

PUBLICATIONS AFRICAINES D'ODONTO-STOMATOLOGIE
ET DE CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE

REVUE INTERNATIONALE DU COLLEGE D'ODONTO-STOMATOLOGIE
AFRICAIN ET DE CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE



SOMMAIRE

- Analyse métrique du visage du sujet mélanofricain : une étude quantitative des valeurs normatives des indices faciaux. (DIOMANDÉ M *et al.*)
- Première molaire permanente immature infectée : évaluation de la réalisation de l'apexogenèse par les odontologistes de Côte d'Ivoire. (N'CHO-OKA A E *et al.*)
- Prévalence carieuse des molaires permanentes mesurée avec CAO vs ICDAS chez les élèves au Sénégal. (AÏDARA A W *et al.*)
- Évaluation du niveau de connaissance d'étudiants et de chirurgiens dentistes sénégalais sur l'impact du tabac sur la santé générale et parodontale. (GUIRASSY M L *et al.*)
- Besoins et demandes de traitements prothétiques au centre municipal bucco-dentaire de Ouagadougou. (FALL M *et al.*)
- L'enveloppe limite de faisabilité en prothèse ad-jointe : plus qu'un concept, une réalité clinique en Côte d'Ivoire. (KOUAMÉ KM *et al.*)
- Difficultés thérapeutiques des tumeurs malignes palatines : à propos de quatre observations à Cotonou. (BANCOLÉ POGNON S A *et al.*)
- Ulcère de Buruli à localisation maxillo-faciale, une forme clinique grave : à propos de deux cas. (KOUAKOU R Ket *al.*)
- Réparation des pertes de substances cutanées post-traumatiques de la face. (HIROUAL A *et al.*)
- Indications de la chirurgie mutilante du globe oculaire dans le service d'ophtalmologie du centre hospitalier et universitaire de Cocody. (KOMAN C E *et al.*)
- Recommandations aux auteurs

Revue du COSA-CMF, 2017 Vol.24 N°1
ISSN 1817-552x



EDITIONS UNIVERSITAIRES
de Côte d'Ivoire

ADMINISTRATION

COMITÉ D'HONNEUR

Pr Jacob VILASCO
Dr Maryvonne NGAPETH-ETOUNDI,
Pr N'DIORO NDIAYE, Pr TOURE S. Hamed +, Pr ROUX H +, Pr AKA GBLANH K.F+, Pr ag.
NGOUONI B.G +
Pr Allou ASSA, Pr Demba DIALLO, Pr Boubacar DIALLO

COMITÉ DE RÉDACTION

Directeur de publication : Pr KATTIE Aka Louka
Rédacteur en chef : Pr DJEREDOU K.B
Réd. en Chef Adjoints : Pr KONAN E, Prs ag. N'CHO K et DIALLO R, Dr YAM A.A,
Secrétariat de la rédaction : Pr ag. BEUGRE-KOUASSI A.M.L., Drs SOUAGA K. et NGUESSAN D.
Chargés des finances : Pr ag. KOFFI-GNAGNE Y. et Dr BAKOU D.
Chargé de l'Espace Scientifique de la Revue (ESR) du COSA-CMF : Prs ag. N'GUESSAN K.S., BAMBA A.

CORRESPONDANTS AFRIQUE

Bénin: Dr BIOTCHANE Imrane, CNHU Cotonou
Burkina Faso : Drs KONSEM Tarcissus et GARE-KOPIHO Jocelyne CHU YO, Ouagadougou
Cameroun : Pr ag. BENGODO Charles, Yaoundé
Gabon: Dr MAKUNGU Alain , Libreville
Guinée : Pr ag. DIALLO Rafiou, CHU Conakry
Niger : Dr BOUKAR Hamadou Hôpital Communal Niamey
Sénégal : Pr Demba P. DIALLO, Pr I. P. NGOM, Fac. Médecine, Pharmacie et Odonto-Stomatologie, Université Cheikh Anta DIOP Dakar
Togo : Dr AGODA Palakina Jérémie, CNHU Lomé

COMITÉ SCIENTIFIQUE ET DE LECTURE

Président : Pr SA GADEGBE KU

Vice-Président : Pr KATTIE A.L

Membres : Pr ADOU A (Côte d'Ivoire), Pr AKA GBLANH K (Côte d'Ivoire), Pr ANGOH (Côte d'Ivoire), Pr AKA-KOFFI V (Côte d'Ivoire), Pr ALLARD Y (France), Pr ASSI KD (Côte d'Ivoire), Pr BAKAYOKO-LY R (Côte d'Ivoire), Pr BENOIST HM (Sénégal), Pr BOIS D (France), Pr BOREL JC (France), Pr BROU E (Côte d'Ivoire), Pr CREZOIT E (Côte d'Ivoire), Pr DJAHA K (Côte d'Ivoire), Pr DIAGNE F (Sénégal), Pr DIALLO B (Sénégal), Pr DIALLO P D (Sénégal), Pr ETTE-AKRE E (Côte d'Ivoire), Dr FAURE J (France), Pr GIRARD P (France), Pr GIUMELLI B (France), Pr GUINAN JC (Côte d'Ivoire) Pr JEAN A (France), Pr KANE AW (Sénégal), Pr KONAN E (Côte d'Ivoire), Pr MARIANI P (France), Pr PILI PILI C (Belgique), Pr SEMBENE M (Sénégal), Pr TANON-ANO H MJ (Côte d'Ivoire), Pr TRICHAT L (Maroc), Pr TOURE B (Sénégal), Pr TOURE S (Côte d'Ivoire), Pr VANZEVEREN Ch (Belgique)

