architecture folliculaire et la zone de manteau est absente. Les macrophages à corps tingible sont absents [20].

- Lymphome de Burkitt

C'est une tumeur lymphoïde caractérisée par la présence de macrophages à corps tingible donnant un aspect « en ciel étoilé ». Les cellules tumorales sont monotones, de taille intermédiaire [20].

- Lymphome à cellules T

C'est une tumeur faite d'une prolifération de cellules T tumorales. L'architecture est souvent diffuse. Le degré des atypies cyto-nucléaires est variable [20].

- Plasmocytome extra-médullaire

C'est une prolifération plasmocytaire clonale, extra-médullaire sans signe de myélome multiple. En fonction du degré de maturation plasmocytaire on distingue : la forme bien différenciée, moyennement différenciée et indifférenciée [20].

- Sarcome myéloïde extra-médullaire

C'est une tumeur qui apparaît au cours de la phase aigüe de leucémie myéloïde. La tumeur se développe au-dessous de l'épithélium pavimenteux stratifié non kératinisé intact. Les cellules tumorales sont irrégulières, nucléolées, à cytoplasme éosinophile [20].

- Sarcome folliculaire à cellule dendritique

### **I.4.5. Mélanome**

C'est une tumeur caractérisée par une prolifération mélanocytaire atypique, isolée ou en thèque avec une activité jonctionnelle. Elle peut infiltrer l'épithélium sus-jacent. Une migration pagétoïde est rare [20].

### **I.4.6. Tumeurs secondaires**

La cavité buccale peut être rarement le siège d'une prolifération secondaire de cellules tumorales malignes. Souvent les foyers primitifs se trouvent au niveau des poumons, des reins et de la peau chez l'homme. Le foyer primitif se trouve au niveau des seins chez la femme [20].

## **I.5. Etiopathogénie**

Les cancers de la cavité buccale résultent d'une accumulation d'altérations génétiques [26]. Ces dernières peuvent être une surexpression, une mutation ou une diminution de l'expressivité et entraînent des lésions du système activateur et inhibiteur de la croissance cellulaire [27]. Il faut 3 à 6 altérations génétiques pour transformer une cellule normale en cellule tumorale [28]. Ces altérations font suite à l'exposition à différents agents carcinogènes tels le bétel, l'infection à HPV surtout le tabac, l'alcool [27]. L'incidence de ces dernières varie en fonction de l'habitude et du mode de vie dans une région donnée [29].

Trois catégories de gènes sont les principales cibles de ces lésions génétiques : les proto-oncogènes, les gènes suppresseurs de tumeur et les gènes régulateurs de l'apoptose. Les premières entraînent la croissance et la différenciation cellulaire normale, les deuxièmes empêchent la prolifération cellulaire et les troisièmes contrôlent la prolifération cellulaire en empêchant ou en induisant la mort cellulaire programmée [31].

Au cours du développement des cancers de la cavité buccale, les principaux oncogènes sont : P16, CCDN1, Cyclin D, KI-67, myc, ras [26,27]. Les principaux gènes suppresseurs de tumeur sont : P 27, P 53 [27]. Les principaux gènes régulateurs de l'apoptose sont : bcl-2, fas [27].

## I.6. Stadification des cancers buccaux

La stadification est une façon de décrire ou de classer un cancer selon l'étendue de la maladie dans le corps. Le système le plus fréquemment utilisé pour déterminer le stade du cancer de la cavité buccale est la classification TNM. L'Union internationale contre le cancer ou « Union for International Cancer Control » (UICC) utilise ce système pour décrire l'étendue de nombreuses tumeurs cancéreuses solides. La plus récente est celle de la 7<sup>ème</sup> édition de 2009.

TNM signifie « Tumor », « Node », « Metastasis ». La classification TNM prend en compte [30] :

- La taille et l'étendue de la tumeur primitive
- La taille et le nombre de ganglions lymphatiques régionaux qui contiennent des cellules cancéreuses ainsi que leur emplacement
- La propagation du cancer, ou métastases, vers une autre partie du corps

La stadification TNM :

⇒ Tumeur primitive (T)

- TX : Impossible d'évaluer la tumeur primitive
- T0 : Aucun signe de tumeur primitive
- Tis : Carcinome in situ
- T1 : Tumeur dont le diamètre est égal ou inférieur à 2 centimètres (cm)
- T2 : Tumeur dont le diamètre est supérieur à 2 cm mais inférieur à 4 cm
- T3 : Tumeur dont le diamètre est supérieur à 4 cm
- T4a :
  - Cancer de la lèvre : la tumeur a envahi la corticale, le nerf alvéolaire inférieur, le plancher de la bouche ou la peau (menton ou nez).
  - Cancer de la cavité buccale : la tumeur a envahi la corticale, les muscles profonds extrinsèques de la langue, le sinus maxillaire ou la peau du visage.
- T4b : la tumeur a envahi l'espace masticateur, les plaques ptérygoïdes ou la base du crâne ou bien elle enveloppe l'artère carotide interne.



⇒ Ganglions lymphatiques régionaux (N)

- NX : Impossible d'évaluer les ganglions lymphatiques régionaux
- N0 : Absence de métastases dans les ganglions lymphatiques régionaux
- N1 : Présence de métastases dans un seul ganglion lymphatique situé du même côté de la tête que la tumeur (homolatéral) dont le diamètre est de 3 cm ou moins
- N2 : Métastases dans les ganglions lymphatiques homolatéraux classés N2a, N2b ou N2c
- N2a : Présence de métastases dans un seul ganglion lymphatique homolatéral dont le diamètre est supérieur à 3 cm mais inférieur à 6 cm
- N2b : Présence de métastases dans plusieurs ganglions lymphatiques homolatéraux dont aucun ne dépasse 6 cm de diamètre
- N2c : Présence de métastases dans des ganglions lymphatiques situés du côté opposé de la tête à la tumeur (controlatéraux) ou des deux côtés de la tête (bilatéraux) dont aucun ne dépasse 6 cm de diamètre
- N3 : Présence de métastases dans un ganglion lymphatique dont le diamètre est supérieur à 6 cm.

⇒ Métastases à distance (M)

- M0 : Absence de métastase à distance
- M1 : Présence de métastases à distance

L'UICC regroupe davantage les données de la classification TNM en stades selon le tableau qui suit :

**Tableau I : Classification TNM en stades [30]**

Stade UICC		TNM	
Stade 0	Tis	N0	M0
Stade I	T1	N0	M0
Stade II	T2	N0	M0
Stade III	T1	N1	M0
	T2	N1	M0
	T3	N0, N1	M0
	T1, T2, T3	N2	M0
Stade IV A	T4a	N0, N1, N2	M0
	T4b	Tout N	M0
Stade IV B	Tout T	N3	M0
Stade IV C	Tout T	Tout N	M1

## **DEUXIEME PARTIE : METHODOLOGIE ET RESULTATS**

## DEUXIEME PARTIE : METHODOLOGIE ET RESULTATS

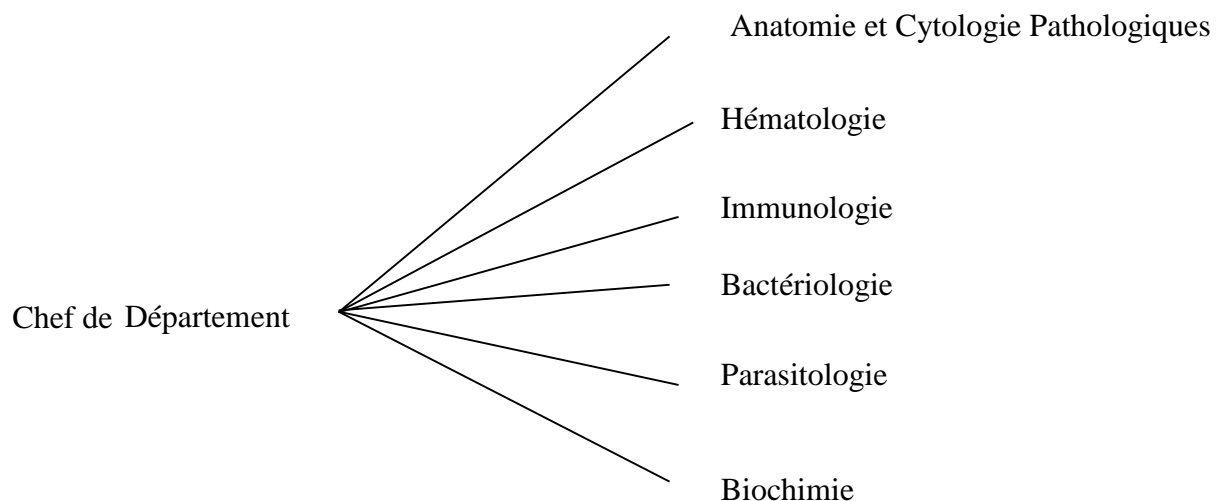
### II. MATERIELS ET METHODES

#### II.1. Caractéristiques des cadres d'étude

Notre étude s'est déroulée au sein de l'Unité Paraclinique de Formation et de Recherche en Anatomie et Cytologie Pathologiques du Centre Hospitalo- Universitaire – Joseph Ravoahangy Andrianavalona (CHU-JRA) qui est un hôpital de référence, et du laboratoire d'Anatomie Pathologique de SALFA Andohalo. Ils reçoivent différents types de prélèvement en provenance des autres Centres Hospitaliers Universitaires (CHU), des Centres Hospitaliers de District (CHD), des cabinets médico-chirurgicaux de toutes les régions de Madagascar.

Ces laboratoires d'Anatomie et Cytologie Pathologiques participent également à la formation des médecins spécialistes (interne qualifiant) en Anatomie et Cytologie pathologiques, en Histologie-Embryologie et Cytologie.

Le département de laboratoire du CHU-JRA comporte plusieurs Unités, qui sont sous la responsabilité d'un Chef de département :



**Figure 3 : Les Unités de Laboratoire au CHU-JRA**

L'UPFR d'Anatomie et Cytologie du CHU-JRA dispose actuellement comme personnel :

- Un Chef d'Unité
- Six médecins
- Six internes qualifiants
- Un major de service
- Un technicien de laboratoire
- Deux secrétaires
- Deux agents d'appui

Le laboratoire d'Anatomie et Cytologie Pathologiques du SALFA Andohalo dispose comme personnel :

- Un chef de service
- Deux internes qualifiants
- Deux techniciens de laboratoire
- Deux secrétaires
- Un agent d'appui

## **II.2. Type d'étude**

Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive, effectuée à partir des comptes rendus anatomo-pathologiques des cancers buccaux.

## **II.3. Période d'étude**

La période d'étude s'étend du 1<sup>er</sup> janvier 2012 au 31 décembre 2015.

## **II.4. Sélection des cas**

### **II.4.1. Critères d'inclusion**

Nous avons inclus tous les prélèvements de la cavité buccale pour un examen anatomo-pathologique dans les lieux d'étude.

#### **II.4.2. Critères de non inclusion**

Les prélèvements non buccaux n'ont pas été inclus.

#### **II.4.3. Critères d'exclusion**

Nous avons exclu tous les prélèvements buccaux diagnostiqués non cancéreux en anatomopathologie.

#### **II.5. Les matériels utilisés**

Les données ont été recueillies sur les sources suivantes :

- Les fiches de demande d'examen anatomo-pathologique
- Les registres des résultats anatomo-pathologiques, sur cahiers de registre et sur ordinateurs

#### **II.6. Procédure de collecte des données**

La collecte des données a été faite à partir des registres des résultats anatomo-pathologiques du 1<sup>er</sup> janvier 2012 au 31 décembre 2015. Les informations ont été relevées sur une fiche technique préétablie.

Des relectures de lames ont été faites pour compléter les renseignements microscopiques manquants.

#### **II.7. Variables étudiés**

Dans notre série, nous avons étudié les paramètres suivants :

##### **II.7.1. Variables socio-démographiques**

###### **II.7.1.1. Age**

L'âge des patients a été subdivisé comme suit :

- 0 à 19 ans
- 20 à 39 ans
- 40 à 59 ans
- 60 à 79 ans
- 80 ans et plus

### **II.7.1.2. Genre**

- Masculin
- Féminin

### **II.7.1.3. L'ethnie et la race**

Les origines ethniques et raciales rencontrées dans notre étude :

- Sihanaka
- Mahafaly
- Chinois
- Bezanozano
- Antandroy
- Sakalava
- Antaimoro
- Betsimisaraka
- Antaisaka
- Tsimihety
- Betsileo
- Merina

### **II.7.2. Aspects clinico-macroscopiques**

- Leucoplasie
- Ulcération chronique
- Bourgeonnement ulcéré
- Bourgeonnement

### **II.7.3.Types de prélèvement**

- Biopsie
- Biopsie-exérèse
- Exérèse

#### **II.7.4. Siège du cancer**

- Joue
- Gencive
- Plancher buccal
- Palais
- Lèvre
- Langue

#### **II.7.5. Types histologiques : selon la classification de l'OMS**

Il s'agit du diagnostic conclu par le médecin pathologiste.

#### **II.8. Analyse statistique**

Les données ont été saisies sur ordinateur, en utilisant les logiciels : Microsoft Word 2007 pour le traitement des textes et Microsoft Excel 2007 pour les calculs.

L'analyse a été faite sur le logiciel Microsoft Excel 2007. Une analyse descriptive a été effectuée.

#### **II.9. Limites de l'étude**

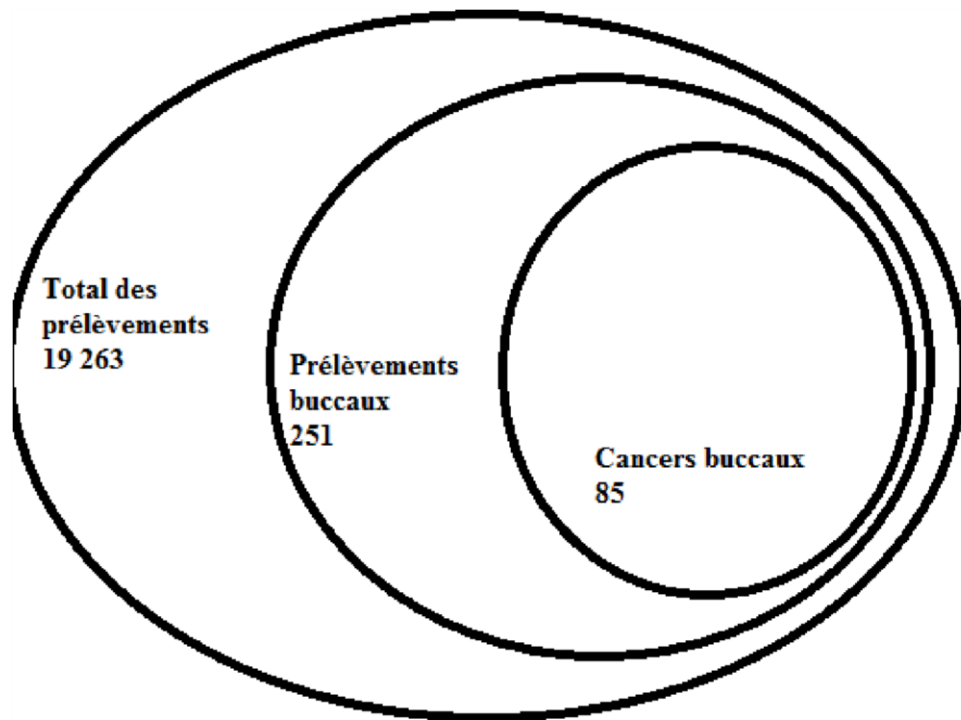
Dans notre étude, seule les cas de cancer de la cavité buccale vus à l'UPFR d'Anatomie et Cytologie Pathologiques du CHU-JRA et du laboratoire SALFA ont été rapportés. Ainsi, nos données ne reflètent pas la réalité du problème au sein de la population malgache. Comme il s'agit d'une étude rétrospective, nous n'avons pas pu étudier certaines informations notamment les facteurs de risque, le degré d'extension de la maladie.



