

# CANCER DE LA CAVITÉ BUCCALE

## QUEL RÔLE PHYSIOLOGIQUE DE LA CAVITÉ BUCCALE ?

La cavité buccale est limitée :

- en arrière par le voile du palais et les piliers antérieurs des amygdales
- en haut par le palais osseux
- latéralement par les faces internes des joues
- en avant par les lèvres

La cavité buccale et l'oropharynx ont un rôle dans la phonation car ils agissent comme une caisse de résonance (sons harmoniques). La langue, surtout la base de langue, a un rôle dans la déglutition en propulsant le bol alimentaire. Il est à noter que la langue est en continuité avec les piliers antérieurs des amygdales latéralement au niveau d'une zone dite de "jonction".

En cas d'atteinte tumorale de cette région, le patient ne pourra tirer la langue, il aura de ce fait une limitation de la protraction linguale. Le trigone rétro-molaire ou commissure inter-maxillaire est le triangle muqueux situé en arrière des molaires et en avant du pilier antérieur du voile du palais.

## QUELLE EST LA NATURE DE CES CANCERS ?

Terrain : homme de 45 à 70 ans, pic à 60 ans. Le type histologique le plus fréquent est le carcinome épidermoïde. Ils représentent 5 % de l'ensemble des cancers, 25 % des cancers des VADS.

## QUELS SONT LES FACTEURS DE RISQUE PARTICULIERS ?

- Lésions précancéreuses : leucoplasie (plaque blanche plus ou moins granuleuse visible sur la muqueuse) inquiétant le patient ou découverte par le dentiste
- Certaines lésions muqueuses chroniques, susceptibles de dégénérer (lichen plan) qui imposent un suivi attentif
- Intoxication alcool-tabac qui est la cause majeure

## QUELS SONT LES SIGNES QUI DOIVENT VOUS POUSSER À CONSULTER ?

La présence de facteurs de risque :

- Lésions précancéreuses : leucoplasie (plaque blanche plus ou moins granuleuse visible sur la muqueuse) inquiétant le patient ou découverte par le dentiste
- Certaines lésions muqueuses chroniques, susceptibles de dégénérer (lichen plan) qui imposent un suivi attentif
- Intoxication alcool-tabac +++

Recherche de signes fonctionnels :

- Ulcérations de la cavité buccale, douleur de langue (glossodynie), stase salivaire

- Douleur lors de la déglutition (odynophagie), douleur d'oreille (otalgie réflexe), crachats de sang
- Dyspnée (difficulté respiratoire), dysphonie (difficulté pour parler), dysphagie (difficulté pour avaler)
- Perte de poids et altération de l'état général

## QUELS SONT LES DIFFÉRENTS STADES DE CE TYPE DE CANCER ?

Voici les différents stades du cancer de la cavité buccale :

### Classification TNM des cancers de la cavité buccale

Tumeurs	Adénopathies	Métastases
T1 : tumeur inférieure ou égale à 2 cm de grand diamètre	N0 : pas de signe d'atteinte ganglionnaire	M0 : absence de métastases
T2 : supérieure à 2 cm et inférieure ou égale à 4 cm	N1 : 1 adénopathie métastatique unique homolatérale inférieure ou égale à 3 cm	M1 : présence de métastases
T3 : supérieure à 4 cm	N2 : <b>a</b> : adénopathie unique homolatérale entre 3 et 6 cm <b>b</b> : adénopathies multiples homolatérales inférieures ou égales à 6 cm <b>c</b> : adénopathies bilatérales ou controlatérales inférieures ou égales à 6 cm	
T4 : tumeur envahissant les structures adjacentes	N3 : adénopathie(s) métastatique(s) supérieure(s) à 6cm	

C'est au cours de la réunion de concertation pluridisciplinaire\_(RCP) que ce stade sera établi. Cette RCP est une réunion comportant un ensemble de professionnel habilité à prendre en charge le patient souffrant d'un cancer de la tête et du cou.

## QUEL TRAITEMENT DE CE CANCER ?

Les différents traitements pouvant être proposés dépendent de la classification tumorale de la tumeur (TNM) et de la possibilité de réaliser une intervention sur le patient souffrant d'un cancer (opérabilité). Cette opérabilité sera évaluée lors d'une consultation d'anesthésie.

Les tumeurs peuvent être traitées par chimiothérapie, radiothérapie ou chirurgie nécessitant parfois une reconstruction.

Différentes interventions vous seront proposées suivant l'état d'avancement de votre cancer. Le principe et les complications des différentes chirurgies vous sont

expliqués sur une fiche patient rédigée par notre société savante téléchargeable sur les éléments soulignés en bleu :

- Une chirurgie par voie endobuccale dite pelviglossectomie réalisée uniquement en passant par la bouche (pas d'incision de la peau) à une chirurgie ganglionnaire avec une éventuelle une trachéotomie. On pourra dans les cas de tumeur de moins de 2cm et non profonde une technique de ganglion sentinelle permettant d'analyser le premier relais ganglionnaire. en cas de ganglion négatif cela permet d'éviter une chirurgie ganglionnaire.
- Dans les cas d'une tumeur plus évoluée une incision du cou sera nécessaire et par ailleurs un geste sur la mandibule pourra être réalisé (os de la mâchoire inférieure): on parle d'une pelvimandibulectomie qui nécessitera dans les deux cas une chirurgie ganglionnaire, une trachéotomie, la pose d'une sonde d'alimentation mise dans le nez (dite sonde nasogastrique). Il faudra compter entre 15 jours à 1 mois d'hospitalisations. Une rééducation sera programmée pendant votre séjour par l'intermédiaire de notre orthophoniste référente et c'est elle qui s'occupera de votre rééducation post-opératoire.
- En cas de reconstruction après ablation de la tumeur par une greffe dit « lambeau libre » : vous serez mis en contact avec le chirurgien de la face et du cou référent en reconstruction faciale en possession d'un diplôme de microchirurgie. Ce type de reconstruction nécessite des sutures vasculaires qui se font à l'aide d'un microscope. Il faudra compter sur une durée d'hospitalisation de 1 mois.