

PRISE EN CHARGE DU CARCINOME ÉPIDERMOÏDE DE LA LANGUE AU CENTRE HOSPITALIER LAYNE DE MONT DE MARSAN (FRANCE)

MANAGEMENT OF SQUAMOUS CELL CARCINOMA OF THE TONGUE AT THE LAYNE HOSPITAL IN MONT DE MARSAN (FRANCE)

YEDE C¹, AVAKOUDJO F²., BOURAIMA F³., DO SANTOS A⁴., ADJIBABI.W¹., AOUADI K.⁵

1 : Centre national hospitalier universitaire HKM, Bénin

2 : Centre hospitalier et universitaire de Suru-Léré, Bénin

3 : Centre hospitalier et universitaire départementale de Borgou Alibori, Bénin 4 : Hôpital d'instruction des armées de Cotonou, Bénin

5 : Centre Hospitalier Layné de Mont de Marsan, France

Auteur correspondant : YEDE F.C., service ORL du CNHU HKM, Bénin, 05 BP 4321 Cotonou, Bénin, Tél : 0022997089346. Email : fifachristy@yahoo.fr

RESUME

BUT : Etudier le carcinome épidermoïde de la langue.

PATIENTS ET METHODE : Une étude rétrospective à visée descriptive et analytique, portant sur une période de 3 ans allant du 1er janvier 2013 au 31 décembre 2015.

RESULTATS : Le carcinome épidermoïde de la langue représentait 10,65% des cancers des

V.A.D.S. Vingt-huit dossiers ont été colligés. Le sexe masculin était plus atteint soit 85,7% pour 14,3% de femmes. L'âge moyen des patients était de 59ans. Les principaux facteurs de risque étaient le tabac et l'alcool. La lésion était ulcérée dans 50% des cas et se retrouvait surtout au niveau de la langue mobile. La panendoscopie, la radiographie panoramique dentaire, la radiographie du thorax, la TDM, l'IRM et le TEP SCAN ont été réalisés chez quasiment tous les patients. Les patients étaient classés T1-T2 dans 60,7% et N0-N1 dans 53,6% avec 8 cas de métastases (poumons, rachis, rein, prostate, vessie). La glossectomie partielle (28%) et l'hémi pelvi- glossectomie (28%) étaient les gestes chirurgicaux les plus réalisés associés parfois à un curage ganglionnaire. Le traitement complémentaire était la radiothérapie associée ou non à la chimiothérapie. La survie à 3 ans était de 71,43%.

CONCLUSION : Le carcinome épidermoïde de la langue est peu fréquent. Dans notre étude, la tumeur a été diagnostiquée à un stade précoce. Le diagnostic à un stade in situ avec une prise en charge adéquate reste le meilleur gage pour un bon pronostic.

MOTS- CLES : Carcinome, Glossectomie, Tabac, Alcool

ABSTRACT

PURPOSE: To study squamous cell carcinoma of the tongue.

PATIENTS AND METHOD: A retrospective study with descriptive and analytical aims, covering a period of 3 years going from January 1, 2013 to December 31, 2015.

RESULTS : Squamous cell carcinoma of the tongue represented 10.65% of V.A.D.S. Twenty-eight files were collected. The male sex was more affected, 85.7% for 14.3% women. The average age of the patients was 59 years. The main risk factors were tobacco and alcohol. The lesion was ulcerated in 50% of the cases and was mainly found in the mobile tongue. Panendoscopy, dental panoramic radiography, chest radiography, CT, MRI, and PET SCAN were performed in almost all patients. Patients were classified T1-T2 in 60.7% and N0-N1 in 53.6% with 8 cases of metastases (lungs, spine, kidney, prostate, bladder). Partial glossectomy (28%) and pelvic glossectomy hemi (28%) were the most common surgical procedures sometimes associated with lymph node dissection. Complementary treatment was radiotherapy, whether or not combined with chemotherapy. The 3-year survival was 71.43%.

CONCLUSION : Squamous cell carcinoma of the tongue is uncommon. In our study, the tumor was diagnosed at an early stage. Diagnosis at an in situ stage with adequate management remains the best guarantee for a good prognosis.