ADRESSE SOCIALE : UFR d'Odonto-Stomatologie, Université Félix HOUPOUET BOIGNY Cocody-Abidjan, 22 BP 612 Abidjan 22 Côte d'Ivoire
Tél: (00225) 22 44 75 80 - Mob : (00225) 05 68 96 74- E-mail : revuecosacmf@gmail.com / bdjeredou@yahoo.fr

Revue du COSA-CMF ISSN : 1817-552x

SOMMAIRE

Analyse métrique du visage du sujet mélanofricain : une étude quantitative des valeurs normatives des indices faciaux. (DIOMANDÉ M et <i>al.</i>).....	5-12
Première molaire permanente immature infectée : évaluation de la réalisation de l'apexogenèse par les odontologistes de Côte d'Ivoire. (N'CHO-OKA A E et <i>al.</i>)....	13-17
Prévalence carieuse des molaires permanentes mesurée avec CAO vs ICDAS chez les élèves au Sénégal. (AÏDARA A W et <i>al.</i>).....	18-25
Évaluation du niveau de connaissance d'étudiants et de chirurgiens dentistes sénégalais sur l'impact du tabac sur la santé générale et parodontale. (GUIRASSY M L et <i>al.</i>).....	26-30
Besoins et demandes de traitements prothétiques au centre municipal bucco-dentaire de Ouagadougou. (FALL M et <i>al.</i>).....	31-36
L'enveloppe limite de faisabilité en prothèse adjointe : plus qu'un concept, une réalité clinique en Côte d'Ivoire. (KOUAMÉ KM et <i>al.</i>).....	37-41
Difficultés thérapeutiques des tumeurs malignes palatines : à propos de quatre observations à Cotonou. (BANCOLÉ POGNON S A et <i>al.</i>).....	42-48
Ulcère de Buruli à localisation maxillo-faciale, une forme clinique grave : à propos de deux cas. (KOUAKOU R Ket <i>al.</i>).....	49-53
Réparation des pertes de substances cutanées post-traumatiques de la face. (HIROUAL A et <i>al.</i>).....	54-58
Indications de la chirurgie mutilante du globe oculaire dans le service d'ophtalmologie du centre hospitalier et universitaire de Cocody. (KOMAN C E et <i>al.</i>).....	59-63
Recommandations aux auteurs	64-65

DIFFICULTÉS THÉRAPEUTIQUES DES TUMEURS MALIGNES PALATINES : À PROPOS DE QUATRE OBSERVATIONS À COTONOU

THERAPEUTIC DIFFICULTIES OF PALATINAL MALIGNANT TUMORS: ABOUT FOUR OBSERVATIONS AT COTONOU

BANCOLÉ POGNON S A¹, DOLOU S², AMOUSSA HOUNKPATIN K³,
ALAO D⁴, BIOTCHANÉ I², ADJIBABI W², HOUNKPÉ Y Y C⁵

1- Service d'Odonto-Stomatologie du Centre National Hospitalier et Universitaire HKM

2- Service d'ORL et de chirurgie cervico faciale du Centre National Hospitalier et Universitaire HKM

3- Service d'ORL de la clinique Mutualiste de Cotonou

4- Service d'anesthésie réanimation du Centre Hospitalier Universitaire Départemental de l'Ouémé

5- Professeur émérite des Universités Nationales du Bénin

Correspondance : Dr Sylvie Arlette BANCOLÉ POGNON

Assistant en chirurgie buccale à la FSS/UAC

E-mail : POBASFR@YAHOO.FR ; 02 BP 1376 Cotonou Bénin

RÉSUMÉ

Introduction : Le palais peut être le siège de diverses tumeurs dont le caractère bénin ou malin et le type histologique déterminent la prise en charge. La plupart des tumeurs palatines se développent aux dépens des glandes salivaires accessoires, leur quantité importante au niveau du palais explique cette grande fréquence. Mais, les tumeurs peuvent se développer aux dépens de la muqueuse palatine ou être une extension de tumeurs de voisinage (sinus par exemple). L'objectif de ce travail était de montrer l'intérêt d'un diagnostic précoce pour une prise en charge rapide et adéquate.

Observations : Nous rapportons 4 cas de tumeurs malignes palatines pris en charge à Cotonou au Centre National Hospitalier et Universitaire (CNHU) et en clientèle privée. Le premier était un adénocarcinome infiltrant chez une gestante de 44 ans. Le deuxième était un carcinome épidermoïde bien différencié chez une femme de 62 ans. Le troisième, quant à lui, était un homme de 45 ans qui présentait un carcinome muco-épidermoïde et le dernier cas était relatif à un carcinome adénoïde kystique chez un homme de 43 ans.