### III. RESULTATS

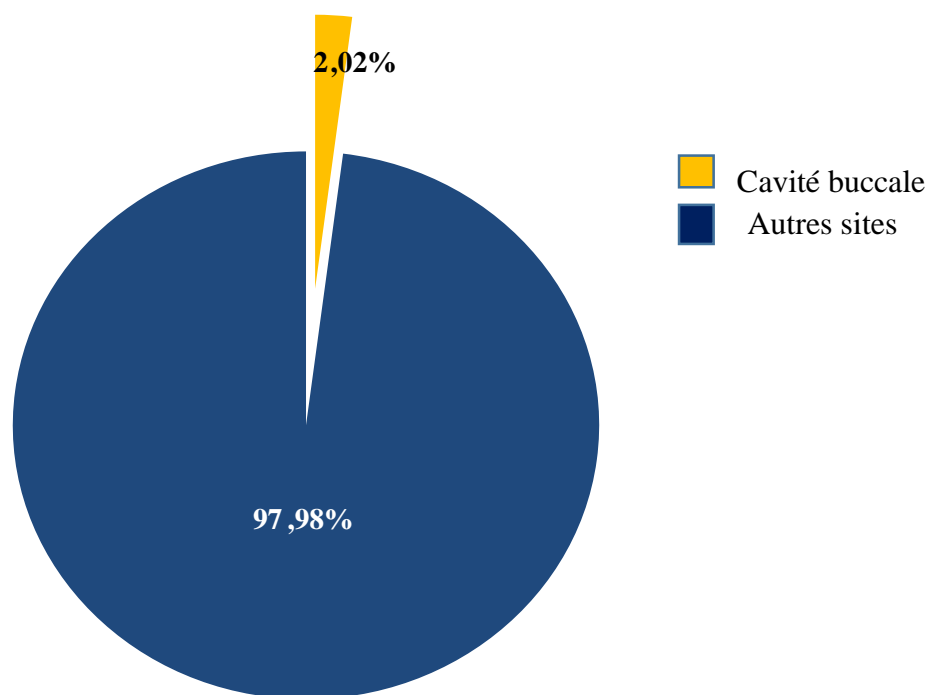
Dans les deux lieux d'études, nous avons colligé pendant quatre ans :

- 19 263 prélèvements pour examen anatomopathologique de janvier 2012 à décembre 2015
- 251 prélèvements concernent la cavité buccale.
- 85 cas sont des cancers de la cavité buccale.



**Figure 4 : Représentation de proportion des cancers buccaux par rapport aux prélèvements buccaux et prélèvements totaux**

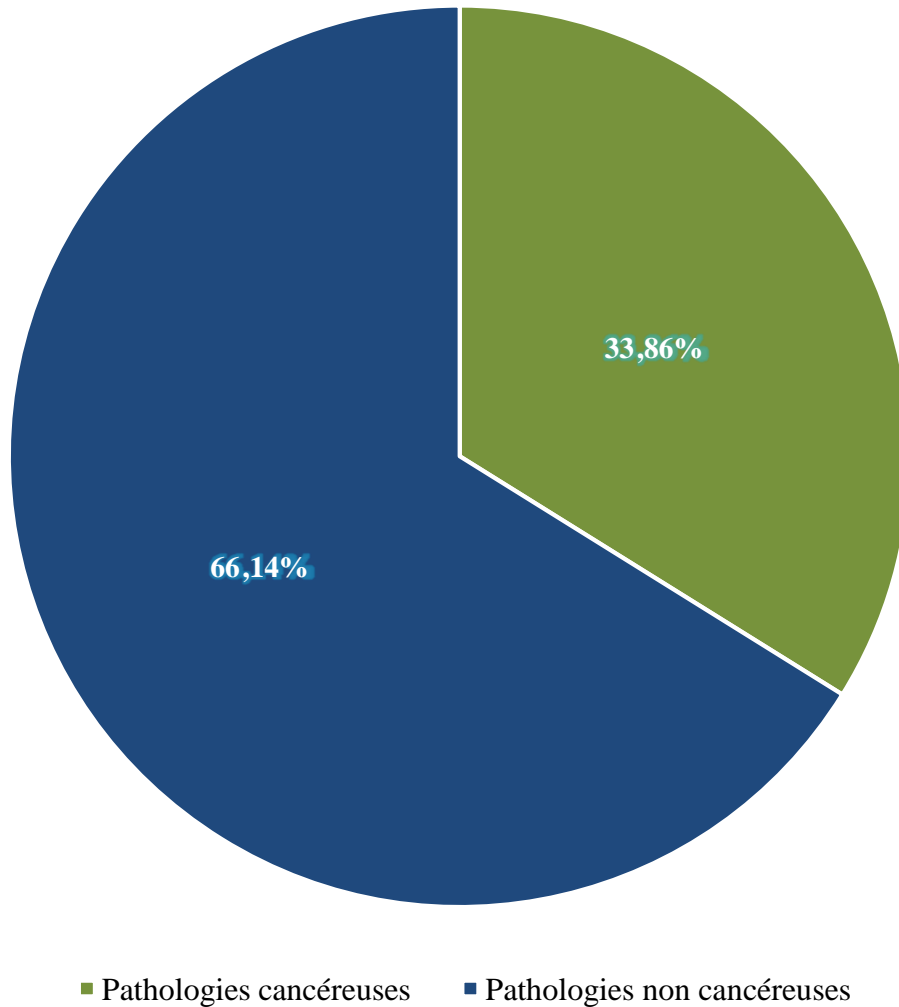
### III.1. Rapport entre l'effectif des cancers de la cavité buccale et ceux des autres organes.



**Figure 5 : Rapport entre l'effectif des cancers de la cavité buccale et ceux des autres organes**

Les cancers de la cavité buccale représentent 2,02% (n=85) de tous les cancers.

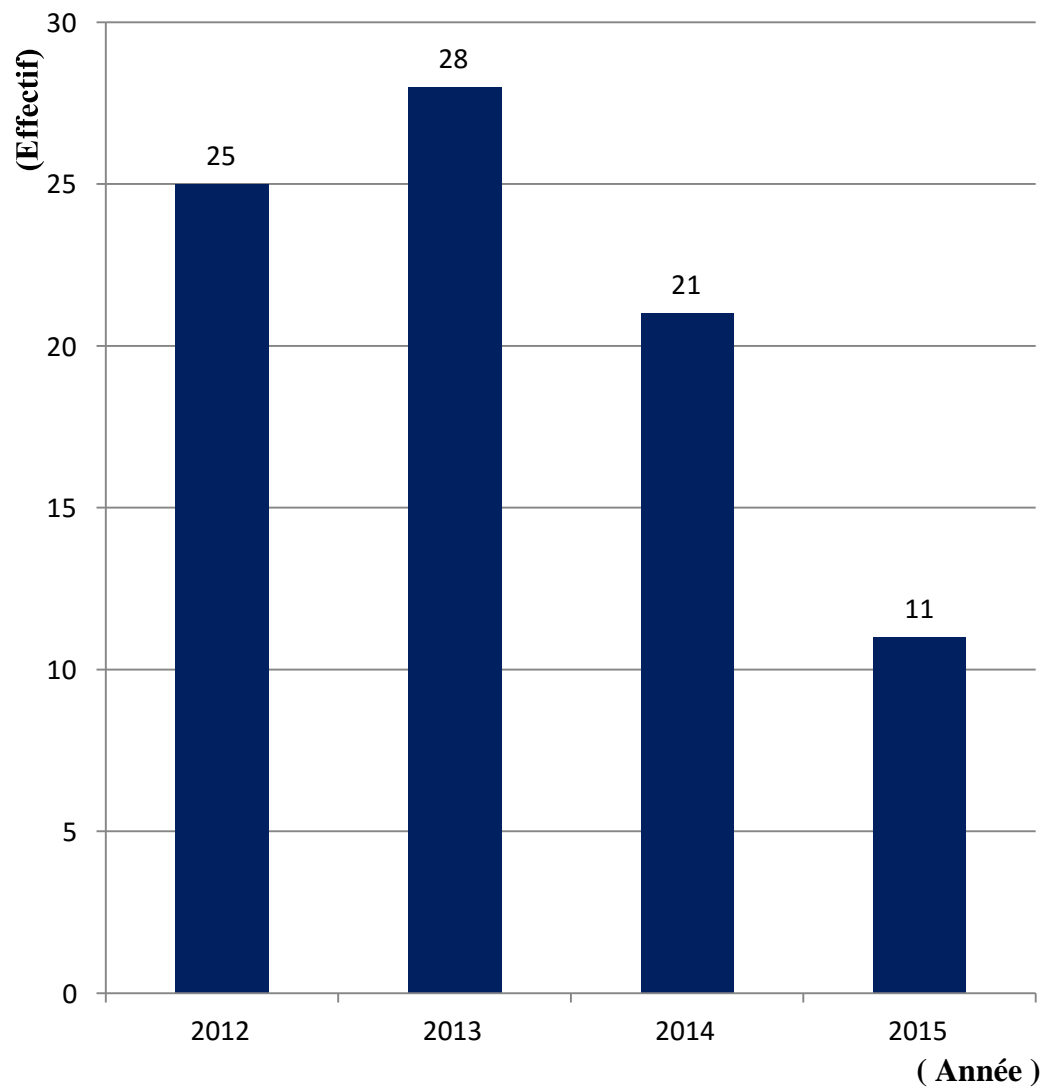
**III.2. Proportion des cancers de la cavité buccale par rapport aux autres pathologies de la cavité buccale.**



**Figure 6 : Distribution des pathologies au niveau de la cavité buccale**

Les cancers de la cavité buccale ont représenté 33,86% (n=85) des pathologies buccales.

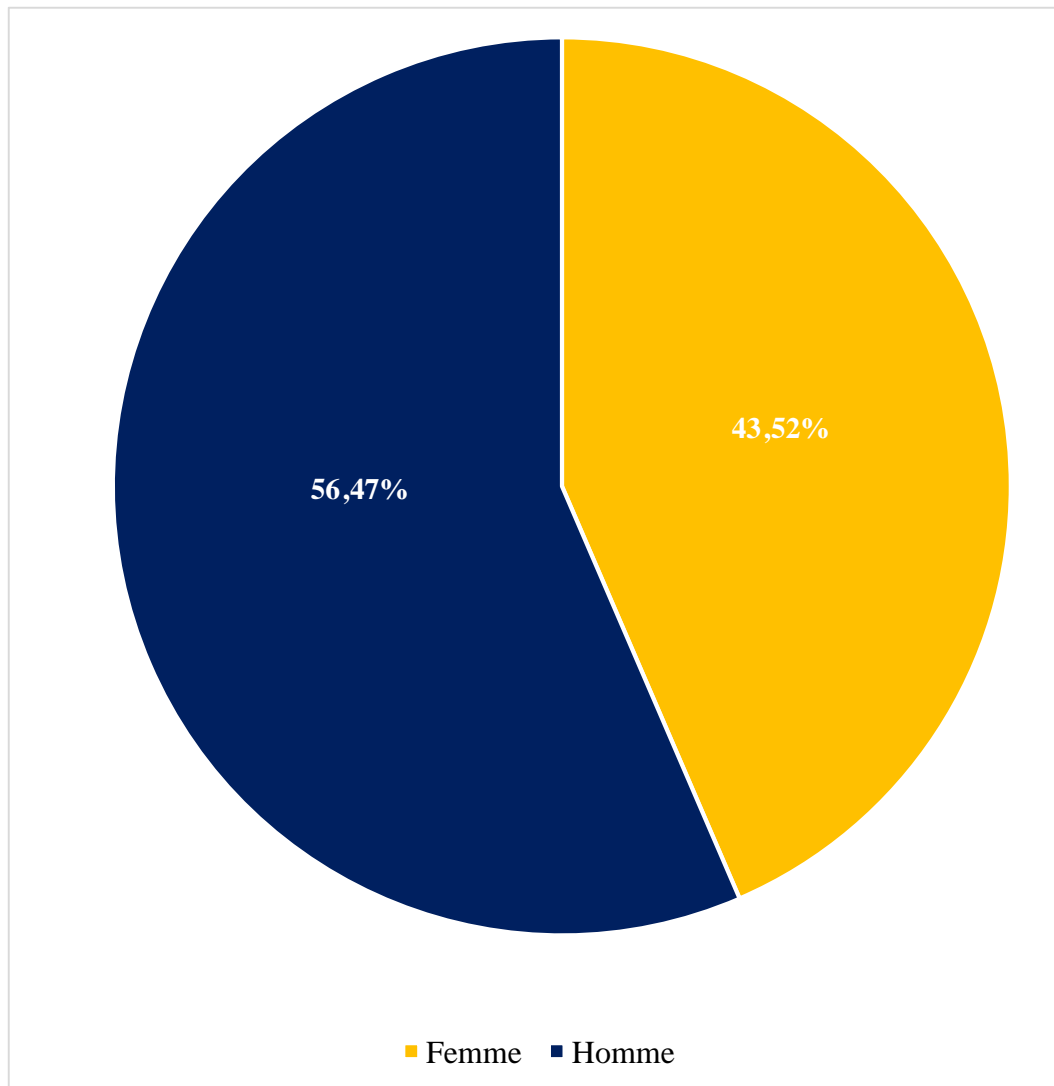
### III.3. Répartition annuelle des cancers de la cavité buccale