KEY WORDS: Carcinoma, Glossectomy, Tobacco, Alcohol

INTRODUCTION

La langue est un organe musculaire et muqueux, ovalaire, qui repose sur le plancher buccal. Elle est formée d'un squelette ostéo-fibreux, de muscles, et d'une muqueuse [1]. Elle joue un rôle prépondérant dans la déglutition, la phonation, la gustation et la communication. Ces différentes fonctions peuvent être compromises par le développement des tumeurs malignes dont le carcinome épidermoïde est le plus fréquent. En effet les carcinomes de la langue mobile représentent 30 % des carcinomes de la cavité buccale, et ceux de la base de la langue 20 % des carcinomes de l'oropharynx [2]. Les deux principaux facteurs de risque sont le tabac, et l'alcool.

Bien que facilement accessible et de diagnostic aisé, le carcinome épidermoïde de la langue garde un pronostic sévère. L'imagerie médicale moderne permet de préciser son siège postérieur et/ou son infiltration en profondeur. Son traitement repose sur la chirurgie, la radiothérapie et parfois la chimiothérapie [2]. La dernière étude qui a été faite sur les cancers de la langue au BENIN remonte à quelques années [3]. Dans le but d'apprécier la prise en charge actuelle du carcinome épidermoïde de la langue dans un pays développé, nous avons entrepris ce travail à l'hôpital Layné du centre hospitalier de Mont-de-Marsan en France dont l'objectif principal a été d'étudier le carcinome épidermoïde de la langue.

De façon plus spécifique, il s'est agi de :

- Déterminer les aspects épidémiologiques du carcinome épidermoïde de la langue ;
- Décrire leurs aspects diagnostiques ;
- Analyser les résultats post-thérapeutiques ;
- Apprécier le pronostic

CADRE ET METHODE D'ETUDE

Cadre d'étude

L'étude s'est déroulée dans le service d'ORL de l'hôpital Layné du centre hospitalier de MONT-DE-MARSAN.

La ville de Mont-de-Marsan est située au sud-ouest de la France dans la préfecture des Landes, en région Nouvelle Aquitaine. Les habitants appelés Montois étaient au nombre de 31.334 en 2013.

Le centre hospitalier de Mont-de-Marsan tel qu'il existe aujourd'hui est le fruit de la fusion de 3 établissements (hôpital Layné, hôpital Nouvelle et hôpital Sainte Anne). Après la fusion, l'ensemble des activités de soins et d'hébergement forme une même entité regroupée sous le nom de centre hospitalier de Mont-de-Marsan. L'hôpital Layné est un hôpital pluridisciplinaire, on y trouve toutes les spécialités sauf la chirurgie maxillo-faciale et la radiothérapie.

Méthode d'étude

Il s'est agi d'une étude rétrospective à visée descriptive et analytique, portant sur une période de 3 ans allant du 1er janvier 2013 au 31 décembre 2015.

Toutes les données anamnestiques, cliniques, paracliniques, et thérapeutiques ont été reportées sur des fiches synoptiques, préalablement rédigées puis transférées dans un tableau Excel sur le logiciel OMNIPRO.

Critères d'inclusion

Ont été inclus, tous les patients :

- vus en consultation et hospitalisés durant la période d'étude ;
- présentant des symptômes faisant évoquer une lésion suspecte de la langue : ulcération, tuméfaction, leucoplasie, glossodynie ;

Ces patients ont bénéficié :

- d'un scanner cervico-facial objectivant une masse tumorale de la langue ;
- parfois d'une IRM pour mieux préciser la lésion et ses contours ;
- d'une pan-endoscopie avec biopsie de la lésion suspecte et examen histo- pathologique concluant à un carcinome épidermoïde ;
- d'une exérèse avec examen anatomo- pathologique confirmant la nature maligne de la lésion ;

- d'un TEP scan pour les lésions dont le diamètre est supérieur ou égal à 4 cm à la recherche d'autres sites tumoraux ;
- d'une radiographie pulmonaire systématique ;
- d'un panoramique dentaire et la mise en état de la cavité buccale.