Commentaires : nous avons passé en revue les aspects épidémiologiques, diagnostiques, cliniques, anatomo-pathologiques et nous avons mis en évidence les difficultés thérapeutiques de ces différentes tumeurs.

Conclusion : les tumeurs du palais ont un pronostic relativement sombre surtout si leur prise en charge est tardive. Il est donc important de développer des stratégies pour un diagnostic précoce par les chirurgiens-dentistes

MOTS CLÉS : TUMEUR MALIGNNE, PALAIS, GLANDES SALIVAIRES, TRAITEMENT.

SUMMARY

Introduction : The palate may be the site of various tumors whose benign or malignant character and the histological type determine the management. Most palatal tumors develop at the expense of accessory salivary glands, their large amount at the palate explains this high frequency. But tumors can develop at the expense of the palatal mucosa or be an extension of neighboring tumors (sinus for example). The aim of this work was to show the value of an early diagnosis for a rapid and adequate management.

Observations : We report 4 cases of palatal malignant tumors treated in Cotonou at the National Teaching Hospital Center (NTHC) and in private clinic. The first was an infiltrating adenocarcinoma in a 44-year-old pregnant woman. The second was a well-differentiated epidermoid carcinoma in a 62-year-old woman. The third was a 45-year-old man with muco-epidermoid carcinoma and the last case was a cystic adenoid carcinoma in a 43-year-old man.

Comments : We have reviewed the epidemiological, diagnostic, clinical, anatomo-pathological aspects and have highlighted the therapeutic difficulties of these different tumors

Conclusion : The tumors of the palate have a relatively dark prognosis especially if their management is late. It is therefore important to develop strategies for early diagnosis by dental surgeons

KEYWORDS : MALIGNANT TUMOR, PALATE, SALIVARY GLANDS, TREATMENT.

INTRODUCTION

Les cancers de la cavité buccale sont un véritable problème de santé publique ^[1]. Ils sont relativement fréquents. En 2008, en Afrique de l'Ouest, le taux d'incidence standardisé à l'âge était de 2,5 pour 100 000 hommes et de 2,1 pour 100 000 femmes par an ^[2]. Selon Lompo Goumbri *et al.* ^[3], au Burkina Faso, les cancers de la cavité buccale représentaient le 6^{ème} cancer histologiquement confirmé ^[3]. Bambara *et al.* ^[4] avait rapporté une fréquence annuelle de 6,6 cas. Parmi les cancers de la cavité buccale, l'atteinte palatine est relativement fréquente ^[4,5]. Le pronostic de ces cancers reste très réservé ^[1] car la cavité orale est un site tumoral qui offre le plus de restriction quant aux traitements disponibles ^[6]. Or, 90% de ces cancers sont des carcinomes épidermoïdes, donc facilement visibles car développés aux dépens du revêtement épithélial. D'où, l'importance du dépistage systématique, surtout chez les personnes à risque ^[7]. De plus, ces carcinomes sont vraisemblablement précédés par des lésions précancéreuses. Une clé de la prévention des cancers consiste en la détection et le traitement précoce des lésions précancéreuses ^[7]. Ce n'est pas souvent effectif dans notre contexte de pays en développement. La problématique majeure de la prise en charge du cancer en Afrique au sud du Sahara est bien connue avec le trépied habituel: retard à la consultation et à la prise en charge, modicité des plateaux techniques et accessibilité financière des traitements. C'est pourquoi, l'objectif de ce travail était de montrer l'intérêt du diagnostic précoce pour une prise en charge rapide et adéquate.

OBSERVATIONS

CAS 1

Mme MEN E., 44 ans, 18 semaines d'aménorrhée, avait consulté en stomatologie en mai 2012 pour une tuméfaction douloureuse de la gencive palatine de la 18 qui évoluerait depuis un mois environ (Fig 1) avec des gingivorragies intermittentes, une odynophagie, une limitation de l'ouverture buccale, une otalgie droite et des paresthésies sous-orbitaires homolatérales. Il n'y avait ni mobilité ni chute dentaire dans le secteur molaire homolatéral. Elle avait des antécédents d'hypertension artérielle gravidique et de diabète gestationnel sous traitement. Elle n'avait pas d'addiction alcool-tabagique. Aucun traitement n'a été effectué au cours de la grossesse.



Fig 1 : vue endobuccale patiente 1 (mai 12)

Revue en octobre 2012 après l'accouchement, elle présentait à l'examen exobuccal, une légère asymétrie faciale avec une ouverture buccale limitée à 1,5cm. L'examen endo-buccal montrait une tumeur ulcéro-bourgeonnante localisée à l'hémi-palais droit étendue à la région rétromolaire, mesurant 5cm longitudinalement et 3cm transversalement, à fond irrégulier avec des zones de nécrose et saignant au contact (Fig 2). Au plan régional, on notait une infiltration de la région sous-angulo-mandibulaire sans adénopathie palpable.

