

Année 2021/2022

N°

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État

par

Guillaume HULOT

Né le 29 Août 1991 à Saint-Junien (87)

Evaluation d'une fiche d'aide au dépistage et à l'orientation
diagnostique des cancers de la cavité buccale pour les médecins
généralistes de la région Centre-Val de Loire

Présentée et soutenue publiquement le 25 Novembre 2022 devant un jury composé de :

Président du Jury : Professeur Sylvain MORINIERE, Oto-rhino-laryngologie, Faculté de Médecine - Tours

Membres du Jury :

Docteur Arnaud PARE, Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie, MCU-PH, Faculté de Médecine - Tours

Docteur Pauline UTEZA, Médecine Générale - Joué-lès-Tours

Docteur Sylvie TIERCIN, Médecine Générale - Tours

*Directrice de thèse : Docteur Chrystelle QUEIROS, Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie, PH, CHU -
Tours*

RESUME :

Le nombre de nouveaux cas de cancers de la cavité buccale en 2018 était de 4 677. Le pronostic est défavorable avec une survie à 5 ans de 45% pour les cas diagnostiqués entre 2010 et 2015. La cause est un diagnostic à 70% au stade T3 ou T4.

L'intoxication alcool-tabagique est le principal facteur de risque et donc accessible à des mesures de prévention primaire et à une prévention secondaire via un dépistage et un examen clinique de la cavité buccale systématique chez ces patients à risque, facilement réalisable et peu coûteux.

Les cancers surviennent également chez des patients non éthyliques et non tabagiques dans 10% des cas, il s'agit alors de patients chez qui il est primordial de faire un diagnostic précoce.

Le diagnostic précoce améliore grandement les chances de curabilité de la maladie et donc de survie du patient.

Nous avons donc créé une fiche d'aide au dépistage et à l'orientation des cancers de la cavité buccale destinés aux médecins généralistes en région Centre. Le but de cette étude est donc d'évaluer cette fiche par un questionnaire auprès des médecins concernés installés ou remplaçants.

La fiche d'aide et le questionnaire d'évaluation ont été envoyés à l'ensemble des médecins à l'aide des CPTS, conseils départementaux de l'ordre des médecins et réseaux sociaux. Nous avons obtenu 182 réponses.

Les résultats du questionnaire ont montré que la fiche était pertinente et adaptée à la médecine générale. Elle va modifier leur pratique notamment en leur apportant certains outils, en les sensibilisant à réaliser un examen de la cavité buccale plus fréquent chez les patients à risque et en les aidant à orienter plus rapidement les patients vers un spécialiste.

Mots-clés : cancer, cavité buccale, médecine générale, dépistage, fiche d'aide

Evaluation of an information sheet for screening and diagnostic orientation of cancers of the oral cavity for general practitioners in the Centre-Val de Loire region.

ABSTRACT :

The number of new cases of oral cavity cancer in 2018 was 4,677. The prognosis is poor with a 5-year survival of 45% for cases diagnosed between 2010 and 2015. The cause is a 70% diagnosis at stage T3 or T4.

Alcohol and tobacco intoxication are main risk factors. Therefore, this exposed population is accessible to primary prevention measures and secondary prevention via screening and systematic clinical examination of the oral cavity. It is an easy and inexpensive performed.

Cancers also occur in non-alcoholics and non-smokers in 10% of cases, in which case early diagnosis is essential.

Early diagnosis greatly improves the chances of curability of the disease and therefore the survival of the patient.

So, we created an information sheet for the screening and orientation of cancers of the oral cavity cancers intended for general practitioners in the Centre region. The aim of this study is to evaluate this sheet by a questionnaire to the physicians concerned, established or replacements.

The information sheet and the evaluation questionnaire were sent to all doctors with the help of CPTS, Conseils Départementaux de l'Ordre des Médecins and social networks. We obtained 182 responses.

Results of the questionnaire showed that our sheet was relevant and adapted to general medicine. It will change their practice, particularly by providing them tools, by making them aware of the need to carry out more frequent oral cavity examinations in high-risk patients and by helping them to refer patients to a specialist more quickly.

Keywords : cancer, oral cavity, general medicine, screening, information sheet

UNIVERSITE DE TOURS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN
Pr Patrice DIOT

VICE-DOYEN
Pr Henri MARRET

ASSESEURS
Pr Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*
Pr Mathias BUCHLER, *Relations internationales*
Pr Theodora BEJAN-ANGOULVANT, *Moyens – relations avec l'Université*
Pr Clarisse DIBAO-DINA, *Médecine générale*
Pr François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*
Pr Patrick VOURC'H, *Recherche*

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE
Mme Carole ACCOLAS

DOYENS HONORAIRES
Pr Emile ARON (†) – 1962-1966
Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962
Pr Georges DESBUQUOIS (†) – 1966-1972
Pr André GOUAZE (†) – 1972-1994
Pr Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004
Pr Dominique PERROTIN – 2004-2014

PROFESSEURS EMERITES
Pr Daniel ALISON
Pr Gilles BODY
Pr Philippe COLOMBAT
Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL
Pr Pascal DUMONT
Pr Bernard FOUQUET
Pr Yves GRUEL
Pr Gérard LORETTE
Pr Dominique PERROTIN
Pr Philippe ROSSET

PROFESSEURS HONORAIRES
P. ANTHONIOZ – P. ARBEILLE – A. AUDURIER – A. AUTRET – P. BAGROS – C. BARTHELEMY – J.L. BAULIEU – C. BERGER – JC. BESNARD – P. BEUTTER – C. BONNARD – P. BONNET – P. BOUGNOUX – P. BURDIN – L. CASTELLANI – J. CHANDENIER – A. CHANTEPIE – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – C. COUET – L. DE LA LANDE DE CALAN – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – D. GOGA – A. GOUDEAU – J.L. GUILMOT – O. HAILLOT – N. HUTEN – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – O. LE FLOCH – Y. LEBRANCHU – E. LECA – P. LECOMTE – AM. LEHR-DRYLEWICZ – E. LEMARIE – G. LEROY – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAINÉ – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – L. POURCELOT – R. QUENTIN – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – A. ROBIER – J.C. ROLLAND – D. ROYERE – A. SAINDELLE – E. SALIBA – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ANDRES Christian.....	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis	Cardiologie
APETOH Lionel	Immunologie
AUPART Michel.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique	Cardiologie
BAKHOS David.....	Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas	Psychiatrie ; addictologie
BARBIER François.....	Médecine intensive et réanimation
BARILLOT Isabelle.....	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora	Pharmacologie clinique
BERHOUE Julien	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERNARD Anne	Cardiologie
BERNARD Louis	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène.....	Biochimie et biologie moléculaire
BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
BOURGUIGNON Thierry	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BRILHAULT Jean.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck.....	Urologie
BUCHLER Matthias.....	Néphrologie
CALAIS Gilles.....	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent	Psychiatrie d'adultes
CORCIA Philippe.....	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et imagerie médicale
DEQUIN Pierre-François.....	Thérapeutique
DESMIDT Thomas	Psychiatrie
DESOUBEAUX Guillaume.....	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe	Anatomie
DI GUISTO Caroline	Gynécologie obstétrique
DIOT Patrice.....	Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri.....	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
EL HAGE Wissam.....	Psychiatrie adultes
EHRMANN Stephan	Médecine intensive – réanimation
FAUCHIER Laurent	Cardiologie
FAVARD Luc.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
FOUGERE Bertrand	Gériatrie
FRANCOIS Patrick.....	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle	Anatomie & cytologie pathologiques
GATAULT Philippe.....	Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine.....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
GUERIF Fabrice.....	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUILLON Antoine.....	Médecine intensive – réanimation
GUILLON-GRAMMATICO Leslie.....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GUYETANT Serge	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel.....	Hématologie, transfusion
HALIMI Jean-Michel.....	Thérapeutique
HANKARD Régis.....	Pédiatrie
HERAULT Olivier	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe.....	Biologie cellulaire
IVANES Fabrice	Physiologie
LABARTHE François	Pédiatrie
LAFFON Marc	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert.....	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd.....	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique	Bactériologie-virologie
LAURE Boris.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECOMTE Thierry.....	Gastroentérologie, hépatologie
LEGRAS Antoine.....	Chirurgie thoracique
LESCANNE Emmanuel.....	Oto-rhino-laryngologie
LINASSIER Claude	Cancérologie, radiothérapie

MACHET Laurent	Dermato-vénéréologie
MAILLOT François	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie
MARRET Henri	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel	Dermatologie-vénéréologie
MEREGHETTI Laurent	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MITANCHEZ Delphine	Pédiatrie
MORINIERE Sylvain	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis	Rhumatologie
ODENT Thierry	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna	Gynécologie-obstétrique
PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric	Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Franck	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean	Ophtalmologie
PLANTIER Laurent	Physiologie
REMERAND Francis	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe	Biologie cellulaire
RUSCH Emmanuel	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab	Dermatologie-vénéréologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et médecine nucléaire
THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
TOUTAIN Annick	Génétique
VAILLANT Loïc	Dermato-vénéréologie
VELUT Stéphane	Anatomie
VOURC'H Patrick	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé	Immunologie
ZEMMOURA Ilyess	Neurochirurgie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DIBAO-DINA Clarisse
LEBEAU Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES

MALLET Donatien Soins palliatifs
ROBERT Jean Médecine Générale

PROFESSEUR CERTIFIE DU 2ND DEGRE

MC CARTHY Catherine Anglais

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AUDEMARD-VERGER Alexandra Médecine interne
BARBIER Louise Chirurgie digestive
BINET Aurélien Chirurgie infantile
BISSON Arnaud Cardiologie (CHRO)
BRUNAULT Paul Psychiatrie d'adultes, addictologie
CAILLE Agnès Biostat., informatique médical et technologies de communication
CARVAJAL-ALLEGRIA Guillermo Rhumatologie (au 01/10/2021)
CLEMENTY Nicolas Cardiologie
DENIS Frédéric Odontologie
DOMELIER Anne-Sophie Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane Biophysique et médecine nucléaire
ELKRIEF Laure Hépatologie – gastroentérologie
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie Anatomie et cytologie pathologiques
GOUILLEUX Valérie Immunologie
HOARAU Cyrille Immunologie

LE GUELLEC Chantal.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LEFORT Bruno.....	Pédiatrie
LEMAIGNEN Adrien.....	Maladies infectieuses
MACHET Marie-Christine.....	Anatomie et cytologie pathologiques
MOREL Baptiste.....	Radiologie pédiatrique
PARE Arnaud.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
PIVER Éric.....	Biochimie et biologie moléculaire
ROUMY Jérôme.....	Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET Bénédicte.....	Thérapeutique
STANDLEY-MIQUELESTORENA Elodie.....	Anatomie et cytologie pathologiques
STEFIC Karl.....	Bactériologie
TERNANT David.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
VAYNE Caroline.....	Hématologie, transfusion
VUILLAUME-WINTER Marie-Laure.....	Génétique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia.....	Neurosciences
NICOGLOU Antonine.....	Philosophie – histoire des sciences et des techniques
PATIENT Romuald.....	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile.....	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

AUMARECHAL Alain.....	Médecine Générale
BARBEAU Ludivine.....	Médecine Générale
CHAMANT Christelle.....	Médecine Générale
ETTORI-AJASSE Isabelle.....	Médecine Générale
PAUTRAT Maxime.....	Médecine Générale
RUIZ Christophe.....	Médecine Générale
SAMKO Boris.....	Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRAE

BECKER Jérôme.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BOUAKAZ Ayache.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BRIARD Benoît.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
CHALON Sylvie.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
DE ROCQUIGNY Hugues.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
ESCOFFRE Jean-Michel.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GILOT Philippe.....	Chargé de Recherche Inrae – UMR Inrae 1282
GOUILLEUX Fabrice.....	Directeur de Recherche CNRS – EA 7501 - ERL CNRS 7001
GOMOT Marie.....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GUEGUINOU Maxime.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1069
HEUZE-VOURCH Nathalie.....	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
KORKMAZ Brice.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
LATINUS Marianne.....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LAUMONNIER Frédéric.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LE MERREUR Julie.....	Directrice de Recherche CNRS – UMR Inserm 1259
MAMMANO Fabrizio.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
MEUNIER Jean-Christophe.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
PAGET Christophe.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
RAOUL William.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR CNRS 1069
SI TAHAR Mustapha.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SUREAU Camille.....	Directrice de Recherche émérite CNRS – UMR Inserm 1259
WARDAK Claire.....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie

DELORE Claire.....	Orthophoniste
GOUIN Jean-Marie.....	Praticien Hospitalier

Pour l'Ecole d'Orthoptie

BOULNOIS Sandrine.....	Orthoptiste
------------------------	-------------

Pour l'Ethique Médicale

BIRMELE Béatrice.....	Praticien Hospitalier
-----------------------	-----------------------

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime
si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert d'opprobre
et méprisé de mes confrères
si j'y manque.

Aux membres du jury :

A Monsieur le Professeur Sylvain MORINIERE, merci de l'honneur et le plaisir que vous me faites en présidant ce jury. Recevez ici toute ma reconnaissance et l'expression de mon plus profond respect.

A Monsieur le Docteur Arnaud PARE, merci de me faire l'honneur de juger ce travail. Je te remercie de l'intérêt que tu as porté à ce sujet. Reçois mes sincères remerciements et le témoignage de ma profonde considération.

A Madame le Docteur Pauline UTEZA, merci d'avoir accepté d'être jury de ma thèse avec enthousiasme. Je n'aurai pas pu rêver un meilleur niveau 1, en me faisant aimer la médecine générale dès le début de mon internat. Merci pour la générosité et la bienveillance dont tu fais preuve.

A Madame le Docteur Sylvie TIERCIN, merci d'avoir accepté d'être membre de ce jury sans hésitation. Malgré une activité avec des patients complexes, tu m'as soutenu lors de ce stage à tes côtés, en me donnant confiance en moi et mon travail.

A Madame le Docteur Chrystelle QUEIROS, merci d'avoir dirigé ce travail. Tu as eu la générosité de bien vouloir encadrer cette thèse et je t'en remercie sincèrement. En tant que spécialiste, ce n'est pas facile de diriger une thèse de médecine générale avec des attentes différentes. Merci pour tes conseils et le temps si précieux que tu as pris pour m'aider.

A ma famille,

A mes parents, qui m'ont toujours soutenu pendant ces longues années. Merci pour votre amour, pour l'éducation que vous m'avez inculqué, merci de m'avoir donné les moyens d'en arriver là et devenir qui je suis. Je vous aime.

A ma mère, tu m'as supporté pendant tant d'années dans les meilleurs et les pires moments. Tu m'as donné ton goût de la vie et l'envie d'en profiter au maximum. J'espère que le temps passera sur moi autant qu'il le fait sur toi.

A mon père, tu m'as donné la rigueur et la force d'aller toujours plus loin avec l'envie d'avoir toujours mieux. Cela me pousse au quotidien.

A mes petites sœurs Roxane et Léa, Je ressens votre amour et cela me pousse à être toujours meilleur et à aller plus loin encore. Vous êtes extraordinaires l'une comme l'autre et je serai toujours là pour vous. Je suis fier de ce que vous êtes. Je vous aime !

A mes beaux-parents qui m'ont accueilli et adopté comme leur fils. Vous m'avez toujours soutenu. Vous avez toujours été présents quand nous en avons besoin, toujours été compréhensifs dans mes bons comme mes mauvais moments, je n'aurai pu rêver mieux.

A ma famille, grands parents, oncles, tantes, cousins et cousines, Vous avez toujours été aimants et présents. J'ai toujours pu compter sur vous sans le moindre doute. Merci de m'avoir toujours soutenu.

A Lydie et Alain, c'est toujours un plaisir de vous voir et de partager des moments avec vous. Avec vous on ne s'ennuie pas et cela me donne envie de vous voir plus souvent.

A Sarah, ma meilleure amie, mon amoureuse, ma femme: tu m'as toujours soutenu sans compter et sans rien en retour. Tu me supports, partages ma vie au quotidien et me suis dans toutes mes envies même les plus bizarres. Tu m'as permis d'en arriver là aujourd'hui et me rend heureux tout simplement. J'ai hâte de voir se réaliser tous nos projets et découvrir ce que l'avenir nous réserve
Avec toi, tous les rêves deviennent possibles. Je t'aime.

A mes maitres de stage,

A Isabelle, Hicham, Anais, Caroline, Natacha, Geoffroy, Lysa, Eric, Pauline et Sylvie, merci pour votre bienveillance. Vous avez tout fait pour me mettre en confiance, ce dont j'ai eu tant besoin. Vous m'avez donné goût et confiance en la médecine générale et permis de me lancer en tant que docteur. Je serai sûrement un mix de vous tous.

A mes amis,

A la famille de copains de Tours, difficile d'imaginer que ça ne fait que 3 ans qu'on se connaît. Soudés et unis si vite par le COVID. C'est un bonheur de vous voir et d'avoir pu partager tant de moments avec vous toujours supers. S'il y avait une seule raison de ne pas faire notre prochaine aventure, c'est la tristesse que je vais avoir de ne pas vous voir chaque semaine.

Vous avez tous une particularité unique :

- **Coco** : l'Homme qui parle sans consonne après minuit.
- **Cam** : la seule femme au monde avec un utérus sur le front.
- **Nanou** : responsable d'un génocide de mini-burgers au mariage.
- **Jean** : le patron des Uber Eats de Tours.
- **Falky** : on le cherche encore.
- **Sissou** : sa première phrase place Plum' : « Un picon bière s'il vous plait ! »
- **Les Clems** : Le lucky-luke de l'écho et l'organisatrice de mariage la plus rapide du monde.

Vous allez tous nous manquer c'est certain. On remet ça à notre retour !

A la famille des copains de Limoges, leurs amoureux et amoureuses, tous parfaits ! Nous sommes liés depuis tant d'années. On peut ne pas se voir pendant des mois mais nous avons à chaque fois l'impression de s'être vu hier. Chaque moment est un super moment, hâte de se faire d'autres soirées et weekends avec vous. J'espère que ça continuera encore très longtemps.

A Tonio, je n'ai jamais osé te dire que tu es mon modèle du médecin et tout simplement de personne, bon et bienveillant. Je te remercie d'avoir enduré mes joies, mes tristesses, et mes colères, en restant le même, toujours présent, droit et d'avoir toujours les bons mots. Merci d'avoir été mon confident quand j'en ai eu besoin. Tu es la vraie définition d'un ami. Je suis fier et heureux d'avoir partagé ces moments avec toi.

A Adrien, pétillant, généreux, fin d'esprit. Ton état d'esprit m'émerveille. Te voir me donne toujours du soleil au coeur. J'aimerais te voir plus souvent !!

A Mathou, un exemple d'amour à revendre (il faudra peut arrêter les sushis et le saucisson pendant 9 mois 2 ou 3 autres fois pour épuiser ce stock d'amour). Une amie sincère sur qui on peut et on pourra toujours compter. Reviens faire un semestre à Tours sans thèse, mariage ou excuse de pied, afin d'un peu plus se voir !

A Alizée, on s'est découvert autour d'une table de BU en 6ème année, et ça nous très vite lié. J'ai découvert une amie. Tu m'as fait aimer cette année d'enfer et pour ça je t'en serai toujours reconnaissant.

A Manon, je ne connaissais qu'une personne sur Tours et comme par hasard je suis tombé sur toi comme tutrice d'internat. Merci pour ton aide fréquente et tes conseils pour écrire les traces, auto-évaluation... Je suis heureux d'avoir continué à partager des moments avec vous sur Tours et cela nous a bien rapproché. J'espère refaire de nombreux dîners avec toi et David à l'image de celui qui s'est fini en traquenard.

A France, ma camarade de voyages, ma complice de BU mais surtout une amie chère. Tant de souvenirs, d'aventures avec toi au fil des années, de discussions et confidences qu'il est difficile d'en choisir. Je me sens heureux et fier de pouvoir te compter parmi mes amis. P.S. Réponds au moins à un message sur 3 stp :)

A Edou, je suis parti en Thaïlande avec toi sans trop te connaître, je suis revenu avec une amie pour la vie. On peut se parler que tous les 6 mois, ça ne change rien, chaque conversation n'a toujours aucun sens.

A Claire, tu as es toujours présente et avec le sourire. C'est à chaque fois un plaisir de te voir.

A Kéké, avec toi on s'ennuie jamais. La tchatche constante. Ce voyage en Martinique fut une découverte grâce à toi. Je pense qu'on remettra ça ;)

A Paulo, tu es né pour faire ce que tu fais. J'espère te revoir bien plus souvent !

Et à tous ceux de Limoges de ce groupe comme à la fac, que je n'ai pas cité mais qui sont chers à mon coeur.

A Perrine, Antoine, Agathe, vous avez transformé une année d'enfer en bonheur en vous voyant au quotidien. Vous m'avez permis d'en être là aujourd'hui.

A Etienne, à ce jour mon plus vieil ami, c'est grâce à toi si je suis en médecin aujourd'hui, avec cette idée qui a germé en terminale quand vous discutiez tous de la prépa à réserver. Sans toi aussi (et Guillaume bien sûr), je n'aurais jamais rencontré Sarah. Nous avons partagé tant d'années de complicité sur tant de sujets. Peut-être qu'un jour nos vidéos auront du succès. Tu es une des personnes les plus ouvertes que je connaisse et un modèle pour moi.

A JC, une amitié depuis tant d'années, depuis ce jour de ciné avec des bonhommes bleus en 3D. La distance ne l'efface en rien. Je sais que je pourrai toujours compter sur toi et cela fait du bien ! Rabousta Vanilla.

A Chrychry, tu as proposé de diriger cette thèse, signe d'une véritable amitié. Merci d'avoir pris autant de temps sur ces 15 derniers jours d'octobre et d'accepter ce timing si serré. Avec **Nathou**, chef de la tribu de Dana, merci d'être nos amis et merci pour ces bons moments passés avec vous 4.

A Steven et Lucile, j'espère aller un jour à Budapest avec toi Steven. Heureux de vous avoir découverts grâce au Catan que je gagnais tout le temps ;) et forcément Sarah... J'espère vous voir encore très souvent.

A Agathe et LM, un match France-All Black de loupé mais un autre bientôt en finale j'espère... Toujours de supers moments avec vous et une amitié simple et sincère. Agathe, mine de rien tu me connais bien maintenant. Vivement de vous voir à 3 !

A Diminou, je ne sais plus trop si tu étais le témoin de Sarah ou le mien. Ton implication et motivation dans cette chorée m'a fait chaud au cœur et fut un des meilleurs moments. Merci pour ton amitié.

A Alice, je pense à toi dès que je reçois un mail me demandant mes coordonnées bancaires (ouais je pense à toi très souvent du coup). Ton énergie et ta bonne humeur sont contagieuses.

A Cerise et Benjamin, chez vous le 7 wonders c'est sacré. Tant de bons moments passés et à venir avec vous !

A Quentin et Laure, la générosité et le sourire incarnés. Chaque soirée avec vous est synonyme de soirée réussie (et de Jaeger).