Variables étudiées

- **Données épidémiologiques** : Fréquence, âge, sexe, facteurs de risque
- **Données cliniques** : signes fonctionnels, signes physiques, signes paracliniques.
- **Données anatomopathologiques** : carcinome épidermoïde de la langue
- **Classification TNM** : les tumeurs ont été classées selon la classification TNM de l'Union Internationale Contre le Cancer (UICC) 2002 [4].

T : Tumeur

Tx : tumeur primitive non évaluable T0 : tumeur non détectable

Tis : carcinome in situ

T1 : tumeur ≤ 2 cm dans sa plus grande dimension

T2 : tumeur dont la plus grande dimension est > 2 cm et/ou ≤ 4 cm T3 : tumeur dont la plus grande dimension est > 4 cm

T4 : tumeur massive avec envahissement musculaire, osseux, cutané

Ganglions N (classification reposant sur les données cliniques et radiologiques)

N0 : pas de signe d'atteinte des ganglions lymphatiques régionaux

N1 : métastase dans un seul ganglion lymphatique homolatéral ≤ 3 cm dans sa plus grande dimension

N2 : métastase unique dans un seul ganglion lymphatique homolatéral > 3 cm et ≤ 6 cm dans sa plus grande dimension, ou métastases ganglionnaires multiples, toutes ≤ 6 cm

N2a : métastase dans un seul ganglion lymphatique > 3 cm, mais ≤ 6 cm N2b : métastases homolatérales multiples toutes ≤ 6 cm

N2c : métastases bilatérales ou controlatérales toutes ≤ 6 cm Cancer de la langue

N3 : métastases dans un ganglion lymphatique

> 6 cm dans sa plus grande dimension, ganglion fixé.

Métastases M

M0 : pas de métastase à distance

M1 : présence de métastase (s) à distance Mx :

Métastase non documentée

• **Données thérapeutiques** :

• Chirurgie

- T1 et T2 limitée : exérèse par voie endobuccale

- T2 étendue au plancher buccal ou à la base de la langue : exérèse de la lésion avec curage ganglionnaire unilatéral

- T3 et T2 étendue à la ligne médiane : exérèse par voie endobuccale avec curage ganglionnaire bilatéral

- T4 : chimiothérapie + autres moyens

• Radiothérapie externe

Elle a été complémentaire de la chirurgie ou de la chimiothérapie lorsqu'il s'est agi de T4 dépassée ou d'adénopathie envahie. La dose d'irradiation a varié de 50 à 75 Gy, étalée sur 5 à 7 semaines et demie.

• Chimiothérapie

Elle a été exclusive dans les cas dépassés et d'induction dans certains cas. Le protocole était composé de cisplatine (50 à 120mg/mètre carré) et de 5-Fluoro uracile (300 à 600mg/ mètre carré).

• **Données évolutives** :

- Surveillance

Les patients ont été revus une fois par mois pendant la première année, une fois tous les deux mois pendant la deuxième année et une fois par trimestre la troisième année, puis une fois par semestre à la recherche de poursuite évolutive, de récurrence ou de nouveaux cancers. Ainsi il a été réalisé après examen clinique une radiographie pulmonaire systématique. En cas de suspicion de métastases un TEP scan est demandé.

- **Survie**

Elle a été calculée à 3 ans

RESULTATS

Données épidémiologiques

Fréquence

Sur 263 cas de cancer des voies aérodigestives supérieures (VADS), 28 présentaient un carcinome épidermoïde de la langue, soit 10,65 % des cancers des VADS.

Age

La moyenne d'âge des patients a été de 59,21 ans avec des extrêmes de 32 et 84 ans. Les classes d'âge les plus touchées ont été celles de 50-59 ans et 60-69 ans comme le montre la figure n°1.

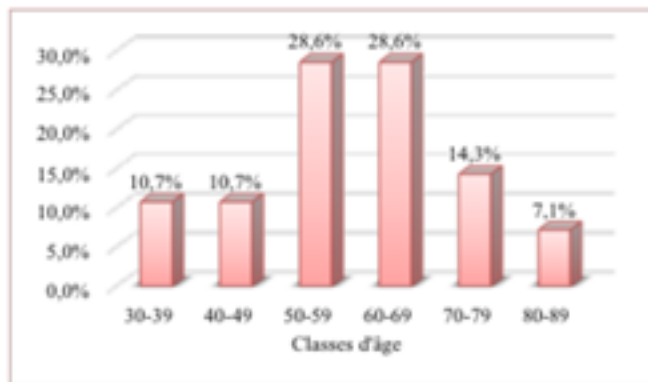


Figure 1 : Répartition des patients par classes d'âge.