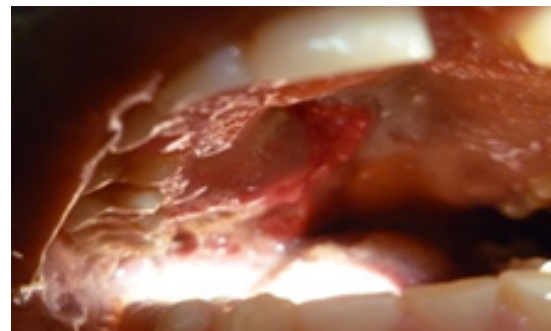


Fig 2 : Patiente 1 (oct 12)

Au total, il s'agissait d'une patiente de 44 ans présentant une tumeur ulcéro-bourgeonnante du palais d'allure maligne.

L'examen histologique réalisé après une biopsie de la lésion a conclu à un adénocarcinome infiltrant moyennement différencié.

La tomodensitométrie (TDM) avait objectivé une tumeur de l'hémi-palais droit étendue de façon homolatérale à la région rétromolaire, au plancher de la fosse nasale, au sinus maxillaire, à la choane, au processus ptérygoïde, à la fosse infra temporale et aux muscles ptérygoïdiens et au ramus. (Fig 3)

L'échographie cervicale n'a pas retrouvé d'adénopathie. La radiographie thoracique et l'échographie abdominale n'ont pas retrouvé de localisation secondaire.



Fig 3: TDM du cas 1 avant chimiothérapie

Il s'agissait donc d'un adénocarcinome du palais classé $T_4N_0M_x$, à un stade chirurgicalement dépassé. Il a été décidé un traitement palliatif, une chimiothérapie au protocole Taxotère-Cisplatine-5Fluoro-uracile (TPF) a été décidée, elle devrait être complétée par une radiothérapie.

Le bilan pré-chimiothérapie était normal et la sérologie VIH négative. Les 6 cures se sont déroulées du 22 octobre 2012 au 19 avril 2013 soit 6 mois d'hospitalisation. La 1^{ère} cure s'est compliquée d'une insuffisance rénale aiguë due à une nécrose tubulaire aiguë sur terrain de néphropathie diabétique au stade 3, ce qui a entraîné un rallongement des intervalles intercures et une réduction des doses des drogues. A la fin des 6 cures, la patiente avait un assez bon état général avec une ouverture buccale à 2,5cm (contre 1,5 cm initialement). L'ulcération buccale était légèrement plus petite (3 x 3,5cm), propre et moins hémorragique, mais plus profonde qu'au début. La fonction rénale était normale. La TDM de contrôle n'a pas noté de régression notable du volume tumoral (Fig 4).



Fig 4: TDM post chimiothérapie du cas 1

Une recherche de métastases surtout pulmonaires avait été prescrite au second contrôle mais n'a pas été réalisée par la patiente pour des raisons financières. Au contrôle un mois plus tard, l'ouverture buccale était inférieure à 1 cm et la tumeur avait des dimensions et un aspect identiques à ceux d'avant la chimiothérapie. La reprise du saignement buccal et d'atroces douleurs locales, associées à d'intenses céphalées dans un

contexte dépressif ont nécessité l'hospitalisation de la patiente le 15 Juin 2013 dans un état général cachectique. La procédure d'évacuation sanitaire en vue de la radiothérapie, introduite au début des cures de chimiothérapie, avait abouti en Juillet 2013 mais la patiente était en phase terminale. Elle était décédée le 14 Août 2013.

CAS 2

Mme DJO E, 62 ans avait été reçue en consultation en juin 2012 pour une tumeur palatine de l'hémi palais droit. La lésion était ulcéro-bourgeonnante d'environ 3,5 cm de diamètre. Le début remonterait à 9 mois par une odontalgie supérieure avec notion de chute de la 14 et saignement de la lésion au moindre contact. Il y avait également des céphalées et une otalgie droite. La patiente est hypertendue connue sous traitement.

Vu l'aspect de la lésion, le diagnostic de tumeur maligne de l'hémipalais droit avait été évoqué. La TDM avait révélé une tumeur ostéolytique de la partie postérieure du maxillaire droit avec extension aux parties molles (Fig 5). La biopsie réalisée en vue d'une étude anatomopathologique avait conclu à un carcinome épidermoïde bien différencié du palais.



Fig 5 : TDM initiale du cas 2

La décision thérapeutique d'une chimiothérapie au protocole TPF avait été prise, elle devrait être complétée par une radiothérapie.

L'état général à l'admission était bon et le bilan pré-chimiothérapie était normal. Les six cures se sont déroulées du 24/07/12 au 10/12/12. Le tableau s'était compliqué d'un syndrome infectieux et d'une anémie qui ont fait l'objet d'une prise en charge spécifique. A 4 mois post chimiothérapie, la patiente a été revue pour mobilité douloureuse de 15 et de 16 situées en pleine zone tumorale, un traitement

symptomatique a été institué ; 2 mois plus tard, les dents avaient été expulsées. Le 31/07/13, la patiente avait consulté en urgence pour des algies faciales rebelles aux antalgiques de palier 2 et surtout une hémorragie buccale, elle était décédée deux mois plus tard.