**Figure 7 : Répartition annuelle des cancers de la cavité buccale**

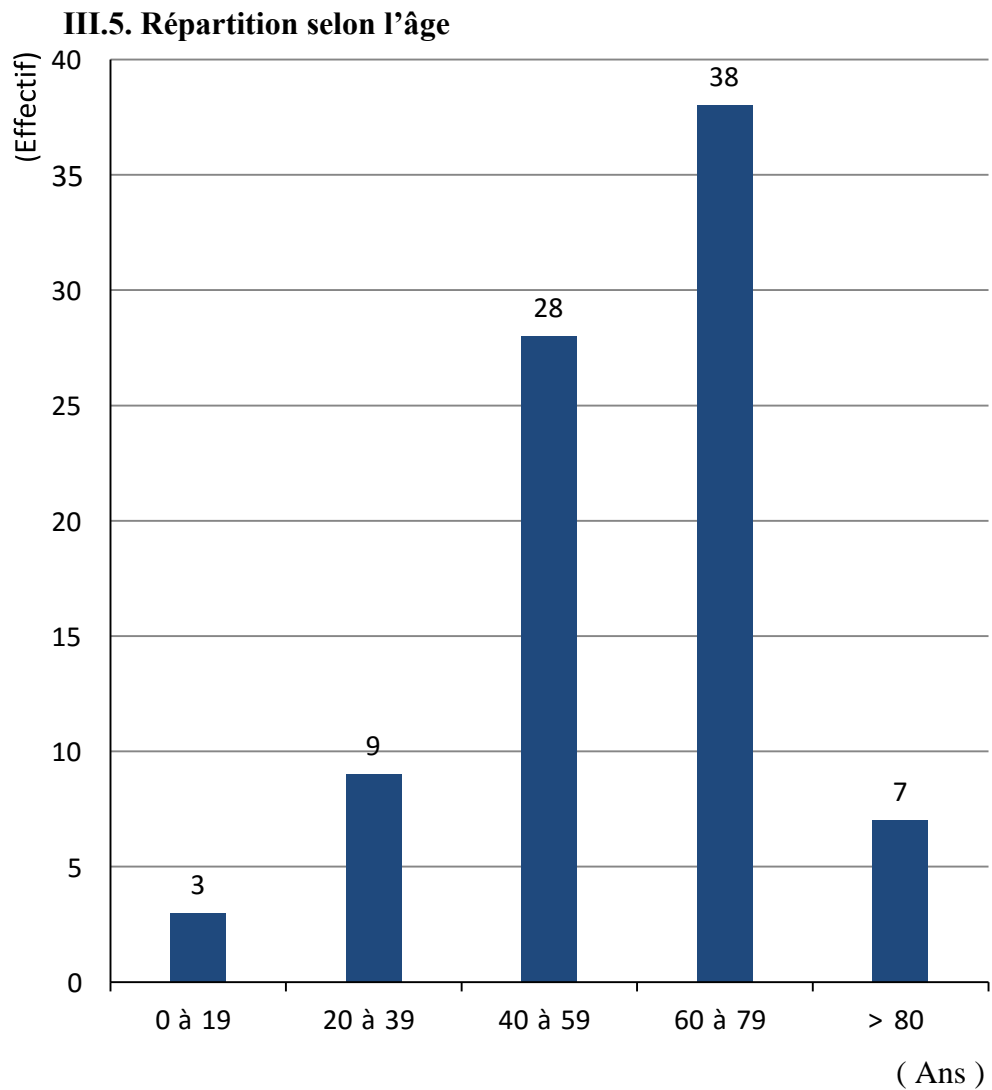
Durant la période d'étude, 32,94% (n=28) des cancers buccaux ont été diagnostiqués en 2013.

### III.4. Répartition des patients selon le genre



**Figure 8 : Répartition selon le genre**

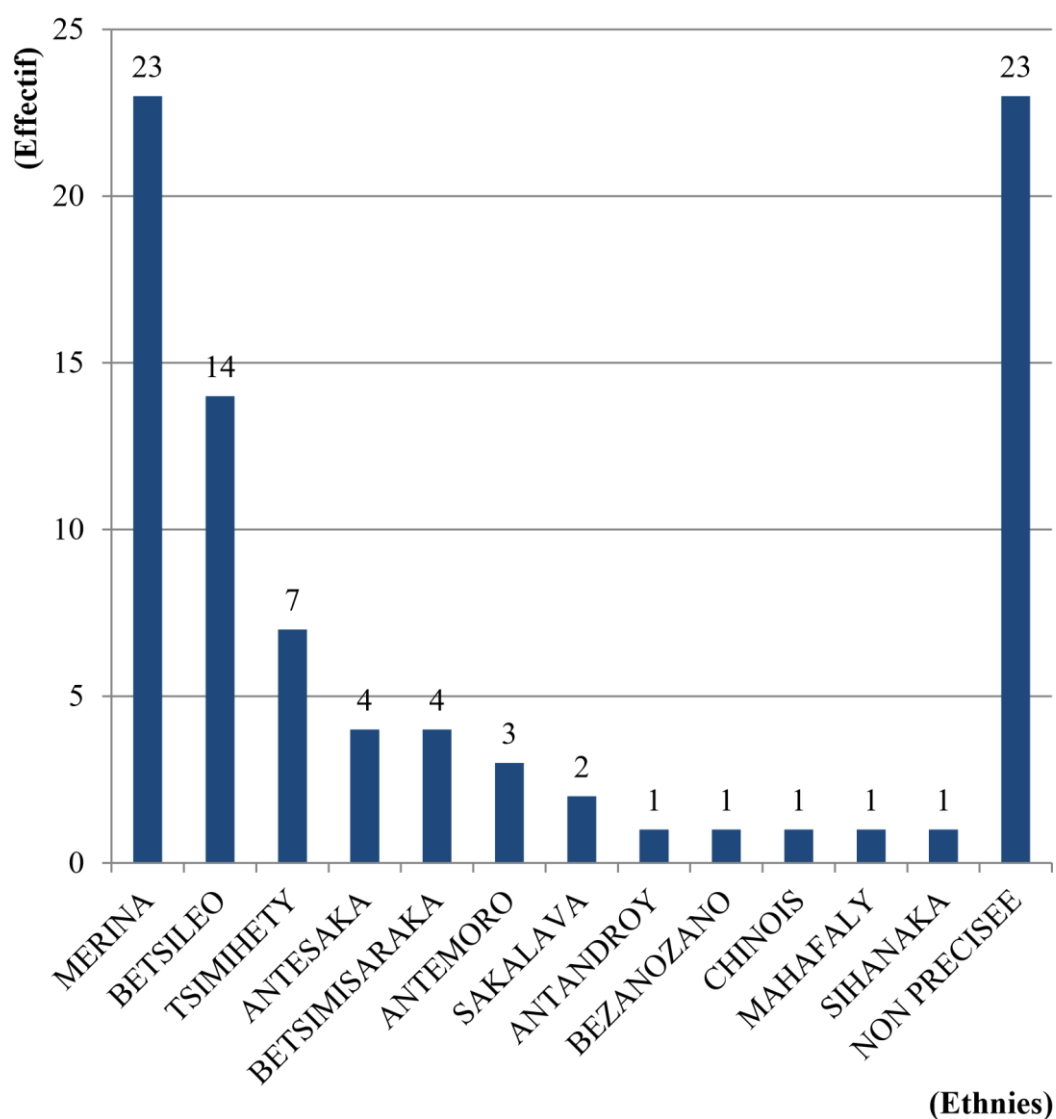
Parmi les 85 cas étudiés, nous avons observé une prédominance masculine des patients, représentant 56,47% (n=48). Le sexe ratio a été de 1,29.



**Figure 9 : Répartition par tranches d'âge**

Le pic de fréquence des cancers de la cavité buccale est situé entre 60 ans et 79 ans soit 38 cas (44,70% des patients).

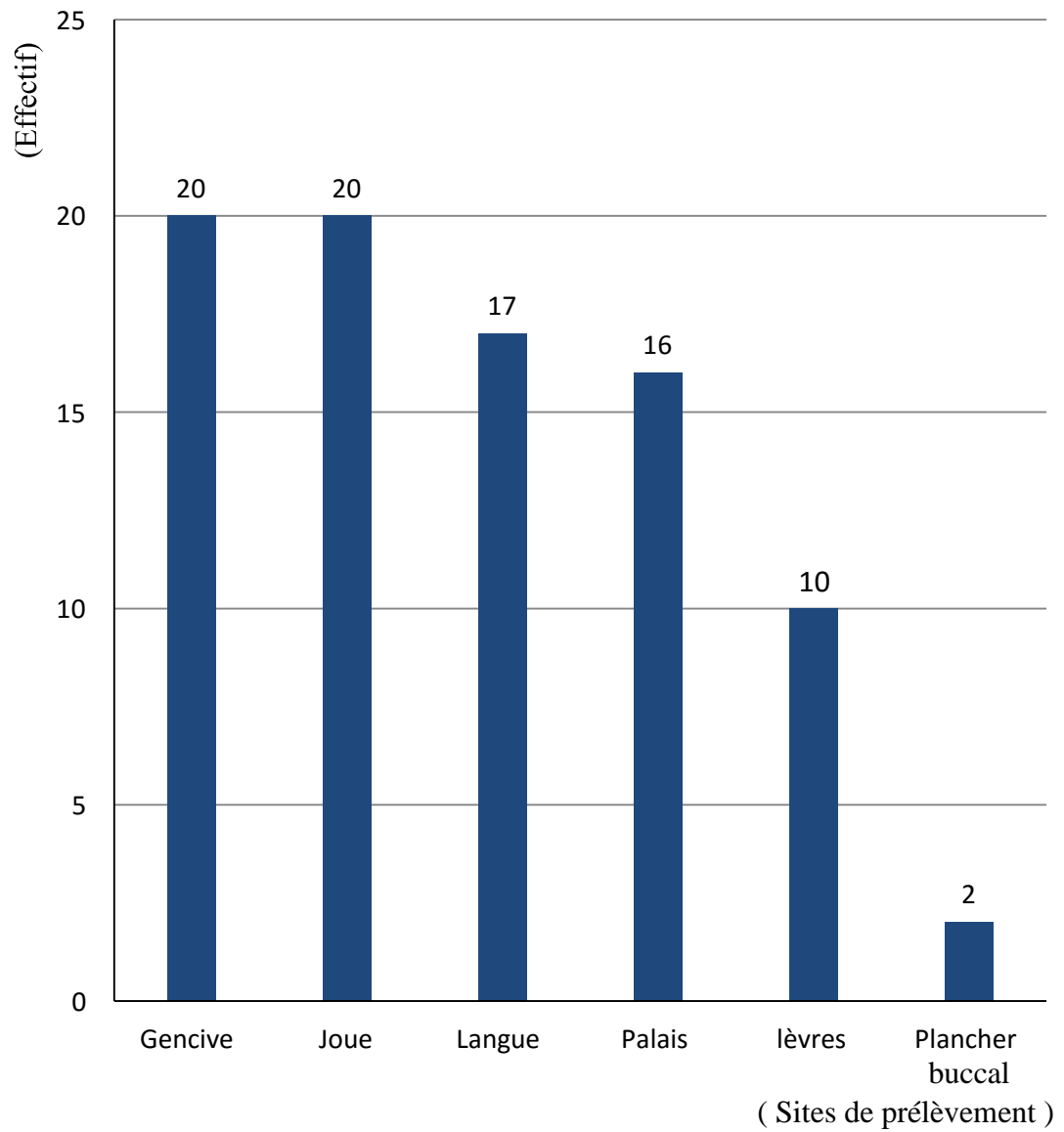
### III.6. Répartition des patients selon l'ethnie



**Figure 10 : Répartition des patients selon l'ethnie**

Dans la majorité des cas les patients sont des merina représentant 27,05% (n=23) de la population d'étude.

### III.7. Répartition selon le siège du cancer

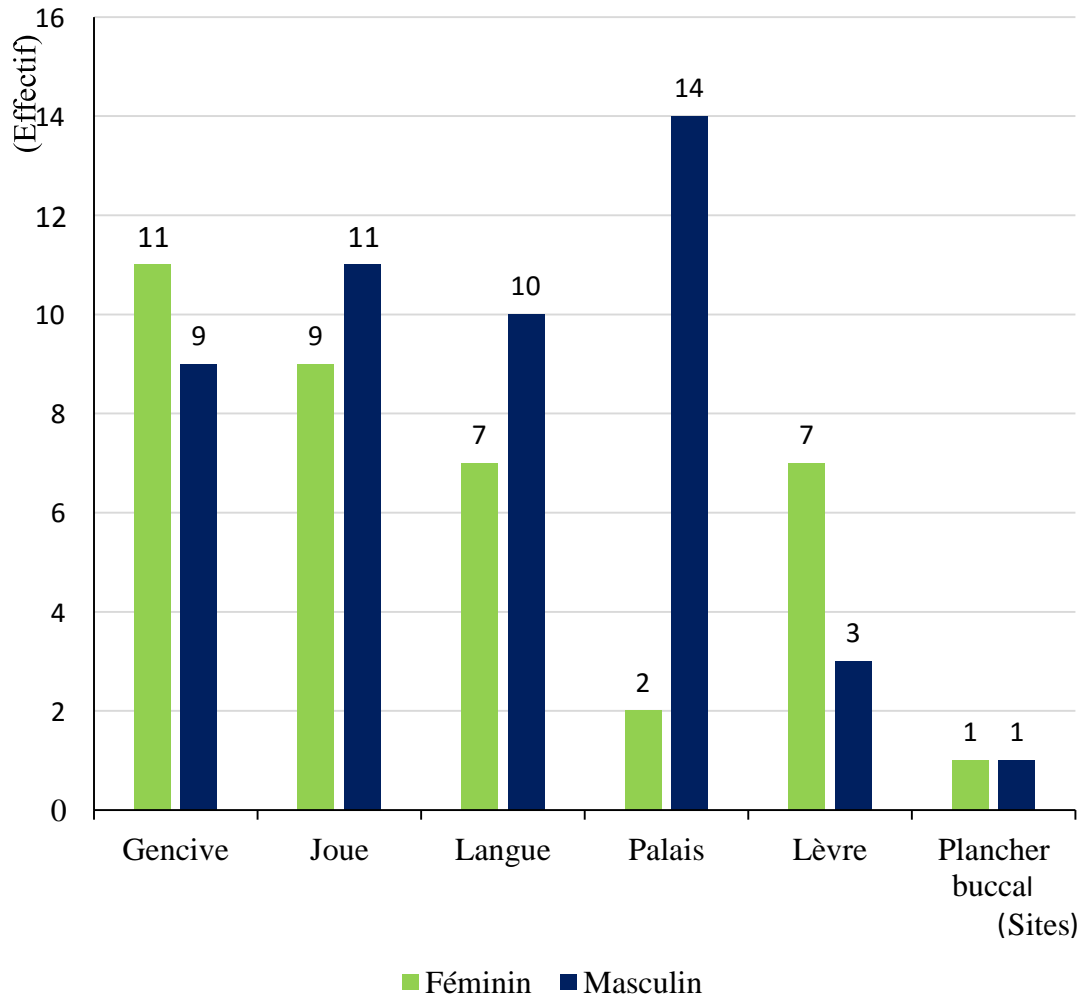


**Figure 11 : Répartition selon le siège du cancer**

Les joues et la gencive sont les sites préférentiels des cancers de la cavité buccale représentant respectivement 23,52% (n=20) des cas.



