



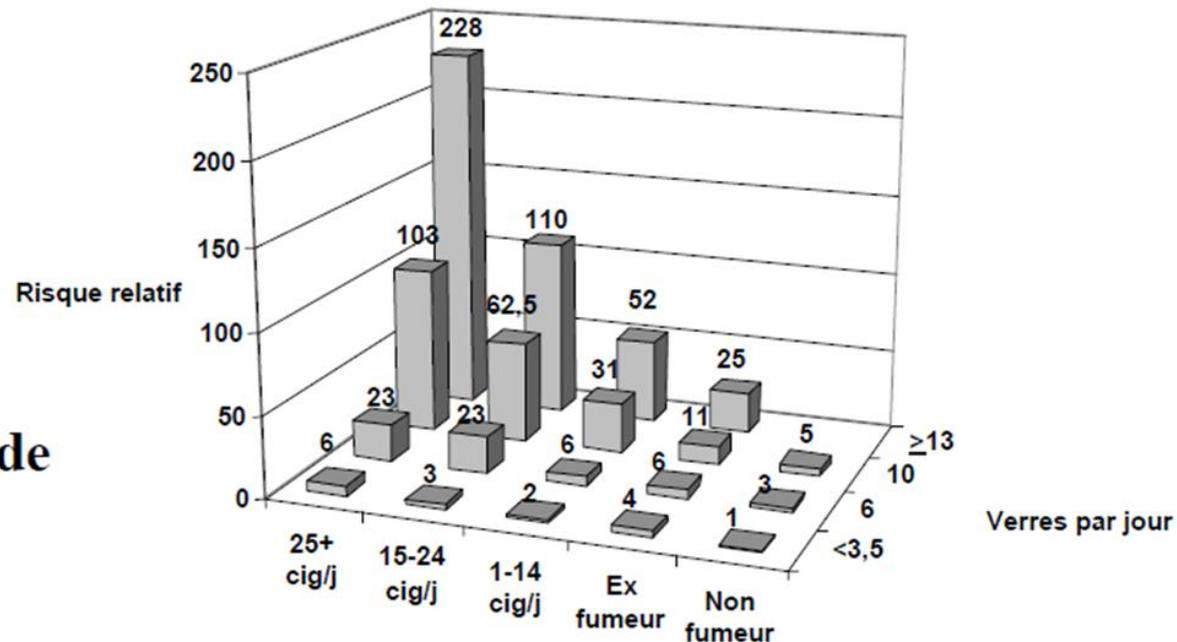
Cancérologie orl

DÉPISTAGE PRÉCOCE ET ADRESSAGE

La multiplication des poisons

- **La conjonction des deux intoxications majeure considérablement le risque**

Risque relatif de cancer de la cavité buccale



- 
- ▶ 179% DE CANCERS DES VADS / Hexagone
 - ▶ Des CHIFFRES : 34/100000 v/s 19/100000 (F)
 - ▶ 14000 NOUVEAUX CAS / an (H et F) en France
 - ▶ >2000 hDf = 14% des K-VADS
 - ▶ Pour 14/1000 de la Population Nationale !!
 - ▶ Surmortalité par cancer #25% + / Hexagone
 - ▶ Dépenses de santé identiques / hexagone
 - ▶ >75% des patients consultent Stade IV
 - ▶ Stade I-> 90% CL v/s Stade IV -> 40% CL (OroP)
 - ▶ Contexte social-Facteurs de risque-Précarité-Pauvreté
 - ▶ Démographie médicale peu glamour (numéris et fuites) □
recrutements ? Déserts médicaux?