Sexe

Le sexe masculin a été le plus représenté 24 sur 28, avec un sex-ratio de 6.

Facteurs de risque

Tabac

L'intoxication tabagique a été retrouvée chez 22 patients (78,6 %). La quantité variait entre 30 et 60 paquets-année.

Alcool

Ce facteur a été retrouvé chez 13 patients (46,4 %), mais n'a pas été quantifié.

Relation entre facteurs de risque et apparition de lésion

La lésion a été surtout retrouvée chez les patients exposés à la fois à l'intoxication alcoolique et tabagique (voir figure 2).

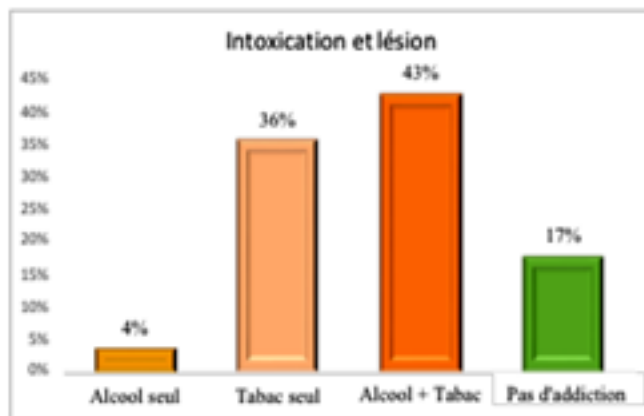


Figure 2 : Répartition du carcinome épidermoïde selon les facteurs de risque.

Lésions pré cancéreuses

Deux cas de lichen plan ont été retrouvés (confère figure n°3)



Figure 3 : Lichen plan du bord latéral gauche de la langue

Mauvaise hygiène bucco-dentaire

Seize patients présentaient une mauvaise hygiène bucco-dentaire.

Données cliniques

Délai de consultation

Le délai moyen de consultation a été de 4 mois et demi avec des extrêmes de 1 mois et 14 mois.

Motifs de consultation

La glossodynie a été le symptôme le plus signalé par les patients (tableau I).

Tableau I : Répartition des patients selon la symptomatologie de découverte

	Effectif	Pourcentage
Glossodynie	7	25
Glossodynie+ulcération linguale	6	21,43
Glossodynie+ulcération linguale+ADP cervicale	4	14,28
Glossodynie+tuméfaction plancher	3	10,71
Glossodynie+tuméfaction plancher + ulcération linguale	3	10,71
Glossodynie+dysphagie	2	07,15
Glossodynie+ulcération	2	07,15
Glossodynie+dysphagie+ADP cervicale	1	03,57

Examen physique

L'aspect ulcéreux a été retrouvé dans 14 cas (50%), ulcéro-bourgeonnant dans 13 cas (46,43%) puis infiltrant dans 1 cas (3,57%). La taille minimale des tumeurs était de 2cm dans 13 cas (46,44%) et variait de 2 à 4 cm dans 4 cas (14,28%) puis supérieure à 4cm dans les autres cas (39,28%) dont 8 cas de T3.

La tumeur s'est développée au niveau de la partie mobile de la langue dans 23 cas soit 82,14%

Une extension locale a été notée au plancher buccal dans 6 cas, aux vallécules dans 2 cas, aux sillons amygdaloglosses dans 3 cas.

L'extension régionale a été retrouvée dans les aires ganglionnaires cervicales chez 17 patients dont :

- o 4 patients N1
- o 5 N2a
- o 3 patients N2b
- o 4 patients N2c
- o 1 patient N3

Examens paracliniques

L'examen histo-pathologique de la pièce biopsique ou d'exérèse a permis de conclure à un carcinome épidermoïde de la langue.