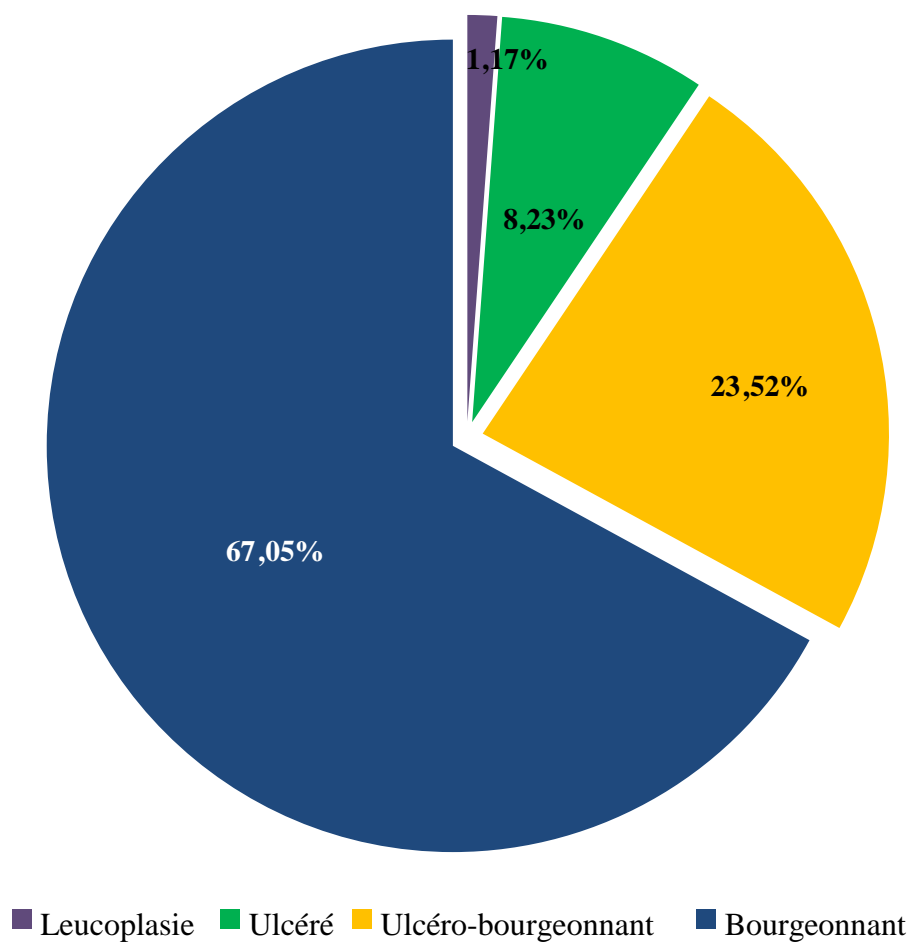
### III.8. Répartition selon le siège du cancer et le genre



**Figure 12 : Corrélation entre le genre et le siège du cancer**

Chez l'homme, le palais est la localisation préférentielle des cancers buccaux soit 16,47% (n=14) des cas. Chez la femme, la gencive et la joue sont les sites relativement fréquents représentant chacun 12,94% (n=11) des cas.

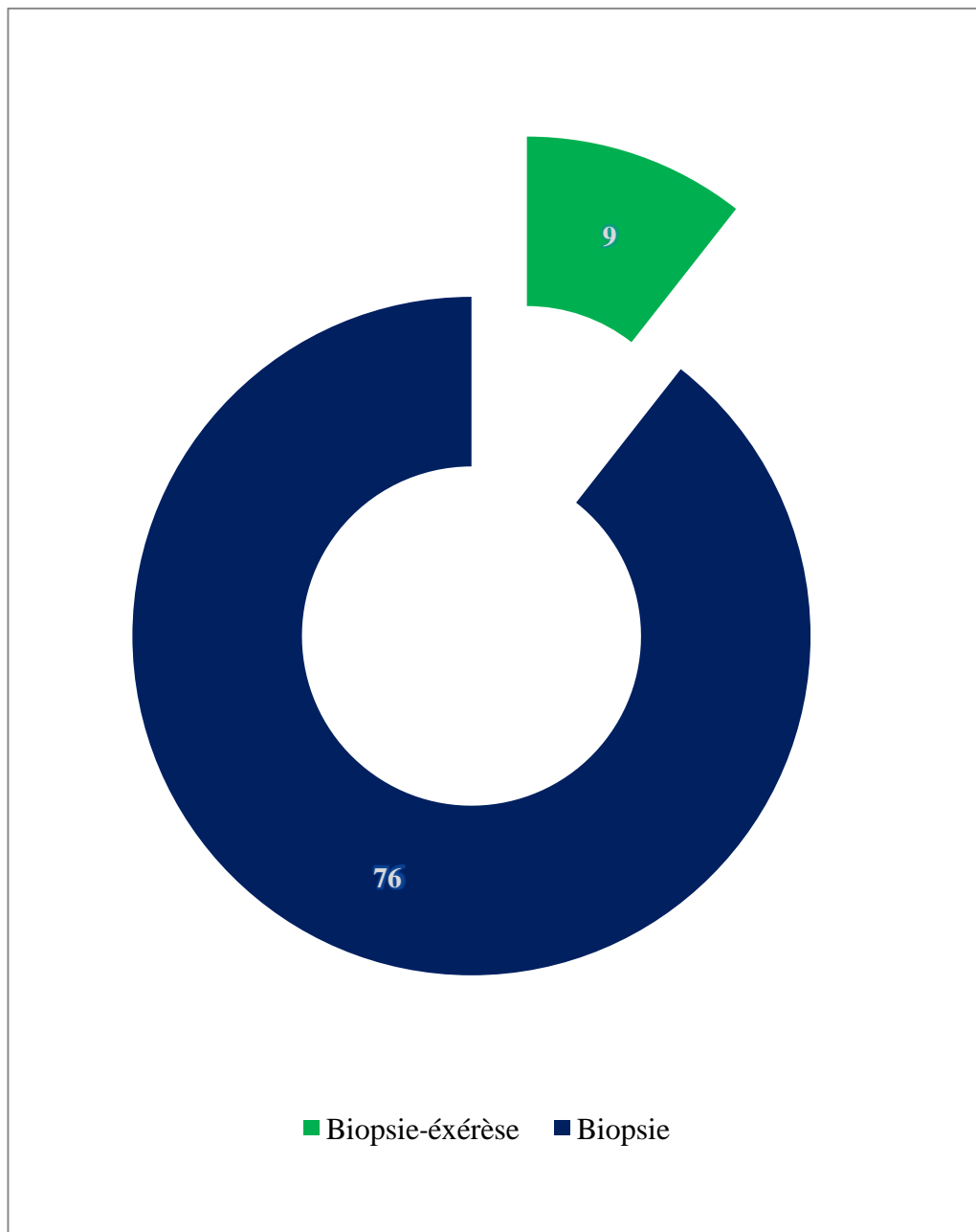
### III.9. Répartition selon l'aspect clinico-macroscopique



**Figure 13 : Répartition selon l'aspect clinico-macroscopique**

L'aspect bourgeonnant avec ou sans ulcération est l'aspect clinico-macroscopique le plus représenté, représentant 90,59% des cas.

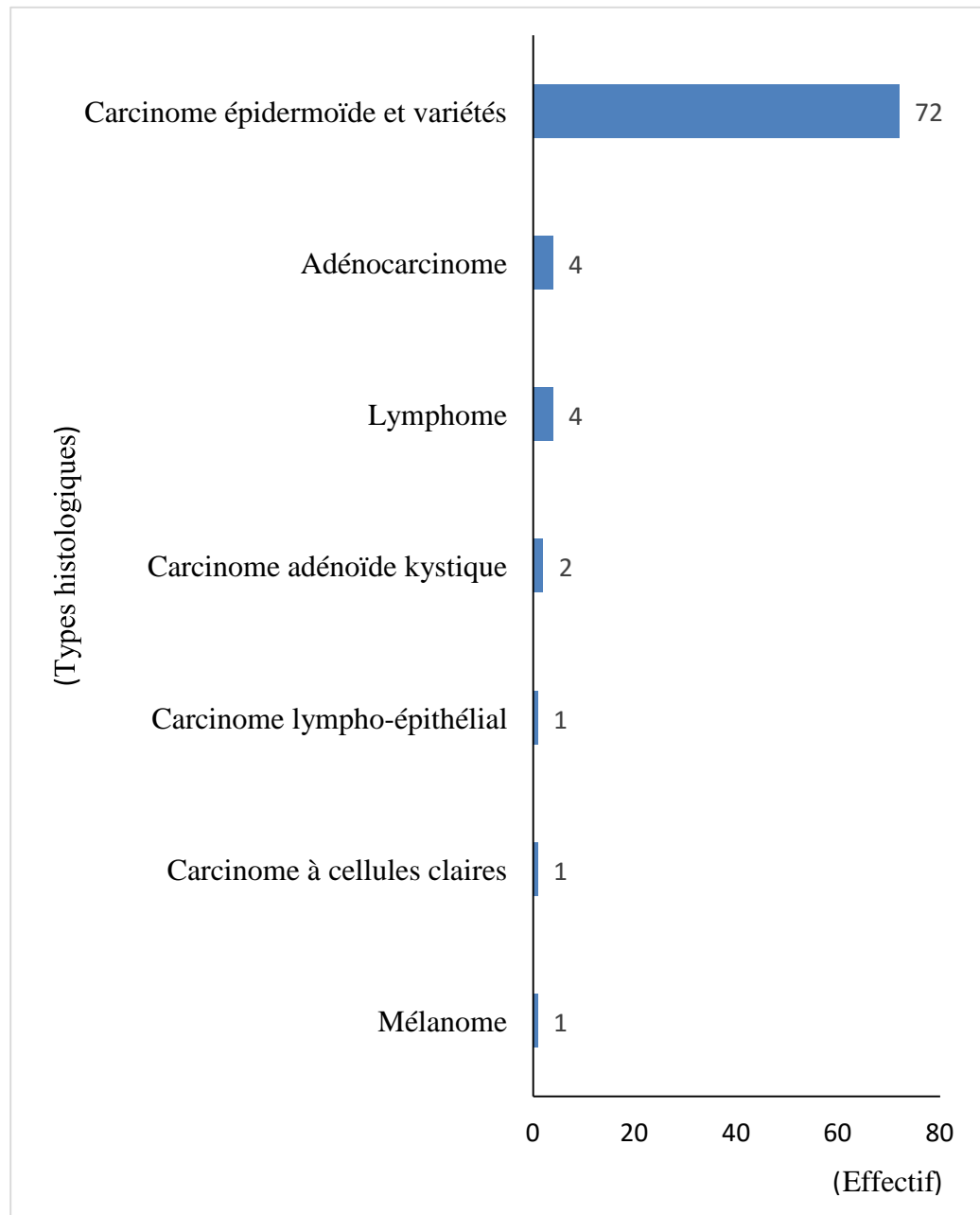
### III.10. Répartition selon le type de prélèvement



**Figure 14 : Répartition selon le type de prélèvement**

Nous avons reçu des prélèvements biopsiques dans 89,41% (n=76) des cas.

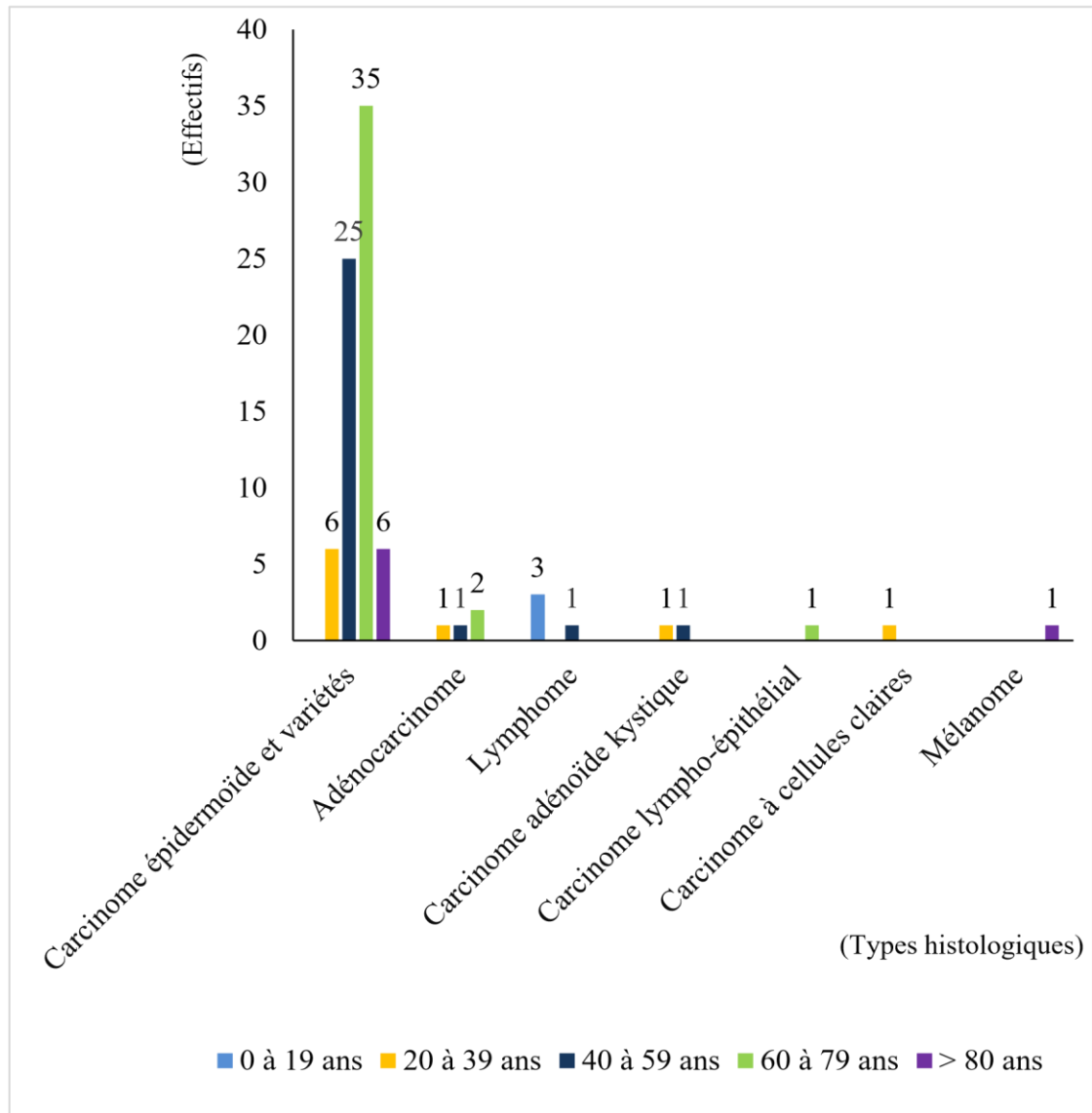
### III.11. Répartition selon les types histologiques



**Figure 15 : Répartition selon les types histologiques**

Le carcinome épidermoïde est le type histologique le plus rencontré, 84,71% (n=72) des cas.