Aux maxillo & Co, merci pour ces moments en votre compagnie.

Et à tout ceux qui ont participé de près ou de loin à ce que je devienne médecin.

Table des matières :

Liste des tableaux	16
Listes des figures	17
Liste des abréviations	20
I) Introduction	21
II) Cancer de la cavité buccale	22
1- Rappels anatomiques.....	22
2- Epidémiologie.....	25
2.1. Au niveau international.....	25
2.2. En France.....	25
3- Facteurs de risque.....	26
3.1. Tabac.....	26
3.2. Alcool.....	26
3.3. Synergie alcool-tabac.....	27
3.4. Infection HPV.....	28
3.5. Exposition solaire.....	28
3.6. Facteurs nutritionnels.....	28
3.7. Lésions précancéreuses.....	28
a. Leucoplasie.....	28
b. Lichen plan.....	29
c. Leucoplasie proliférative verruqueuse.....	30
d. Erythroplasie.....	30
e. Kératose actinique labiale.....	31
4- TNM.....	32
5- Histologie.....	34
5.1. Formes cliniques de carcinome épidermoïde conventionnel.....	34
5.2. Formes cliniques de carcinomes épidermoïdes.....	34
a. Forme ulcéreuse.....	34
b. Forme végétante.....	35
c. Forme ulcérovégétante.....	35
d. Forme infiltrante.....	35
e. Nodule interstitiel.....	36
f. Forme érosive superficielle.....	36
5.3. Formes topographiques et leurs spécificités.....	36
a. Carcinomes épidermoïdes du plancher buccal.....	36
b. Carcinomes épidermoïdes de langue.....	37
c. Carcinomes épidermoïdes avec atteinte gingivomandibulaire.....	37
d. Lésion de la commissure intermaxillaire.....	38
e. Carcinomes épidermoïdes des lèvres.....	38
5.4. Variantes de carcinome épidermoïde conventionnel.....	39
a. Carcinomes lymphoépithéliaux.....	39
b. Carcinomes épidermoïdes à cellules fusiformes.....	39
c. Carcinomes épidermoïdes verruqueux.....	40
d. Carcinomes épidermoïdes papillaires.....	40
e. Carcinomes adénosquameux.....	40

f. Carcinomes épidermoïdes acantholytique.....	40
5.5. Autres étiologies.....	41
6- Examen de la cavité buccale.....	42
III) Contexte.....	46
1- Retard de consultation.....	46
2- Retard de prise en charge.....	47
3- Dépistage ciblé.....	47
4-Traitements inappropriés.....	48
IV) Fiche d'aide au dépistage précoce.....	49
1- Matériel et méthode.....	49
1.1. La fiche.....	49
1.2. Le questionnaire.....	50
2- Résultats.....	51
2.1. Caractéristiques de l'échantillon.....	51
2.2. Formation et connaissances.....	53
2.3. Pratique du dépistage et en cas de lésion suspecte.....	55
2.4. Fréquence des lésions suspectes ou cancers.....	58
2.5. Avis d'un spécialiste.....	60
2.6. Evaluation de la fiche d'aide.....	60
2.7. Autre formation sur les cancers de la cavité buccale.....	66
2.8. Analyse de quelques résultats.....	66
3- Discussion.....	68
V) Conclusion.....	70
Bibliographie.....	71
Annexes.....	76
Annexe 1 : Fiche d'aide au dépistage et orientation diagnostique des cancers de la cavité buccale.....	76
Annexe 2 : Questionnaire d'évaluation de la fiche d'aide au dépistage et orientation diagnostique des cancers de la cavité buccale.....	78

Liste des tableaux :

Tableau 1 : Stade T

Tableau 2 : Stade N

Tableau 3 : Stade M

Liste des figures :

Figure 1 : Cavité orale, vue antérieure (source EMC)

Figure 2 : Cavité buccale et pharynx, coupe sagittale médiane (source EMC)

Figure 3 : Région Pelvilinguale, vue antérieure (source EMC)

Figure 4 : Classification de Robbins

Figure 5 : Evaluation du risque alcool-tabagique dans l'incidence d'un cancer de la bouche, selon l'INCa

Figure 6 : Leucoplasie jugale (L. Vaillant, D. Goga. Dermatologie buccale, Doin, 1997)

Figure 7 : Lichen (service de chirurgie maxillo-faciale - CHRU Trousseau TOURS)

Figure 8 : Leucoplasie verruqueuse (service de chirurgie maxillo faciale CHRU Trousseau TOURS)

Figure 9 : Erythroplasie (service de dermatologie - CHRU Trousseau TOURS)

Figure 10 : Chéilite actinique (service de dermatologie - CHRU Trousseau TOURS)

Figure 11 : Forme ulcéreuse de carcinome épidermoïde (service de chirurgie maxillo-faciale - CHRU Trousseau TOURS)

Figure 12 : Forme végétante de carcinome épidermoïde (service de chirurgie maxillo-faciale - CHRU Trousseau TOURS)

Figure 13 : Forme ulcérovégétante de carcinome épidermoïde (service de chirurgie maxillo-faciale - CHRU Trousseau TOURS)

Figure 14 : Carcinome épidermoïde du plancher buccal (service de chirurgie maxillo-faciale - CHRU Trousseau TOURS)

Figure 15 : Carcinome épidermoïde de langue (service de chirurgie maxillo-faciale - CHRU Trousseau TOURS)

Figure 16 : Carcinome épidermoïde avec atteinte gingivomandibulaire (service de chirurgie maxillo-faciale - CHRU Trousseau TOURS)

Figure 17 : Carcinome épidermoïde de la commissure intermaxillaire (service de chirurgie maxillo-faciale - CHRU Trousseau TOURS)

Figure 18 : Carcinome épidermoïde labial (service de chirurgie maxillo-faciale - CHRU Trousseau TOURS)

Figure 19 : Protocole des trois cercles pour l'examen de la cavité buccale, Schéma modifié (16)

Figure 20 : Diapneusie (service de chirurgie maxillo-faciale - CHRU Trousseau TOURS)

Figure 21 : Tori (service de chirurgie maxillo-faciale - CHRU Trousseau TOURS)

Figure 22 : Langue géographique (service de chirurgie maxillo-faciale - CHRU Trousseau TOURS)

Figure 23 : Langue fissuraire (service de chirurgie maxillo-faciale - CHRU Trousseau TOURS)

Figure 24 : Répartition du sexe des participants

Figure 25 : Répartition selon le moyen de diffusion

Figure 26 : Répartition par année d'exercice

Figure 27 : Répartition par zone d'activité

Figure 28 : Répartition par mode d'exercices

Figure 29 : Répartition par départements

Figure 30 : Perception de la formation universitaire sur le dépistage des cancers de la cavité buccale

Figure 31 : Date de la dernière FMC ou mise à jour sur les cancers de la cavité buccale

Figure 32 : Rôle des médecins et dentistes dans le dépistage des cancers de la cavité buccale

Figure 33 : Ressenti des connaissances requises pour dépister les cancers de la cavité buccale

Figure 34 : Ressenti du besoin de formation sur le dépistage des cancers de la cavité buccale

Figure 35 : Fréquence de réalisation d'examen de dépistage des cancers de la cavité buccale chez les patients présentant des facteurs de risque

Figure 36 : Fréquence de réalisation d'examen de la cavité buccale chez les patients présentant une plainte

Figure 37 : Fréquence de lésions suspectes de la cavité buccale

Figure 38: Orientation des lésions suspectes

Figure 39 : Durée avant d'adresser les lésions suspectes si non adressées directement initialement

Figure 40 : Spécialistes à qui étaient adressés les lésions suspectes de la cavité buccale

Figure 41 : Fréquence d'orientation vers un spécialiste en cas de lésion de la cavité buccale

Figure 42 : Taux de patients adressés pour une lésion suspecte de la cavité buccale qui s'est avérée être une tumeur maligne

Figure 43 : Nombre de patients suivis par les médecins ayant ou ayant eu un cancer de la cavité buccale

Figure 44 : Facilité d'avoir l'avis et d'adresser à un spécialiste

Figure 45 : Pertinence de la fiche d'aide et adaptation à la médecine générale

Figure 46 : Connaissance des éléments présents dans la fiche d'aide

Figure 47 : Modification de la pratique des médecins suite à la lecture de la fiche d'aide

Figure 48 : Ressenti d'apport d'outils utiles à la pratique quotidienne grâce à la fiche d'aide

Figure 49 : Réalisation d'un examen de la cavité buccale plus fréquemment chez leur patient à risque grâce à la fiche d'aide

Figure 50 : Aide à orienter plus rapidement leurs patients vers un spécialiste grâce à la fiche d'aide

Figure 51 : Taille de la fiche d'aide adaptée, trop longue ou trop courte

Figure 52 : Souhait des médecins d'information supplémentaire

Figure 53 : Avis des médecins sur l'ergonomie de la fiche d'aide

Figure 54 : Réutilisation de la fiche d'aide dans le futur

Figure 55 : Souhaits d'autres moyens de formation sur les cancers de la cavité buccale

Liste des abréviations :

- ADN : acide désoxyribonucléique
- CAF : carcinomes adénosquameux
- CB : cavité buccale
- CCB : cancers de la cavité buccale
- CCF : carcinome épidermoïde à cellules fusiformes
- CE : carcinome épidermoïde
- CEA : carcinome épidermoïde acantholytique
- CEP : carcinome épidermoïde papillaires
- CEV : carcinome épidermoïde verruqueux
- CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
- FMC : formation médicale continue
- HPV : human papilloma virus
- INCa : Institut National du Cancer
- URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé
- VADS : voies aéro digestives supérieures

D) INTRODUCTION

Le nombre de nouveaux cas de cancers de la cavité buccale (CCB) était en 2018 de 4 677 avec une prépondérance masculine. Le pronostic est défavorable avec une survie à 5 ans de 45% pour les cas diagnostiqués entre 2010 et 2015 (1 ; 2). Ce pronostic s'explique par un diagnostic tardif dans 70% des cas à un stade T3 ou T4 (3). Le stade au moment du diagnostic est le principal élément déterminant la survie avec une survie approchant les 80% à 5 ans pour les patients porteurs de petites tumeurs (T1-T2) contre seulement 30% à un stade T4 (4). Le diagnostic tardif entraîne non seulement une perte de chance pour le patient mais également un traitement nettement plus délabrant et invasif avec des séquelles parfois majeures et une augmentation conséquente des coûts pour la société.

Les courbes de survie de ces patients ne se sont pas améliorées ces dernières décennies malgré une amélioration des traitements et de la prise en charge de ces malades. Ce délai entre la première notification des symptômes par le patient et le diagnostic de cancer est long variant de 6 à 7 mois en fonction des études (5 ; 6).

La raison de cette latence est plurifactorielle. Une partie est liée à un manque d'information des patients quant au fait que les lésions persistantes de la cavité buccale peuvent être un cancer. Ils consultent tardivement par déni ou peur de la maladie et certains sont dans un contexte psychosocial complexe et s'adressent peu au corps médical (5 ; 7 ; 8). Une partie est imputable aux médecins généralistes qui manquent de formation sur ces cancers et sur l'examen de la cavité buccale. Ce manque de formation les pousse parfois à prendre en charge initialement les patients par un traitement inadapté entraînant une latence au diagnostic par le spécialiste qui doit être évitée (5).

Nous avons donc créé une fiche d'aide au dépistage précoce des CCB destinés aux médecins généralistes de la région Centre-Val de Loire. Le but de cette fiche était de leur fournir les éléments importants concernant l'épidémiologie, la population à risque, les lésions endobuccales à risque et la conduite à tenir en cas de suspicion de CCB.

Nous avons diffusé cette fiche via les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS), conseils départementaux de l'ordre des médecins (CDOM) de la région et les réseaux sociaux.

L'objectif de notre étude était d'évaluer cette fiche par un questionnaire et d'apprécier leurs connaissances et habitudes en matière de CCB.

II) CANCERS DE LA CAVITE BUCCALE

1- Rappels anatomiques : (9 ; 10 ; 11)

La cavité buccale (CB) est une dénomination anatomique regroupant la région antérieure de la bouche jusqu'à l'oropharynx. Elle est limitée à sa partie antérieure par les lèvres ; en haut par le palais dur ; latéralement par les faces internes de joue ; en bas par le plancher buccal formé par les muscles suprahyoïdiens. Elle fait partie avec le pharynx, le larynx, l'hypopharynx et les cavités nasales des voies aérodigestives supérieures.

Elle regroupe les lèvres avec les commissures labiales de part et d'autre, le vestibule correspondant au sillon avec les arcades dentaires, la gencive libre et la gencive attachée autour de l'arcade dentaire. On y retrouve également, les arcades dentaires, le plancher buccal antérieur, la langue et le palais dur.

La langue est divisée en plusieurs parties :

- La face dorsale en regard du palais
- La face ventrale en regard du plancher buccal
- Les bords latéraux en contact avec les dents
- La pointe en avant.

Ces différentes parties constituent la langue mobile. Elle est séparée de la base de langue en arrière par le V lingual. La base de langue appartient à l'oropharynx.

Le plancher buccal regroupe les régions latérales à la langue délimitées latéralement par le sillon pelvigingival, médialement par le sillon pelvilingual et la région antérieure située sous la pointe de la langue.

L'oropharynx ne fait pas partie de la CB. Il est situé en arrière de la langue en l'englobant, sous le rhinopharynx et au-dessus de l'hypopharynx. Il est constitué par la base de langue, les vallécules, les sillons amygdaloglosses, le voile du palais, la luette, les parois oropharyngées latérales et postérieure et les amygdales.

Nous ne nous intéressons pas aux tumeurs de l'oropharynx dans ce travail, cependant il est important de connaître cette région qui est contiguë de la cavité buccale et accessible à un examen clinique simple.

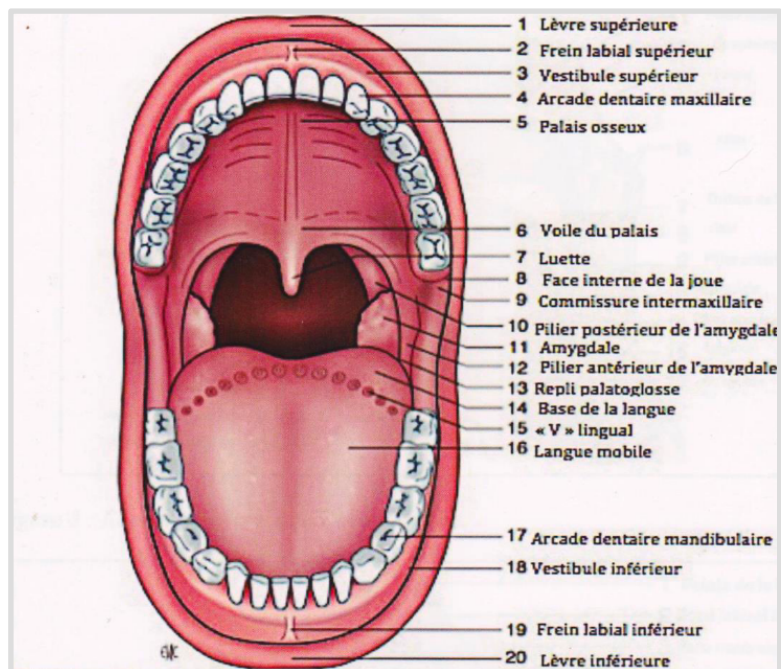


Figure 1 : Cavité orale, vue antérieure (source EMC).

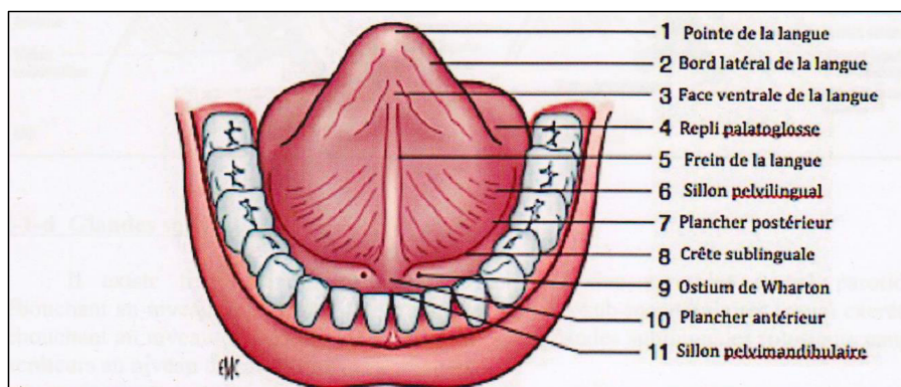


Figure 2 : Cavité buccale et pharynx, coupe sagittale médiane (source EMC).

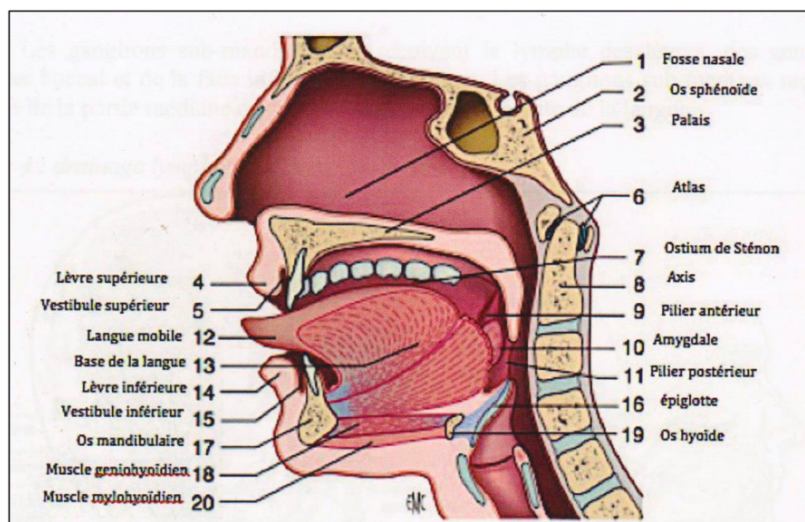
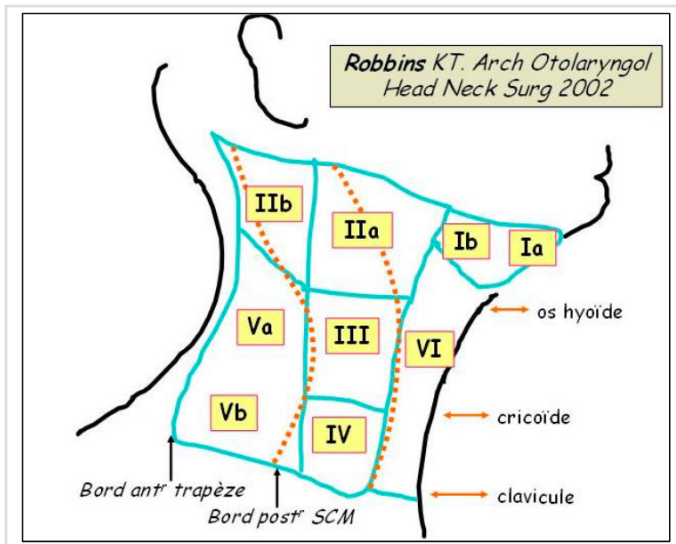


Figure 3 : Région peltvilinguale, vue antérieure (source EMC)

Les CCB sont extrêmement lymphophiles, il nous semble donc important de faire un point sur le drainage lymphatique de cette région qui se fait au niveau des aires ganglionnaires cervicales.

Les aires ganglionnaires ont été découpées en 6 aires selon Robbins en utilisant des repaires anatomiques.

Les CCB se drainent en majorité au niveau des aires I, II, III et IV(12).



- Ia : sous mental
- Ib : sous mandibulaire
- IIa : sous digastrique
- IIb : rétrospinal
- III : jugulaire moyenne
- IV : jugulaire inférieure
- V : triangle postérieur
- VI : pré-laryngée

Figure 4 : Classification de Robbins :

2- Epidémiologie

2.1. Au niveau international

Chaque année, on diagnostique environ 355 000 nouveaux cas de CCB (1).

Un patient sur deux décède dans les 5 ans suivant son diagnostic. Les CCB se placent au 11ème rang mondial (13).

Ces cancers oraux ne représentent que 2% de la totalité des cancers aux Etats-Unis et au Royaume-Unis, alors qu'en Inde et au Sri-Lanka par exemple, ils représentent près de 40% de la totalité des cancers (14). Il est estimé que le carcinome épidermoïde (CE) est responsable de 90% de ces tumeurs (4). Les patients âgés de plus de 65 ans sont les plus touchés. Il y a une prépondérance masculine (2,5 hommes pour une femme) (2). On observe une diminution de l'incidence chez les hommes et une nette augmentation chez les femmes (15).

2.2. En France

On estime à 4677 nouveaux cas de CCB en 2018 en France métropolitaine avec 3086 cas chez l'homme (1). Ils représentent 20 à 25% des cancers des voies aéro-digestives supérieures (VADS) qui eux-mêmes se placent au 4ème rang des cancers chez l'homme et au 10ème rang chez la femme (16). L'âge médian au diagnostic chez ces patients est de 61 ans chez l'homme et 66 chez la femme (1). On observe une augmentation du taux d'incidence passé 40 ans pour atteindre une incidence maximale de survenue entre 60 et 64 ans chez l'homme. Chez les femmes le taux augmente jusqu'à atteindre un palier 55 et 75 ans et réaugmente ensuite pour atteindre une incidence maximale entre 90 et 94 ans (2).

Chez l'homme, on observe une diminution de 25% du nombre de nouveaux cas de CCB entre 1990 et 2018 malgré une augmentation et un vieillissement de la population (2).

Chez la femme, ce nombre a plus que doublé (+122 %) entre 1990 et 2018, passant de 708 à 1 571 (1). Cela est à corréluer à un vieillissement et un accroissement de la population ainsi qu'à une augmentation du risque lié à une exposition croissante à l'alcool et au tabac.

Les CCB ont un pronostic défavorable avec une survie nette à 5 ans de 56% chez les femmes et 44% chez les hommes soit en moyenne tous sexes confondus de 49% (1). Cela est la conséquence d'un diagnostic tardif chez des personnes souvent fragiles. L'institut national du cancer (INCa) estimait en 2010 que 70% des CCB étaient diagnostiqués à un stade T3 ou T4 (3). Les patients sont parfois en mauvais état général de par leur terrain éthylo-tabagique ou leur âge avancé au moment du diagnostic, pouvant donc limiter les traitements. Ce pronostic sombre peut aussi être expliqué par des récurrences fréquentes et l'apparition d'autres cancers liés aux mêmes facteurs de risque. La survie globale et la survie nette à 5 ans sont très proches ce qui prouve bien que ces patients meurent essentiellement de leur cancer (1).

3- Facteurs de risque de cancer

En France, 90% des décès consécutifs à un cancer des VADS surviennent chez des patients consommant de l'alcool et/ou du tabac (17).

L'incidence de ces cancers a doublé ces trente dernières années. Cette tendance peut s'expliquer par l'augmentation de la population, son vieillissement, l'amélioration des techniques de diagnostic mais aussi sur les comportements à risque (alcool, tabac, exposition aux rayons UV). Notre mode de vie et en particulier notre alimentation semble également avoir un rôle.