CAS 3

Il s'agissait d'un homme de 45 ans qui avait consulté en juin 2015 pour une tuméfaction très douloureuse qui évoluerait depuis au moins 1 an suite à une avulsion dentaire maxillaire. Il n'était pas tabagique mais consommait de l'alcool de façon quotidienne.

A l'examen exobuccal, on notait une importante asymétrie faciale due à une volumineuse tuméfaction génienne haute gauche s'étendant du sillon naso-génien gauche, par ailleurs comblé, à la paupière inférieure homolatérale (Fig 6). Elle mesurait environ 8x6cm, légèrement sensible à la palpation, elle était dure, ligneuse, fixée à la peau d'aspect normal et au plan profond et faisait corps avec l'os maxillaire. Il y avait la présence d'adénopathies sous angulo-mandibulaires homolatérales.

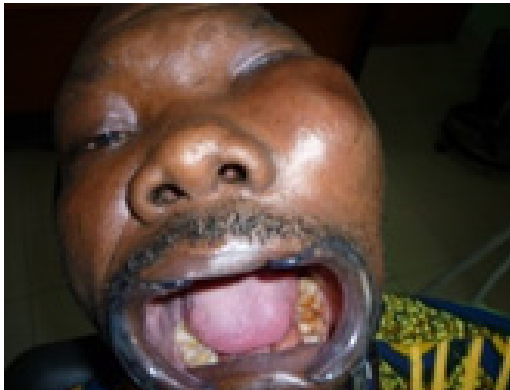


Fig 6 : vue exobuccale patient 3

A l'examen endobuccal, on notait une fétidité de l'haleine, une mauvaise hygiène bucco-dentaire, l'absence de 25 et de 26 ; une mobilité de la 28 et la présence de pus jaunâtre. La tuméfaction, ulcéro-bourgeonnante, s'étendait de la 21 à la 28 dans le sens antéro-postérieur et débordait au-delà de la ligne médiane dans le sens transversal (Fig 7), elle était de consistance dure, et ne saignait pas au contact. Le scanner a montré une masse tumorale des parties molles maxillaires gauches à l'origine d'une ostéolyse maxillaire avec une extension tumorale à la fosse temporale, à la fosse nasale gauche et à la cavité buccale.



Fig7 : patient 3 (endobuccal)

Une biopsie avait été réalisée. L'étude histologique avait conclu à un carcinome muco-épidermoïde classé $T_4N_{2b}M_x$

Une chimiothérapie palliative au protocole TPF avait été décidée. Mais le patient s'était évadé de l'hospitalisation avant la première cure.

CAS 4

Mr TOU H., 43 ans, avait consulté le 31/01/2014 pour une tuméfaction maxillaire gauche qui évoluerait depuis environ 6 mois. Il n'y avait pas d'addiction alcoolo-tabagique. A l'examen exobuccal, on notait une tuméfaction génienne haute gauche fixée sur les plans superficiel et profond, il n'y avait pas d'adénopathies. En endobuccal, on observait une masse tumorale bourgeonnante de l'hémipalais gauche dépassant largement la ligne médiane. La biopsie avait révélé à l'examen histologique un carcinome adénoïde kystique. La TDM avait montré une lésion lytique du sinus maxillaire gauche étendue au palais et à la fosse nasale homolatérale avec destruction de la paroi intersinuso-nasale. A ce stade, l'indication opératoire était l'abstention, la décision thérapeutique prise était une chimiothérapie palliative au schéma TPF qui sera complétée par une radiothérapie. Le patient avait refusé les soins. Il est décédé quelques mois plus tard.

COMMENTAIRES

Les cancers de la cavité buccale appartiennent au groupe des cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS) [7]. Ils sont des carcinomes épidermoïdes nés de la muqueuse buccale dans 90% des cas [8] et des adénocarcinomes (tumeurs de l'épithélium glandulaire appartenant à la

grande famille des carcinomes) ^[9] dans 5% des cas. Au niveau de la muqueuse palatine, le carcinome est très rare (1,3%), on y rencontre plutôt les tumeurs des glandes salivaires accessoires (GSA) telles que les adénocarcinomes, les carcinomes muco-épidermoïdes et les carcinomes adénoïdes kystiques ^[8]. Les GSA, sont disséminées dans l'ensemble des muqueuses orales à quelques exceptions près. 10 à 20% des tumeurs salivaires sont aux dépens des GSA et 50 à 60 % sont malignes. Leur topographie est palatine dans plus de la moitié des cas ^[9]. La richesse du voile du palais et de la partie postéro-latérale du palais en GSA pourrait expliquer cette grande fréquence ^[10].