Epidémiologie Cavité Buccale France

- ▶ Environ 35% des cancers des VADS
- ▶ 3800 cas/an chez l'homme (en baisse)
- ▶ 2000 cas/an chez la femme (en baisse)
- ▶ 1100 décès/an pour l'homme (en baisse -50% en 20 ans)
- ▶ 400 décès/an chez la femme stable
- ▶ Soit 1,2% des décès par cancers

La réalité de notre bassin de vie

- ▶ 75% DE STADES III ET IV au DIAGNOSTIC
- ▶ 25% DE STADES I ET II au DIAGNOSTIC
- ▶ -----
- ▶ SURVIE (DFS) STADES 3 et 4 A 5 ANS 35%
- ▶ SURVIE (DFS) STADES 1 et 2 A 5 ANS 80%
- ▶ -----
- ▶ « COÛT » STADES 1 et 2 # 6 SEMAINES ITT
- ▶ « COÛT » STADES 3 et 4 # 1 ANNEE ITT
- ▶ -----

Les pistes du succès

- ▶ Etablir une collaboration entre Professionnels de Santé
- ▶ Organiser la DETECTION PRECOCE sur le territoire
- ▶ Décrire un PARCOURS PATIENT IDENTIFIABLE par Professionnels de santé ET par Patients

Anamnèse

Le sujet type

- ▶ Homme
- ▶ 55-65 ans
- ▶ Alcool (plus de 21 USA/semaine)
- ▶ Tabac plus de 20 paquets année
- ▶ Statut professionnel: faible qualification
- ▶ Peu de symptômes spécifiques (angine sans angine, otite sans otite)
- ▶ Ou les 4D

Les indicateurs

- ▶ Antécédents de cancer (œsophage, poumon, vads)
- ▶ Antécédent de radiothérapie du cou
- ▶ Patient suivi en addictologie
- ▶ Consultation spécifique pour une lésion

=>> Sujets à risque!

Les basiques

- ▶ Antécédents médicaux
- ▶ Antécédents chirurgicaux
- ▶ Traitements actuels
- ▶ Alcool (et quantité): une unité d'alcool = 10g = 1 verre standard
- ▶ Tabac (et quantité)
- ▶ Habitudes de vies (selon pertinence)

Plus spécifique, les 4 D

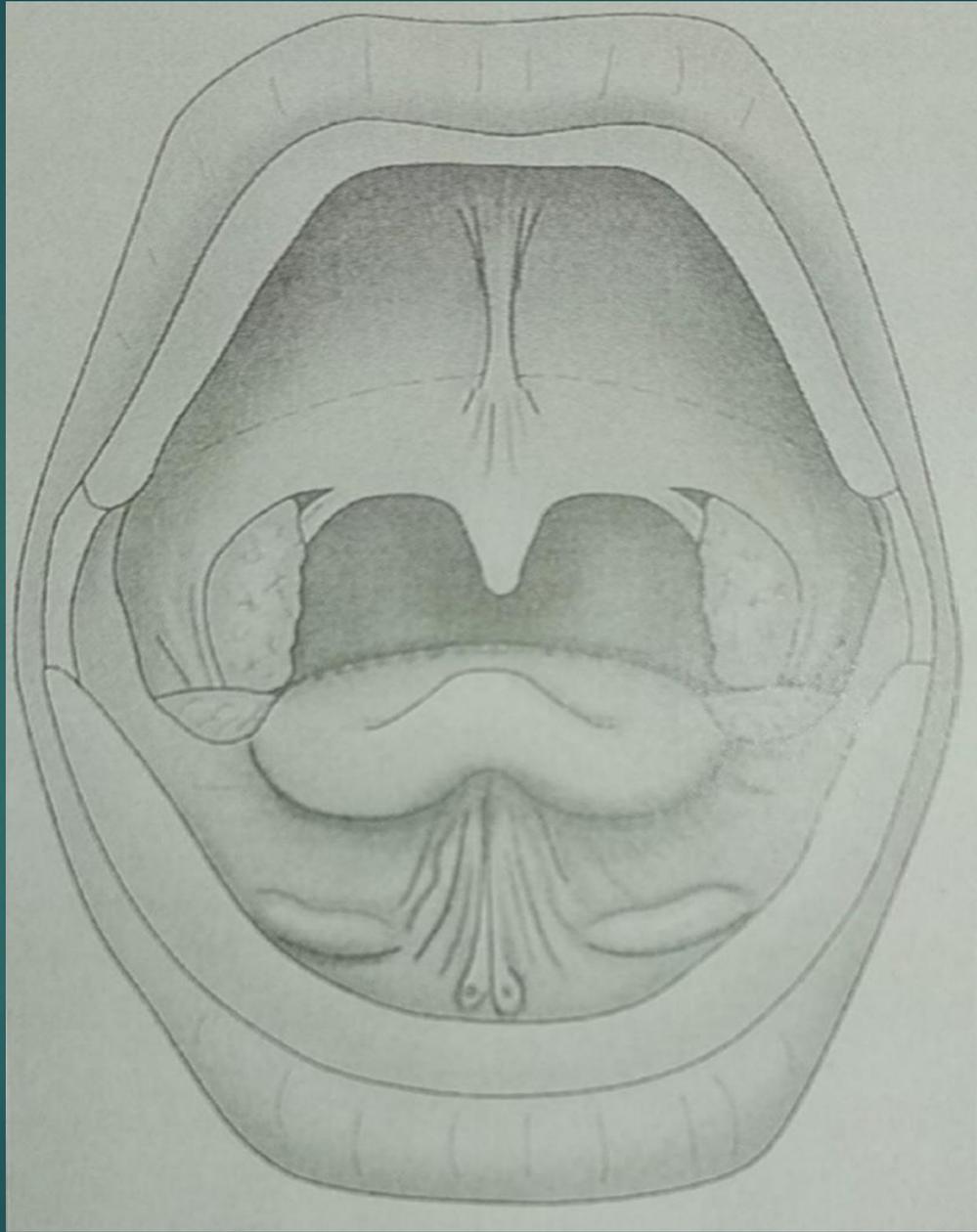
- ▶ Douleur
- ▶ Dyspnée
- ▶ Dysphagie
- ▶ Dysphonie