3.1. Tabac

Le tabac semble impliqué dans 71% des décès par CCB (18).

Comme pour le poumon, la durée de tabagisme semble plus importante que la consommation quant au sur-risque de développer un cancer (5). La prévalence des fumeurs réguliers augmente chez les femmes passant de 17% en 1953 à 25,7% en 2010. Chez l'homme cette consommation a baissé passant de 72% en 1953 à 31,8% en 2010 (15).

La cancérogenèse du tabac est liée à une mutation au niveau du gène p53 qui est un gène suppresseur de tumeur (19). Les dérivés des hydrocarbures polycycliques aromatiques présents dans le tabac se fixent à l'acide désoxyribonucléique (ADN) et entraînent ces mutations à l'origine des tumeurs (19).

La durée du tabagisme influe sur le risque de cancer. En effet, doubler la durée du tabagisme multiplierait par 20 le risque de développer un CCB (20). A l'arrêt du tabac ce sur-risque cesse d'augmenter. Au bout de 10 ans d'arrêt, un fumeur encourt un risque deux fois supérieur à un non-fumeur (15). La quantité consommée est également liée à ce risque : diminuer par deux la consommation de cigarettes par jour pendant 10 ans diminue le risque de 25% (15).

Le tabac brun est associé à une augmentation du risque de cancer deux fois supérieur à celui du tabac blond. Toutes les formes de tabac fumé, pipe, cigare, cigarette... sont associées à un sur-risque (15). Les fumeurs exclusifs de pipe et de cigare inhaleraient moins de fumée et auraient donc moins de cancers du poumon mais un sur risque de CCB. L'utilisation de filtres ne semble pas influencer sur la mortalité (15). Le tabac à chiquer ou prisé augmente lui aussi le risque de CCB. Le rôle du cannabis n'a pas encore été clairement identifié car il est consommé avec du tabac et il est associé à une consommation d'alcool plus importante que dans la population générale.

Le tabagisme passif augmente également le risque de cancer avec un risque relatif d'environ 1,6 (15).

3.2. Alcool

L'alcool serait impliqué dans 14% des décès par CCB et consommé par 33% des patients atteints (18). En trente ans il y a eu une diminution de la consommation d'alcool passant de 26 litres d'alcool pur par personne et par an en 1961 à 13 litres en 2006. La consommation quotidienne d'alcool existait chez 7,6% des femmes et 21,4% chez les hommes en 2005 (20).

On observe un gradient nord sud en France avec une répartition plus importante des CCB dans le nord de la France. Cela est à mettre en corrélation avec le taux de décès lié à l'imprégnation éthylique plus important dans le nord avec une alcoolisation excessive plus fréquente chez les deux sexes (21).

L'action de l'alcool en tant que carcinogène n'est pas totalement comprise. Elle semblerait être plurifactorielle (20). Il y aurait une action irritante locale directe, un effet de solvant avec les autres carcinogènes expliquant la synergie alcool tabac et une action directe des carcinogènes contenus dans l'alcool tels que les hydrocarbures polycycliques et les nitrosamines.

Tous les types d'alcool entraînent une augmentation du risque de CCB. Il semble que le risque augmente avec le nombre de degrés d'alcool contenus dans la boisson et la quantité d'alcool pur consommée sans qu'il n'y ait d'effet seuil. L'intensité de la consommation semble avoir un effet plus important que la durée (20). On observe une diminution du risque de cancers des VADS après 10 ans d'abstinence et un risque qui revient à la normale après 20 ans d'abstinence (20). Cette baisse du sur-risque arrive beaucoup plus tardivement avec l'alcool qu'avec le tabac.

3.3. Synergie alcool tabac

90% des CCB touchent des individus éthylo-tabagiques (13). Ces patients augmenteraient de 45 fois leur risque de développer un CCB (3).

L'alcool entraîne une modification de la perméabilité de la muqueuse buccale favorisant l'absorption des carcinogènes contenus dans le tabac et l'alcool lui-même (20).

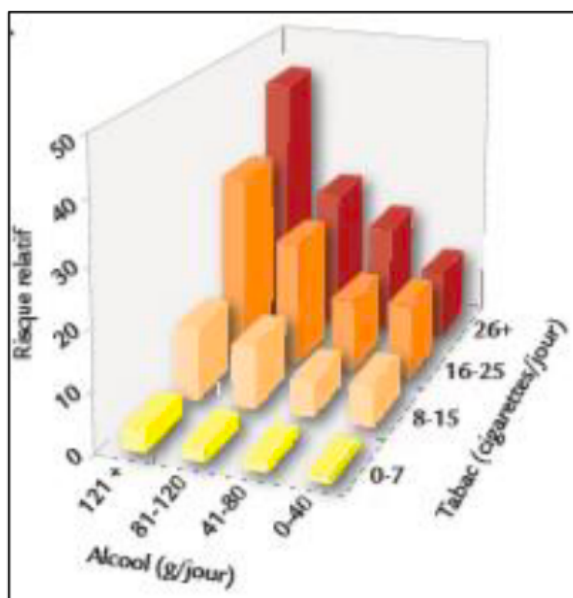


Figure 5 : Evaluation du risque alcoolo-tabagique dans l'incidence d'un cancer de la bouche, selon l'INCa.

3.4. Infection à human papilloma virus (HPV)

L'HPV est un virus impliqué dans le développement des cancers des VADS. L'HPV 16 et le 18 ont un rôle procarcinogène en particulier dans le cas de cancers touchant les jeunes adultes non buveurs et non fumeurs. Le rôle de l'infection à HPV n'est pas clairement démontré dans les tumeurs de la CCB par contre, son implication est reconnue dans les tumeurs de l'oropharynx.

3.5. Exposition solaire

L'exposition solaire est le principal facteur de risque au niveau des cancers des lèvres. Ils sont prédominants au niveau de la lèvre inférieure car elle est plus exposée aux rayonnements ultraviolets. Ces cancers surviennent en effet plus fréquemment chez les patients photo exposés travaillant en extérieur.

3.6. Facteurs nutritionnels (20)

Les études épidémiologiques retrouvent un lien bénéfique entre la consommation de fruits et légumes et une diminution du risque de CCB. On retrouve également une diminution de ce risque avec la consommation de caroténoïdes mais avec un niveau de preuve jugé insuffisant pour être fiable. En effet, il existe un biais de confusion étant donné que notre population à risque de développer ces tumeurs (éthylotabagiques) consomment probablement moins de fruits et légumes que le restant de la population.

3.7. Lésions précancéreuses

Les lésions précancéreuses sont importantes à diagnostiquer et à traiter car certaines études rapportent que 20% des CCB leur seraient secondaires (22).

Une lésion précancéreuse est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé comme « un tissu morphologiquement altéré au sein duquel un cancer apparaît plus souvent que dans le tissu normal autologue ». Il s'agit donc de lésions chroniques de la muqueuse buccale. En l'absence de traitement, s'il en existe, ces lésions peuvent dégénérer en cancer. Leur persistance malgré un traitement adapté peuvent nécessiter leur exérèse. Leur surveillance doit donc être rapprochée et prolongée. Elles peuvent être le résultat d'une dysplasie causée par l'exposition aux facteurs de risque décrits ci-dessus (23).

a. Leucoplasie

La leucoplasie se définit par une plaque blanche au niveau de la muqueuse buccale. Cette plaque ne se détache pas à l'abaisse langue. Au niveau anatomopathologique on retrouve une hyperkératose. Deux formes sont communément décrites :

- la forme homogène qui présente des bords réguliers
- la forme inhomogène qui doit alerter le praticien du fait de son risque important de transformation en lésion maligne. Plusieurs aspects sont décrits pour cette forme : érosif, nodulaire et verruqueux.

La leucoplasie est souvent en lien avec une intoxication tabagique et régresse à son arrêt. Elles peuvent dégénérer au bout de plusieurs années dans environ 5 à 20% des cas (22). Les

patients porteurs d'une leucoplasie doivent donc avoir une biopsie à la moindre modification de cette lésion.



Figure 6 : Leucoplasie jugale (L. Vaillant, D. Goga. Dermatologie buccale, Doin, 1997)

b. Lichen plan

Il est la résultante d'une maladie inflammatoire chronique de cause auto-immune. Cette maladie évolue par poussées avec des phases inflammatoires entrecoupées de phases de rémission. La forme typique est une forme blanche réticulée dite en mailles de filet. On retrouve également des formes érythémateuses, érosives ou bulleuses en phase inflammatoire. Lorsque le lichen se chronicise on obtient des formes : atrophiques, hyperkératosiques, hypertrophiques. Elles évoluent vers une atrophie et une fibrose de la muqueuse buccale qui devient irréversible avec le temps. Elles peuvent dégénérer en cancer dans environ 5% des cas (22).



Figure 7 : Lichen (service de chirurgie maxillo-faciale - CHRU Trousseau TOURS)

c. Leucoplasie proliférative verruqueuse

Aussi appelée papillomatose orale floride, elle touche préférentiellement le sujet âgé. L'aspect est variable allant du papillome à une plaque étendue papilomateuse. Elle évolue très souvent en carcinome verruqueux ou en carcinome épidermoïde.



Figure 8 : Leucoplasie verruqueuse (service de chirurgie maxillo faciale - CHRU Trousseau TOURS)

d. Erythroplasie

Les lésions sont caractérisées par des plaques dites veloutées, rouges, uniformes et bords nets. Ces lésions sont en principe indolores et très étendues. Leur risque d'évolution vers un cancer est très important justifiant une exérèse quand elle est possible.



Figure 9 : Erythroplasie (service de chirurgie dermatologie - CHRU Trousseau TOURS)

e. Kératose actinique labiale

Elle est consécutive à l'exposition solaire et au tabac. Elle est située préférentiellement au niveau de la lèvre inférieure, aussi appelée chéilite actinique. L'aspect est desquamatif au niveau de la lèvre. Son traitement repose sur l'arrêt du tabac.



Figure 10 : Chéilite actinique (service de chirurgie dermatologie - CHRU Trousseau TOURS)

4- TNM

Le stade TNM d'une tumeur permet de traduire la situation oncologique du patient et son pronostic de manière universelle. Le T représente l'extension locale de la tumeur primitive avec un stade croissant allant de 0 à 4. Le N représente la présence ou l'absence de métastase ganglionnaire régionale avec une valeur croissante de 0 à 3. Le M correspond à la présence ou l'absence d'atteinte métastatique à distance avec deux valeurs : 0 et 1.

L'union internationale contre le cancer a publié en 2017 la 8e version de la classification TNM (24) des cancers de la cavité buccale prenant notamment en compte la profondeur de l'infiltration tumorale des CCB et la notion d'extension extra-capsulaire des métastases ganglionnaires régionales.

Tx	Renseignements insuffisants pour classer la tumeur primitive
T0	Pas de signe de tumeur primitive
T1	Tumeur ≤ 2 cm dans sa plus grande dimension et ≤ 5 mm de profondeur d'invasion*
T2	Tumeur ≤ 2 cm dans sa plus grande dimension et dont la profondeur d'invasion est > 5 mm et ≤ 10 mm ou tumeur dont la plus grande dimension est > 2 cm et ≤ 4 cm et la profondeur d'invasion ≤ 10 mm
T3	Tumeur dont la plus grande dimension est > 4 cm ou > 10 mm en profondeur d'invasion
T4	T4a (lèvre) : Tumeur envahissant la corticale osseuse, le nerf alvéolaire inférieur, le plancher buccal, ou la peau (de la joue ou du nez). T4a (cavité buccale) : Tumeur envahissant la corticale osseuse du maxillaire, ou le sinus maxillaire, ou la peau du visage. T4b (lèvre ou cavité buccale): Tumeur envahissant l'espace masticateur, les apophyses ptérygoïdes, ou la base du crâne, ou englobant l'artère carotide interne.

Tableau 1 : Stade T

Note :

*Une érosion superficielle isolée de l'os/l'alvéole dentaire par une tumeur gingivale n'est pas suffisante pour classer la tumeur en T4a.

Nx	Renseignements insuffisants pour classer l'atteinte des ganglions lymphatiques régionaux
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 sans extension extraganglionnaire
N2a	Métastase dans un seul ganglion lymphatique homolatéral > 3 cm mais ≤ 6 cm dans sa plus grande dimension sans extension extraganglionnaire
N2b	Métastases ganglionnaires multiples homolatérales toutes ≤ 6 cm dans leur plus grande dimension, sans extension extraganglionnaire
N2c	Métastases ganglionnaires bilatérales ou controlatérales, toutes ≤ 6 cm dans leur plus grande dimension, sans extension extraganglionnaire
N3a	Métastase dans un ganglion lymphatique > 6 cm dans sa plus grande dimension, sans extension extraganglionnaire
N3b	Métastase(s) ganglionnaire(s) unique ou multiples avec signe clinique d'extension extraganglionnaire*

Tableau 2 : Stade N

Note

*La présence d'une invasion cutanée ou des tissus mous avec fixation profonde/fixation au muscle sous-jacent ou aux structures adjacentes ou la présence de signes cliniques d'envahissement nerveux est classée comme une extension extraganglionnaire.

Les ganglions médians sont considérés comme homolatéraux.

Le signe clinique d'extension extraganglionnaire inclut l'évaluation par la radiologie.

M0	Pas de métastases à distance
M1	Présence de métastase(s) à distance

Tableau 3 : Stade M

5- Histologie

Les carcinomes épidermoïdes (CE) sont la forme histologique la plus fréquente dans les CCB, représentant plus de 90% à 94% (4) des cancers de cette localisation. On retrouve également des tumeurs des glandes salivaires, des sarcomes, des lymphomes et des métastases d'autres cancers.

5.1. Histologie typique d'un CE conventionnel :

Les CE dits conventionnels représentent 90 à 95% des carcinomes épidermoïdes. Le CE se développe sur l'épithélium pavimenteux stratifié des muqueuses. Son diagnostic repose sur la biopsie. On observe alors une prolifération tumorale de cellules kératinocytaires atypiques avec un grand nombre de mitoses, un volume cytoplasmique réduit, un noyau volumineux. On observe également une rupture de la membrane basale, permettant l'invasion tumorale du tissu conjonctif sous-jacent en suivant les travées épithéliales. Au centre des lobules et des travées il faut rechercher des cellules carcinomateuses à différenciation épidermoïde. Il s'agit de cellules plus grandes, polygonales, à cytoplasme plus clair, ressemblant aux cellules du corps muqueux de Malpighi (25).

5.2. Formes cliniques de carcinomes épidermoïdes :

a. Forme ulcéreuse

La forme la plus fréquente. Elle se présente par un bord irrégulier, surélevé et induré, parfois éversé. La muqueuse périphérique est saine ou inflammatoire. Au niveau du versant interne on observe une ulcération centrale avec un fond finement végétant et bourgeonnant. L'ulcération est indurée à la palpation et cette induration déborde les limites visibles de l'ulcération. L'induration est un signe clinique déterminant. Un saignement au contact est fréquent.

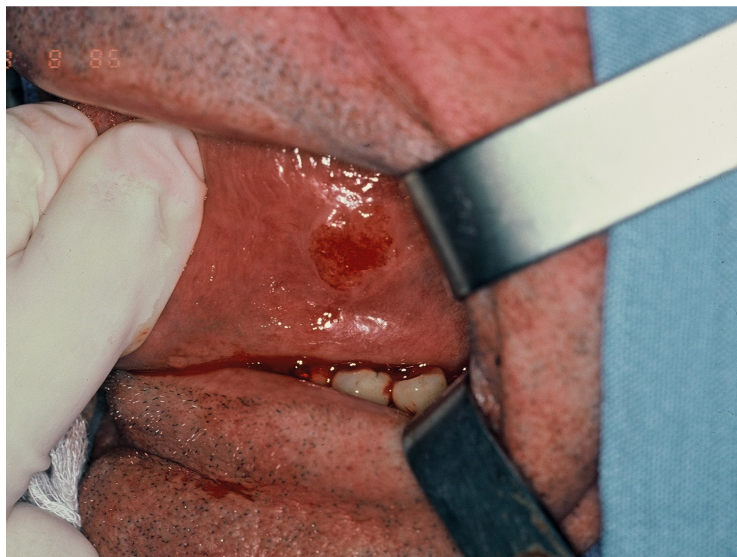


Figure 11 : Forme ulcéreuse de carcinome épidermoïde (service de chirurgie maxillo-faciale - CHRU Trousseau TOURS)

b. Forme végétante ou exophytique

On observe une lésion en relief par rapport à la muqueuse saine adjacente, bourgeonnante.

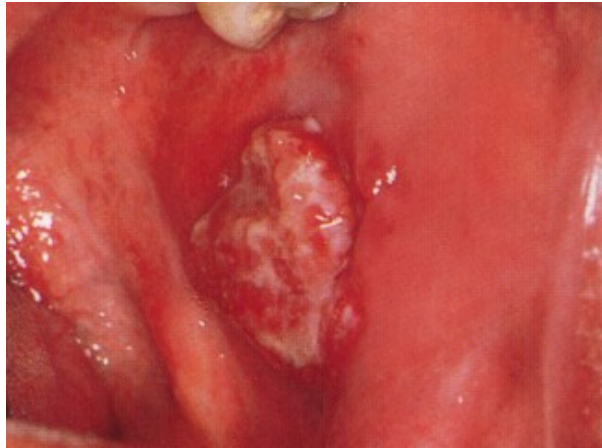


Figure 12 : Forme végétante de carcinome épidermoïde (service de chirurgie maxillo-faciale - CHRU Trousseau TOURS)

c. Forme ulcérovégétante ou ulcérobourgeonnante

Il s'agit d'une forme mixte entre les deux formes précédemment citées.



Figure 13 : Forme ulcérovégétante de carcinome épidermoïde (service de chirurgie maxillo-faciale - CHRU Trousseau TOURS)

d. Forme infiltrante ou endophytique

La tumeur présente une importante infiltration en profondeur. L'aspect clinique à l'inspection ne permet pas de juger de l'importance de son infiltration. Il faut rechercher une induration à la palpation. Le trismus et la limitation de la protraction de la langue en sont des signes

cliniques majeurs. La lésion est parfois difficile à voir du fait de la douleur que sa palpation engendre.

e. Nodule interstitiel

La muqueuse est saine mais la palpation retrouve une induration et une muqueuse d'une dureté suspecte. La muqueuse peut s'ulcérer avec l'augmentation du volume tumoral.

f. Forme érosive superficielle

La lésion siège souvent sur une plaque précancéreuse lichénienne ou sur une plaque érythroplasique. Les bords sont légèrement en relief et nets. La lésion peut présenter une faible induration mais cela ne représente pas un élément majeur au diagnostic positif. C'est l'évolution de la lésion avec une non amélioration qui doit faire pratiquer la biopsie au moindre doute.

5.3. Formes topographiques avec leurs spécificités :

Les CE de la cavité buccale touchent préférentiellement le plancher buccal et la langue car ils sont en contact direct avec les toxiques que sont le tabac et l'alcool (26).

a. Carcinomes épidermoïdes du plancher buccal

Ils sont les plus fréquents. On peut également avoir des épisodes de coliques salivaires causés par des obstructions des canaux de Wharton en cas de tumeur médiane antérieure.

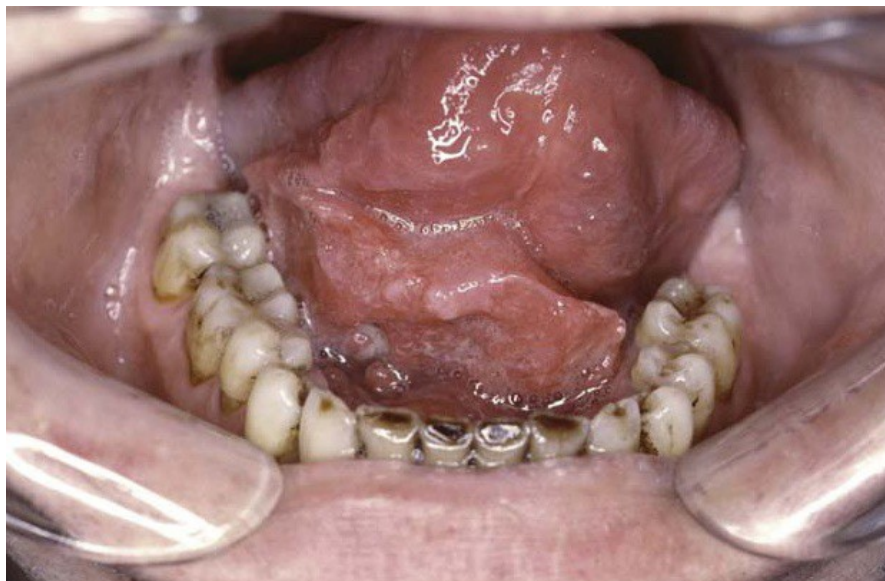


Figure 14 : Carcinome épidermoïde du plancher buccal (service de chirurgie maxillo-faciale - CHRU Trousseau TOURS)

b. *Carcinomes épidermoïdes de langue*

Ils sont également fréquents. Ces tumeurs ont une lymphophilie marquée. Les lésions du bord latéral sont les plus fréquentes. On retrouve une limitation de la protraction de la langue dans les stades évolués de cancers atteignant la base de langue.



Figure 15 : Carcinome épidermoïde de langue (service de chirurgie maxillo-faciale - CHRU Trousseau TOURS)

c. *Carcinomes épidermoïdes avec atteinte gingivomandibulaire*

Ils entraînent une mobilité précoce des dents puis leur chute. On retrouve fréquemment une atteinte osseuse en regard.



Figure 16 : Carcinome épidermoïde avec atteinte gingivomandibulaire (service de chirurgie maxillo-faciale - CHRU Trousseau TOURS)

d. Lésions de la commissure intermaxillaire

Leur diagnostic est souvent tardif car il s'agit d'une zone plus difficile d'accès à l'examen clinique. Elles se manifestent par un trismus lors de l'envahissement des muscles masticateurs sous-jacents.

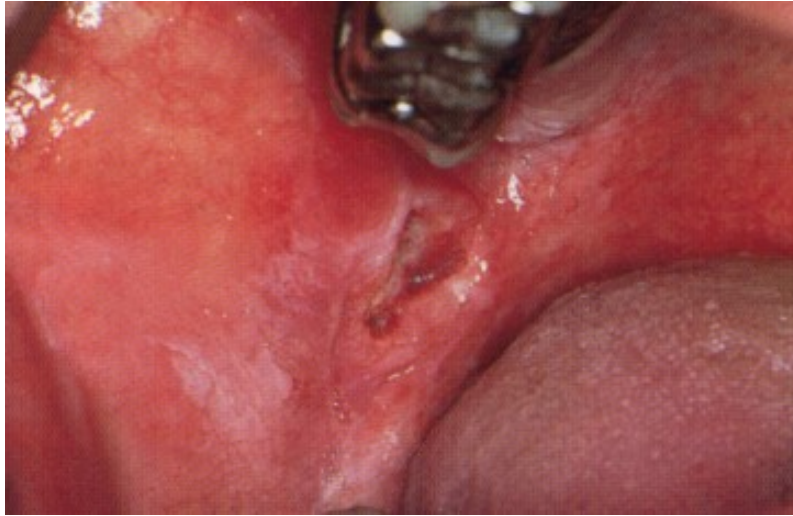


Figure 17 : Carcinome épidermoïde de la commissure intermaxillaire (service de chirurgie maxillo-faciale - CHRU Trousseau TOURS)

e. Carcinomes épidermoïdes des lèvres

Au niveau du vermillon, ils sont souvent précédés d'une chéilite actinique qui dégénère ensuite en CE. Le principal facteur de risque est donc l'exposition solaire. Ils touchent préférentiellement la lèvre inférieure qui est plus exposée au soleil. La population cible est souvent les agriculteurs et les autres travailleurs en extérieur. Leur pronostic est favorable car leur diagnostic est précoce.