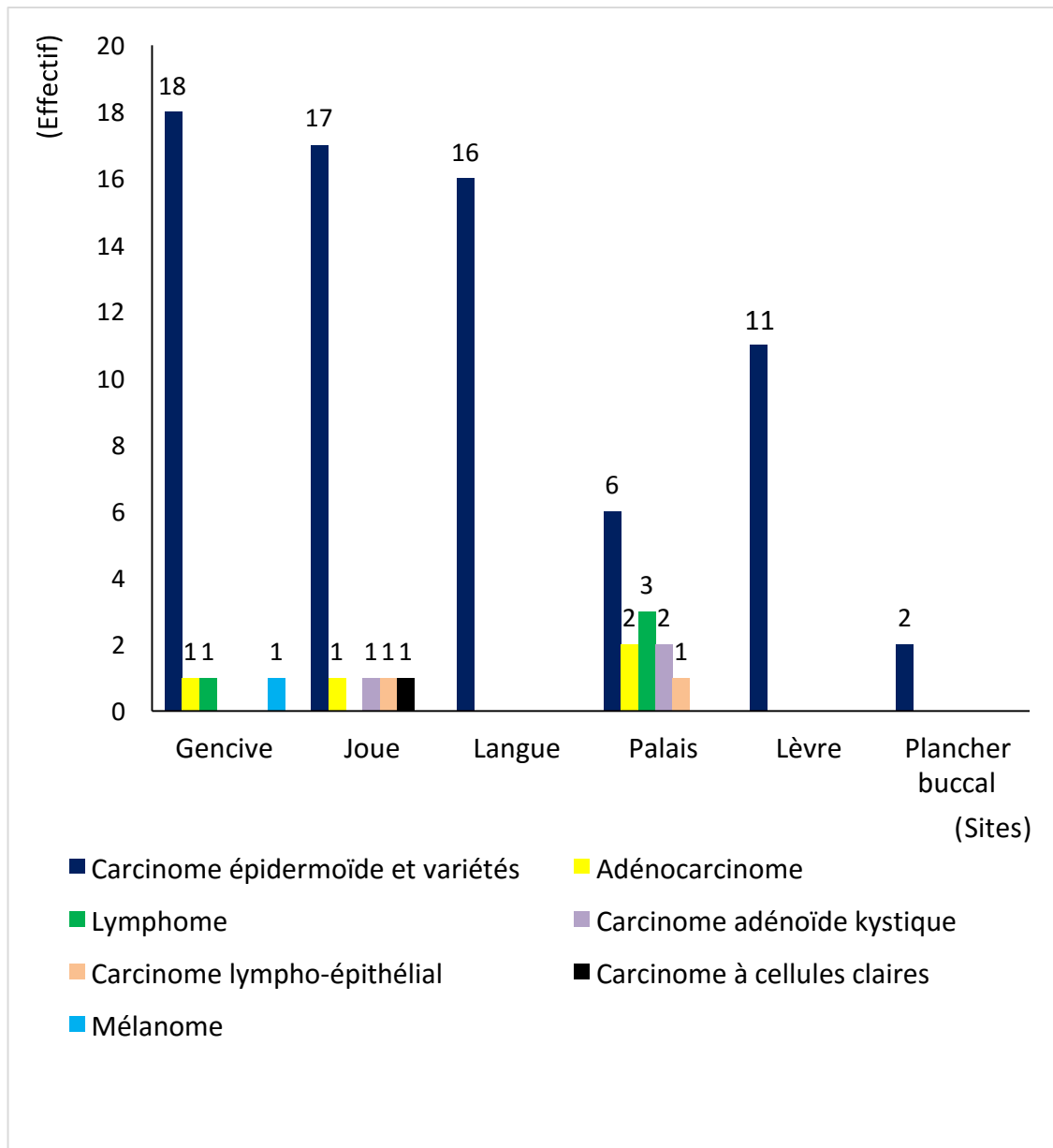
### III.12. Corrélation entre le type histologique et l'âge



**Figure 16 : Corrélation entre le type histologique et l'âge**

Le carcinome épidermoïde ne touche que les adultes de plus de 20 ans, avec un pic de fréquence entre l'âge de 40 à 79 ans.

### III.13. Corrélation entre le type histologique et les sites des cancers



**Figure 17 : Corrélation entre les types histologiques et les sites des cancers**

Le carcinome épidermoïde se rencontre sur toutes les entités anatomiques de la cavité buccale.

### III.14. Image macroscopique de cancer buccal



**Figure 18 : Lésion ulcéro-bourgeonnante de la gencive (carcinome épidermoïde infiltrant, kératinisé, moyennement différencié)**

**Source :** Service de Stomatologie et de Chirurgie Maxillo-faciale du CHU-JDRB  
(avec l'autorisation du chef de Service de chirurgie maxillo-faciale)

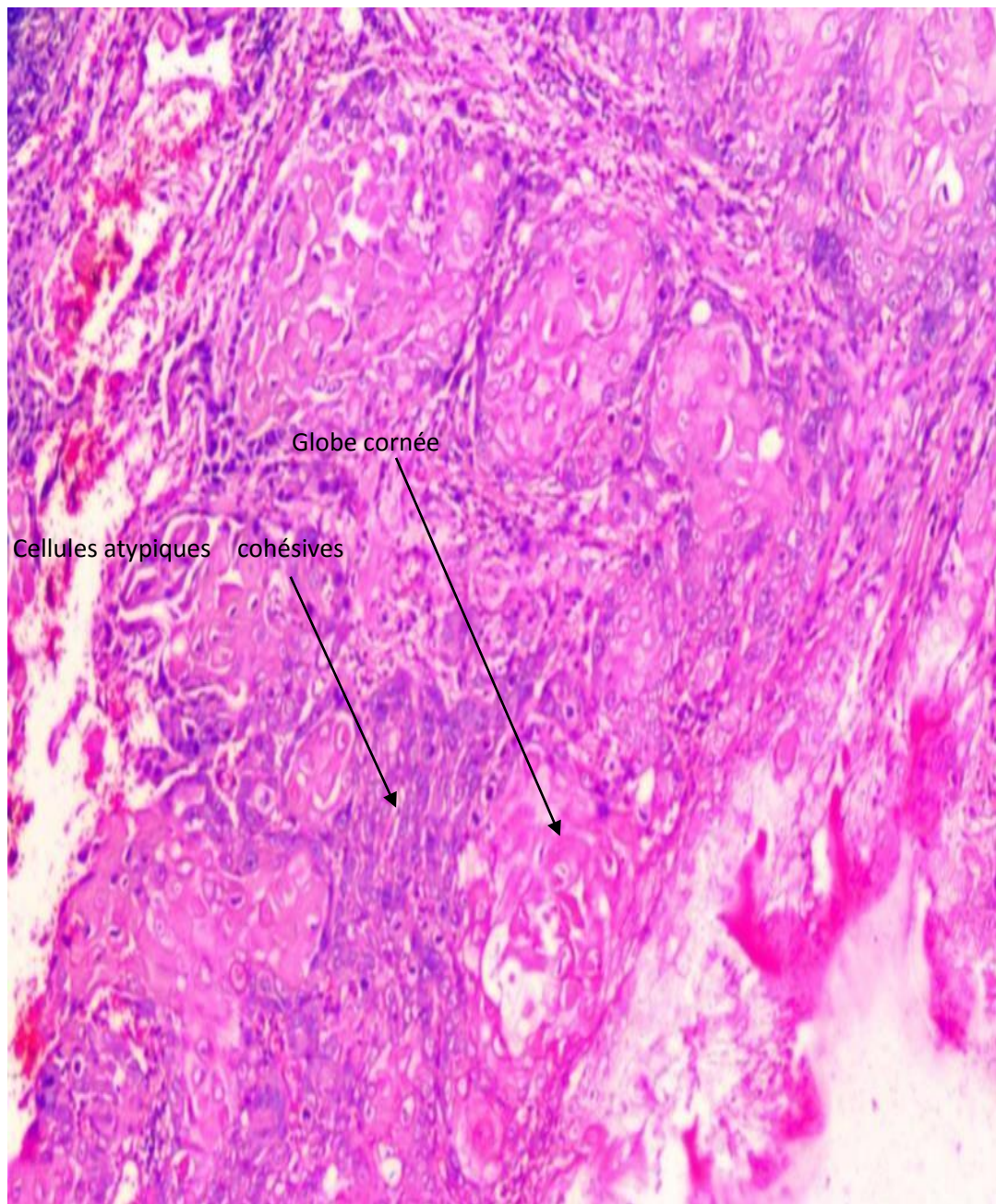


**Figure 19 : Lésion ulcéro-nécrotique profonde de la joue (carcinome épidermoïde infiltrant, non kératinisé, moyennement différencié)**

**Source :** Service de Stomatologie et de Chirurgie Maxillo-faciale du CHU-JDRB  
(avec l'autorisation du chef de Service de chirurgie maxillo-faciale).

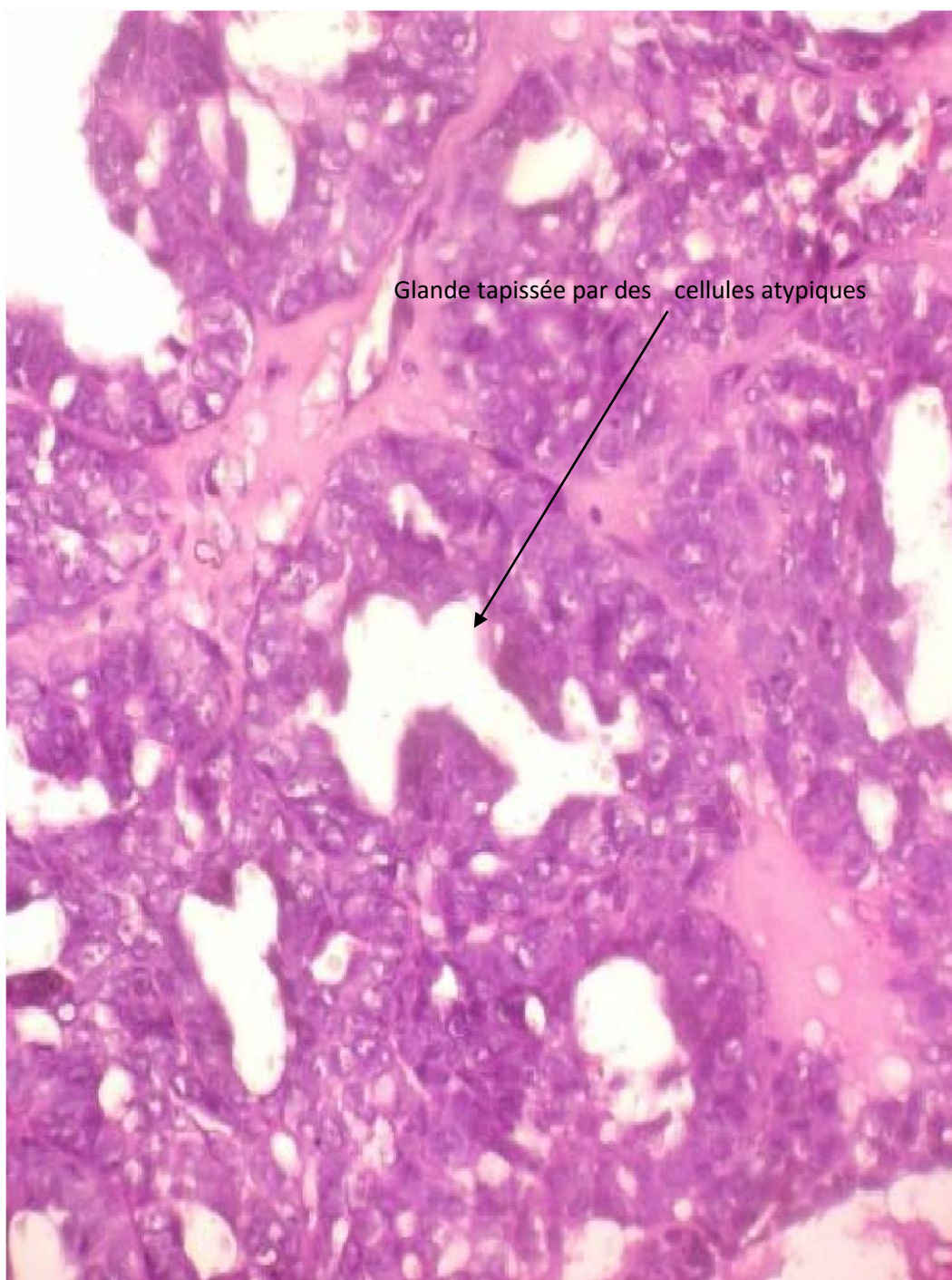


### III.15. Image microphotographique de cancer buccal



**Figure 20 : Gencive, carcinome épidermoïde, kératinisé, moyennement différencié, HE, M/O, x40**

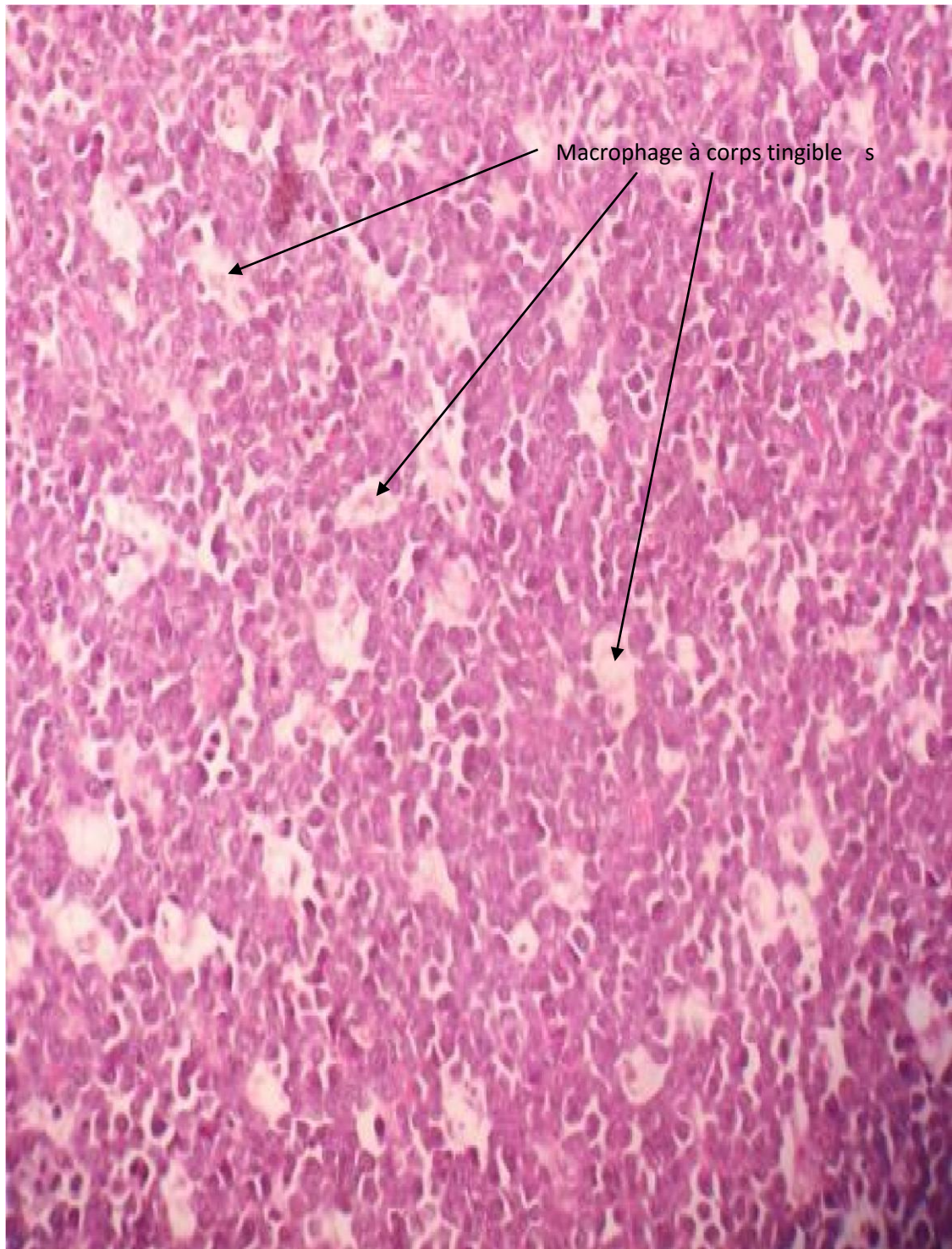
Source : UPFR d'Anatomie et Cytologie Pathologiques du CHU-JRA



**Figure 21 : Gencive, adénocarcinome bien différencié, HE,M/O, x40**

**Source :** UPFR d'Anatomie et Cytologie Pathologiques du CHU-JRA





**Figure 22 : Palais, Lymphome de Burkitt, HE, M/O, x40**

**(aspect en ciel étoilé et macrophage à corps tingibles)**

**Source : UPFR d'Anatomie et Cytologie Pathologiques du CHU-JRA**

### **TROISIEME PARTIE : DISCUSSION ET SUGGESTIONS**

## **TROISIEME PARTIE : DISCUSSION ET SUGGESTIONS**

### **IV. DISCUSSION**

Les cancers de la cavité buccale s'intègrent dans le cadre le plus général des cancers des voies aéro-digestives supérieures [32]. Ils sont caractérisés par un diagnostic le plus souvent tardif, bien que la cavité buccale constitue l'une des seules régions anatomiques de l'organisme explorable sans dispositifs médicaux invasifs [32]. Ces cancers sont des maladies négligées, par rapport à d'autres cancers dépistables [29]. Ce sont des affections buccales graves au double plan : fonctionnel et vital. Ils ont une importante répercussion sur la mastication, la déglutition et la phonation [33].