La radiographie pulmonaire, la TDM, l'IRM et parfois le TEP scan ont permis de préciser ou de retrouver le siège, la taille, l'infiltration ou autres extensions : quatre pulmonaires, une rachidienne, une rénale, une prostatique et une vésicale.

La radiographie panoramique dentaire a été pratiquée chez 25 patients :

- 16 avaient un mauvais état dentaire :
- 08 patients présentaient des dents avec des chicots et tartres ;
- 05 présentaient des dents mobiles et branlantes ;
- 03 avaient des dents cariées.

Tous ces patients avaient été traités ; 3 avaient bénéficié de prise d'empreintes dentaires.

Classification TNM

Les tumeurs ont été classées selon la classification TNM de l'UICC 2002. Les résultats se présentent comme l'indique le tableau II.

Tableau II : Classification TNM

		Nombre de patients
Tumeur (T)	T1	13
	T2	04
	T3	08
	T4	03
Adénopathies (N)	No	11
	N1	04
	N2a	05
	N2b	03
	N2c	04
Métastases (M)	N3	01
	M0	20
	M1	08

Données thérapeutiques

Chirurgie

Le traitement chirurgical a été préconisé chez 21 patients et 7 ont été récusés.

- Glossectomie partielle 8 cas (28,6 %).
- Hémi pelvi-glossectomie 8 cas (28,6 %), avec 7 cas de reconstruction par lambeau naso-génien.
- Hémiglossectomie 5 cas (17,8 %)

L'exérèse chirurgicale de la tumeur primitive a été associée à un curage ganglionnaire chez certains patients : curage fonctionnel unilatéral 08 cas, curage fonctionnel bilatéral 04 cas.

Radiothérapie

La radiothérapie a été proposée chez 03 patients en complément de la chirurgie. Elle a concerné les patients classés T3/T4 ; N2/N3.

Chimiothérapie

Un seul patient (T4N3M1) a été traité par chimiothérapie palliative.

Radiothérapie et chimiothérapie

Un traitement fait de radiothérapie et de chimiothérapie concomitante a été proposé chez 19 patients, mais n'a pu être réalisé que chez 17 patients.

L'un n'a pu commencer le traitement avant son décès et l'autre a refusé tout traitement.

Données évolutives

Le suivi moyen des patients a été de 24 mois dont 16 patients vivants sans récurrence ni métastase, 1 patient avec récurrence, 3 patients en poursuite évolutive et 8 patients décédés (T3/T4).

Les Complications post thérapeutiques ont été immédiates puis secondaires.

• Complications immédiates

Le delirium tremens a été retrouvé chez 70% des patients ; la dysphagie 56 % suite à une radiomucite grade I/II (36 %), les xérostomies (4,8%), les lymphoedèmes (2,6%).

• Complications secondaires

Elles sont représentées essentiellement par des troubles de l'élocution et de la déglutition.

Survie

La survie à 3 ans a été de 71,42

DISCUSSION

Données épidémiologiques

La fréquence du carcinome épidermoïde de la langue aux Etats-Unis et au Canada, représente 2 % de l'ensemble des cancers. En France, il représente 10 % des cancers des VADS comme retrouvé dans notre étude. El IDRISSE [5] à Fès au Maroc en a rapporté 3%. Le carcinome épidermoïde de la langue reste une pathologie moins fréquente. L'âge moyen de survenue du carcinome épidermoïde de la langue est de 55 ans pour les hommes et de 60 ans pour les femmes. Il a été de 59 ans dans notre étude avec des extrêmes de 32 ans et 84 ans ; ce résultat a