Figure 18 : Carcinome épidermoïde labial (service de chirurgie maxillo-faciale - CHRU Trousseau TOURS)

5.4. Variants des carcinomes épidermoïdes conventionnels (27)

Ils représentent environ 5 à 10% des cas. Il semble important de les recenser car ils sont souvent confondus avec des sarcomes, des tumeurs bénignes ou glandulaires. Certains variants sont en effet radiorésistants ou radiosensibles. Il paraît donc indispensable d'utiliser tous les moyens à notre disposition pour connaître le variant via des analyses moléculaires en immunohistochimie, une relecture des lames, l'anamnèse et le terrain sur lequel survient le cancer.

Une actualisation des référentiels REFCOR 2008 (27) a été effectuée en prenant en considération la littérature récente et la nouvelle classification OMS/IARS (organisation mondiale de la santé/international agency for research on cancer). Les variants de CE conventionnels des VADS englobent donc les carcinomes acantholytiques, verruqueux, basaloïdes, à cellules fusiformes et papillaires.

a. Carcinomes lymphoépithéliaux

Ils représentent 0,8 à 2% des CE de l'oropharynx et de la CB. De la même manière que les carcinomes nasopharyngés indifférenciés ils présentent une prolifération épithéliale épidermoïde associée à une composante lympho-plasmocytaire. 80% des cas touchent les hommes avec une prépondérance aux alentours de 60 ans. Ils touchent volontiers les Caucasiens. Le virus d'Epstein-Barr ne joue à priori qu'un rôle partiel dans la survenue de ces tumeurs chez les caucasiens. Les métastases ganglionnaires sont retrouvées dans les 3/4 des cas au diagnostic.

Macroscopiquement la tumeur n'a rien de spécifique. Au niveau microscopique on observe des cellules tumorales épidermoïdes intriquées avec des lymphocytes matures non tumoraux. Les cellules épidermoïdes cancéreuses sont de grande taille, non kératinisées et peu différenciées. Elles s'amassent en massifs ou en nappes syncytiales. Les diagnostics différentiels principaux sont le CE peu différencié présentant un stroma inflammatoire lymphocytaire, un lymphome, un carcinome mucoépidermoïde.

b. Carcinomes à cellules fusiformes (CCF)

Ils représentent 0,5 à 3% des CE des VADS. Ils touchent par ordre de fréquence le larynx, l'oropharynx, la CB, l'hypopharynx et les sinus. Ils sont largement prépondérants chez l'homme au-delà de 60 ans et chez l'éthylotabagique. Macroscopiquement il est exophytique, polypoïde, parfois ulcéré et pouvant s'abcéder.

Microscopiquement ils peuvent simuler un sarcome avec une architecture en faisceaux avec des cellules fusiformes à noyaux allongés. Les cellules présentent des atypies et des mitoses. Un contingent de CE confortera dans le diagnostic de CCF. Une étude immunohistochimique permet le diagnostic avec la présence de marqueurs épithéliaux présents dans les CCF. Le diagnostic différentiel est le sarcome mais sa présence est rare dans cette localisation anatomique.

c. Carcinomes épidermoïdes verruqueux (CEV)

Ils représentent 0,6% des CE des VADS. Macroscopiquement il s'agit de lésions exophytiques micronodulaires et souvent blanchâtres. Elles sont plus fréquentes chez l'homme à un âge en moyenne plus élevé que les CE conventionnels (60-69 ans). Macroscopiquement il s'agit de lésions exophytiques micronodulaires et souvent blanchâtres avec une croissance lente. Leur pronostic est meilleur, ils n'ont pas la faculté de métastaser dans les formes pures.

Au niveau microscopique on retrouve une acanthose de l'épithélium malpighien avec une papillomatose recouverte d'une couche épaisse de kératine. En profondeur le chorion est envahi par des invaginations nettes. Il y a la présence dans les couches basales d'un important infiltrat inflammatoire. Il n'y a pas d'atypies ou de mitoses anormales. Cette présentation est pour l'anatomopathologiste parfois faussement rassurante conduisant à des hyperplasies verruqueuses, papillomes.

d. Carcinomes épidermoïdes papillaires (CEP)

Ils représentent 0,1% des CE des VADS. Ils sont localisés préférentiellement au niveau du larynx et de la cavité buccale. Ils sont peu lymphophiles (10% des cas). Au niveau microscopique ils présentent une architecture papillaire avec des axes vasculaires tapissés de cellules carcinomateuses. Les cellules basales présentent des atypies cytonucléaires. Il y a peu de cellules kératinisées en surface de l'épithélium. Une composante infiltrante s'associe à une composante exophytique en doigts de gant. Les CE in situ sont le principal diagnostic différentiel. Les CEV, les papillomes et les hyperplasies papillaires ne présentent pas de cellules atypiques contrairement aux CEP.

e. Carcinomes adénosquameux (CAS)

Il s'agit de carcinome à différenciation glandulaire et malpighienne. Une centaine de cas ont été décrits. Leur localisation prépondérante est par ordre de fréquence décroissante le larynx, la CB et l'oropharynx. Ils n'ont pas de caractéristique macroscopique typique. Ils sont deux fois plus fréquents chez l'homme, entre 60 et 70 ans. L'alcool et le tabac sont des facteurs de risque. Microscopiquement s'associe un CE conventionnel avec un contingent adénocarcinomateux. Le contingent glandulaire est contigu avec le CE sans cellules intermédiaires. Il n'y a pas de cellules mucosécrétantes.

f. Carcinomes épidermoïdes acantholytiques (CEA)

Aussi appelés carcinomes adénoïdes ou pseudo-angiosarcomateux. Il s'agit d'une forme peu fréquente, localisée au niveau des zones photoexposées (lèvre rouge). Au niveau macroscopique rien ne permet de les distinguer d'un autre type de CE. Microscopiquement, on retrouve au sein des massifs tumoraux une importante acantholyse créant des pseudo lumières glandulaires contenant soit de la nécrose soit des cellules acantholytiques. Cela peut faire évoquer une tumeur glandulaire ou vasculaire au pathologiste. Ces atypies s'associent de manière constante à des contingents de CE conventionnel. Les CEA métastasent souvent au niveau ganglionnaire. Leur pronostic paraîtrait plus péjoratif que celui des CE conventionnels car leur croissance et leur infiltration est rapide avec des récives précoces et fréquentes.

5.5. Autres étiologies

Les carcinomes épidermoïdes constituent la grande majorité des cancers au niveau de la CB. Parmi les autres étiologies, on retrouve les carcinomes des glandes salivaires qui représentent 3 à 5% % de ces tumeurs de la tête et du cou. Les trois types les plus fréquents sont : carcinomes mucoépidermoïdes, carcinomes adénoïdes kystiques et l'adénocarcinome (28).

Parmi les tumeurs plus rares on trouve également des sarcomes, ils représentent moins de 2 % des CCB. On compte parmi eux les ostéosarcomes, les sarcomes d'Ewing qui sont des tumeurs de l'enfant et de l'adolescent ou des chondrosarcomes. On retrouve également des métastases d'autres cancers à distance dans 1% des cas. Les cancers du sein, de la prostate, du rein et de la thyroïde sont ceux qui métastasent le plus au niveau de la cavité buccale (29). Les mélanomes quant à eux sont des cancers avec un pronostic très sombre au niveau de la CB, ils représentent 0.5% des tumeurs de la CCB (30). Les mélanomes de la CB sont plus fréquents au niveau des gencives et des lèvres. Les lymphomes, myélomes et carcinomes à cellules de Merckel peuvent également être situés au niveau de la CB.

6- Examen de la cavité buccale :

L'examen de la cavité buccale est facilement accessible. Un dépistage est donc envisageable par le médecin généraliste chez les patients présentant des facteurs de risque. Il nécessite peu de matériel : miroirs dentaires ou à défaut des abaisses langue, gants et une lumière. Il doit être systématisé afin de ne rien oublier. Le patient doit être assis et doit retirer ses prothèses dentaires s'il en a.

L'examen débute par une inspection des parties les plus antérieures puis des parties les plus postérieures plus difficilement accessibles. Il s'associe enfin toujours à une palpation des aires ganglionnaires cervicales. L'inspection débute bouche fermée au niveau des lèvres puis bouche ouverte.

La technique des trois cercles est souvent décrite, elle permet de faire un examen complet.

- Le premier cercle : extérieur aux dents.

On débute par une commissure labiale en observant la face muqueuse et cutanée de la commissure. On observe ensuite à l'aide des miroirs la face interne de la joue, le replis gingivo jugal puis la face interne de la lèvre supérieure, le vermillon, le versant cutané de la lèvre supérieure, la face vestibulaire du maxillaire puis la commissure controlatérale. On poursuit ensuite avec l'autre commissure, la partie inférieure de la face interne de joue, le vermillon, la face cutanée de la lèvre et la face interne de la lèvre inférieure, la face vestibulaire de la mandibule. Puis on termine de la même manière de l'autre côté en remontant jusqu'à la commissure controlatérale.

- Le deuxième cercle : interne par rapport aux dents.

On se place du même côté que la commissure de départ et on observe la tubérosité maxillaire à l'aide du miroir. On observe ensuite la totalité du palais dur avec le miroir jusqu'à la tubérosité controlatérale. On observe ensuite le trigone rétromolaire, on continue ensuite au niveau de la face interne de la mandibule en allant d'un côté à l'autre pour revenir ensuite à la tubérosité maxillaire de départ en passant par le trigone rétromolaire controlatéral.

- Le troisième cercle comprend la langue, les piliers amygdaliens et le rétropharynx.

On observe le voile du palais (palais mou) puis le dos de la langue. On tire ensuite sur la langue à l'aide d'une compresse pour observer chacun de ses côtés. On demande ensuite au patient de mettre la langue au palais pour observer la face ventrale de la langue et le plancher buccal. On positionne ensuite le miroir sur la langue pour aller observer les piliers amygdaliens et la paroi rétropharyngée.

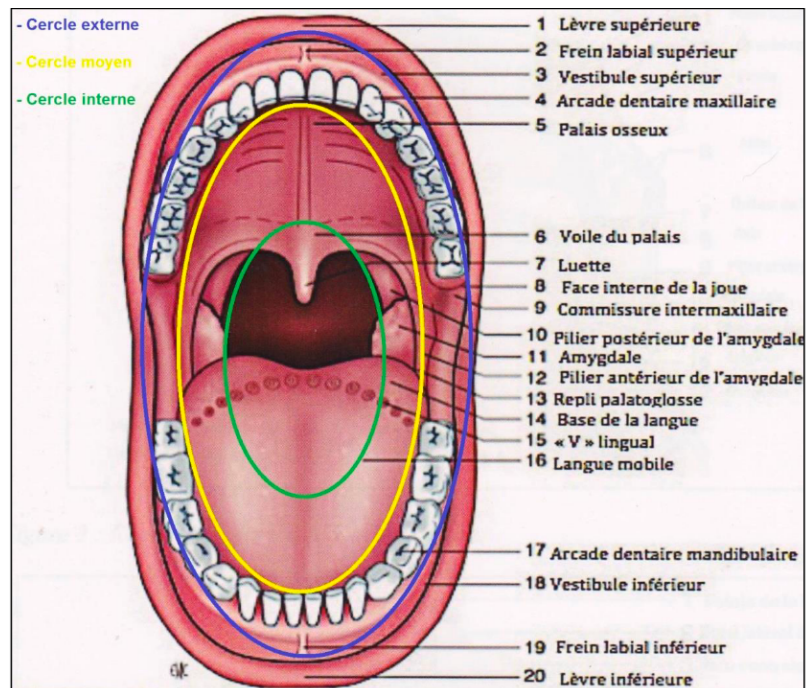


Figure 19 : Protocole des trois cercles pour l'examen de la cavité buccale, Schéma modifié (15).

Il s'agit d'une technique d'examen parmi tant d'autres. Peu importe la technique que choisit le médecin, il est indispensable qu'elle soit toujours la même et que tous les secteurs soient étudiés afin de ne pas méconnaître une lésion débutante asymptomatique.

Il est également indispensable de connaître les variations physiologiques et les structures anatomiques de la cavité buccale qui peuvent parfois faire suspecter une lésion maligne. Nous pouvons notamment parler des amygdales linguales, des orifices de canaux de Sténon et de Wharton. On peut également citer les diapneusies, les mucocèles, les tori palatin ou mandibulaire, la langue villeuse, la langue géographique et la langue fissuraire. Il s'agit de lésions bénignes ou de variants de la normale qui doivent être connus afin de ne pas réaliser de biopsie inutile.

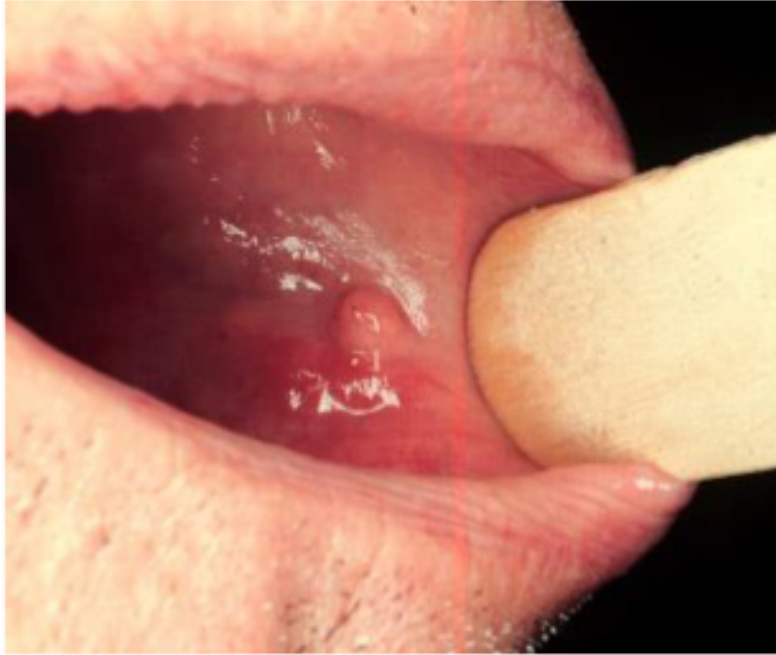


Figure Figure 20 : Diapneusie (Dr Joly - CHRU Trousseau TOURS)



Figure 21 : Tori mandibulaires (Dr Joly - CHRU Trousseau TOURS)



Figure 22 : Langue géographique (Dr Joly - CHRU Trousseau TOURS)



Figure 23 : Langue fissuraire (Dr Joly - CHRU Trousseau TOURS)

III) CONTEXTE

Le facteur déterminant pour la survie des patients est le stade du cancer à son diagnostic comme nous l'avons dit précédemment. Entre 60 (31) et 70% des patients (3) sont diagnostiqués à un stade tardif T3 ou T4 de leur maladie. L'évolution du cancer rend sa prise en charge plus complexe. En effet plus la maladie est évoluée plus les traitements sont agressifs pouvant entraîner une détérioration ou perte de certaines fonctions (mastication, déglutition, phonation...etc.) et de la qualité de vie. De plus, le coût financier pour la société augmente et la survie quant à elle diminue. On estime à 80% la survie à 5 ans pour les patients atteints de petites tumeurs alors qu'elle diminue à 30% pour les stades IV (32). Ce taux de survie n'a pas beaucoup évolué ces dernières décennies (33).

Au moment du diagnostic environ 40% des patients présentent des métastases régionales (34) alors que la CB est facilement accessible à un dépistage via un examen clinique simple sans matériel particulier. Il a été prouvé qu'un examen systématique chez les patients présentant un haut risque de cancer pouvait entraîner une amélioration de la qualité de vie et une diminution des coûts grâce à une prise en charge plus précoce des patients (35 ; 36).

Dans son étude Ruthowska a retrouvé que le temps moyen entre la première notification des symptômes au le patient et sa première consultation en chirurgie maxillo faciale était de 7 mois et demi (5). Dans l'étude de Peacock ce délai est de 204 jours (6). Cela est extrêmement long quand on sait que les CE ont un potentiel de croissance extrêmement rapide. En effet, ils peuvent avoir la capacité de doubler leur taille en 6 à 7 jours (37). Cela raccourcit le temps où la tumeur reste asymptomatique et donc accessible à un dépistage. Mais cela montre encore une fois l'intérêt d'un diagnostic rapide.

Le temps de latence entre les premiers symptômes et la première consultation chez un spécialiste est plurifactoriel. Il est dû premièrement au patient et ensuite au médecin généraliste ou au dentiste que le patient consulte en premier.

En effet, dans son étude sur 125 patients atteints de CCB, Rutkowska (5) retrouve que dans 41% des cas, le délai avant la première consultation chez un spécialiste est rallongé du fait du patient et dans 25% des cas, du fait du praticien qu'il consulte. Dans 10% des cas le retard est causé par les deux. D'autres ont montré des statistiques égales à environ 30% à cause du patient et 30% du praticien consulté (38) et que la moitié des patients attendaient plus de trois mois avant de consulter pour ce motif (23) par manque d'informations concernant ce type de cancer et à ces symptômes mineurs initialement.

1- Retard de consultation

Les tumeurs sont asymptomatiques ou peu douloureuses aux stades précoces (39). Les patients ne consultent donc qu'à l'apparition des premiers symptômes. Initialement ils sont mineurs, et n'entraînent pas de répercussions et les patients ne les attribuent pas à un cancer (40). Les patients s'automédiquent parfois sans consulter leur praticien.

Le diagnostic est plus précoce lorsque les patients présentent des symptômes à type de saignement ou d'ulcération douloureuse. L'ulcération est le signe clinique le plus fréquent, suivi ensuite par l'induration. Ces signes doivent être des signes d'alarme poussant le praticien à adresser directement au spécialiste pour réaliser une biopsie et faire le diagnostic

rapidement. Ils attendent parfois pour consulter de ne plus pouvoir manger ou parler correctement.

L'information des patients concernant les CCB est faible, ils ne connaissent pas les symptômes de la maladie, les premiers signes qui doivent alarmer, c'est pourquoi ils attendent avant de consulter. Une étude a montré que seuls 13% des patients atteints de cancer pensaient que leurs symptômes pouvaient être causés par une pathologie potentiellement grave (41). 50% pensaient que leurs symptômes passeraient tout seul avec le temps (41). Il y a un réel manque d'information des patients qui ne connaissent pas les facteurs de risque par exemple (42). Dans son étude Horowitz retrouve que seulement 25% des personnes interrogées citent l'alcool ou le tabac comme facteur de risque (43).

Internet est un moyen d'information privilégié pour près d'un tiers des français concernant la médecine, or la qualité des sites sur le dépistage des CCB est médiocre (14). Les patients l'utilisent en complément de leur consultation et des livres sur le sujet. Il semble donc primordial d'améliorer ces outils d'information et de mettre les praticiens au centre de cette information en restant à la disposition des patients pour leur délivrer des informations de qualité et en les référant à des sites internet de qualité. Tout cela afin qu'internet reste un outil d'information et non de désinformation.

Il y a également une certaine peur du diagnostic avec des patients qui ne veulent pas penser à la possibilité que leurs symptômes soient causés par un cancer. C'est particulièrement le cas des patients jeunes qui estiment qu'ils sont trop jeunes pour pouvoir avoir une lésion maligne (44).

Les patients éthylo-tabagiques ne vont pas régulièrement chez leur médecin. Ils ont en effet un faible niveau socio-économique qui les isole et limite cet accès ce qui les rend difficilement la cible d'une prévention quelconque (45).

2- Retard de prise en charge

Les médecins généralistes sont les premiers praticiens que va consulter le patient dans au moins 35% des cas (contre 31% pour le dentiste) (5). Il est donc essentiel qu'ils sachent examiner la bouche d'un patient et adresser rapidement au moindre doute. En effet, ils sont en première ligne car en moyenne les patients vont consulter une (43%) voire deux fois (29%) leur médecin traitant avant d'être orienté dans le bon service (5).

Les médecins sont cependant peu formés au dépistage de ces cancers et à l'examen de la CB. Dans une étude anglaise par exemple ils sont 97% à déclarer ne jamais s'être entraînés pendant leur formation à examiner une cavité buccale et qu'améliorer leur formation pourrait améliorer leur capacité à détecter des lésions suspectes (46).

Ils ont également peu de connaissances en ce qui concerne les facteurs de risques et les signes suspects devant les alerter.

3- Dépistage ciblé

Comme nous le disions précédemment les patients éthylo-tabagiques, qui sont le plus à risque de déclarer un cancer, consultent malheureusement peu leur médecin généraliste. Il est donc difficile pour ces praticiens d'instaurer un dépistage systématique chez ces patients. Il est

indispensable que les médecins ciblent spécifiquement ces patients en faisant de la prévention primaire en réduisant leur consommation et en faisant un dépistage opportuniste qu'importe le motif de consultation. Le rôle du médecin traitant est primordial chez ces patients car étant donné leur situation de précarité, ils consultent leur médecin généraliste beaucoup plus souvent que leur dentiste (6 fois plus) et le médecin généraliste sera réellement en première ligne la majorité du temps (47).

Dans une étude, il a été retrouvé que la sensibilité d'un examen de la CB était de 67% pour la détection des cancers (48). Il a également été démontré une réduction de la mortalité de 24% des patients éthylo-tabagiques faisant partie du groupe ayant un dépistage systématique comparé à la même population présente dans le groupe contrôle après 25 années de suivi (48). Les cancers étaient diagnostiqués à des stades moins avancés dans le groupe subissant un dépistage organisé montrant bien l'intérêt du dépistage pour diagnostiquer les tumeurs à des stades plus précoces. Mais il n'y a pas de méthode de dépistage plus indiquée qu'une autre. La rentabilité et l'efficacité d'un tel dépistage nécessite d'autres études (48).

4- Traitements inappropriés

Le niveau de vigilance des médecins doit être amélioré car ils sont nombreux à ne pas associer les symptômes avec une étiologie cancéreuse. Un traitement symptomatique va souvent être initié pour diminuer les plaintes du patient avec des bains de bouche, antalgiques, antifongiques ou encore des antibiotiques... (49). La mise en place de ces traitements n'est pas le problème en soit, c'est surtout l'absence de contrôle de l'efficacité ou de la disparition de la lésion qui conduit à des délais de prise en charge rallongés et donc une perte de chance pour le patient. Malheureusement ces lésions ne sont pas fréquentes et en moyenne un praticien verra 2 CCB dans son exercice. Cela peut expliquer l'errance diagnostique dans laquelle sont malheureusement les patients pendant parfois plusieurs mois, laissant le temps à leur maladie d'évoluer.