Le cancer de la cavité buccale est une maladie liée à des modes de vie qui peuvent être interprétés comme des marqueurs socio-économiques [34]. Les personnes économiquement défavorisées ont des difficultés pour adopter un régime riche en légumes frais et en fruits qui constitue un facteur protecteur [29]. Les personnes vivant dans les pays en voie de développement sont plus vulnérables à l'adoption de comportements à risque [29].

#### **IV.1. Fréquence des cancers de la cavité buccale**

Les cancers de la cavité buccale sont parmi les cancers relativement fréquents. Ils représentent environ 3% des cancers [2]. Dans notre étude, ils représentent 2,02% (cf figure 5) des cancers diagnostiqués dans les deux laboratoires. En 2008, 263 900 nouveaux cas ont été diagnostiqués dans le monde avec un taux d'incidence de 2,5 pour 100 000 hommes et 2,1 pour 100 000 femmes par an en Afrique de l'Ouest [35]. Selon Globocan en 2012, l'incidence de ces cancers a été estimée à 2,3 par 100 000 habitants au Togo, à 5,6 par 100 000 habitants en France métropolitaine, et à 7,2 par 100 000 habitants en Inde [36]. A Madagascar, cette incidence a été estimée par Globocan à 9,3 par 100 000 hommes et à 3,2 par 100 000 femmes avec une incidence globale de 6,1 par 100 000 habitants [36]. Nous avons pris cette estimation de Globocan car il n'existe pas encore de Registre national du cancer permettant d'avoir des chiffres exacts à Madagascar. Notre étude ne reflète pas non plus la réalité, et ne représente pas tout Madagascar, mais elle a été faite dans

deux des trois grands centres de diagnostic du cancer du pays. Nous avons colligé 85 cas de cancers buccaux, diagnostiqués en 4 ans, soit une moyenne annuelle de 21,25 cancers.

### **III.2. Répartition selon le genre**

Au cours de notre étude, nous avons observé une prédominance masculine soit 56,47% des patients avec un sexe ratio de 1,29 (cf figure 8). La prédominance masculine est unanimement trouvée dans la plupart des études : N. Vincent et al [37] en France ont trouvé une prédominance masculine de 68%. Ariyoshi et al [38] au Japon ont trouvé un sexe ratio de 1,45 et Hamdoun au Maroc a trouvé un sexe ratio de 1,33. Dans leur série, Adeyemi B F et al [39], au Nigeria et Onyango J F et al [40], au Kenya ont observé une prédominance masculine avec un sexe ratio respective de 1,2 et 1,3. Dans ces études, la prédominance masculine s'explique par le fait que les hommes sont plus exposés aux principaux facteurs de risque des cancers buccaux que sont le tabac et l'alcool que les femmes. En effet, d'après les données de l'OMS en 2017 [41], la prévalence des fumeurs à Madagascar a été de 22,6% chez l'homme et de 19,6% chez la femme. D'après les estimations de l'OMS en 2011, 4,48% des Malgaches en moyenne prennent de l'alcool soit 4,90% d'hommes et 3,22% des femmes [42]. Nous pouvons dire qu'à Madagascar, les hommes sont plus exposés aux tabacs et à l'alcool que les femmes.

Néanmoins, quelques études montrent une prédominance féminine. Au Burkina Faso, Tozoula B A et al ont trouvé un sexe ratio de 0,55 [33]. L'explication qu'ils ont trouvé est la mauvaise hygiène bucco-dentaire et la prise de tabac à chiquer par les femmes Burkinabé.

### **III .3. Répartition selon l'âge**

L'incidence des tumeurs malignes en générale est plus élevée chez les sujets âgés [43]. Allison et al ont évoqué un accroissement de cette incidence avec l'âge et ils ont parlé d'une fréquence élevée chez les personnes âgées, de 45 à 80 ans [44]. La notion de vieillissement a été alors évoquée car les effets du vieillissement participent au développement de cancer [45]. L'âge moyen de nos patients a été de 58,84 ans (cf figure 9). Le pic de fréquence des cancers de la cavité buccale a été dans la tranche

d'âge de 60 ans à 79 ans autant chez les hommes que chez les femmes. Ces données sont sensiblement similaires à celles de Silmani F et al [46], en 2013 au Maroc et de Bhardwaj N et al [47], en 2015 en Inde où l'âge moyen de leur patient a été respectivement de 55 ans et 53 ans. Pour Madagascar, d'après l'OMS, en 2017, parmi les adultes âgés de 15 ans à 49 ans, 22,6% des hommes et 19,6% des femmes ont pris du tabac [41]. Chez les sujets âgés 13 ans à 15 ans, 6,2% de jeunes hommes et 5,4% de jeunes filles ont pris du tabac. Concernant la prise d'alcool, les données de l'OMS en 2011 montrent que 4,48% des adultes c'est-à-dire les sujets âgés de plus de 15 ans prennent de l'alcool [42]. La prise de tabac et d'alcool commence dès le jeune âge, mais il faut un temps d'exposition aux facteurs de risque pour développer un cancer. Il faut aussi un temps de développement du cancer pour que celui-ci soit décelable cliniquement et diagnostiqué. Les risques de développer un cancer de la cavité buccale augmentent avec l'âge puisque plus l'âge avance, plus la proportion de sujet qui prend du tabac et de l'alcool augmente.

L'accumulation des anomalies génétiques et épigénétiques au cours des années entraînent l'apparition de clones cellulaires à l'origine des cancers [48]. Le délai entre l'apparition de ces anomalies biologiques et le diagnostic clinique de la tumeur est difficile à évaluer, mais certainement de l'ordre de plusieurs années. C'est pourquoi, les lésions précancéreuses et les cancers précoces de la cavité buccale sont souvent asymptomatiques [29]. De ce fait, les cancers de la cavité buccale restent longtemps peu symptomatiques voire asymptomatiques au cours des stades précoces de la maladie. Par ailleurs, les premiers signes d'appel cliniques sont soit négligés, soit ignorés par les patients.

L'ensemble de ces arguments explique ainsi le diagnostic tardif à un stade avancé, qui tourne aux alentours de 55 ans dans notre étude.

Des mesures de prévention primaire comme l'accès au dépistage précoce doivent être mis en place pour éviter le diagnostic tardif des cancers de la cavité buccale.

### III.4. Répartition selon l'ethnie

Dans notre étude nous pouvons dire que les populations originaires des hauts plateaux à savoir les Merina et les Betsileo sont les plus touchées par les cancers de la cavité buccale. Les Merina représentent 27,05% de la population d'étude tandis que les Betsileo représentent 16,47% de cette population (cf figure 10). Cette prédominance ethnique des patients originaires des hauts plateaux s'explique par le fait que les centres hospitaliers prenant en charge les cancers de la cavité buccale et les centres de diagnostic de ces pathologies sont concentrés dans les anciennes provinces d'Antananarivo et de Fianarantsoa. Ainsi ces patients ont eu l'avantage de bénéficier de meilleure prise en charge par rapport au reste de la population malgache. Toutes fois, dans 27,05% des cas l'origine ethnique des patients n'a pas été précisée par le médecin prescripteur rendant difficile l'évaluation d'éventuel facteur de risque génétique au sein de la population malgache. On parle de facteurs de risque génétique lorsqu'un individu est génétiquement prédisposé à la maladie cancéreuse ou plus susceptible de développer un cancer après exposition à un agent cancérogène.

Plusieurs études suggèrent l'existence d'une « susceptibilité » individuelle aux carcinomes des voies aéro-digestives supérieures [49]. La notion de sujets « prédisposés » à développer un carcinome des voies aéro-digestives supérieures repose, entre autre, sur le rapport des CDC (Centers for Disease Control) stipulant que sur les 46 millions de fumeurs Américains, seulement 40 000 à 50 000 d'entre eux développent chaque année un carcinome des voies aéro-digestives supérieures, soit moins d'un sujet fumeur sur mille [50]. Bien qu'il existe 18 ethnies et 22 régions à Madagascar, la population malgache a une langue commune mais les habitudes alimentaires, le mode de vie, l'exposition aux facteurs de risque peuvent varier d'une région à l'autre de l'île. Ces dernières pourraient influencer la survenue d'un cancer de la cavité buccale. Il est probable que les facteurs de risque auxquels est exposée la population malgache peuvent être différents. Pour le moment, il n'est pas possible de réaliser des études génétiques puisque nous ne disposons pas encore du matériel nécessaire pour évaluer l'implication de facteurs génétiques dans le développement des cancers de la cavité buccale. La connaissance de l'origine ethnique permet d'avoir un aperçu de ces facteurs de risque génétiques. L'origine ethnique et les renseignements cliniques n'ont pas toujours été précisés dans les fiches de liaison.



Ainsi, nous ne pouvons pas établir de façon certaine une relation entre l'origine ethnique et la survenue de cancer de la cavité buccale. Une sensibilisation des professionnels de santé serait nécessaire afin que ces derniers communiquent le maximum d'information sur le patient et sa maladie. Ceci afin d'améliorer la qualité des données contribuant à la réalisation d'une étude.

### **III.5. Répartition selon les signes cliniques**

Les lésions bourgeonnantes, ulcérées ou pas, ont été les signes cliniques les plus fréquemment signalés dans notre étude représentant 90,59% des signes d'appel des cancers de la cavité buccale (cf figure 13). Nos résultats sont conformes à ceux de Toure S et al qui ont trouvé que les lésions ulcéro-bourgeonnantes ont représenté 92,4% des cas [51]. Ceci, en raison de la découverte tardive des signes d'appel des cancers de la cavité buccale.

Cliniquement l'aspect des tumeurs de la cavité buccale peuvent se présenter sous la forme de leucoplasie, d'érythroplasie, d'érythroleukoplasie, d'ulcération chronique, d'une masse œdémateuse ou d'une lésion endophytique [52]. Ces lésions font partie des lésions potentiellement malignes de la cavité buccale qui sont des altérations morphologiques aboutissant à une transformation maligne plus fréquente que dans le cas du tissu normal [53]. Habituellement, ces lésions restent asymptomatiques à des stades précoces [54]. La majorité des lésions sont dépistées à des stades avancés. Par conséquent elles seraient inaperçues, négligées ou sousestimées par le patient. Par ailleurs, les cancers de la cavité buccale sont parmi les moins connus de la population générale [29]. Une étude au Royaume-Uni portant sur 1894 personnes concernant les cancers en général a montré que seulement 56% des personnes avaient déjà entendu parler des cancers de la cavité buccale [53]. En Turquie, une autre étude a constaté que 60,7% des patients d'une clinique dentaire n'avaient jamais entendu parler des cancers oraux [55]. L'ignorance de la gravité des pathologies tumorales malignes de la cavité buccale pourrait expliquer la découverte tardive des lésions en faveur de cette pathologie. Ainsi le patient ne consulterait qu'à un stade avancé de la maladie avec des lésions visibles et gênantes comme la tuméfaction. Et à ce stade de tuméfaction, la lésion pourrait déjà faire une métastase ganglionnaire car les cancers de la cavité buccale sont très lymphophiles [56]. Ainsi il

faut motiver la population en général pour se soucier davantage de sa santé surtout buccale voire consulter périodiquement pour une meilleure prise en charge d'éventuelle maladie.

Le rôle des médecins est important dans l'identification des personnes à risque, permettant ainsi de prévenir et de minimiser les conséquences de la maladie. Il est recommandé aux chirurgiens dentistes et aux médecins d'effectuer un examen complet des muqueuses à chaque visite annuelle des patients [29]. Il est également possible d'avoir recours à des techniques complémentaires de diagnostic telle que la coloration vitale (en utilisant le bleu de toluidine) et l'utilisation d'appareils de fluorescence comme aide à la visualisation directe [33]. En effet, le dépistage précoce d'un cancer oral doit être possible, grâce à la présomption de diagnostic avancée par le chirurgien-dentiste ou le médecin au cours d'une consultation dentaire [57].

### **III.6. Répartition selon le type de prélèvement**

Les résultats de notre étude ont montré que 89,41% des prélèvements dans la cavité buccale étaient des prélèvements biopsiques et le reste des prélèvements était des biopsie-exérèses représentant 10,58% du prélèvement total (cf figure 14). N Vincent et al, en France, en 2012, ont effectué la totalité de leur étude sur des pièces de biopsie-exérèse [37]. La biopsie n'est réalisée que si la taille de la tumeur ne permet pas de la retirer en totalité. Les prélèvements biopsiques ont l'avantage de donner le diagnostic, et de déterminer le degré de différenciation, le type histologique, la présence d'embole vasculaire ou d'engainement périnerveux. Plus le degré de différenciation est élevé, meilleur est le pronostic [58]. La présence d'emboles intra-tumoraux est corrélée au degré d'envahissement ganglionnaire qui est lui-même un facteur de mauvais pronostic [58].

Mais les renseignements pour évaluer des facteurs pronostiques tels que le volume tumoral ne sont pas évalués dans ces prélèvements biopsiques. En effet, Plus le volume tumoral est important, moins bon est le pronostic [59].

L'évaluation de façon optimale du pronostic de la maladie a été difficile dans 89% des cas. Ainsi la réalisation d'emblée d'une biopsie-exérèse est recommandée pour un meilleur rendement des résultats anatomopathologiques permettant ainsi une

meilleure prise en charge des cancers de la cavité buccale. En plus des facteurs pronostiques histologiques sus-cités, la biopsie-exérèse permet d'évaluer la qualité de l'exérèse qui est la marge de sécurité par rapport aux berges tumorales.