été similaire à 57 ans signalé par BOUYAKHEF [6] et des 60 ans rapporté par El IDRISSE [5]. Par contre, BOUSAADANI [7] a retrouvé un âge moyen de 44 ans dans sa série. Le carcinome épidermoïde de la langue touche fréquemment l'adulte jeune de la soixantaine. L'incidence annuelle du carcinome épidermoïde en France est estimée à 1800 nouveaux cas masculins et 200 cas féminins, soit 90 % de prédominance masculine [8]. Dans notre série, nous avons colligé 24 cas de sexe masculin probablement liés aux facteurs de risque qui sont plus importants chez l'homme. Ces résultats ont été proches de ceux de BELGADI [9], de DIOMBANA [10] et de CHATELLIER [11] qui ont rapporté une prédominance masculine. Par contre, El IDRISSE [5] à Fès au Maroc a signalé une prédominance féminine (75%) et KORCH [12] à Dakar 57,75 %. Dans la littérature on note une tendance à la féminisation des cancers de la langue au cours des 30 dernières années qui serait liée au fait que les femmes s'adonnent de plus en plus aux mêmes facteurs de risque. Le rôle carcinogène du tabac a été largement démontré, l'alcool majorant celui-ci. Dans l'étude d'AKSU [13], l'intoxication tabagique a été retrouvée chez 81 % des patients comparable au taux de 78,6% retrouvé dans notre série. L'intoxication alcoolique a été signalée chez 36% des patients et la double intoxication alcool-tabagique chez 43%. Ceci confirme les données de la littérature qui incriminent une potentialisation de l'effet du tabac par l'alcool. Cependant, RAKOTOARISON [14] a rapporté un cas de carcinome épidermoïde de la langue par irritation chronique d'une prothèse dentaire mal adaptée. L'irritation chronique provoquée par cette dernière peut générer des lésions précancéreuses qui précèdent le cancer dans 10% des cas. Dans notre étude, deux cas de lichen plan ont été colligés, soit 7,14 % comparable aux données de la littérature [8].

Données cliniques

Les signes d'appel les plus fréquents du carcinome de la langue ont été par ordre de fréquence les glossodynies, les dysphagies et les adénopathies [8,12]. Les mêmes signes ont été retrouvés dans notre série dans un ordre différent. Pour ZENATI [15], BELGADI [9] et BOUSAADANI [7], l'aspect macroscopique retrouvé était l'ulcération linguale comme dans notre série. L'inspection et la palpation combinée permettent d'apprécier les dimensions et l'infiltration de la lésion au niveau de la langue et des structures de voisinage. Pour BELGADI [9], 29,28 % des patients ont présenté des tumeurs inférieures à 4 cm. Pour AKSU [13], ce taux a été de 70% supérieur au 60,71% des patients de notre série. Le carcinome épidermoïde de la langue siège fréquemment sur la langue mobile notamment les bords latéraux [2, 11,16] ; tel a été le cas dans notre série.

Données paracliniques

Le cancer de la langue est essentiellement représenté par le carcinome épidermoïde. D'autres types histopathologiques ont été rapportés (Carcinomes glandulaires, sarcomes et autres tumeurs rares). La tomographie reste l'examen de choix parfois associée à l'imagerie par résonance magnétique pour mieux apprécier les limites de la lésion [8,12,17]. Elles ont été réalisées quasiment chez tous les patients et ont permis de mieux apprécier l'infiltration en profondeur. EL IDRISSE [5] a également eu recours à ces deux imageries. En revanche, LOKOSSOU [18] a rapporté la réalisation de TDM chez 1 patient sur 19 cas. La tomographie par émission de positons (TEP) est une technique scintigraphique capable de produire des images quantitatives métaboliques, locales et du corps entier. Elle est couramment utilisée dans les pays développés mais n'est pas encore accessible partout. La radiographie thoracique a été réalisée chez tous les patients et a permis de détecter 4 cas de métastases pulmonaires. Pour El IDRISSE [5] et

LOKOSSOU [18] aucune métastase pulmonaire n'a été retrouvée. Au terme de la démarche diagnostique, la classification TNM a permis de retenir plus de patients classés T1T2 que T3T4. RODRIGUES [19] et HICKS [20] ont fait la même remarque. A l'opposé, BELGADI [9] et DAO [21] ont observé une fréquence élevée de T3-T4 respectivement 68 % et 51,82 %. Malgré la précocité du diagnostic les adénopathies cervicales ont constitué des signes d'appel de notre série.