IV) FICHE D'AIDE AU DEPISTAGE PRECOCE

1- Matériel et méthode

Ce travail est une étude d'évaluation d'une fiche d'aide au dépistage des cancers de la cavité buccale, destinée aux médecins généralistes non hospitaliers, installés ou remplaçants de la région Centre-Val de Loire, que nous avons réalisé. Cette fiche a été diffusée avec un questionnaire d'évaluation de la fiche, permettant aux médecins d'évaluer la fiche, les connaissances qu'elle leur a apportées. Le questionnaire permettait également de mieux connaître leur pratique actuelle en répondant avant la lecture de la fiche.

1.1. La fiche (Annexe 1) :

Nous avons voulu créer cette fiche, afin d'aider les médecins généralistes installés de la région Centre-Val de Loire, à dépister précocement les CCB et à adresser les patients porteurs d'une lésion suspecte plus rapidement vers un spécialiste.

Dans cette optique, il convenait de réaliser une fiche pratique, rapide à lire, avec les informations essentielles et quelques messages importants à diffuser afin qu'elle soit accessible rapidement et réutilisable. Il était donc important qu'elle soit écrite dans un format court d'une page recto-verso maximum.

Il n'existe pas de recommandations HAS. Il existe cependant des documents ainsi que des fiches et autres outils destinés à la pratique des médecins généralistes créés par l'INCa. Nous avons donc repris ces documents, les avons synthétisés et avons extrait les informations relatives aux CCB exclusivement. Nous avons adapté ces informations au travail du médecin généraliste en les actualisant avec les derniers chiffres connus de 2018.

Les documents suivants ont été utilisés :

- outils pour la pratique - cancers des voies aérodigestives supérieures / du diagnostic au suivi. Juillet 2018. (16)
- Détection précoce des cancers de la cavité buccale - Améliorer la détection précoce des cancers de la cavité buccale. Janvier 2010. (3)
- Guizard AV, et all. Survie des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine 1989-2018, Cavité buccale. Décembre 2020. (1)

Nous avons intégré l'épidémiologie des CCB avec le nombre de cas par an, la survie à 5 ans ainsi que le pourcentage de cas découverts aux stades T3 et T4. Il s'agit des résultats les plus éloquentes ; nous avons donc décidé de les mettre en avant. Un schéma de la CB nous semblait important à intégrer afin de faire un rappel d'anatomie aux praticiens.

Nous avons rappelé les facteurs de risque principaux des CCB dans l'objectif de permettre au médecin généraliste de cibler plus facilement la population à risque, chez qui une prévention primaire puis un dépistage doit être pratiqué en priorité.

Le point essentiel à retenir de cette fiche est la conduite à tenir chez les patients présentant une lésion suspecte. L'objectif est d'adresser les patients vers un spécialiste qui réalisera une biopsie, ORL ou chirurgien maxillo facial, de toute lésion n'évoluant pas favorablement en 10 jours. Il nous semblait important de faciliter la prise en charge des patients en inscrivant sur la fiche une possibilité de contact téléphonique. Nous avons donc choisi uniquement les

coordonnées du service de chirurgie maxillo faciale du CHU de Tours au vu de l'encadrement de ce travail, afin de ne pas surcharger la fiche.

Afin de sensibiliser les médecins généralistes, aux lésions pouvant être suspectes qui doivent les amener à adresser leur malade rapidement, nous avons ajouté quelques photographies fournies par les services de Chirurgie Maxillo-faciale et de Dermatologie du CHRU de Tours.

Il était nécessaire d'ajouter les signes cliniques alarmant, à rechercher lors d'une lésion de la CB.

Un lien internet renvoyant vers une vidéo explicative et pratique, sur la réalisation de l'examen de la CB réalisée par l'INC a également été intégré.

1.2. Le questionnaire (Annexe 2) :

Il comporte 44 questions dont certaines étaient optionnelles et dépendaient de la réponse à la question précédente. Il est divisé en trois parties :

- la première partie : correspond aux données épidémiologiques de la population étudiée et informations personnelles des médecins généralistes avec 6 questions.
- la deuxième partie : comporte 18 questions sur les connaissances et la pratique des médecins généralistes, avant la lecture de la fiche, pour faire un état des lieux de leurs connaissances.
- la 3ème partie : portait sur la validation et l'utilité de la fiche-outil avec 20 questions.

La fiche et le questionnaire ont d'abord été envoyés à 6 médecins généralistes, anciens ou actuels maîtres de stage afin de les améliorer avant leur transmission à tous les médecins généralistes libéraux de la région Centre-Val de Loire ainsi qu'aux médecins remplaçants.

La diffusion a été effectuée à partir du 29/05/2022. Il n'était pas réalisable de la transmettre individuellement à chaque médecin étant donné leur trop grand nombre. Nous avons donc choisi de la diffuser via les réseaux sociaux, les CPTS et les CDOMs. Les CPTS de la région ont été contactés individuellement mais aussi via l'intermédiaire de l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) des Médecins Libéraux Centre-Val de Loire qui leur a diffusé, pour qu'elles transmettent à leur tour la fiche et le questionnaire à leurs adhérents.

Le message envoyé était composé d'une introduction expliquant la démarche et le travail de thèse, des liens internet du questionnaire Google Forms et de la fiche; le tout contenu sur un compte Google Drive.

Les réponses ont été recueillies instantanément sur la plateforme docs.google.com/forms, gratuite jusqu'au 30/09/2022, date de la clôture du questionnaire. Chaque médecin répondait de manière anonyme.

Les données ont été analysées avec un logiciel tableur type Google sheets (équivalent à Excel) pour un meilleur transfert des données avec Google Forms.

Une analyse descriptive a été effectuée grâce aux calculs en ligne sur pvalue.io.

Les résultats ont été analysés avec test du Chi2 ou de Fisher en fonction des effectifs.

2. Résultats

Nous avons eu un total de **182 réponses** au questionnaire.

2.1. Caractéristiques de l'échantillon :

- Notre échantillon comportait 59,9% (109) de femmes et 40,1% (73) d'hommes soit 182 médecins au total.

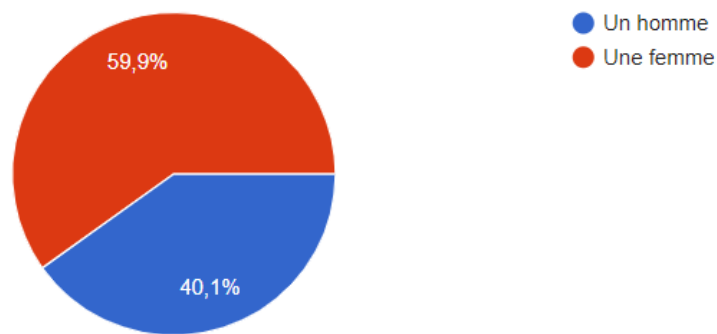


Figure 24 : Répartition du sexe des participants

- 42,9% (78) médecins ont eu accès à cette fiche grâce aux CPTS, 35,2% (64) par diffusion des conseils départementaux, 13,2% (24) via les réseaux sociaux et 8,8% (16) par sollicitation directe.

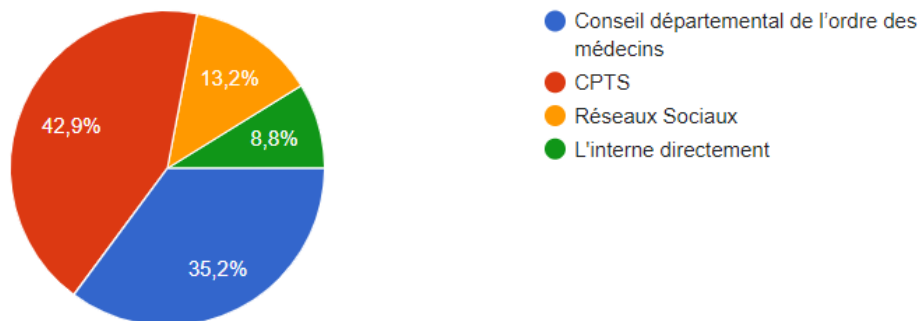


Figure 25 : Répartition selon le moyen de diffusion

- 44,5% (81) des répondants avaient moins de 10 ans d'exercice, 19,8% (36) entre 10 et 20 ans et 35,7% (65) de plus de 20 ans.

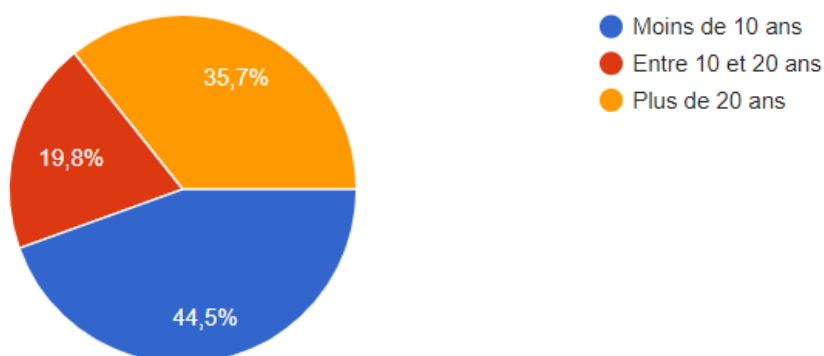


Figure 26 : Répartition par année d'exercice

- 32,4% (59) des médecins exerçaient en milieu rural, 41,8% (76) en milieu semi-rural et 25,8% (47) en urbain.

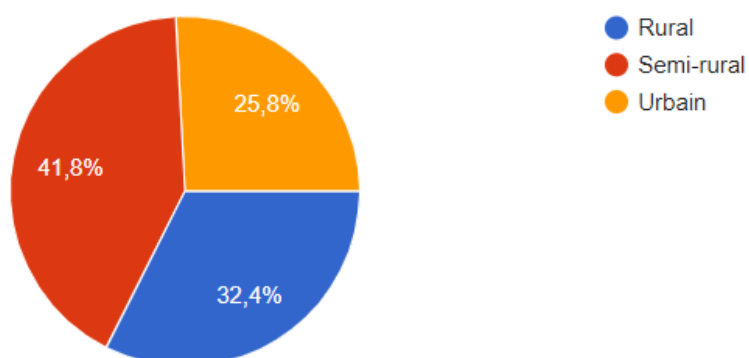


Figure 27 : Répartition par zone d'activité

- Parmi l'échantillon, 64,3% (117) médecins exerçaient en groupe, 21,4% (39) seuls et 14,3% (26) étaient remplaçants.

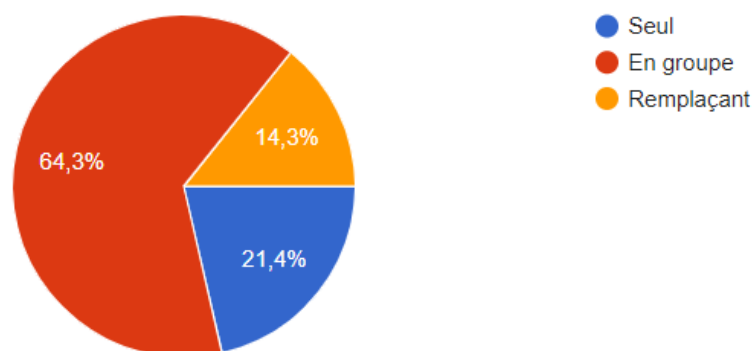


Figure 28 : Répartition par mode d'exercices

- La répartition des médecins dans la région était la suivante :

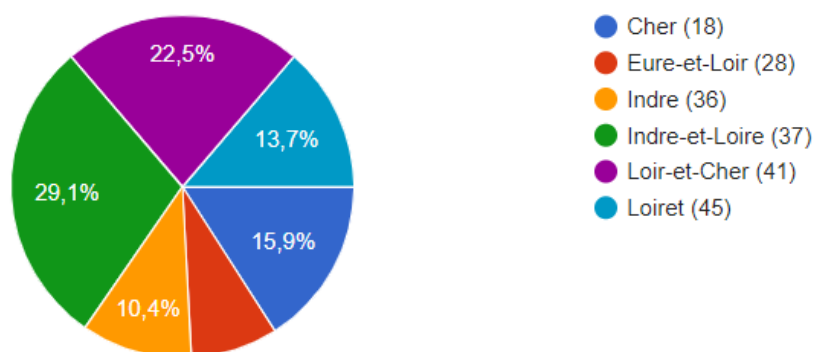


Figure 29 : Répartition par départements

2.2. Formations et connaissances :

- Parmi les médecins ayant répondu, 14,3% (26) trouvaient leur formation universitaire au dépistage des CCB inexistante, 53,8% (98) insuffisante et 31,9% (58) correcte. Aucun médecin n'a répondu avoir une excellente formation.

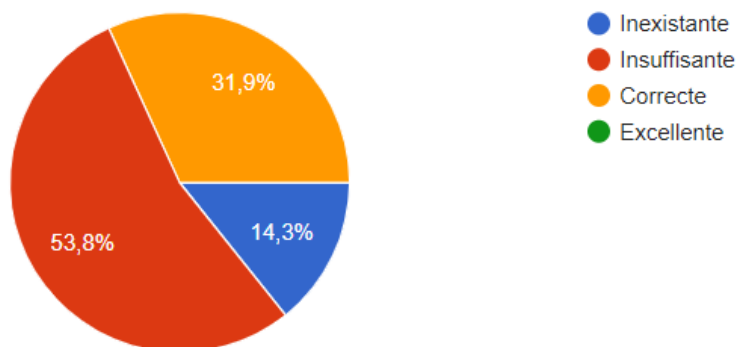


Figure 30 : Perception de la formation universitaire sur le dépistage des CCB

- 72% (131) des répondants n'ont jamais eu de formation médicale continue (FMC) ou de mise à jour sur les CCB, 17% (31) il y a plus de 5 ans, 9,3% (17) entre 2 et 5 ans et 1,6% (3) dans les moins de 2 ans.

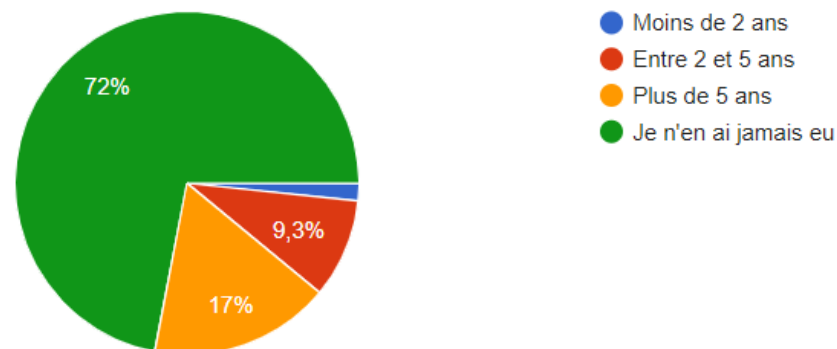


Figure 31 : Date de la dernière FMC ou mise à jour sur les CCB

- Pour les personnes interrogées, 97,8% (178) pensaient que le dépistage des CCB était du ressort du médecin et du dentiste, 1,6% (3) du médecin exclusivement, et 0,5% (1) seul a répondu du dentiste exclusivement.

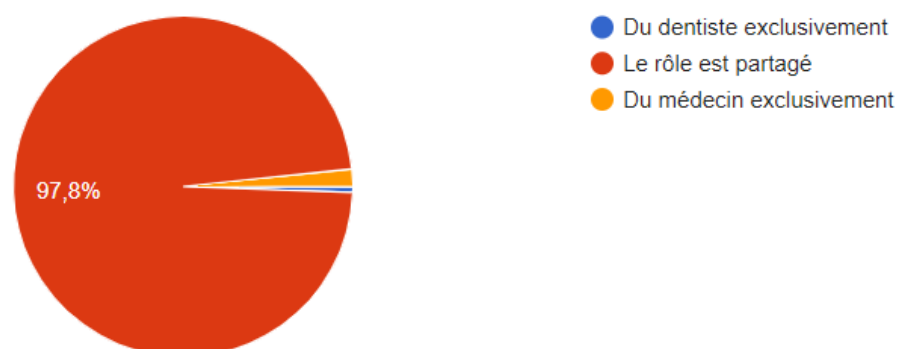


Figure 32 : Rôle des médecins et dentistes dans le dépistage des CCB

- Parmi les médecins, 62,6 % (114) ont répondu ne pas avoir les connaissances requises pour dépister efficacement les CCB et 37,4% (68) les avoir.

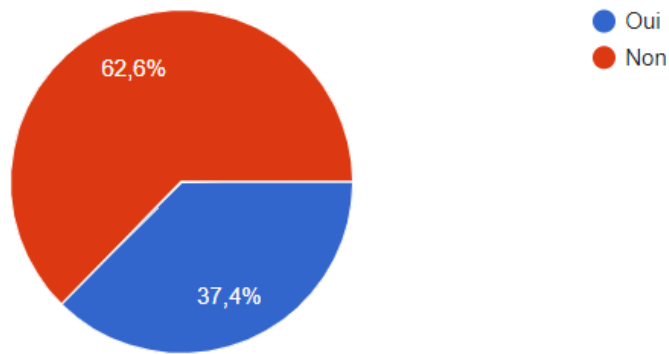


Figure 33 : Ressenti des connaissances requises pour dépister les CCB

- Sur l'échantillon, 64,8% (118) des médecins ressentait un besoin de formation sur le dépistage des CCB et 35,2% (64) non.

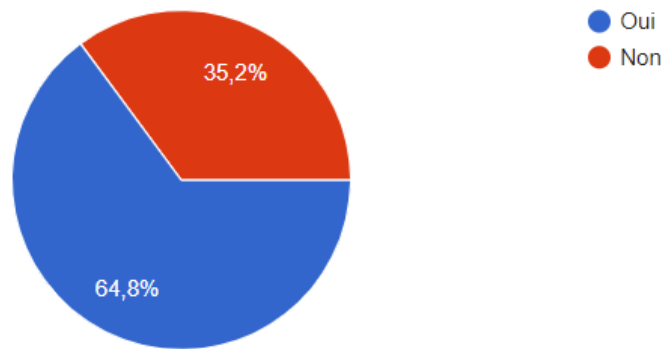


Figure 34 : Ressenti du besoin de formation sur le dépistage des CCB

2.3. Pratique du dépistage et en cas de lésion suspecte :

- Parmi les médecins interrogés, 33,5% (61) ne réalisaient jamais un examen de dépistage des CCB chez les patients présentant des facteurs de risque, 26,9% (49) moins d'une fois tous les 2 ans, 18,7% (34) environ tous les 2 ans, 13,7% (25) tous les ans et 7,1% (13) plusieurs fois par an.

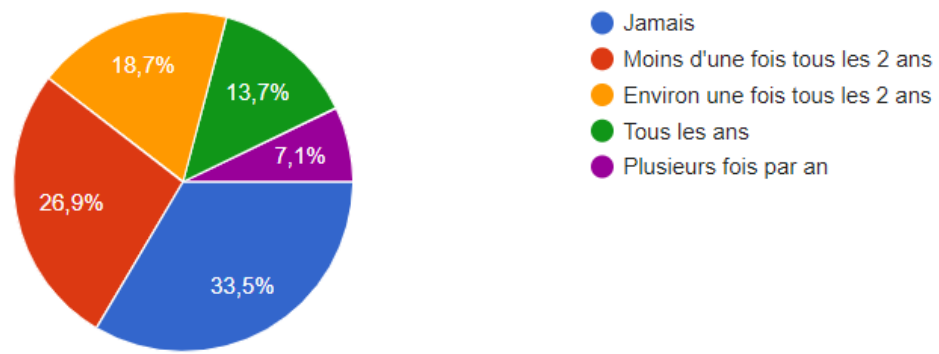


Figure 35 : Fréquence de réalisation d'examen de dépistage des CCB chez les patients présentant des facteurs de risque

- Parmi ceux qui ne réalisaient pas d'examen systématique, les raisons étaient (sur les 145 réponses) :

69% (100) parce qu'ils n'y ont pas pensé

34% (50) par manque de connaissances sur l'intérêt d'un dépistage

26% (37) car ils voient rarement ces patients

22,1% (32) par manque de temps

6,2% (9) par manque de matériel

3,4% (5) car l'examen est trop difficile

2,6% (4) en raison du port du masque : « on y pense pas », « entrave à l'examen », « difficulté de mise en place »...

2,6% (4) car réalisé que si symptôme ou plainte

2,1% (3) car ce n'est pas le rôle du médecin généraliste

2,1% (3) car examen de la bouche fréquent pour d'autres raisons : syndrome virale par exemple

0,7% (1) car attend que le patient remarque/montre la lésion

- Parmi l'échantillon, en cas de plainte, ils étaient 97,8% (178) à réaliser systématiquement un examen de la CB contre 2,2% (4) à en réaliser un souvent.

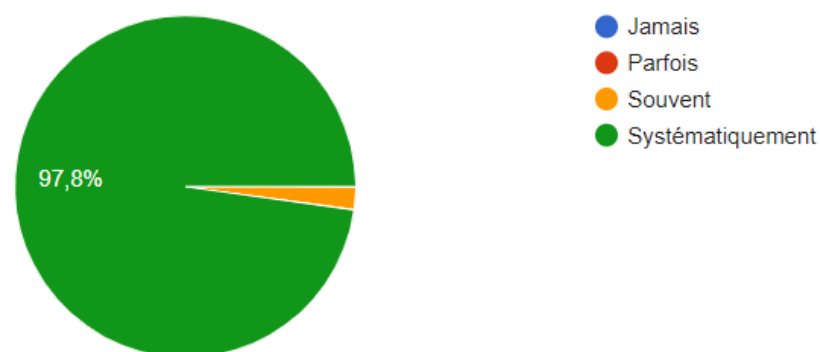


Figure 36 : Fréquence de réalisation d'examen de la CB chez les patients présentant une plainte

- Parmi ceux ne réalisant pas d'examen systématique en cas de plainte, les raisons étaient : (8 réponses)

50% (4) car ils n'y ont pas pensé

12,5% (1) par manque de connaissance

12,5% (1) car ils voient rarement ces patients

12,5% (1) par manque de temps

12,5% (1) car gère les urgences en premier si autre motif de consultation

- Parmi les médecins interrogés, 86,8% (158) étaient confrontés à moins de 5 lésions suspectes par an, 12,1% (22) entre 5 et 10 par an, 1,1% (2) entre 10 et 20 par an et aucun n'a répondu plus de 20 par an.