### **III.7. Site de la tumeur**

Dans notre série de cas, la gencive, les joues, la langue et le palais sont les localisations les plus fréquentes, tout genre confondu, avec une légère prédominance gingivale et jugale représentant chacune 23,52% (n=20) des cas (cf figure 11). Le site des cancers est aussi varié selon le genre. Nous avons noté une localisation préférentielle sur le palais chez l'homme et sur la gencive et les joues chez la femme (cf figure 12). D'après Musani et al, en 2009, au Pakistan, 50% des cancers de la cavité buccale ont été observés sur la joue [60]. Benlyazid A et al [61] ont observé dans leur série que la langue était le site de prédilection des cancers de la cavité buccale représentant 43,58% (n=17) des cas. A.E. Rakotoarivony et son équipe [62] ont également trouvé que la langue a été le site préférentiel des cancers de la cavité buccale représentant 17,8% des localisations de cette pathologie. Pour A.T. Bombara et al [33], ces pathologies sont des affections touchant plus les lèvres chez les femmes (37,3%) et la langue chez les hommes (32,1%). Les sous-localisations dans la cavité buccale varient selon la prévalence de facteurs de risque observés dans les diverses régions du monde [63]. Au Sud de l'Asie centrale par exemple, les lésions localisées sur les muqueuses des joues sont plus communes probablement liées à la chique de bétel et de tabac [63]. D'après une étude de l'OMS, en 2005, réalisée pour la surveillance des facteurs de risque des maladies non transmissibles, la prévalence de l'usage du tabac à fumer à Antananarivo a été de 17,6% et la prévalence de l'usage du tabac à chiquer a été de 33,97% [64]. L'usage du tabac à chiquer a été plus l'apanage de la femme que de l'homme, avec un usage de plus de 90% [64]. Certains sites de la cavité orale (gencives, plancher buccal, joues, vestibules et trigones rétromolaires) semblent plus sensibles à l'effet du tabac à chiquer [65]. Ce qui expliquerait la prédominance gingivale et jugale des cancers de la cavité buccale, particulièrement chez les femmes.

En effet, la localisation de la tumeur joue un rôle important dans son comportement, principalement concernant l'envahissement ganglionnaire. Il s'agit

aussi d'un déterminant des modalités de traitement. Les tumeurs localisées à des endroits qui sont visibles par le patient, qui n'envahissent pas des structures vitales et qui peuvent être traités chirurgicalement ont un meilleur pronostic que leur opposé [66]. Par exemple, les cancers localisés sur la base de la langue peuvent être très invasifs et insidieux car ils sont très fréquemment asymptomatiques, et souvent diagnostiqués au stade de métastase ganglionnaire [67].

### **III.8. Répartition selon le type histologique**

Conformément aux données de la littérature nous avons observé que le carcinome épidermoïde et ses variantes constituaient l'entité diagnostic le plus rencontré autant chez l'homme que chez la femme représentant 84,71% (n=72) des cancers de la cavité buccale (cf figure 15). Ils ne s'observent que chez les adultes avec un pic de fréquence entre les tranches d'âge de 60 à 79 ans. Ceci rejoint les constatations Bambara A. T. et al [33]. Ils ont également trouvé dans leur série d'étude que le carcinome épidermoïde et ses variantes représentaient 77,4% (n=41) des cancers de la cavité buccale chez la femme et 89,3% (n=25) chez l'homme. F. Silmani et al [46], Johnson et al [68], Barthelemy J et al [1] ont observé que le carcinome épidermoïde et ses variantes constituaient 90% de ces cancers.

Le carcinome épidermoïde est le type de cancer le plus fréquemment rencontré dans les cancers des voies aéro-digestives supérieures. Les sites de prédilection du carcinome épidermoïde sont la langue, le plancher buccal, le palais mou, l'oropharynx et le complexe gencive-crête alvéolaire, particulièrement la région mandibulaire [69]. Outre la notion d'alcool-tabagisme chronique évoquée comme principale facteur de risque, il peut exister une agression chronique locale chronique provoquant une lésion bénigne de la muqueuse qui à la longue peut se transformer en une tumeur maligne [70]. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que les carcinomes épidermoïdes se développent au sein de l'épithélium pavimenteux stratifié des muqueuses et ils peuvent être bien, moyennement ou peu différenciés, et plus ou moins kératinisants, ces caractéristiques n'entraînant pas de modifications pronostiques [71]. A noter que l'examen anatomo-pathologique permet de poser le diagnostic de certitude de ces cancers. Mais dans les formes indifférenciées, cet examen seul ne peut pas affirmer la nature épithéliale ou stromale du cancer.

L'adénocarcinome et le lymphome sont en seconde place parmi les types histologiques des cancers buccaux, avec 4,70% des cas pour chacun (cf figure 15).

L'adénocarcinome correspond surtout aux cancers des glandes salivaires accessoires qui sont disséminées dans les différentes régions de la cavité buccale. D'après

Chidzonga M M [74] et al et Winga F et al [73] l'adénocarcinome correspond à 3,3% et à 2,7% des cancers buccaux.

Le lymphome s'observe surtout chez les jeunes (cf figure 16). Ceci, en raison de la fréquence du lymphome de Burkitt dans cette tranche d'âge. Le lymphome de Burkitt survient surtout dans les premières décades de la vie [74]. Nos résultats sont similaires à ceux de Levine A M, qui a trouvé que le lymphome est le troisième cancer de la cavité buccale après le carcinome épidermoïde et les tumeurs malignes des glandes salivaires [75]. En effet, le lymphome buccal est rare. D'après Chidzonga et al [74], au Zimbabwe et Kayembe et al [76], au Congo, le lymphome a représenté respectivement 4,7% et 4,2% des cancers buccaux dans leurs études.

L'examen immunohistochimique est un examen qui permet de typer le lymphome et permet aussi de chercher la nature des cellules en cas de tumeur indifférenciée. A Madagascar nous ne disposons pas de plateau technique d'immunohistochimie. La mise en place de matériel permettant la réalisation d'examen immunohistochimique serait nécessaire pour un meilleur rendement des laboratoires d'Anatomie et Cytologie Pathologiques.

## V. SUGGESTIONS

- A l'échelle nationale, nous suggérons de :
  - Réaliser une étude à grande échelle représentant la population Malagasy
  - Mettre en place un Registre National du Cancer pour avoir une banque de données sur les cancers à Madagascar.
  - Mettre en place des laboratoires d'Anatomie et Cytologie Pathologiques dans au moins chaque ancienne province de la grande île
  - Mener une campagne de sensibilisation sur la gravité des cancers de la cavité buccale
- Nous recommandons d'équiper les laboratoires d'Anatomie et Cytologies Pathologiques déjà existants avec des matériels plus performants pour effectuer des examens plus poussés comme l'immunohistochimie. Nous recommandons aux cliniciens de :
  - Remplir correctement les fiches de liaison
  - Réaliser autant que possible une biopsie-exérèse pour étudier de façon optimale les différents facteurs pronostiques
  - Communiquer le résultat d'autres examens paracliniques pour faciliter la confirmation du diagnostique
- La population en générale doit consulter régulièrement un chirurgien-dentiste et éviter ou arrêter la prise de tabac et d'alcool.

## **CONCLUSION**

## CONCLUSION

Les cancers de la cavité buccale semblent assez fréquents à Madagascar. Il représente 2,02% des cancers diagnostiqués dans les laboratoires d'Anatomie et de Cytologie Pathologiques. L'homme a été le plus concerné. Le type histologique, le site des cancers varient en fonction du genre et de l'âge. Le carcinome épidermoïde a été le plus fréquent, tout genre et tout âge confondus. Mais pour les moins de vingt ans, c'est le lymphome qui a été le plus fréquemment observé. Le diagnostic est souvent tardif et est révélé par l'aspect bourgeonnant de la tumeur et l'utilisation moins fréquente de biopsie-exérèse. La sensibilisation des chirurgiens dentistes et des médecins pour un bon examen de la bouche à chaque consultation et la réalisation de dépistage à la moindre anomalie de la cavité buccale, sont nécessaires pour diagnostiquer tôt le cancer, afin d'avoir une bonne prise en charge thérapeutique.



## **REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES**

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Barthelemy I, Sunnajust JP, Revol P, Mondié JM. Cancers de la cavité buccale: préambule, épidémiologie, étude clinique. EMC Stomatologie. 2005; 1(4): 227-94.
2. Ferlay J, Shin HR, Bray F, Forman D, Mathers C, Parkin DM. Estimates of worldwide burden of cancer in 2008: Globocan 2008. Int J Cancer. 2010; 127(12): 2893-917.
3. Bray F, Parkin DM. Evaluation of data quality in the cancer registry : principles and methods, Part I: comparability, validity and timeliness. Eur J Cancer. 2009; 45(5): 747-55.
4. Curado MP, Voti L, Sortino-rachou AM. Cancer registration data and quality indicators in low and middle income countries: their interpretation and potential use for the improvement of cancer care. Cancer Causes Control. 2009; 20(5): 751-6.
5. Chiego D J J. Essentials of oral histology and embryology : a clinical approach. 4<sup>th</sup> edition. Saint Louis : Elsevier Inc. 2014; 214p.
6. Waschke J, Paulsen F. Sobotta Atlas of Human Anatomy. 15th ed. London: Elsevier; 2013. 1180p.
7. Department of Head and Neck Surgery, MD Anderson Cancer Center, 1515 Holcombe and neck. References in Evaluation and Staging of squamous cell Carcinoma of the oral cavity and Oropharynx. In: Myers EN, Suen JY, Myers JN, dir. Cancer of the Oral Cavity. Philadelphia: Saunders; 2003. p. 289-90.
8. Netter FH, Kamina P. Atlas d'Anatomie humaine. 5<sup>ème</sup> édition. Issy-Les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2011. 624p.
9. Kamina P. Anatomie clinique : tête et cou. 3<sup>ème</sup> édition. Paris: Maloine; 2006. 407p.
10. Baglin AC. Prise en charge des curages ganglionnaires cervicaux en pathologie tumorale ORL. Ann Pathol. 2009; 29(4): 361-4.

11. Robbins KT, Clayman G, Levine PA, Medina J, Seesions R, Shaha A et al. Head and Neck Society and the American Academy of Otolaryngology Head and Neck Surgery. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 2002; 128(7): 751-8.
12. Chiego DJ. Essentials of oral histology and embryology, a clinical approach. 4th ed.  
Saint Louis: Elsevier; 2014. 232p.
13. Horowitz AM. Perform a death-defying act. The 90-second oral cancer examination. J Am Dent Assoc. 2001; 132: 36S-40S.
14. Nallet E, Piekarski JD, Bensimon JL, Ameline E, Barry B, Gehanno P. Apport de l'IRM et du scanner dans les cancers oro-buccopharyngés avec envahissement osseux. Ann Otolaryngol Chir Cervicofac. 1999; 116: 263-9.
15. Genden EM, Rinaldo A, Jacobson A et al. Management of mandibular invasion: when is a marginal mandibulectomy appropriate?. Oral Oncol. 2005; 41: 776-82.
16. Delanoë F. Ganglion sentinelle et cancers de la cavité buccale. Vers une prise en charge consensuelle? [Thèse]. Médecine spécialisée clinique : Toulouse; 2014. 97p.
17. Kim SY, Roh JL, Kim MR, Kim JS, Choi SH, Nam SY et al. Use of 18F-FDG PET for primary treatment strategy in patients with squamous cell carcinoma of the oropharynx. J Nucl Med. 2007; 48: 752-7.
18. Kim MR, Roh JL, Kim JS, Lee JH, Cho KJ, Choi SH et al. Utility of 18Ffluorodeoxyglucose positron emission tomography in the preoperative staging of squamous cell carcinoma of the oropharynx. Eur J Surg Oncol. 2007; 33: 633-8.
19. Samson J, Duran D, Carrel JP. Lésions précancéreuses et précurseurs des carcinomes épidermoïdes de la cavité buccale. Réal Clin. 1999; 10(3): 373-87.
20. Barnes L, Evenson J W, Reichart P, Sidransky D. WHO Classification Head and Neck Tumors. Geneve: WHO press; 2005. 435p.
21. Stellow EB, Mills SE. Biopsy interpretation of the upper aerodigestive tract and ear.  
Lippincott, Williams and Wilkins; 2007. 375p.

22. Cooper JR, Hellquist HB, Michaels L. Image analysis in the discrimination of verrucous carcinoma and squamous papilloma. *J Pathol.* 1992; 166: 383-7.
23. Choi HR, Sturgis EM, Rosenthal DI, Luna MA, Batsakis JK, El-Nagar AK. Sarcomatoid carcinoma of head and neck, molecular evidence for evolution and progression from conventional squamous cell carcinomas. *Am J Surg Pathol.* 2003; 27: 1216-20.
24. Ayadi L, Chaabouni S, Dhouib H. Adénocarcinome polymorphe de bas grade: à propos de deux cas. *Tunis Med.* 2009; 87(06): 403-6.
25. Oana RMD, Pantanowitz LMD. Kaposi Sarcoma. *Arch Pathol Lab Med.* 2013; 137: 289-94.
26. Johar A, Sabiha B, Ullahjam H, Hadnan Haider S, Alikham A, Saima S A. Genetic etiology of oral cancer. *Oral Oncol.* 2017; 70: 28-28.
27. Righini C A. Etude des altérations épigénétiques dans les cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS) Implication dans le diagnostic, le suivi et le pronostic des patients [Thèse]. Sciences, technologie, santé: Grenoble; 2006. 164p.
28. Vogelstein B, kinger K W. The multistep nature of cancer. *Trends Genet.* 1993 ; 9 : 138-41.
29. De Camargo CM. Les cancers de la cavité buccale et de l'oropharynx dans le monde: incidence internationale et classification TNM dans les registres du cancer [Thèse]. Science du vivant: Lyon; 2010. 346p
30. Scoazec JY, Sabourin JC. Septième édition de la classification TNM. *Ann Pathol.* 2010; 30: 2-6.
31. Vinay K, Abul K A, Aster J C, Robbins S L. Basic pathology. 9<sup>th</sup> edition. Philadelphia : Elsevier Inc. 2013 ; 870p.

- 32.** Hamdoun R, Chbicheb S, W. El Wady. Étude épidémiologique des cancers de la cavité buccale dans les centres d'oncologie privés de Rabat. *Afr J Cancer*. 2015; 7(3): 113-7.
- 33.** Tozoula BA, Millogo M, konsem T, Aboucar HB, Ouédraogo D, Traoré SS. Les cancers de la cavité buccale : affection à prédominance féminine à Ouagadougou. *MBCB*. 2015; 21: 61-6.
- 34.** Pearce N. Why study socioeconomic factors and cancer. In: Kogevinas M, Pearce N, Susser M, Boffetta P, dir. *Social Inequalities and Cancer*. Lyon: IARC Press; 1997. p. 17-23.
- 35.** Jemal A, Bray F, Center MM, Frelay J, Ward E, Forman D. Global Cancer Statistics. *CA Cancer J Clin*. 2011; 61: 69-90.
- 36.** Ferlay J, Soerjomataram I, Diskshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M et al. Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in Globocan 2012. *Int J Cancer*. 2014; 136(5): E359-E86.
- 37.** Vincent N, Dassonville O, Chamarey E, Poissonet CGS, Pierre EM, Nao F et al. Facteurs pronostiques cliniques et histologiques des cancers localement avancés de la cavité buccale traités par chirurgie première. *Ann Otolaryngol Chir Cervicofac*. 2012; 129(6): 339-44.
- 38.** Ariyoshi Y, Shimahara M, Omura K. Epidemiological study of malignant tumors in the oral, maxillofacial region: survey of member institution of japanese Society of oral, maxillofacial surgeons. *Int J Clin Oncol*. 2002 ; 13 : 220-8.
- 39.** Adeyemi BF, Kolude BM, Akang EE. A retrospective histological review of oral squamous cell carcinoma in a Nigerian teaching hospital. *Afr J Med Sci*. 2011; 40(2): 153-8.
- 40.** Onyango JF, Omondi BI, Njiru A, Awange OO. Oral cancer at kenyatta national hospital, Nairobi. *East Afr med J*. 2004; 81(6): 318-21.