Données thérapeutiques

Les propositions thérapeutiques ont été formulées lors d'une réunion pluridisciplinaire en tenant compte de l'état du patient de la classification TNM du type de cancer et des moyens thérapeutiques actuels. La glossectomie partielle a été la technique chirurgicale couramment pratiquée comme la plupart des auteurs [5,20], Ailleurs en Afrique la chirurgie la plus pratiquée était l'hémiglossectomie [5,18]. Cette technique a été indiquée chez les patients T2 étendue voire T3 dans notre étude. Quant à l'hémi pelvi glossectomie, elle a été réalisée dans les cas de carcinome épidermoïde de la langue infiltrant dans 25 % des cas ; le même choix a été opéré par El IDRISSE [5]. Les larges résections ont été comblées par le lambeau nasogénien dans notre étude. D'autres auteurs ont préféré le grand pectoral pour des défauts plus importants [19,22]. Le curage ganglionnaire a été systématique dans tous les cas d'adénopathies palpables et non palpables associées à une tumeur dont la taille est supérieure à 4cm. PENG [23] l'a pratiqué pour des adénopathies homolatérales de taille comprise entre 3 et 6 cm. Pour El IDRISSE [5] le curage ganglionnaire a été systématique chez tous les patients, quel que soit leur statut ganglionnaire. La chimio-radiothérapie après chirurgie a été préconisée dès

lors que les adénopathies ont été envahies. Certains auteurs [5,15,21] ont pratiqué la radiothérapie complémentaire à la chirurgie

respectivement dans 83,3 % ; 31,8 % et 29,48 % des cas. La radiothérapie exclusive a été effectuée chez des patients T3 T4 en mauvais état général dans notre travail.

Données évolutives

La langue jouant un rôle important dans la communication, certains patients ont présenté des troubles de l'élocution soit du fait de la tumeur, de la chirurgie ou d'autres thérapeutiques. Ces troubles sont décrits dans la littérature et sont fréquemment associés à une radiomucite responsable par ailleurs d'hyposialie et donc de dysphagie [8,11,22,24].

La survie est liée au stade de la maladie et à la modalité thérapeutique choisie. Elle a été de 71,43% à 3 ans dans notre étude. Pour la même période, DAO [21] à Casablanca a rapporté une survie de 54,2 %. Cette différence s'explique par la prédominance de T1T2 dans notre série. Par ailleurs certains auteurs ont rapporté une survie à 5 ans de 30 à 50% [9,21,24].

CONCLUSION

Le carcinome épidermoïde de la langue est peu fréquent et se retrouve volontiers chez l'adulte jeune de sexe masculin. Les facteurs de risque les plus incriminés sont le tabac et l'alcool. Dans notre étude, la tumeur a été diagnostiquée à un stade précoce (T1/T2) et surtout dans sa forme ulcérée. La tomodynamométrie et l'imagerie par résonance magnétique ont permis de mieux apprécier les contours de la lésion puis la tomographie par émission de positon (TEP scan) son extension. Le traitement a consisté essentiellement en une glossectomie partielle ou une hémi pelvi-glossectomie. Il a été associé parfois un curage ganglionnaire. Dans certains cas la radio-chimiothérapie a été indiquée. Malgré les avancées technologiques et thérapeutiques, le pronostic demeure sombre avec une survie de 71,43% à 3 ans. Le diagnostic à un stade in situ avec une prise en charge adéquate reste le meilleur gage pour un meilleur pronostic. Les campagnes de prévention contre les

risques alcool tabagiques doivent donc rester actives afin d'éradiquer la maladie cancéreuse notamment dans sa localisation linguale.

REFERENCES

1- COMBELLES R, CHEVREL JP.
La cavité orale. In : Chevret JP, Fontaine C, editors.
Anatomie clinique tête et cou. Paris : Springer-Verlag;1996:87-103.

2- J.-M. Prades, T. SCHMITT, A. TIMOSHENKO.
Cancers de la langue.
EMC-Oto-rhino-laryngologie 2004;1:35-55.

3- HOUNKPATIN S.H.R.
Contribution à l'étude des cancers de la langue en république populaire du Bénin à propos de 27 observations au CNHU de Cotonou.
Thèse de médecine, FSS cotonou N 237 ;1985 : 170 pages

4- SOBIN L.H. WITTEKIND Ch
TNM, Classification des tumeurs malignes, 6ème édition 2002 pages 26-30.