Les facteurs étiologiques les plus importants des carcinomes épidermoïdes sont le tabac (dans plus de 90% des cas) et l'alcool et leurs effets sont synergiques ^[8]. Les carcinomes du palais touchent préférentiellement les hommes ^[7]. À la différence des carcinomes épidermoïdes, les facteurs de risque des adénocarcinomes ne sont pas connus et, globalement, toutes les tranches d'âge peuvent être touchées et à équivalence de sexe. Mais dans ce travail, il s'agissait de 2 hommes et de 2 femmes, non tabagiques. D'autres hypothèses étiologiques comme celle des cancers viro-induits et celui du rôle de l'alimentation pauvre en légumes et fruits ^[11] pourraient probablement expliquer la survenue de cancers des VADS chez des patients sans addiction tabagique. Nous n'avons pas investigué ce volet étiologique chez nos patients, nous ne pourrions donc évoquer d'hypothèse étiologique dans leurs cas. Bambara et al. ^[4] avaient rapporté dans leur série une prédominance féminine.

Les carcinomes épidermoïdes représentent le type histologique le plus fréquent des cancers buccaux, c'était le type retrouvé chez le 2^{ème} patient de notre série. Le palais en est rarement atteint ^[12]. Ce carcinome survient dans 90% des cas chez des patients alcool-tabagiques après la 4^{ème} décennie ^[12,13], surtout ceux qui pratiquent le « reverse smoking » c'est-à-dire ceux qui placent l'extrémité allumée de la cigarette dans la cavité buccale ^[7]. Aka Adouko et al. ^[14] avaient rapporté un âge moyen de 49 ans avec une prédominance dans la tranche des [40-60 ans]. Le 2^{ème} patient de notre série présentant ce carcinome était au-delà de la 4^{ème} décennie (62 ans) mais n'avait pas d'addiction au tabac. Cliniquement, la tumeur est indurée, bourgeonnante et/ou ulcéro-bourgeonnante, souvent indolente et à tendance hémorragique; la tumeur du patient

n°2 saignait au moindre contact. Ce caractère indolore entraîne un retard à la consultation. L'extension locale et la survenue de métastases ganglionnaires et à distance sont fréquentes.

Les 3 autres cas étaient des tumeurs malignes des GSA palatines. Aka Adouko et al. ^[14] avaient rapporté 33,3% des carcinomes aux dépens des GSA. Elles peuvent revêtir plusieurs formes anatomo-pathologiques.

Le carcinome adénoïde kystique est la plus fréquente des cancers des GSA (30%) et principalement de siège palatin. Il touche préférentiellement les adultes d'âge moyen, rarement avant 20 ans. L'imagerie révèle une lyse osseuse (palais et sinus maxillaire) ^[7]. C'était l'image révélée par la TDM du patient n°4 et il avait 43 ans.

Le carcinome muco-épidermoïde est une variété d'adénocarcinomes, il représente 20 à 30 % des adénocarcinomes des GSA, en particulier postéro-latérales ^[7,9]. Il s'apparente, cliniquement, à l'adénome pléomorphe ou au carcinome adénoïde kystique et apparaît à tout âge, mais plus souvent entre 35 et 65 ans ^[9]. Le 3^{ème} patient porteur de cette variété de carcinome avait 45 ans.

L'adénocarcinome polymorphe de faible malignité touche principalement les GSA dans environ 10 % des cas. Son siège de prédilection est palatin. Il atteint des sujets de plus de 50 ans et à prédominance féminine. Bien que l'examen anatomo-pathologique soit voisin de celui d'un carcinome adénoïde kystique et malgré l'agressivité locale de cet adénome, les récives et les métastases sont peu fréquentes et le pronostic est plutôt bon ^[9]. La patiente 1 avait moins de 50 ans (44 ans) et l'adénocarcinome était infiltrant et moyennement différencié, et la prise en charge tardive due à l'état de grossesse, expliquerait certainement le sombre pronostic chez cette dernière. Aucun rapport n'a pu être fait avec la grossesse, la tumeur étant peu fréquente chez la femme en âge de procréer.

Le diagnostic d'un cancer du palais est généralement aisé quand la lésion est avancée, mais le pronostic est dans ce cas sombre. Tous les cas présentés dans ce travail avaient été vus à des stades très avancés. Dans la série de Bambara et al. ^[4] à Ouagadougou ^[4], 84,8% de tumeurs avaient été vues aux stades T₃ et T₄. Le retard à la consultation est fréquent dans nos contextes de pays en développement, des auteurs avaient

rapporté des délais moyens de consultation de 18 mois avec des extrêmes pouvant aller jusqu'à 72 mois [4,15]. Or, le dépistage précoce est le gage du succès de la prise en charge thérapeutique. Par conséquent, l'examen de la cavité buccale de tout patient devait être minutieux avec l'inspection de tous les secteurs et la palpation systématique de toute lésion inhabituelle. Aussi, devant une lésion de la muqueuse buccale en général, et en particulier, devant toute lésion érosive ou bourgeonnante du palais sans notion de traumatisme, persistante et extensive, suspecte de malignité réelle ou potentielle ou devant un signe d'appel, une biopsie s'impose-t-elle pour un examen anatomo-pathologique, qui, seul permet un diagnostic précis [7]. Toutes les observations présentées dans ce travail avaient fait l'objet d'une biopsie pour confirmer le diagnostic.