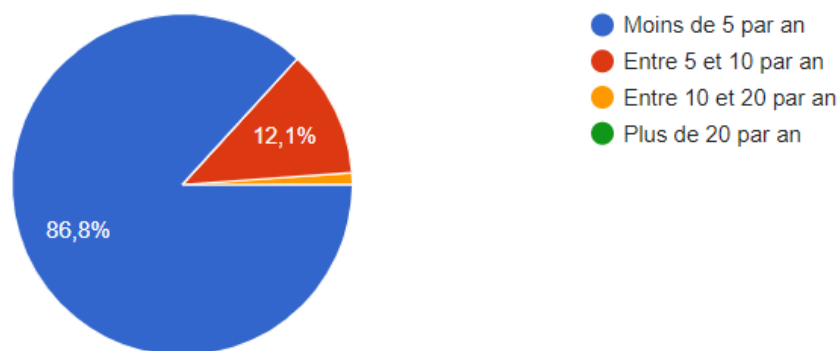


Figure 37 : Fréquence de lésions suspectes de la CB

- Parmi l'échantillon, en cas de lésion suspecte de la CB, 83,5% (152) adressaient le patient vers un médecin spécialisé, 15,4% (28) proposaient un traitement avant d'adresser à un médecin spécialisé et 1,1% (2) orientaient vers un dentiste.

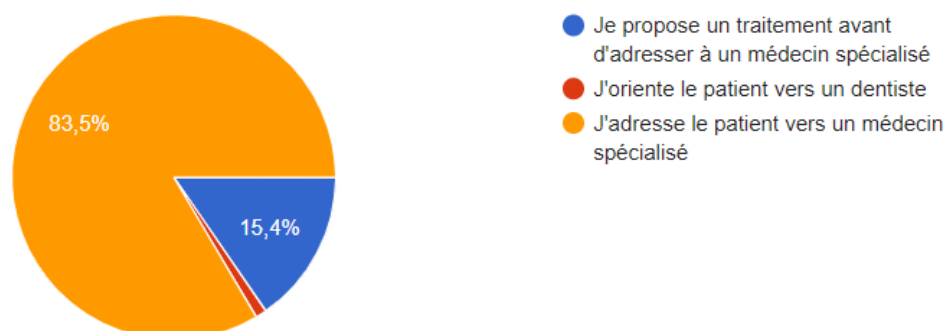


Figure 38: Orientation des lésions suspectes

- Parmi les médecins interrogés, quand ils n'adressaient pas directement le patient et que la lésion suspecte persistait, 39,3% (48) adressaient immédiatement, 35,2% (43) attendaient 10 jours, 23,8% (29) attendaient un mois et 1,1% (2) attendaient plus d'un mois.

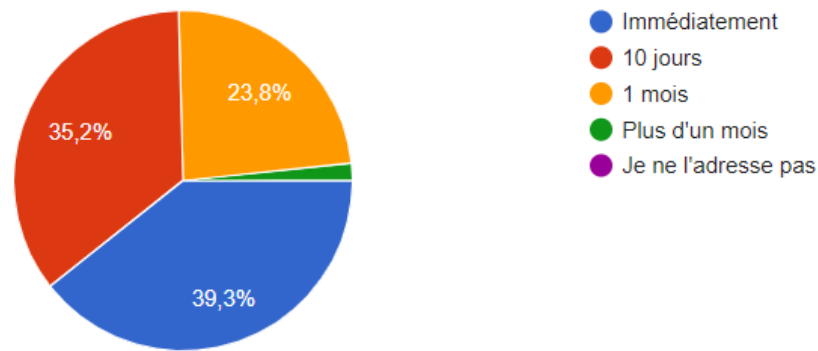


Figure 39 : Durée avant d'adresser les lésions suspectes si non adressées directement initialement

- Parmi les médecins ayant répondu, 78,5% (142) orientaient vers un ORL, 10,5% (19) vers un chirurgien maxillo-facial, 11% (20) vers un stomatologue. Personne n'a répondu un dermatologue.

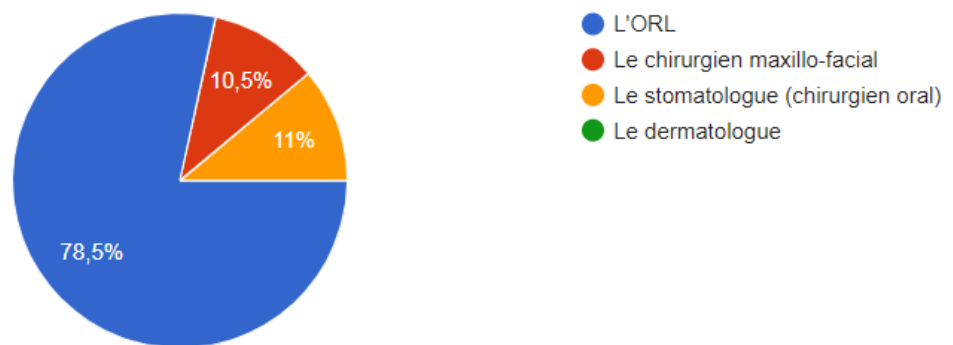


Figure 40 : Spécialistes à qui étaient adressés les lésions suspectes de la CB

2.4. Fréquence des lésions suspectes ou cancers :

- Parmi l'échantillon, 5,5% (10) ont répondu qu'ils adressaient un patient à un spécialiste pour une lésion de la CB plus de 5 fois par an, 34,1% (62) entre 2 et 5 fois par an, 59,9% (109) moins de 2 fois par an et 0,5% (1) jamais.

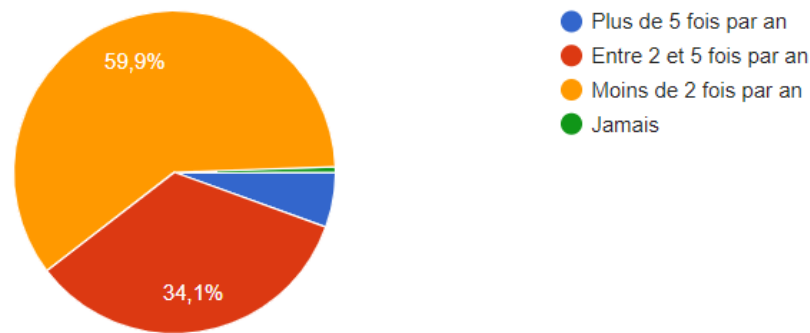


Figure 41 : Fréquence d'orientation vers un spécialiste en cas de lésion de la CB

- Parmi les médecins répondant, 20,9% (40) ont répondu que cela ne leur était jamais arrivé d'adresser un patient avec une lésion suspecte de la CB qui s'est avérée être une tumeur maligne, 56% (102) moins d'une fois par an, 20,9% (38) entre 1 et 5 fois par an, 0,5% (1) plus de 5 fois par an et 0,5% (1) plus de 10 par an.

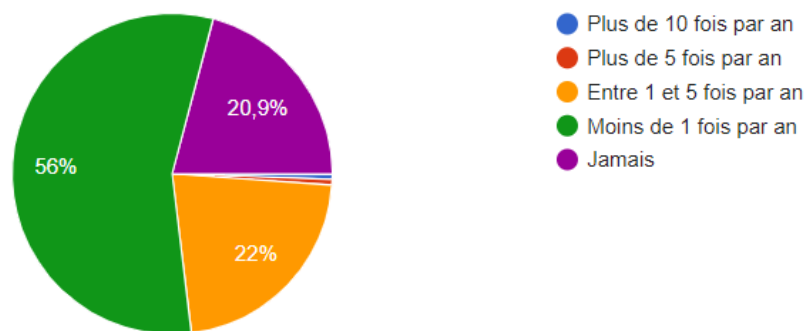


Figure 42 : Taux de patients adressés pour une lésion suspecte de la CB qui s'est avérée être une tumeur maligne

- Parmi l'échantillon, 21,4% (39) des médecins suivaient 1 patient avec un antécédent de CCB, 65,9% (120) des médecins entre 1 et 5 patients, 9,9% (18) entre 5 et 10 et 2,7% (5) plus de 10 patients.

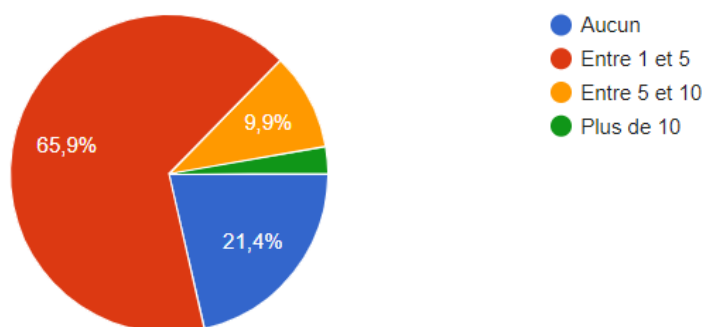


Figure 43 : Nombre de patients suivis par les médecins ayant ou ayant eu un CCB

2.5. Avis d'un spécialiste :

- 66,5% (121) des médecins interrogés trouvaient qu'il était facile d'avoir l'avis d'un spécialiste et d'adresser un patient contre 33,5% (61) trouvant cela complexe.

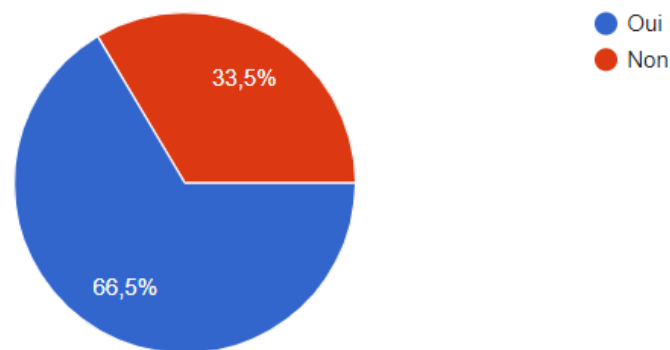


Figure 44 : Facilité d'avoir l'avis et d'adresser à un spécialiste

- Parmi ceux ne trouvant pas qu'il soit facile d'avoir l'avis et d'adresser rapidement à un spécialiste les raisons étaient : (59 réponses)
 - 47% (28) : le délai
 - 46% (27) : le manque de spécialistes
 - 12% (7) : la difficulté d'accès aux secrétariats ou spécialistes dont 3 trouvant qu'il y avait un manque de disponibilité des spécialistes
 - 6,8% (4) : la distance géographique
 - 5% (3) : n'avaient pas de numéro direct pour un adressage rapide
 - 10% (6) : Autres

2.6. Evaluation de la fiche d'aide :

- Parmi les médecins interrogés, 97,3% (177) ont trouvé que la fiche était pertinente et adaptée à la médecine générale contre 2,7% (5) qui ne l'ont pas trouvée pertinente.

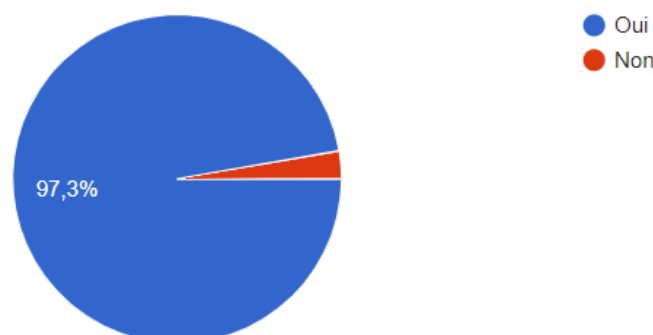


Figure 45 : Pertinence de la fiche d'aide et adaptation à la médecine générale

- Parmi ceux trouvant que la fiche n'était pas pertinente et adaptée à la médecine générale, les raisons étaient (7 réponses) :
 - 14% (1) : trouvait la fiche « surchargée, illisible et avec trop d'informations »
 - 14% (1) : souhaitaient plus de photos
 - 14% (1) : trouvait la fiche « adaptée aux congrès que pour une synthèse de FMC »
 - 14% (1) : trouvait la pathologie trop rare pour une thèse de médecine générale
 - 14% (1) : trouvait qu'il manquait les facteurs de risque liés au papillomavirus
 - 14% (1) : demandait à avoir de manière plus claire les facteurs de risque de cancers, l'immunodépression en faisait-elle partie ?
 - 14% (1) : commentait que les signes cliniques proposés orientaient vers un dépistage aux phases tardives et un manque d'information claire sur les phases précoces.
- 56,6% (103) médecins ont répondu avoir connaissance des éléments présents dans cette fiche et 43,4% (79) ne l'avaient pas.

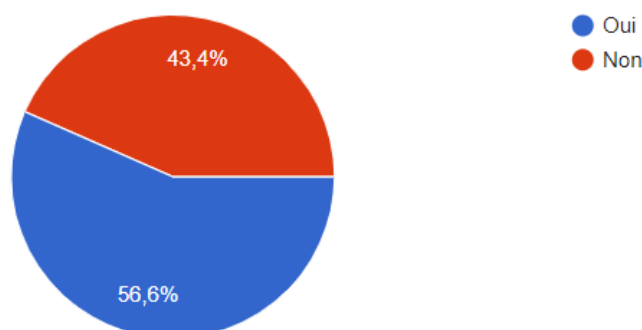


Figure 46 : Connaissance des éléments présents dans la fiche d'aide

- Parmi les médecins ayant répondu, 7,7% (14) ont trouvé que la fiche d'information allait modifier de façon importante leur pratique, 42,3% (77) plutôt la modifier, 40,1% (73) un peu et que pour 9,9% (18) elle n'allait pas modifier leur pratique.

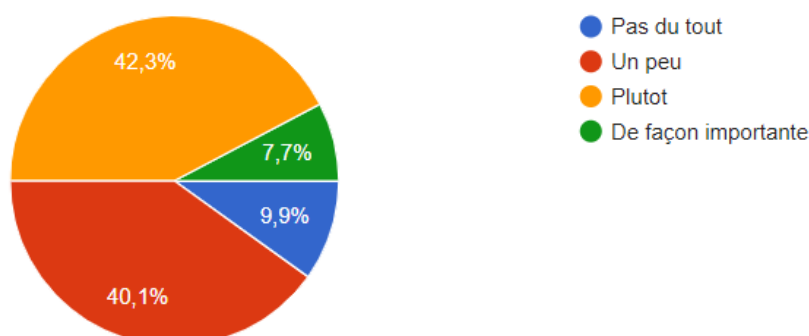


Figure 47 : Modification de la pratique des médecins suite à la lecture de la fiche d'aide

- 89% (162) des médecins interrogés ont pensé que la fiche allait leur apporter des outils utiles à leur pratique quotidienne contre 11% (20) qui ne pensaient pas.

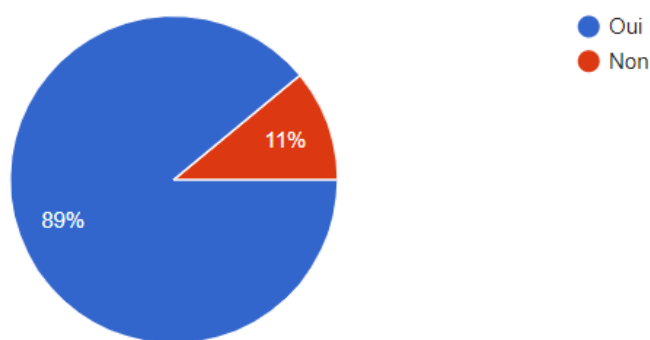


Figure 48 : Ressenti d'apport d'outils utiles à la pratique quotidienne grâce à la fiche d'aide

- Parmi ceux qui n'ont pas trouvé que la fiche allait leur apporter des outils utiles à leur pratique quotidienne, les raisons étaient (19 réponses) :
 - 26% (5): avaient déjà les connaissances dont 1 possédant un DIU de Dermatologie buccale.
 - 16% (3) : la situation est relativement rare, non quotidienne.
 - 16% (3) : manque numéros de contact dans les autres départements.
 - 10% (2) : fiche non utile mais nécessité de dépistage chez les patients à risque.
 - 10% (2) : ne ressent pas la nécessité de s'en servir.
 - 10% (1) : le facteur limitant étant le problème de délai de rendez-vous.
 - 10% (1) : la population ne consulte pas fréquemment ou pour d'autres motifs car dans le déni ou rarement douloureux. Il faut se focaliser sur l'aspect psychosocial en plus dans la fiche.
 - 10% (1) : l'épidémiologie n'apporte rien aux patients, vidéo de démonstration plus intéressante
 - 10% (1) : illisible
 - 10% (1) : manque des images
- Parmi l'échantillon, 90,7% (165) médecins vont penser à réaliser un examen de la CB plus fréquemment chez leurs patients à risque contre 9,3% (17) médecins qui ne vont pas le faire.

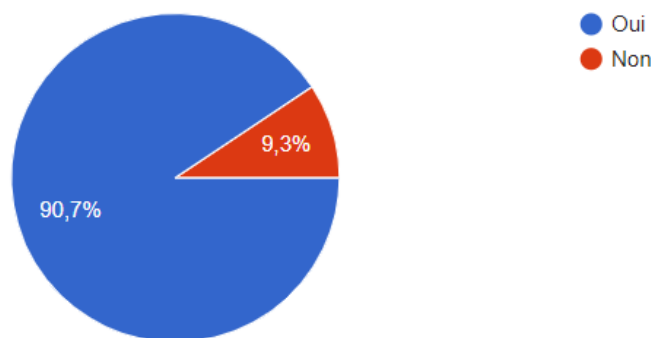


Figure 49 : Réalisation d'un examen de la CB plus fréquemment chez leurs patients à risque grâce à la fiche d'aide

- Parmi ceux qui ne vont pas réaliser d'examen de la CB plus fréquemment chez les patients à risque, les raisons étaient (16 réponses) :
 - 62,5 % (10) : le font déjà dont 2 examinant à chaque consultation et 1 « quand c'est indiqué »
 - 25% (4) : par manque de temps.
 - 6,3% (1) : photographies repoussantes. Mais fiche adaptée pour sensibiliser les patients.
 - 6,3% (1) : par oubli.
 - 6,3% (1) : par limitation de l'accès à cause des masques.
 - 6,3% (1) : car ce type de patients consultent peu fréquemment
- Parmi les médecins, 69,2% (126) ont répondu que la fiche allait les aider à orienter plus rapidement leurs patients vers un spécialiste en chirurgie maxillo-facial ou ORL contre 30,8% (56) qui ont répondu non.

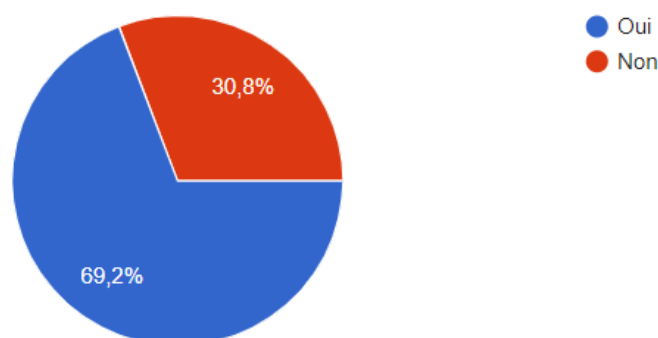


Figure 50 : Aide à orienter plus rapidement leurs patients vers un spécialiste grâce à la fiche d'aide

- Parmi ceux qui ont répondu que la fiche n'allait pas les aider à orienter plus rapidement leurs patients vers un spécialiste, les raisons étaient : (42 réponses)

57% (24) : le font déjà, éléments déjà connus.

12% (5) : non adaptée aux autres départements que l'Indre et Loire.

9,5% (4) : manque de disponibilité et densité de spécialistes.

7,1% (3) : n'adresseront pas plus rapidement.

9,5% (4) : Autres

- Pour 92,9% (169) des médecins la taille de la fiche était adaptée, pour 4,9% (9) elle était trop courte et pour 2,2% (4) trop longue.

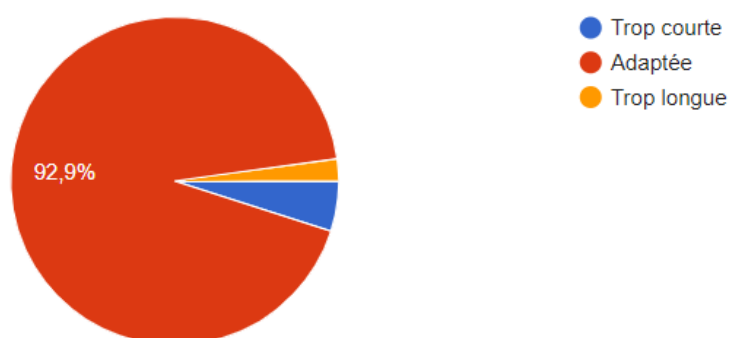


Figure 51 : Taille de la fiche d'aide adaptée, trop longue ou trop courte

- 83,5% (152) des médecins interrogés ne souhaitent pas plus d'informations contre 16,5% (30) qui le souhaitent.

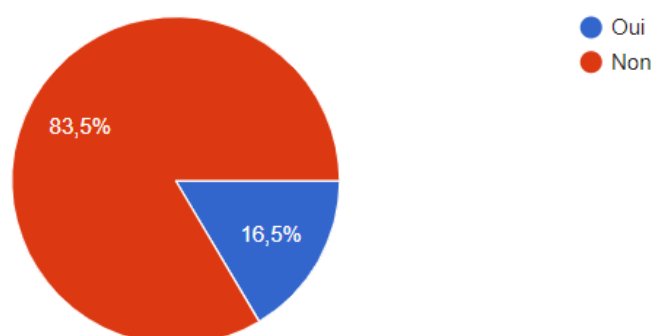


Figure 52 : Souhait des médecins d'informations supplémentaires

Les informations que les médecins souhaiteraient ajouter étaient : (28 réponses)

- 39 % (11) : Plus d'images/photos de lésions dont 1 réponse souhaiterait comparer bénin versus suspect
- 21% (6) : déclinaisons locales des numéros des spécialistes.
- 11 % (3) : plus d'infos sur d'autres facteurs de risque
- 7,1% (2): la ligne directe d'un référent
- 7,1% (2) : examen de la CB en synthétisé à la place du lien vers une vidéo.
- 21 % (6) : autres

- Parmi l'échantillon, pour 96,2% (175) la fiche était ergonomique et pour 3,8% (7) elle ne l'était pas.

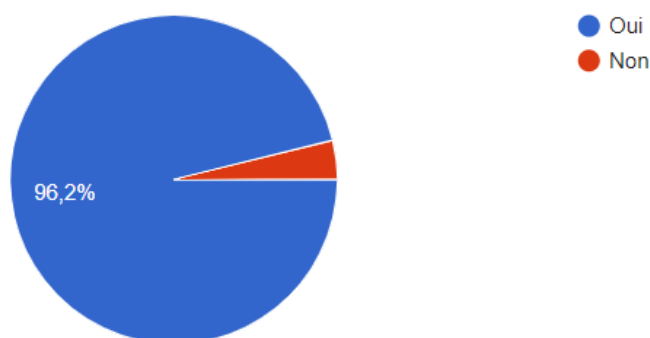


Figure 53 : Avis des médecins sur l'ergonomie de la fiche d'aide

- Parmi ceux qui n'ont pas trouvé la fiche ergonomique, les raisons étaient : (7 réponses)
 - 29% (2) : 2 pages au lieu d'une
 - 14% (1) : « Visuel un peu trop choquant »
 - 14%(1) : « Lien URL CHU de couleur non adaptée sur fond rouge »
 - 14% (1) : « plusieurs manipulations »
 - 14% (1) : densité de la fiche
 - 14% (1) : « surchargée, trop de rouge, police illisible »
- Pour 85,2% (155) des médecins réutiliseront cette fiche dans le futur contre 14,8% (27) qui ne la réutiliseront pas.