5- EL IDRISSE A.
Cancer de la langue (à propos de 24 cas).
Thèse Med n°198, Université SIDI MOHAMMED BEN ABDELAH de Fès. 2015:109p

6 - BOUYAKHEF M.
Cancers de la langue mobile. Thèse de médecine N°214, Faculté de médecine de Casablanca. 2002:78p.

7- BOUSAADANI A. E, ABOU-ELFADL M, ABADA R. et al.
Cancer de la langue : épidémiologie et prise en charge. Journal africain du cancer ; 2015:1-5.

8- GEHANNO P, BAILLET F, BRUJET J, et al.
Cancers de la langue. Encycl. Méd. Chir. Oto-Rhino-Laryngologie 1995;20(627):12p.

9- BELGADI S.
Les cancers de la langue : étude rétrospective à propos de 47 cas. Thèse Med n°71 ; Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech 2015:93p.

10- DIOMBANA M.L, MOHAMED. A.G, KUSSNER H. et al.
Tumeurs de la langue au service de stomatologie

de l'hôpital de Kati : à propos de 25 cas. Médecine d'Afrique Noire, 1996;43(8/9):478-482.

11- CHATELLIER S.

La radiothérapie dans les cancers de la cavité buccale : conservation dentaire et extractions sélectives. Thèse Med. chirurgie dentaire, n°42, Université de Nantes. 2003:72p.

12- KORCHI I.

Cancer de la langue mobile : étape pré thérapeutique de 71 cas. Thèse Med n°58 ; Université CHEIKH ANTA DIOP de Dakar. 2013:92p

13- AKSU G, KARADENIZ A, SAYNAK M. et al.
Treatment result and prognostic factors in oral tongue cancer: analysis of 80 patients. Int. J. Oral maxillofac. Surg. 2006;35(6):506-513.

14- RAKOTOARISON R.A, RALAIARIMANANA L.F, ALSON S.R. et al.

Carcinome épidermoïde de la langue mobile et irritation d'origine prothético- dentaire : à propos d'une observation. Med Buccale Chir Buccale 2010;16:5356.

15- ZENATI S, ALLOUCHE S, AFIANE M.

Expérience du service d'oncologie radiothérapie du centre Pierre et Marie Curie d'Alger dans la prise en charge des cancers de la langue. Cancer/Radiothérapie 2010;14(6):665.

16- LAURENT B.

Cancer de la langue mobile : facteurs pronostiques des carcinomes épidermoïdes T1-T2 de la langue mobile. Thèse médicale CHU et CRLCC de Nantes n°137;2006:94p.

17- GOURIN CG, JOHNSON JT.

Surgical treatment of squamous cell carcinoma of the base of tongue. Head. Neck 2001;23:653-660.

18- LOKOSSOU D. C. A.

Cancer de la langue mobile : A propos de 19 cas. Mémoire n° 71, Université CHEIKH ANTA DIOP de Dakar. 2016:64p.

19 -Rodrigues P. C, Miguel M. C. C, Bagordakis E. et al. Clinicopathological prognostic factors of oral tongue squamous cell carcinoma: a retrospective study of 202 cases. Int. J. Oral maxillofac. Surg. 2014

- 20- HICKS W.L, NORTH J, LOREE T.R. et al.
Surgery as a single modality therapy for squamous cell carcinoma of the oral tongue. American journal of otolaryngology. 1998;19(1):24-28.
- 21- DAO E, BENCHAKROUN N, JABIR H. et al.
Résultats thérapeutiques des carcinomes épidermoïdes de la langue : expérience du centre de radiothérapie du centre hospitalier universitaire de Casablanca Cancer/ Radiothérapie. 2013;17:585-633.
- 22- Collège hospitalo-universitaire français de chirurgie maxillo-faciale et stomatologie.
Tumeurs de la cavité buccale.
Université Médicale Virtuelle Francophone, 2011:141-145.
- 23- PENG A. K, CHU A.C, LAI C. et al.
Is there a role for neck dissection in T1 oral tongue squamous cell carcinoma : The UCLA experience. American journal of otolaryngology-head and neck medicine and surgery. 2014;35:741-746
- 24- PRADES J.M, SCHMITT T, TIMOSHENKO A.
Cancers de la langue.
EMC oto-rhino-laryngologie 2004;1:35-55.