41. World Health Organisation. The global tobacco epidemic: country profil Madagascar. Who report. 2017.
42. World Health Organisation. Madagascar socioeconomic context: alcohol consumption. Who report. 2011.
43. Ligier K, Belot A, Launoy G. Epidémiologie des cancers de la cavité buccale en France. *Rev Stomatol Chir Maxillofac*. 2011; 112(3): 164-71.
44. Allison P. Epidémiologie, étiologie des cancers de la bouche et du pharynx au Canada et au Québec. *J Dent*. 2004; 48: 6-11.
45. Auperin A, Melkane A, Luce D. Epidémiologie des cancers des voies aéro-digestives supérieures. *La lettre de cancérologue*. 2011: 6p. Consultable à l'URL : <http://www.cdc.edimark.fr/Front/frontpost/getfiles/17170.pdf>
46. Silmani F, Aboussaourina T, Belhallaj M, Nadifi S, Oukeroum A, ChekkouregIdrissi A. Profil épidémiologique des cancers de la cavité orale et de la lèvre inférieure au service de stomatologie et chirurgie maxillo-faciale du 20-Août, CHU Ibn-Rochd de Casablanca. *Afr J Cancer*. 2013 ; 5(2) :84-7.
47. Bhardwaj N, Daniel MJ, Srinivasan SV, Jimsha VK. Demographics, habits, and clinical presentation of oral cancer in Puducherry's population: An institutional experience. *J Indian Acad Dent Spec Res*. 2017; 2: 64-9.
48. Forastiere A, Koch W, Trotti A. Head and neck cancer. *N Engl J Med*. 2001; 345: 1890-900.
49. Scully C, Field JK, Tanzawa H. Genetic aberrations in oral or head and neck squamous cell carcinoma: carcinogen metabolism, DNA repair and cell cycle control. *Oral Oncol*. 2000; 36: 256-63.
50. Landis SH, Murray T, Bolden S. Cancer statistics. *CA Cancer J Clin*. 1998; 48: 595604.

- 51.** Toure S, Sonko L, Diallo BK, Diop R, Diop A, Diouf R et al. Profil épidémiologique des cancers de la cavité buccale au Sénégal. *Oral Oncol.* 2005; 106: 68.
- 52.** Domanowski G, Vaughan CW. Pathology: Squamous Cell Carcinoma. *eMedicine*  
[En ligne]. 2007 Février [Consulté le 27/08/2007]: [14 pages]. Consultable à l'URL: <http://www.emedicine.com/ent/topic671.htm>
- 53.** Warnakulasuriya S, Johnson NW, van der Waal I. Nomenclature and classification of potentially malignant disorders of the oral mucosa. *J Oral Pathol Med.* 2007; 36(10): 575-80.
- 54.** Pereira MC, Oliveira DT, Landman G. Histologic subtypes of oral squamous cell carcinoma: prognostic relevance. *J Can Dent Assoc.* 2007; 73(4): 339-44.
- 55.** Peker I, Alkurt MT. Public awareness level of oral cancer in a group of dental patients. *J Contemp Dent Pract.* 2010; 11(2): 49-56.
- 56.** Wunsch FV. The epidemiology of oral and pharynx cancer in Brazil. *Oral Oncol.* 2002; 38(8): 737-46.
- 57.** Féki A, AbiNajm S, Descroix V. Le chirurgien-dentiste face au cancer. Du diagnostic précoce du cancer buccal à la prise en charge du patient cancéreux. Paris: ADF; 2008. 181p.
- 58.** Janot F, Julieron M, Leridant AM. La chimiothérapie de conservation d'organe dans les cancers du larynx et de l'hypopharynx, cancers des voies aérodigestives supérieures : données actuelles. Paris : Masson; 2004: 67-76.
- 59.** Le Tourneau C, Velten M, Jung GM, Bronner G, Flesch H, Borel C. Prognostic indicators for survival in head and neck squamous cell carcinomas : analysis of a series of 621 cases. *Head Neck.* 2005; 27(9): 801-8.
- 60.** Musani MA, Itrat J, Saleem M, Yousuf K, Jalisi M, Shahbaz AK. Carcinoma cheek: regional pattern and management. *J Ayub Med Coll Abbottabad.* 2009; 21(3).

61. Benlyazid A, Sarini J, Marques B, Gaudio-Stowus I, Delord JP, Serdard S et al. Evidement cervical systématique dans les cancers épidermoïdes de la cavité orale. *Ann Otolaryngol Chir Cervicofac.* 2007; 124(6) :285-91.
62. Rakotoarivony AE, Rakotoarison RA, Razanakoto FA, Rakoto AS, Rakoto FD. Tumeurs malignes de la cavité buccale et du pharynx : étude sur 11 ans au centre hospitalier de Soavinandriana, Antananarivo. *Rev Méd Madag.* 2014; 4(2): 432-37.
63. Liu L, Kumar SK, Sedghizadeh PP. Oral squamous cell carcinoma incidence by subsite among diverse racial and ethnic populations in California. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2008; 105(4): 470-80.
64. Organisation Mondiale de la Santé. Surveillance des facteurs de risque des maladies non transmissibles. OMS. 2005.
65. Jayalekshmi PA, Gangadharan P, Akiba S, Nair RR, Tsuji M, Rajan B ( ) Tobacco chewing and female oral cavity cancer risk in Karunagappally cohort, India. *Br J Cancer.* 2009; 100(5): 848-52.
66. Barnes L, Fan CY. Pathology of the Head and Neck: Basic considerations and New Concepts. In: Myers EN, Suen JY, Myers JN, Hanna EYN, dir. *Cancer of the Head and Neck.* 4th ed. Philadelphia: Saunders; 2003: 29-48.
67. Kies MS, Ang K, Clayman GL. Cancer of the oropharynx. In: Myers EN, Suen JY, Myers JN, Hanna EYN, editors. *Cancer of the Head and Neck.* 4th ed. Philadelphia: Saunders; 2003. p. 321-32.
68. Johnson N, Franceschi S, Ferlay J. Tumours of the oral cavity and oropharynx - Squamouscellcarcinoma. In: Barnes L, Eveson JW, Reichart P, Sidransky D, editors. *Pathology and Genetics of Head and Neck Tumours.* Lyon: WHO Press; 2005: p. 168-75.
69. Regezi JA, Sciubba JJ, Jordan RC. Oral pathology: Clinical pathologic correlations. 5th edition. Saint Louis: Saunders Elsevier; 2007. 512p.



- 70.** Rakotoarison RA, Ralaïarimanana LF, RakotoAlson S, et al. Carcinome épidermoïde de la langue mobile et irritation d'origine prothético-dentaire : à propos d'une observation. *MBCB*. 2010; 16: 53-6.
- 71.** Hans S, Brasnu D. Signes cliniques et bilan d'extension des cancers des voies aérodigestives supérieures. *Med Oncol*. 2010; 37(7): 4-8.
- 72.** Chidzonga M M. Oral malignant neoplasia: a survey of 428 cases in two Zimbabwean hospitals. *Oral Oncol*. 2006; 42(2): 177-83.
- 73.** Winga F, Batheaukedeou A, Essobouzou P, Haréfétéguera B, Saliou A, Warou D et al. Upper aero-digestive tractcancers: epidemiological and histopathological aspects in Togo. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2017; 3(1) : 11-6.
- 74.** Bregani ER, Balzarini L, Cabibbe M. African Burkitt Lymphoma successfully treated with CEOP polychemotherapy. *Acta Trop*. 2004; 92: 91-4.
- 75.** Levine AM. AIDS-related Lymphoma: clinical aspects. *Semin Oncol*. 2000; 27(4): 442-53.
- 76.** Kayembe MKA, Kalengayi MMR, Histological and epidemiological profil of oral cancer in Congo (Zaire). *Odontostomatol Trop*. 1999; 88: 29-32.

## VELIRANO

« Eto anatrehan'Andriamanitra Andriananahary, eto anoloan'ireo mpampianatra ahy, sy ireo mpiara-mianatra tamiko eto amin'ity toeram-pianarana ity, ary eto anoloan'ny sarin'i HIPPOCRATE.

Dia manome toky sy mianiana aho, fa hanaja lalandava ny fitsipika hitandrovana ny voninahitra sy ny fahamarinana eo am-panatontosana ny raharahampitsaboana.

Hotsaboiko maimaimpoana ireo ory ary tsy hitaky saran'asa mihoatra noho ny rariny aho, tsy hiray tetika maizina na oviana na oviana ary na amin'iza na amin'iza aho mba hahazoana mizara ny karama mety ho azo.

Raha tafiditra an-tranon'olona aho dia tsy hahita izay zava-miseho ao ny masoko, ka tanako ho ahy samy irery ny tsiambaratelo haboraka amiko ary ny asako tsy avelako hatao fitaovana hanatontosana zavatra mamofady na hanamorana famitankeloka.

Tsy ekeko ho efitra hanelanelana ny adidiko amin'ny olona tsaboiko ny anton-javatra ara-pinoana, ara-pirenena, ara-pirazanana, ara-pirehana ary aratsaranga.

Hajaiko tanteraka ny ain'olombelona na dia vao notorontoronina aza, ary tsy hahazo mampiasa ny fahalalako ho enti-manohitra ny lalàn'ny maha olona aho na dia vozonana aza.

Manaja sy mankasitraka ireo mpampianatra ahy aho, ka hampita amin'ny taranany ny fahaizana noraisiko tamin'izy ireo.

Ho toavin'ny mpiara-belona amiko anie aho raha mahatanteraka ny velirano nataoko.

Ho rakotry ny henatra sy horabirabian'ireo mpitsabo namako kosa aho raha mivadika amin'izany. »

**PERMIS D'IMPRIMER**

LU ET APPROUVE

Le Directeur de thèse

Signé : Professeur RANDRIANJAFISAMINDRAKOTROKA Nantenaina Soa

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Le Doyen de la Faculté de Médecine d'Antananarivo

Signé : Professeur SAMISON Luc Hervé

Name and surname : RABARISON Manoahasina Ranaliarinosy

Thesis title : « PHYSIONOMIE DES CANCERS DE LA CAVITE BUCCALE  
AUX LABORATOIRES D'ANATOMIE ET CYTOLOGIE  
PATHOLOGIQUES DU CHU-JRA ET DU SALFA »

Heading : ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Number of pages : 52

Number of figures : 22

Number of tables : 01

Number of references bibliographical : 76

### **ABSTRACT**

**Introduction :** Cancers of the oral cavity include malignant lesions assigned to the buccal mucosa and the lips. This is the 6<sup>th</sup> most common malignant neoplasm in the world and it account 2% of all malignant in both sex. In Madagascar, few study leaned about oral cancer. Our study aimed to describe the epidemiologic and histologic profils of oral cancer in two pathology laboratories.

**Methods :** We have conduct a retrospective and descriptive study during Four years (january 2012 till decembre 2015).

**Resultts :** The oral cancer account 2,02% of all cancers. These was preponderance of male gender with sex ratio 1,29. The mean age was 58,84 years and most of the patient were between fourth and seventh decade (77,64% of cases). The tumor site was different in male and female. Budded tumor, ulcerate or not (90,59%), were the most common clinical and macroscopic aspect. Squamous cell carcinoma was the most common tumor (84,71%), followed by adenocarcinoma and lymphoma witch account respectively 4,70% of cases.

**Conclusion :** Our results were relatively similar to litterature. Our studies noticed that oral cavity lesions were diagnosed late. That suggest a well examination of oral cavity by clinician with histopathological examination of all suspicious oral cavity lesions.

**Keywords :** oral cancer, epidemiology, squamous cell carcinoma

**Director of thesis :** Professeur RANDRIANJAFISAMINDRAKOTROKA  
Nantenaina Soa

**Reporter of thesis :** Docteur NOMENJANAHARY Lalaina

**Author adress :** II C 104 MANDOROSOA AMBOHIJATOVO

Noms et prénoms : RABARISON Manoahasina Ranaliarinosy

Titre de la thèse : « PHYSIONOMIE DES CANCERS DE LA CAVITE BUCCALE  
AUX LABORATOIRES D'ANATOMIE ET CYTOLOGIE  
PATHOLOGIQUES DU CHU-JRA ET DU SALFA »

Rubrique : ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Nombre de pages : 52

Nombre de figures : 22

Nombre de tableaux : 01

Nombre de référence bibliographies : 76

## RESUME

**Introduction :** Les cancers de la cavité buccale regroupent l'ensemble des tumeurs malignes développées au sein de la muqueuse qui recouvre la bouche et les lèvres. Ils sont assez fréquents et représentent 2% des cancers, et se trouve au 6<sup>ème</sup> rang en fréquence, tout genre confondu. A Madagascar, peu d'études ont été réalisées pour connaître son incidence. Nous nous sommes fixés d'étudier les caractères épidémiologiques et histologiques des cancers buccaux dans deux des trois grands lieux de diagnostic des cancers.

**Matériels et méthode :** Nous avons effectué une étude rétrospective descriptive sur une période de quatre ans allant de janvier 2012 à décembre 2015.

**Résultats :** Les cancers de la cavité buccale représentent 2,02 % des cancers diagnostiqués. Le genre masculin est le plus représenté avec un sexe ratio de 1,29. L'âge moyen est de 58,84 ans avec un pic entre 40 à 79 ans soit 77,64% des cas. Le site de la lésion est différent selon le genre. L'aspect bourgeonnant avec ou sans ulcération est l'aspect clinico-macroscopique le plus représenté, représentant 90,59% des cas. A l'histologie, le carcinome épidermoïde représente 84,71% des cas, suivi de l'adénocarcinome et du lymphome, représentant chacun 4,70%.

**Conclusion :** Les données de notre étude ont été sensiblement égales à celles de la littérature. Notre étude a permis de constater le diagnostic tardif de cette lésion, suggérant un bon examen de la bouche par les praticiens, et la pratique d'un examen anatomopathologique sur des lésions buccale suspectes.

**Mots clés :** Cancer de la cavité buccale, épidémiologie, carcinome épidermoïde

**Directeur de thèse :** Professeur RANDRIANJAFISAMINDRAKOTROKA  
Nantenaina Soa

**Rapporteur de thèse :** Docteur NOMENJANAHARY Lalaina

**Adresse de l'auteur :** II C 104 MANDOROSOA AMBOHIJATOVO