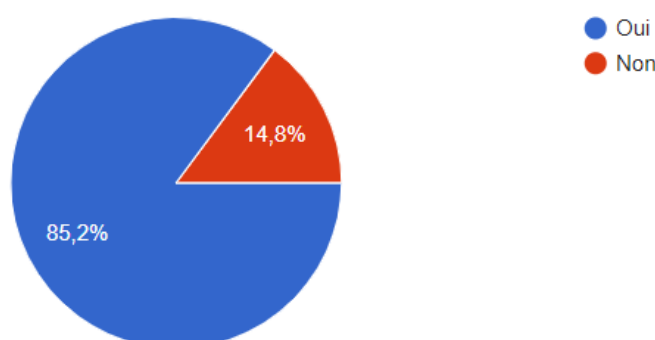


Figure 54 : Réutilisation de la fiche d'aide dans le futur

- Parmi ceux qui ne la réutiliseront pas, les raisons étaient : (22 réponses)
 - 32% (7 réponses) : une lecture est suffisante
 - 23% (5 réponses) : pensent la perdre
 - 18% (4 réponses) : déjà les connaissances
 - 27% (6 réponse) : autres

2.7. Autre formation sur les cancers de la cavité buccale :

- Parmi les médecins ayant répondu au questionnaire, 58,2% (106) ne souhaitaient pas d'autres moyens de formation sur les CCB et 41,8% (76) le souhaitaient.

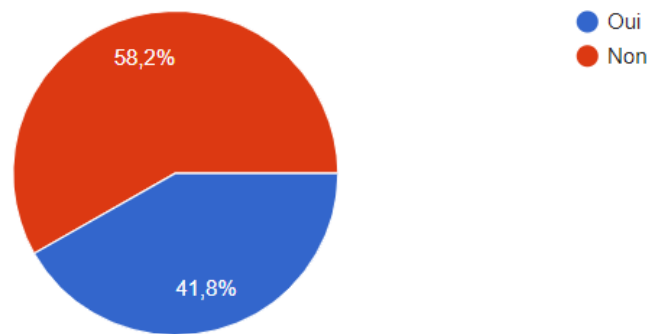


Figure 55 : Souhaits d'autres moyens de formation sur les CCB

- Les médecins souhaitaient comme informations supplémentaires : (67 réponses)
 - 36% (24) : FMC/Formation
 - 19% (13) : Visio/Webinar/e-learning
 - 15% (10) : photos
 - 9% (6) : Formation par un spécialiste
 - 6% (4) : « mail »
 - 3% (2) : via CPTS
 - 12% (8) : Autres

2.8. Analyse de quelques résultats :

Il n'existe pas de différence significative entre ceux pensant avoir une formation initiale inexistante et le nombre d'années d'exercice après calcul. La qualité de la formation des médecins généralistes n'a vraisemblablement donc pas évolué avec le temps.

Les médecins qui réalisaient un examen de dépistage moins d'une fois par an pensent réaliser un examen plus fréquemment après la lecture de cette fiche ($p < 0,001$).

Il existe une différence significative entre le nombre d'années d'exercices et le fait d'avoir les connaissances ($p = 0,021$). L'expérience jouant certainement un rôle sur les compétences acquises.

Commentaires et remarques effectués :

« J'insiste sur l'aspect psychosocial de la population touchée par les fenêtres ORL. Leur prise en charge est très particulière ! Notre rôle de dépistage semble à améliorer, mais il ne faut pas oublier qu'il s'agit de patients à prendre en charge dans leur globalité et pas seulement l'aspect biomédical ! »

« Faire une affiche avec Photos pour la salle d'attente »

« Je ne pense pas que votre allusion "La formation des médecins généralistes semble à améliorer" soit confraternelle et incitative au dialogue ! Bon courage dans ce domaine, cher futur confrère ! »

« population ethyloabagique difficile à suivre, et aussi problèmes d'accès aux dentistes , problème d'hygiène bucco dentaire, problèmes de nutrition, problème de motivation du patient de se soigner... par contre c'est bien cette fiche et numero de téléphone à joindre mais aussi problème d'accès au CHU quand on est loin, peut pas demander une ALD tant qu'on sait pas si c'est cancéreux et souvent population précaire avec problème de déplacement, voiture pas top, problème du prix essence ou faire campagne de dépistage dans des salles de fêtes ou aller au villages !!!! »

« je réutiliserai cette fiche éventuellement pour sensibiliser les internes en stage mais une fois qu'on l'a lue : on s'en souvient »

« Attention aux questions encore très orientées sur l'incompétence des médecins... surtout en fonction de la première question, le genre de celui-ci... »

« mettre plus en avant la vidéo: je pensais bien examiner la bouche, je me trompais... »

« Importance des images plus que des chiffres épidémiologiques »

« à mon sens vos photos sont explicites mais ne montrent que des stades très avancés la prévention passe par le repérage des lésions à potentiel carcinologique sans entrainer un stress inutile (NB - un lichen buccal n'est pas une lésion prédisposante au neo mais un suivi étroit reste nécessaire surtout si formes ulcérées et sclérosantes... donc cela m'ennuie un peu d'associer ses deux maux/mots dans une fiche) j'ai été obligé de répondre à des questions dont aucune option ne me convenaient (ex : en cas de lésions suspectes...) »

« Il faut que je trouve un moyen d'automatiser mon examen buccal (informatique...) »

« une des problématiques pour le diagnostic précoce est l'absence de suivi médical chez les hommes de 25 à 65 ans , surtout quand ils ont des conduites addictives à risque. nous ne pouvons dépister que les patients que nous voyons. »

« oui je pense que l'idéal serait un dépistage réalisé directement par l'ORL ou le dentiste pour les patients à risque »

10 remerciements pour la fiche, qu'ils trouvent intéressante, utile, bien construite et a permis de les sensibiliser et de changer leur manière de dépister les CCB.

3- Discussion :

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer la fiche d'information par les médecins généralistes via un questionnaire. Le critère de jugement principal était de savoir si la fiche était jugée pertinente ou non par les médecins généralistes de la région Centre-Val de Loire via la question : « cette fiche vous semble-t-elle pertinente et adaptée à la médecine générale ? ». Ils ont répondu oui à 97%.

Nous avons eu 182 réponses, ce qui peut paraître peu au vu du nombre total de médecins généralistes de la région Centre-Val de Loire. Cependant, la répartition géographique des médecins ayant répondu au questionnaire était satisfaisante et les caractéristiques des participants représentatifs de la population de médecins exerçant. Nous avons eu des réponses de médecins de tous les départements de la région Centre-Val de Loire même si en proportion, le Loiret et l'Eure et Loir ont moins répondu probablement du fait d'un à un manque de diffusion par les CPTS et les CDOM. En effet certains CPTS n'ont pas répondu. Le CDOM d'Eure-et-Loire n'a pas souhaité diffuser la fiche et le CDOM du Loiret nécessitait des codes de connexion pour accéder à nos documents.

Il est possible qu'une partie des médecins aient reçu la fiche, l'aient lue et n'aient pas pris le temps de répondre au questionnaire qui contenait 44 questions dont certaines pouvant paraître répétitives. De plus, si toutes les réponses obligatoires n'étaient pas cochées, la validation du questionnaire n'était pas possible. Nous avons donc pu perdre des réponses de ce fait.

Les questions sur la pratique et les connaissances des médecins ont pu être jugées dévalorisantes par certains médecins ce qui a pu diminuer le nombre de réponses au questionnaire. Cependant il était indispensable de poser ces questions, pour mieux comprendre quels sont les freins au dépistage précoce de ces cancers, grâce aux médecins généralistes.

Cette partie du questionnaire a ainsi montré qu'une grande majorité des répondants trouvent leur formation insuffisante voire inexistante concernant les CCB (68%). Seuls 28% ont fait une FMC ou une mise à jour.

Les médecins exerçant depuis moins de 10 ans représentent presque la moitié des réponses totales (44,5%). L'âge moyen des médecins en France étant de 51 ans (50). Ces jeunes médecins sont donc sur-représentés ce qui s'explique probablement par un intérêt plus important des jeunes à continuer de se former. Ils semblent plus intéressés par ce type de fiche informative contrairement aux médecins plus âgés, qui de par leur expérience, ressentent un besoin d'information moindre. D'ailleurs dans notre étude, parmi les médecins pensant avoir les connaissances pour dépister efficacement, il existe une grande proportion de médecins exerçant depuis plus de 20 ans et nous avons retrouvé une différence significative entre le nombre d'années d'exercices et le fait d'avoir les connaissances ($p=0,02$).

62% des médecins qui pensaient avoir la capacité de dépister efficacement et ne ressentaient pas de besoin de formation, ne font pas d'examen de la CB chez leur population à risque. Seulement 20,8% des médecins réalisaient un dépistage au moins une fois par an. 69% de ceux qui ne faisaient pas d'examen systématique, ne le faisaient pas car ils n'y ont pas pensé, 22% par manque de temps. Ces résultats pointent la problématique quant à la prévention en France qui nécessite d'être revalorisée. En effet il n'existe pas de rémunération dédiée à la prévention primaire pour les médecins généralistes. Ce sont des consultations qui peuvent être chronophages et concernant les cancers de la cavité buccale, le sujet reste mal connu probablement en raison d'une prévalence faible par rapport à d'autres cancers.

En effet, 69% des médecins exerçant depuis plus de 20 ans suivaient moins de 5 patients avec un CCB ; 15% entre 5 et 10 patients et 1 plus de 10 patients. Malgré un nombre d'années d'exercice important, leur population de patients porteurs de CCB est faible. Si l'on fait un bref calcul, le nombre de CCB que verra un médecin généraliste dans sa carrière dépend de plusieurs paramètres qui évoluent au fil des ans. Si nous prenons l'incidence en 2018 de 4677 cas par an (1) avec une population de 102000 médecins en France (50) et une carrière de 40 ans, un médecin verra en moyenne 2 cancers de la cavité buccale dans sa carrière.

Dans ce travail, 86,8% des répondants voyaient moins de 5 lésions suspectes par an. Parmi le nombre total de médecins qui orientaient des patients aux spécialistes pour une lésion suspecte, 56% d'entre eux ont eu entre 0 et 1 tumeur par an de confirmée et 22% entre 1 et 5 tumeurs. Le nombre de tumeur avérée est donc peu important mais correspond à la prévalence des CCB, il est néanmoins non négligeable et suffisant pour inciter les médecins à continuer d'adresser les patients avec des lésions suspectes endobuccales.

La fiche que nous avons réalisée a été plutôt bien accueillie par les médecins généralistes. La taille de la fiche était adaptée pour 93% des MG, 83,5% ne souhaitaient pas plus d'informations et 96% la trouvaient ergonomique. La fiche va amener des outils pratiques pour 89% des médecins et 84% des médecins ont déclaré qu'ils la réutiliseraient dans le futur.

Elle semble donc avoir un impact sur la pratique des médecins généralistes qui ont répondu y compris sur ceux qui ne ressentaient pas un besoin spécifique de formation sur ce point. 56,6% des médecins répondant estimaient avoir déjà les connaissances et 83% d'entre eux ont déclaré qu'ils modifieraient leur pratique après la lecture de cette fiche. 90,7 % des médecins songent à réaliser un examen de la cavité buccale plus fréquemment chez leurs patients à risque.

Elle présente un réel intérêt en faisant un rappel sur les règles de bonnes pratiques quant au dépistage et a permis de rappeler que certes ce diagnostic est peu fréquent mais qu'il faut y penser car leur rôle est primordial pour raccourcir le temps de prise en charge. D'ailleurs, 41,8% des interrogés souhaiteraient d'autres formations dont 36% en faveur d'une FMC.

Cette pathologie ne présente pas un nombre de cas suffisant pour une campagne de dépistage à grande échelle, les patients et les médecins sont donc moins bien informés. Il pourrait donc y avoir un intérêt à lancer des campagnes de santé publique ayant pour but de sensibiliser les patients à ce type de pathologie et inviter la population cible du dépistage à consulter. Cela a été fait dans une étude via des fiches informatives distribuées par des buralistes à leurs clients, les invitant à consulter leur médecin pour un dépistage (51) avec des résultats encourageants.

Notre fiche pourrait être adaptée à chaque département, avec des numéros de spécialistes du département après leur accord, afin d'orienter les patients localement.

On peut aussi imaginer une campagne par courrier. En effet le nombre d'emails reçus par un médecin est élevé. Certains n'ont peut-être pas vu l'email contenant la fiche en sélectionnant leur email ou en supprimant sans les ouvrir. Le courrier permettrait de toucher un plus grand nombre de médecins mais la logistique et le coût sont plus importants.

V) CONCLUSION

Les CCB ne sont pas assez fréquents pour qu'une campagne de dépistage soit organisée à grande échelle. Cependant une sensibilisation des médecins à cette pathologie ainsi qu'à ses facteurs de risque via des outils comme le nôtre pourrait leur permettre de cibler la population à risque et de leur faire un examen régulier. Le but étant de permettre une prise en charge plus précoce et par conséquent d'améliorer la qualité de vie et la survie des patients.

Le temps de latence due au patient lui-même pourrait être diminué par des campagnes de sensibilisation au grand public sur ces pathologies. La latence due au médecin semble également indispensable de corriger grâce à des outils d'information et une meilleure formation initiale.

La formation des médecins généralistes est à améliorer car peu d'entre eux s'estiment formés à dépister un cancer et examiner une CB. Les médecins interrogés semblaient intéressés par un document court de formation concernant les CCB. Nous avons donc élaboré cette fiche pour répondre à cette attente. Celle-ci visait à aider les médecins généralistes de la région Centre-Val-de-Loire à dépister plus précocement les CCB et à orienter leurs patients plus rapidement vers un spécialiste, que les patients présentent ou non des facteurs de risque. Par ailleurs, les médecins semblent intéressés à mieux se former sur ce sujet et à vouloir se perfectionner par exemple par des FMC.

Cette fiche a été validée et évaluée comme étant adaptée à la médecine générale, pertinente et ergonomique. La majorité des répondants avaient les connaissances mais ils ont trouvé qu'elle allait modifier leur pratique en leur amenant des outils et en leur permettant d'orienter plus rapidement les patients. Elle a permis de sensibiliser ces médecins à réaliser plus régulièrement un examen de dépistage chez les patients à risque via un examen systématique de la cavité buccale et ils pensent réutiliser cette fiche dans le futur.

Cette fiche pourrait être améliorée en personnalisant les contacts de spécialistes spécifiques à chaque département afin qu'elle soit encore plus utile et pratique pour tous. Elle pourrait également être adaptée à d'autres régions et départements et diffusée de façon nationale afin de sensibiliser au sujet, toujours dans l'objectif de permettre une meilleure orientation des patients et de gagner ce temps précieux à leur prise en charge.

BIBLIOGRAPHIE :

1. Guizard AV, Hammas K, Lecoffre C, De Brauer C, Coureau G, Trétarre B, Mounier M. Survie des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine 1989-2018, cavité buccale. Institut national de cancer. Décembre 2020.
2. Defossez G, le Guyader-Peyrou S, Uhry Z, Grosclaude P, Colonna M, Dantony E, et al. Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018. Volume 1 – Tumeurs solides. Saint-Maurice (Fra): Santé publique France, 2019. 372 p.
3. Institut national du cancer. Améliorer la détection précoce des cancers de la cavité buccale. Outils pour la pratique des médecins généralistes - Prévention et dépistage / Dépistage du cancer de la cavité buccale. Janvier 2010.
4. Baykul T, Yilmaz HH, Aydin U, Aydin MA, Aksoy M, Yildirim D. Early diagnosis of oral cancer. J Int Med Res. 2010 May-Jun;38(3):737-49. doi: 10.1177/147323001003800302. PMID: 20819411.
5. Rutkowska M, Hnitecka S, Nahajowski M, Dominiak M, Gerber H. Oral cancer: The first symptoms and reasons for delaying correct diagnosis and appropriate treatment. Adv Clin Exp Med. 2020 Jun;29(6):735-743. doi: 10.17219/acem/116753. PMID: 32598579.
6. Peacock ZS, Pogrel MA, Schmidt BL. Exploring the reasons for delay in treatment of oral cancer. J Am Dent Assoc. 2008 Oct;139(10):1346-52. doi: 10.14219/jada.archive.2008.0046. PMID: 18832270.
7. Warnakulasuriya KA, Harris CK, Scarrott DM, Watt R, Gelbier S, Peters TJ, Johnson NW. An alarming lack of public awareness towards oral cancer. Br Dent J. 1999 Sep 25;187(6):319-22. doi: 10.1038/sj.bdj.4800269. PMID: 10589135.
8. Scott S, McGurk M, Grunfeld E. Patient delay for potentially malignant oral symptoms. Eur J Oral Sci. 2008 Apr;116(2):141-7. doi: 10.1111/j.1600-0722.2007.00520.x. PMID: 18353007.
9. Tortora GJ, Derrickson B. Manuel d'anatomie et de physiologie humaines. De Boeck Supérieur; 2017. 919 p.
10. Maladière E, Vacher C. Examen clinique en stomatologie. EMC. Stomatologie/Odontologie. 2008;22-10.
11. Joly A, Huttenberger B, Pare A. Examen clinique de la cavité buccale et variantes physiologiques. Presse Médicale. mars 2017;46(3):286-95.
12. Sidibe, I.; Biau, J.; Graff, P. (2019). Carcinomes épidermoïdes de la cavité buccale et du pharyngo-larynx. Quels volumes ganglionnaires traiter en radiothérapie externe ?. Cancer/ Radiothérapie, (), S1278321819303269-. doi:10.1016/j.canrad.2019.07.150

13. Vivien A, Kowalski V, Chatellier A, Babin E, Bénateau H, Veyssière A. Qualité de l'information des sites francophones destinés au public pour le dépistage des cancers oraux [Information quality in general public French-speaking websites dedicated to oral cancer detection]. *J Stomatol Oral Maxillofac Surg*. 2017 Feb;118(1):20-28. French. doi: 10.1016/j.jormas.2016.10.003. Epub 2017 Feb 3. PMID: 28330570.
14. Cawson, R. A., et E. W. Odell. *Cawson's essentials of oral pathology and oral medicine*. New York: Churchill Livingstone. 2008.
15. Christophe Bertrand. Le dépistage des cancers de la cavité buccale et de l'oropharynx par les médecins généralistes : étude des pratiques dans la région du Havre en Seine-Maritime. *Médecine humaine et pathologie*. 2017. dumas-01689066
16. Institut national du cancer. Outils pour la pratique - cancers des voies aérodigestives supérieures / du diagnostic au suivi. Juillet 2018.
17. I. Barthélémy; J.-P. Sannajust; P. Revol; J.-M. Mondié (2005). Cancers de la cavité buccale. Préambule, épidémiologie, étude clinique. , 1(4), 277–294. doi:10.1016/j.emcsto.2005.08.002
18. Torre LA, Bray F, Siegel RL, Ferlay J, Lortet-Tieulent J, Jemal A. Global cancer statistics, 2012. *CA Cancer J Clin*. 2015 Mar;65(2):87-108. doi: 10.3322/caac.21262. Epub 2015 Feb 4. PMID: 25651787.
19. Béatrice Afanassieff Dugny. Le médecin généraliste et le cancer des voies aérodigestives supérieures. *Sciences du Vivant [q-bio]*. 2001. hal-01732431
20. Latino-Martel, P. & Druesne-Pecollo, N. & Dumond, A.. (2011). Facteurs nutritionnels et risque de cancer de la cavité buccale. *Revue De Stomatologie Et De Chirurgie Maxillo-faciale - REV STOMATOL CHIR MAXILLO-FAC*. 112. 155-159. 10.1016/j.stomax.2011.04.002.
21. Aupérin A. Epidemiology of head and neck cancers: an update. *Curr Opin Oncol*. 2020 May;32(3):178-186. doi: 10.1097/CCO.0000000000000629. PMID: 32209823.
22. Paré A, Joly A. Cancers de la cavité buccale : facteurs de risque et prise en charge [Oral cancer: Risk factors and management]. *Presse Med*. 2017 Mar;46(3):320-330. French. doi: 10.1016/j.lpm.2017.01.004. Epub 2017 Feb 21. PMID: 28233703.
23. Hassona Y, Scully C, Shahin A, Maayta W, Sawair F. Factors Influencing Early Detection of Oral Cancer by Primary Health-Care Professionals. *J Cancer Educ*. 2016 Jun;31(2):285-91. doi: 10.1007/s13187-015-0823-2. PMID: 25851202.
24. Lambiel S, Dulguerov P. Changements dans la nouvelle classification TNM en oncologie cervico-faciale [Changes in the new TNM classification in Head and Neck oncology]. *Rev Med Suisse*. 2017 Oct 4;13(577):1684-1689. French. PMID: 28980780.
25. Dribi SM, Ejeil AL, Gaultier F, Meyer. La gencive pathologique de l'enfant à l'adulte : Diagnostics et thérapeutiques. *Espace Id*; 2016.