S'agissant du traitement, en général, le trépied thérapeutique des cancers est constitué des 3 éléments que sont la chirurgie, la chimiothérapie et la radiothérapie. Néanmoins, la chirurgie reste la référence thérapeutique des cancers de la cavité buccale [7]. La chirurgie avait été la principale option (39,1%) pour Aka Adouko et al. [14] en Côte d'Ivoire. Tous les cas présentés dans ce travail avaient été vus à des stades où la tumeur était inopérable, l'option chirurgicale n'avait donc pas pu être prise. La radiothérapie n'étant pas disponible dans notre contexte, la chimiothérapie surtout palliative était la seule alternative à notre portée, elle avait donc été notre choix. La chimiothérapie anticancéreuse a pour but d'inhiber la croissance tumorale au moyen de médicaments cytotoxiques, mais elle n'est pas efficace pour le traitement des carcinomes épidermoïdes dont elle modifie l'évolution mais n'augmente pas la durée de survie [7].

Plusieurs protocoles chimiothérapeutiques peuvent être utilisés. Cependant, la référence pour les carcinomes des VADS est l'association cisplatine-5-fluoro-uracile. L'association d'un taxane, en réduisant les doses des deux autres drogues améliore les taux de réponse [7]. De plus, selon les recommandations d'un panel d'experts français, le schéma TPF représente une option de choix s'il y a indication de chimiothérapie d'induction sur les patients opérables ou non, bien qu'il n'existe pas à ce jour de facteurs validés de prédiction de réponse à ce schéma [16]. C'était ce schéma qui avait été retenu pour les patients présentés dans ce travail. Il faut signaler que la chimiothérapie anticancéreuse peut induire

une grande variété d'effets toxiques aigus ou chroniques, touchant de multiples organes [7]. La cisplatine a une néphrotoxicité bien connue. Ceci a été confirmé avec l'insuffisance rénale aiguë développée par la 1^{ère} patiente de notre série dès la première cure, toutefois ses antécédents de néphropathie diabétique pourraient également expliquer cette fragilité rénale. Le 2^{ème} patient n'a pas développé de néphrotoxicité. Il faut signaler que divers incidents sont intervenus dans les intervalles inter cures, allant de la dégradation de l'état général des patients (n° 1) aux problèmes infectieux et d'anémie (patients 1 et 2). Ils ont nécessité dans certains cas un allongement des intervalles intercures et/ou une réduction des doses des drogues. Ces facteurs pourraient expliquer une diminution de l'efficacité de la chimiothérapie traduite par une absence de rémission des tumeurs. Chez la 1^{ère} patiente, même si la dernière cure avait été effectuée aux doses normales, son efficacité avait été réduite par un effet d'échappement dû à l'allongement des intervalles intercures.

On ne pourra pas affirmer l'efficacité de la radiothérapie complémentaire en termes de survie chez nos patients, car aucun d'eux n'a pu en bénéficier du fait de sa non disponibilité dans notre contexte et de la lourdeur administrative dans les procédures d'évacuation sanitaire.

Le pronostic des cancers des VADS dépend de plusieurs facteurs : l'âge du patient, le stade d'évolution, le type de traitement, l'aspect histologique,... [12]. Cependant, quelle que soit la prise en charge, le taux de survie à 5 ans est très variable de 5 à 50% selon les auteurs [12,13]. Trois sur nos 4 patients sont décédés avant 2 ans à partir du diagnostic, le 3^{ème} patient était perdu de vue.

Les adénocarcinomes sont de pronostic peu favorable, avec une progression plus rapide comme dans le cas 1 (moins de 05 mois entre l'apparition de la douleur palatine et l'atteinte d'un stade T3). Le carcinome adénoïde kystique est de pronostic réservé du fait de sa forte tendance à la récurrence et au développement de métastases notamment pulmonaires, souvent tardives [17]. Le pronostic des carcinomes muco-épidermoïdes de bas grade est bon, mais il est moins bon pour les tumeurs de haut et de grade intermédiaire où il y a un taux important de récurrence et de métastase [7].