26. Kerawala C, Roques T, Jeannon JP, Bisase B. Oral cavity and lip cancer: United Kingdom National Multidisciplinary Guidelines. *J Laryngol Otol.* 2016 May;130(S2):S83-S89. doi: 10.1017/S0022215116000499. PMID: 27841120; PMCID: PMC4873943.
27. Thariat J, Hourseau M, Baglin AC, Digue L, Vulquin N, Badoual C, Baujat B, Janot F, Ferrand FR, Barry B. Variants des carcinomes épidermoïdes dans les voies aérodigestives supérieures (VADS), implications pour le diagnostic et la prise en charge, selon les référentiels du REFCOR [Diagnostic and treatment pitfalls and guidelines for variants of squamous cell carcinomas of the head and neck: on behalf of the REFCOR]. *Bull Cancer.* 2019 Apr;106(4):395-403. French. doi: 10.1016/j.bulcan.2019.01.015. Epub 2019 Mar 13. PMID: 30878134.
28. Setti K, Mouanis M, Moumni A, Maher M, Harmouch A. Profil épidémiologique des tumeurs malignes primitives des glandes salivaires : à propos de 154 cas [Epidemiological profile of primary malignant tumors of the salivary glands: about 154 cases]. *Pan Afr Med J.* 2014 Feb 18;17:117. French. doi: 10.11604/pamj.2014.17.117.2939. PMID: 25120861; PMCID: PMC4119438.
29. Daley T, Darling M. Nonsquamous cell malignant tumours of the oral cavity: an overview. *J Can Dent Assoc.* 2003 Oct;69(9):577-82. PMID: 14653933.
30. Troussier I, Baglin AC, Marcy PY, Even C, Moya-Plana A, Krengli M, Thariat J. Mélanomes muqueux de la tête et du cou : état actuel des pratiques et controverses [Mucosal melanomas of the head and neck: State of the art and current controversies]. *Bull Cancer.* 2015 Jun;102(6):559-67. French. doi: 10.1016/j.bulcan.2015.04.013. Epub 2015 May 26. PMID: 26022288.
31. Lingen MW, Kalmar JR, Karrison T, Speight PM. Critical evaluation of diagnostic aids for the detection of oral cancer. *Oral Oncol.* 2008 Jan;44(1):10-22. doi: 10.1016/j.oraloncology.2007.06.011. Epub 2007 Sep 6. PMID: 17825602; PMCID: PMC2424250.
32. Rusthoven KE, Raben D, Song JI, Kane M, Altoos TA, Chen C. Survival and patterns of relapse in patients with oral tongue cancer. *J Oral Maxillofac Surg.* 2010 Mar;68(3):584-9. doi: 10.1016/j.joms.2009.03.056. Epub 2009 Nov 25. PMID: 19939533.
33. Neville, B. W., D. D. Damm, C. M. Allen, et A. C. Chi. *Oral and maxillofacial pathology.* Saint Louis: Elsevier, 2016.
34. Jane Lea; Gideon Bachar; Anna M. Sawka; Deepak C. Lakra; Ralph W. Gilbert; Jonathan C. Irish; Dale H. Brown; Patrick J. Gullane; David P. Goldstein (2010). *Metastases to level IIb in squamous cell carcinoma of the oral cavity: A systematic review and meta-analysis.* , 32(2), 0–0. doi:10.1002/hed.21163
35. Ford, P.J.; Farah, C.S. (2013). Early detection and diagnosis of oral cancer: Strategies for improvement. *Journal of Cancer Policy*, 1(1-2), e2–e7. doi:10.1016/j.jcipo.2013.04.002

36. Crossman T, Warburton F, Richards MA, Smith H, Ramirez A, Forbes LJ. Role of general practice in the diagnosis of oral cancer. *Br J Oral Maxillofac Surg*. 2016 Feb;54(2):208-12. doi: 10.1016/j.bjoms.2015.11.003. Epub 2015 Dec 10. PMID: 26682494.
37. Begg AC, Haustermans K, Hart AA, Dische S, Saunders M, Zackrisson B, Gustaffson H, Coucke P, Paschoud N, Hoyer M, Overgaard J, Antognoni P, Richetti A, Bourhis J, Bartelink H, Horiot JC, Corvo R, Giaretti W, Awwad H, Shouman T, Jouffroy T, Maciorowski Z, Dobrowsky W, Struikmans H, Wilson GD, et al. The value of pretreatment cell kinetic parameters as predictors for radiotherapy outcome in head and neck cancer: a multicenter analysis. *Radiother Oncol*. 1999 Jan;50(1):13-23. doi: 10.1016/s0167-8140(98)00147-9. PMID: 10225552.
38. Esmaelbeigi F, Hadji M, Harirchi I, Omranipour R, vand Rajabpour M, Zendehdel K. Factors affecting professional delay in diagnosis and treatment of oral cancer in Iran. *Arch Iran Med*. 2014 Apr;17(4):253-7. PMID: 24724601.
39. Kowalski LP, Franco EL, Torloni H, Fava AS, de Andrade Sobrinho J, Ramos G, Oliveira BV, Curado MP. Lateness of diagnosis of oral and oropharyngeal carcinoma: factors related to the tumour, the patient and health professionals. *Eur J Cancer B Oral Oncol*. 1994 May;30B(3):167-73. doi: 10.1016/0964-1955(94)90086-8. PMID: 7920162.
40. Mashberg A, Samit AM. Early detection, diagnosis, and management of oral and oropharyngeal cancer. *CA Cancer J Clin*. 1989 Mar-Apr;39(2):67-88. doi: 10.3322/canjclin.39.2.67. PMID: 2495159.
41. Güneri P, Epstein JB. Late stage diagnosis of oral cancer: components and possible solutions. *Oral Oncol*. 2014 Dec;50(12):1131-6. doi: 10.1016/j.oraloncology.2014.09.005. Epub 2014 Sep 23. PMID: 25255960.
42. Farah CS, McCullough MJ. Oral cancer awareness for the general practitioner: new approaches to patient care. *Aust Dent J*. 2008 Mar;53(1):2-10; quiz 99. doi: 10.1111/j.1834-7819.2007.00002.x. PMID: 18304235.
43. Horowitz AM, Canto MT, Child WL. Maryland adults' perspectives on oral cancer prevention and early detection. *J Am Dent Assoc*. 2002 Aug;133(8):1058-63. doi: 10.14219/jada.archive.2002.0329. PMID: 12198984.
44. Grant, E., Silver, K., Bauld, L. *et al*. The experiences of young oral cancer patients in Scotland: symptom recognition and delays in seeking professional help. *Br Dent J* **208**, 465–471 (2010). <https://doi.org/10.1038/sj.bdj.2010.450>
45. Brouha X, Tromp D, Hordijk GJ, Winnubst J, De Leeuw R. Role of alcohol and smoking in diagnostic delay of head and neck cancer patients. *Acta Otolaryngol*. 2005 May;125(5):552-6. doi: 10.1080/00016480510028456. PMID: 16092550.
46. Wade J, Smith H, Hankins M, Llewellyn C. Conducting oral examinations for cancer in general practice: what are the barriers? *Fam Pract*. 2010 Feb;27(1):77-84. doi: 10.1093/fampra/cmp064. Epub 2009 Oct 15. PMID: 19833822.

47. Van der Waal I, de Bree R, Brakenhoff R, Coebergh JW. Early diagnosis in primary oral cancer: is it possible? *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2011 May 1;16(3):e300-5. doi: 10.4317/medoral.16.e300. PMID: 21441877.
48. Brocklehurst P, Kujan O, O'Malley LA, Ogden G, Shepherd S, Glenny AM. Screening programmes for the early detection and prevention of oral cancer. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 Nov 19;2013(11):CD004150. doi: 10.1002/14651858.CD004150.pub4. PMID: 24254989; PMCID: PMC8078625.
49. Pitchers, M., Martin, C. Delay in referral of oropharyngeal squamous cell carcinoma to secondary care correlates with a more advanced stage at presentation, and is associated with poorer survival. *Br J Cancer* **94**, 955–958 (2006). <https://doi.org/10.1038/sj.bjc.6603044>
50. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Démographie des professionnels de santé : qui sont les médecins en 2018 ? Quelle accessibilité aux médecins généralistes ? Combien d'infirmiers en 2040 ? Un outil de projections d'effectifs de médecins. Mai 2018.
51. Dakpé, S.; Neiva, C.; Testelin, S.; Ganry, O.; Devauchelle, B.; Lapôtre-Ledoux, B. (2015). Faisabilité d'une stratégie de dépistage des lésions malignes de la cavité buccale chez les fumeurs. *Revue de Stomatologie, de Chirurgie Maxillo-faciale et de Chirurgie Orale*, 116(2), 65–71. doi:10.1016/j.revsto.2015.01.009

DEPISTAGE PRECOCE DES CANCERS CAVITE BUCCALE

4700

Cas par an en
France

45%

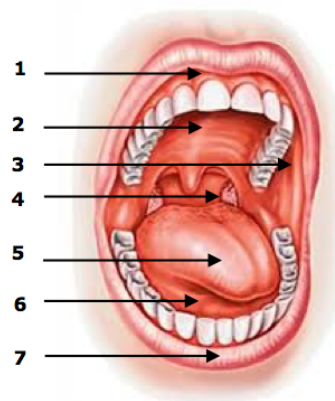
Survie à 5
ans

70%

Diagnostic stade
T3-T4

● **CANCERS DE LA CAVITE BUCCALE REGROUPENT :**

Gencive attachée (1) ; palais (2) ; joue (3) ; amygdale (4) ; langue mobile (5) ; plancher buccal (6) ; muqueuse labiale (7).



● **EPIDEMIOLOGIE**

- Plus fréquent chez l'homme
- En augmentation chez la femme

● **FACTEURS DE RISQUE**

- Alcool
- Tabac

Synergie alcool+tabac

- 45 fois plus de risque

● **PATIENTS A RISQUE :**

- Examen **ANNUEL** de la cavité buccale ET des aires ganglionnaires
- Arrêt du **TABAC** et réduire consommation d'**ALCOOL**
- Consulter si pas d'évolution favorable d'une lésion après **10 JOURS**
- >> **ORIENTER AU MOINDRE DOUTE VERS UN SPECIALISTE POUR BIOPSIE**
- (service de Chirurgie **MAXILLO FACIALE** ou d'**ORL**)



Contact possible : service de chirurgie maxillo faciale CHRU Trousseau Tours

02 47 47 46 11 (prise de rendez-vous)

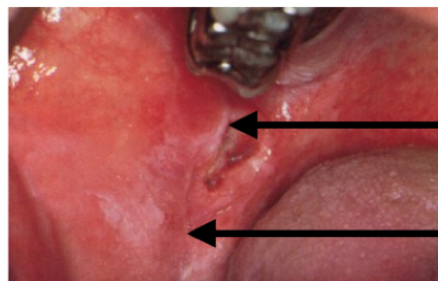


02 47 47 39 21 (médecin référent en cas d'urgence)

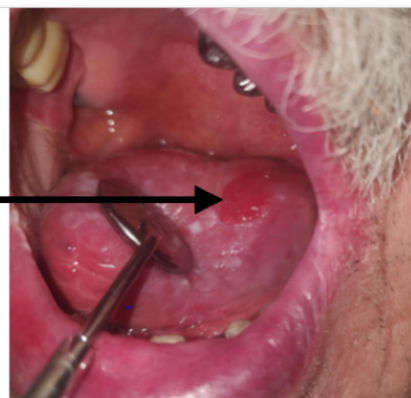


<https://www.chu-tours.fr/etre-soigne-et-rendre-visite-a-un-patient/joindre-le-chru/liste-des-services/chirurgie-maxillo-faciale-plastique-et-brules/>

Lésions suspectes :

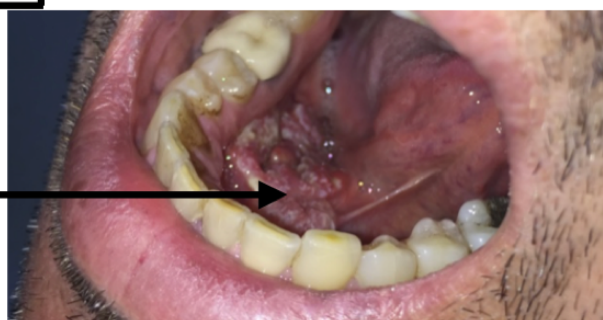


● Lésion
erythroleucoplasique
persistante



● Cancer sur lichen

● Ulcération infiltrée (souvent
indolore et persistante)



● Signes cliniques d'alerte :

- Tuméfaction
- Troubles de la mobilité linguale
- Odynophagie
- Gène ou douleur à la déglutition
- Anesthésie du V3 (territoire du nerf mandibulaire, branche du trijumeau)
- Toute adénopathie cervicale isolée, altération de l'état général (asthénie, perte d'appétit, perte de poids) chez un patient à risque ou non persistant plus de 10 jours
- *Signes associés : gingivorragie ; mobilité dentaire ou instabilité prothétique*

**Pour savoir comment réaliser un examen clinique
de la cavité buccale :**



[https://www.e-cancer.fr/content/download/236037/3238904/
Tutoriel MG detection VADS BD.mp4](https://www.e-cancer.fr/content/download/236037/3238904/Tutoriel_MG_detection_VADS_BD.mp4)

Bibliographie :

* A-V. Guizard, et al. *Survie des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine 1989-2018, cavité buccale*. Institut national du cancer. Décembre 2020.

* Institut national du cancer. *Améliorer la détection précoce des cancers de la cavité buccale*. Janvier 2010.

* Institut national du cancer. *Cancers des voies aérodigestives supérieures/du diagnostic au suivi*. Juillet 2018.

Annexe 2 : Questionnaire d'évaluation de la fiche d'aide au dépistage et orientation diagnostique des cancers de la cavité buccale.

Ce questionnaire est adressé aux médecins généralistes non hospitaliers remplaçants ou installés de la région Centre-Val de Loire. Il ne vous prendra pas plus de 5 minutes à remplir. Il a pour objectif d'évaluer une fiche d'information sur le dépistage précoce des cancers de la cavité buccale.

Vous pouvez retrouver cette fiche sur ce lien :

<https://drive.google.com/file/d/1hLyyB1xYRqMMdk6mwwCgu0LNzjM4mako/view?usp=sharing>

Les cancers de la cavité buccale représentent 4700 nouveaux cas par an en France. Ce qui en fait un des cancers les plus fréquents. Le pronostic est défavorable avec une survie basse pour cause de diagnostic à un stade très avancé.

La formation des médecins généralistes semble à améliorer. Ces derniers paraissent intéressés par la mise à disposition d'un document qui pourrait les aider au dépistage et donc à évoquer ce diagnostic pour permettre une orientation facilitée et plus rapide vers un spécialiste.

Les données issues de ce questionnaire sont anonymisées et serviront pour mon travail de thèse pour l'obtention du grade de docteur en médecine dans le cadre de mon DES de médecine générale.

Je vous remercie du temps que vous prendrez pour le réaliser et de l'aide que vous m'apportez ainsi.

Pour toute question, n'hésitez pas à me contacter.

***Réponse obligatoire**

1. Etes-vous ? * Une seule réponse possible.

- Un homme
- Une femme

2. Par quel moyen avez-vous eu accès à ce questionnaire ? * Une seule réponse possible.

- Conseil départemental de l'ordre des médecins
- CPTS
- Réseaux Sociaux
- L'interne directement
- Autre :

3. Depuis combien d'années exercez-vous ? * Une seule réponse possible.

- Moins de 10 ans
- Entre 10 et 20 ans
- Plus de 20 ans

4. Vous exercez dans un milieu : * Une seule réponse possible.

- Rural
- Semi-rural
- Urbain

5. Quel est votre mode d'activité ? * Une seule réponse possible.

- Seul
- En groupe
- Remplaçant

6. Dans quel département exercez-vous ? * Une seule réponse possible.

- Cher (18)
- Eure-et-Loir (28)
- Indre (36)
- Indre-et-Loire (37)
- Loir-et-Cher (41)
- Loiret (45)

Les questions suivantes portent sur vos pratiques et connaissances avant lecture de la fiche d'information ci-jointe :

7. Comment qualifieriez-vous votre formation universitaire au dépistage des cancers de la cavité buccale ? * Une seule réponse possible.

- Inexistante
- Insuffisante
- Correcte
- Excellente

8. A quand remonte votre dernière mise à jour / FMC sur les cancers de la cavité buccale ? * Une seule réponse possible.

- Moins de 2 ans
- Entre 2 et 5 ans
- Plus de 5 ans
- Je n'en ai jamais eu

9. Selon vous le dépistage des cancers de la cavité buccale est du ressort : * Une seule réponse possible.

- Du dentiste exclusivement
- Le rôle est partagé
- Du médecin exclusivement

10. Pensez-vous avoir les connaissances requises pour dépister efficacement les cancers de la cavité buccale ? * Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

11. Ressentez-vous un besoin de formation sur le dépistage des cancers de la cavité buccale ? * Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

12. Dans votre exercice, à quelle fréquence réalisez-vous un examen de dépistage des cancers de la cavité buccale chez les patients présentant des facteurs de risque (alcool et/ou tabac) ? * Une seule réponse possible.

- Jamais
- Moins d'une fois tous les 2 ans
- Environ une fois tous les 2 ans
- Tous les ans
- Plusieurs fois par an

13. Si vous ne réalisez pas un examen systématique, pour quelle(s) raison(s) ? Plusieurs réponses possibles.

- Manque de connaissance sur l'intérêt d'un dépistage
- Je vois rarement ces patients
- Examen trop difficile
- Ce n'est pas le rôle du médecin généraliste
- Manque de temps
- Manque de matériel
- Je n'y ai pas pensé
- Autre :

14. Réalisez-vous un examen de la cavité buccale chez les patients présentant une plainte à ce niveau ? * Une seule réponse possible.

- Jamais
- Parfois
- Souvent
- Systématiquement

15. Si vous ne réalisez pas l'examen systématiquement en cas de plainte, pour quelle(s) raison(s) ? Plusieurs réponses possibles.

- Manque de connaissance
- Je vois rarement ces patients
- Examen trop difficile
- Ce n'est pas le rôle du médecin généraliste, j'adresse le patient
- Manque de temps
- Manque de matériel
- Je n'y ai pas pensé
- Autre :

16. A combien de lésions suspectes de la cavité buccale êtes-vous confrontés ? * Une seule réponse possible.

- Moins de 5 par an
- Entre 5 et 10 par an
- Entre 10 et 20 par an
- Plus de 20 par an

17. En cas de lésion suspecte de la cavité buccale : * Une seule réponse possible.

- Je propose un traitement avant d'adresser à un médecin spécialisé
- J'oriente le patient vers un dentiste
- J'adresse le patient vers un médecin spécialisé

18. Si vous n'adrezsez pas votre patient directement et que la lésion suspecte persiste, au bout de combien attendez-vous avant de l'orienter ? *Une seule réponse possible.*

- Immédiatement
- 10 jours
- 1 mois
- Plus d'un mois
- Je ne l'adresse pas

19. En cas d'orientation vers un médecin spécialisé, vers qui l'orientez-vous en première intention ? *Une seule réponse possible.*

- L'ORL
- Le chirurgien maxillo-facial
- Le stomatologue (chirurgien oral)
- Le dermatologue

20. A quelle fréquence vous arrive-t-il d'adresser un patient à un spécialiste pour une lésion de la cavité buccale ? * *Une seule réponse possible.*

- Plus de 5 fois par an
- Entre 2 et 5 fois par an
- Moins de 2 fois par an
- Jamais

21. Combien de fois vous est-il arrivé d'adresser un patient pour une lésion suspecte de la cavité buccale qui s'est avérée être une tumeur maligne ? * *Une seule réponse possible.*

- Plus de 10 fois par an
- Plus de 5 fois par an
- Entre 1 et 5 fois par an
- Moins de 1 fois par an
- Jamais

22. Combien de patients ayant ou ayant eu un cancer de la cavité buccale suivez-vous ? * *Une seule réponse possible.*

- Aucun
- Entre 1 et 5
- Entre 5 et 10
- Plus de 10

23. Trouvez-vous qu'il soit facile d'avoir l'avis et d'adresser à un spécialiste ? * *Une seule réponse possible.*

- Oui
- Non

24. Si non, pourquoi ?

Les questions suivantes portent sur la fiche d'information ci-jointe, vous devez donc l'avoir lu au préalable :

25. Trouvez-vous qu'elle soit pertinente et adaptée à la médecine générale ? * *Une seule réponse possible.*

- Oui
- Non

26. Si non, pourquoi ?

27. Aviez-vous connaissance des éléments présents dans cette fiche ? * *Une seule réponse possible.*

- Oui
- Non

28. Va-t-elle modifier votre pratique ? * *Une seule réponse possible.*

- Pas du tout
- Un peu
- Plutôt
- De façon importante

29. Va t-elle vous apporter des outils utiles à votre pratique quotidienne ? * *Une seule réponse possible.*

- Oui
- Non

30. Si non, pourquoi ?

31. Pensez-vous réaliser un examen de la cavité buccale plus fréquemment chez vos patients à risque (alcool et/ou tabac) ? * *Une seule réponse possible.*

- Oui
- Non

32. Si non, pourquoi ?

33. Pensez-vous que cette fiche vous aide à orienter plus rapidement vos patients vers un spécialiste en chirurgie maxillo-facial ou ORL ? * *Une seule réponse possible*

- Oui
- Non

34. Si non, pourquoi ?

35. La fiche d'information vous paraît : * *Une seule réponse possible.*

- Trop courte
- Adaptée
- Trop longue

36. Souhaiteriez-vous des conseils ou des informations supplémentaires dans la fiche ? * *Une seule réponse possible.*

- Oui
- Non

37. Si oui, quelle(s) information(s) souhaiteriez-vous ajouter ?

38. La fiche est-elle ergonomique ? * Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

39. Si non, pourquoi ?

40. Réutiliserez-vous cette fiche dans le futur ? * Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

41. Si non, pourquoi ?

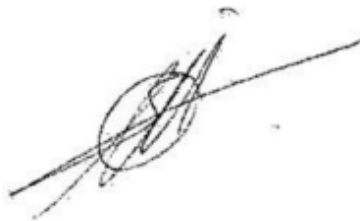
42. Souhaiteriez-vous avoir d'autres moyens de formation sur les cancers de la cavité buccale ? * Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

43. Si oui, par quel(s) moyen(s) ?

44. Avez-vous d'autres remarques ou commentaires ?

Vu, le Directeur de Thèse

A handwritten signature in black ink, consisting of a stylized 'D' followed by a long horizontal stroke.

**Vu, le Doyen
De la Faculté de Médecine de
Tours
Tours, le**

HULOT Guillaume

85 pages – 3 tableaux – 55 figures

Résumé :

Le nombre de nouveaux cas de cancers de la cavité buccale en 2018 était de 4 677. Le pronostic est défavorable avec une survie à 5 ans de 45% pour les cas diagnostiqués entre 2010 et 2015. La cause est un diagnostic à 70% au stade T3 ou T4.

L'intoxication alcool-tabagique est le principal facteur de risque et donc accessible à des mesures de prévention primaire et à une prévention secondaire via un dépistage et un examen clinique de la cavité buccale systématique chez ces patients à risque, facilement réalisable et peu coûteux.

Les cancers surviennent également chez des patients non éthyliques et non tabagiques dans 10% des cas, il s'agit alors de patients chez qui il est primordial de faire un diagnostic précoce.

Le diagnostic précoce améliore grandement les chances de curabilité de la maladie et donc de survie du patient.

Nous avons donc créé une fiche d'aide au dépistage et à l'orientation des cancers de la cavité buccale destinés aux médecins généralistes en région Centre. Le but de cette étude est donc d'évaluer cette fiche par un questionnaire auprès des médecins concernés installés ou remplaçants.

La fiche d'aide et le questionnaire d'évaluation ont été envoyés à l'ensemble des médecins à l'aide des CPTS, conseils départementaux de l'ordre des médecins et réseaux sociaux. Nous avons obtenu 182 réponses.

Les résultats du questionnaire ont montré que la fiche était pertinente et adaptée à la médecine générale. Elle va modifier leur pratique notamment en leur apportant certains outils, en les sensibilisant à réaliser un examen de la cavité buccale plus fréquent chez les patients à risque et en les aidant à orienter plus rapidement les patients vers un spécialiste.

Mots clés : cancer, cavité buccale, médecine générale, dépistage, fiche d'aide

Jury :

Président du Jury : Professeur Sylvain MORINIERE

Directeur de thèse : Docteur Chrystelle QUEIROS

Membres du Jury : Docteur Arnaud PARE
Docteur Pauline UTEZA
Docteur Sylvie TIERCIN

Date de soutenance : 25 Novembre 2022