CONCLUSION

Nous retiendrons de ce travail que les cancers palatins avaient été vus chez des individus (2 femmes et 2 hommes) sans addiction tabagique alors que le tabac est reconnu comme un facteur de risque. Le pronostic était très réservé surtout que le diagnostic avait été fait à un stade inopérable dans notre contexte. Le retard à la consultation réduisant énormément les chances de survie des patients, il est important de développer des stratégies de détection précoce des lésions cancéreuses en vue d'une prise en charge tout aussi précoce. La chimiothérapie anticancéreuse, un des piliers du trépied thérapeutique anti cancéreux n'est pas d'une grande efficacité dans notre contexte où le diagnostic des tumeurs est fait à un stade très avancé. Le coût élevé des thérapeutiques anticancéreuses en général dans un pays où la couverture maladie universelle est inexistante, la faiblesse du plateau technique (absence de radiothérapie) et la lourdeur administrative dans les procédures d'évacuation sanitaire limitent l'accessibilité de la prise en charge de ces tumeurs et augmentent la mortalité dans notre contexte (3 décès sur les 4 patients présentés dans ce travail). C'est pourquoi, il est important de renforcer le plateau technique, de sensibiliser les patients et les praticiens pour un diagnostic précoce des lésions. Les facteurs étiologiques de ce type de cancers étant connus, il serait logique et bénéfique pour les populations de mettre en place des stratégies de prévention contre ces facteurs de risque afin d'éviter la survenue de ces lésions tumorales.

RÉFÉRENCES

- 1- GAUZERAN D. Des lésions à risque aux cancers des muqueuses orales. *CDP* 2015;4-80.
- 2- JEMAL A, BRAY F, CENTER MM, FRELAY J, WARD E, FORMAN D. *Global cancer statistics CA Cacer J Clin.* 2011;61:69-90
- 3- LOMPO-GOUMBRI OM, DOMAGNI O E, SANOU A M, KONSEGRÉ V, SOUDRÉ R B. Aspects épidémiologiques et histopathologiques des cancers au Burkina Faso. *Journal Africain du Cancer* 2009;1:207-211
- 4- BAMBARA AT, MILLOGO M, KONSEM T, BAMBARA HA, OUEDRAOGO D, TRAORE S S. Les cancers de la cavité buccale : affection à prédominance féminine à Ouagadougou. *Med Buccale Chir Buccale* 2015;21:61-66
- 5- BOKO E, NAPO-KOURA G, KPEMISSI E, BOKO-BESSI L. Tumours of secondary salivary glands: Epidemiologic and histological aspects. *Journal of Oto-Rhino- Laryngology* 2004;125:233-237
- 6- MORÈRE J F, MORNEX F, SOULIÈRE D. Thérapeutique du cancer. *Springer science et Business Média* 2011:206
- 7- FÉKI A, ABI NAJM S, DESCROIX V, GAUZERAN D, GOURMET R, GUICHARD M, KLEINFINGER S, LESCAILLES G, LOMBARDI T, SAMSON J. Le chirurgien-dentiste face au cancer. *Dossiers de l'ADF* 2008
- 8- SZPIRGLAS H, BEN SLAMA L. Pathologie de la muqueuse buccale. *Paris : Elsevier*, 1999 : 142-145
- 9- GAUZERAN D. Pathologies tumorales des glandes salivaires accessoires *Rev Odont Stomat* 2011;40:53-69
- 10- FARENGERA D, REYCHLER H. Tuméfactions palatines *Rev Odonto-Stomatologie tropicale* 1997; 78 : 13-20
- 11- FRANCESCHI S, LEVI F, LA VECCHIA C, CONTI E, DAL MASO L, BARZAN L, TALAMINI R. Comparison of effect of smoking and alcohol drinking between oral and pharyngeal cancer. *Int J Cancer* 1999 ; 83 : 1-4
- 12- PIETTE E. Pathologie du palais. In «*Traité de pathologies buccale et maxillofaciale*» par Piette E et Reyhler H. Ed. De Boeck Université, Bruxelles, 1991 : 1011-61
- 13- BADET-POMMET M, GUEROULT J.M, MONDIE J.M. Tumeurs du palais : quel diagnostic, quel traitement ? *Actualités Odonto-Stomatologiques* 1995; 189 : 117-25
- 14- AKA ADOUKO J A, SOUAGA K, ADOU A, ASSA A, ECHIMANE A K, ANGOH Y J J. Cancers des glandes salivaires. *Rev Col Odonto-Stomatol Afr Chir Maxillo-fac* 2010 ; 17(2) : 5-10
- 15- MILLOGO M, KONSEM T, BISSA H, BÉOGO R, OUEDRAOGO D. Tumours of salivary glands in the stomatology and maxillo-facial surgery unit at the university hospital centre Yalgado Ouédraogo Open *Journal of Stomatology* 2013;3:465-470
- 16- BARDET E, BOURHIS J, CALS L, FAYETTE J, GUIGAY J, HANS S, LACAU SAINT-GUILY J, LAGARDE F, LALLEMAND B, MILANO G, ROLLAND F, LEFÈBVRE J-L. Cancer des voies aéro-digestives supérieures (VADS) localement avancés : recommandations d'un panel d'experts et de perspectives pour l'utilisation du schéma TPF (docétaxel, Cisplatine, 5 Fluoro uracile) en induction. *Bulletin du cancer* ; 2009, 96(10):1013-1028
- 17- HALLACQ P, LABROUSSE F, ROILLET B, ORSEL S, BESSEDE J P, MOREAU J J. Adenoid cystic carcinomas invading the skull base. About 4 cases and review of the littérature. *Neurochirurgie* 2001 ; 47 : 542-551 .