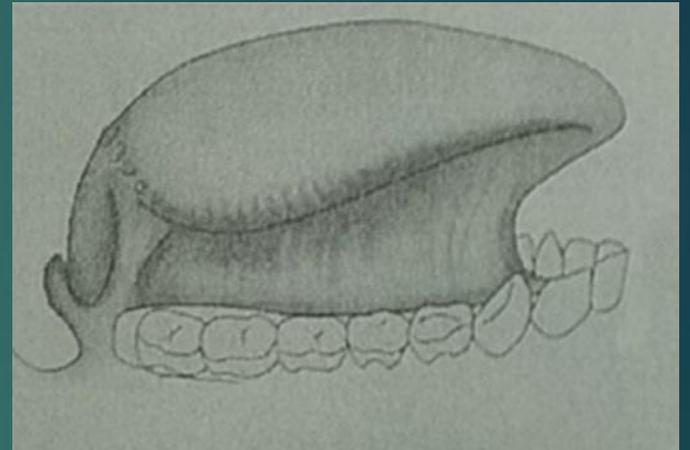
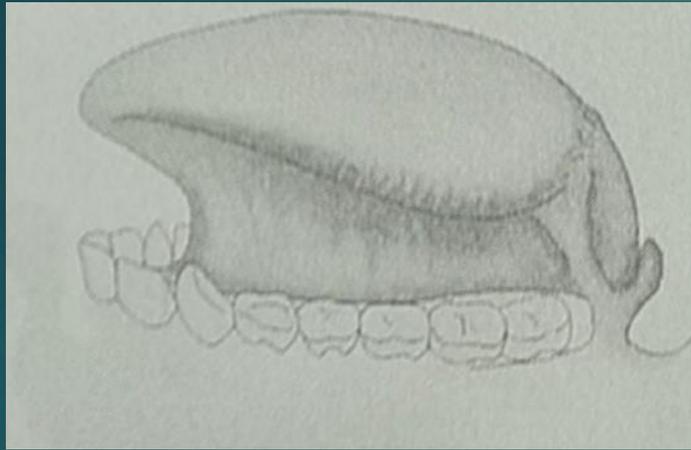
Ces 4 D signes souvent un cancer à un stade avancé et donc le « quartet perdant »

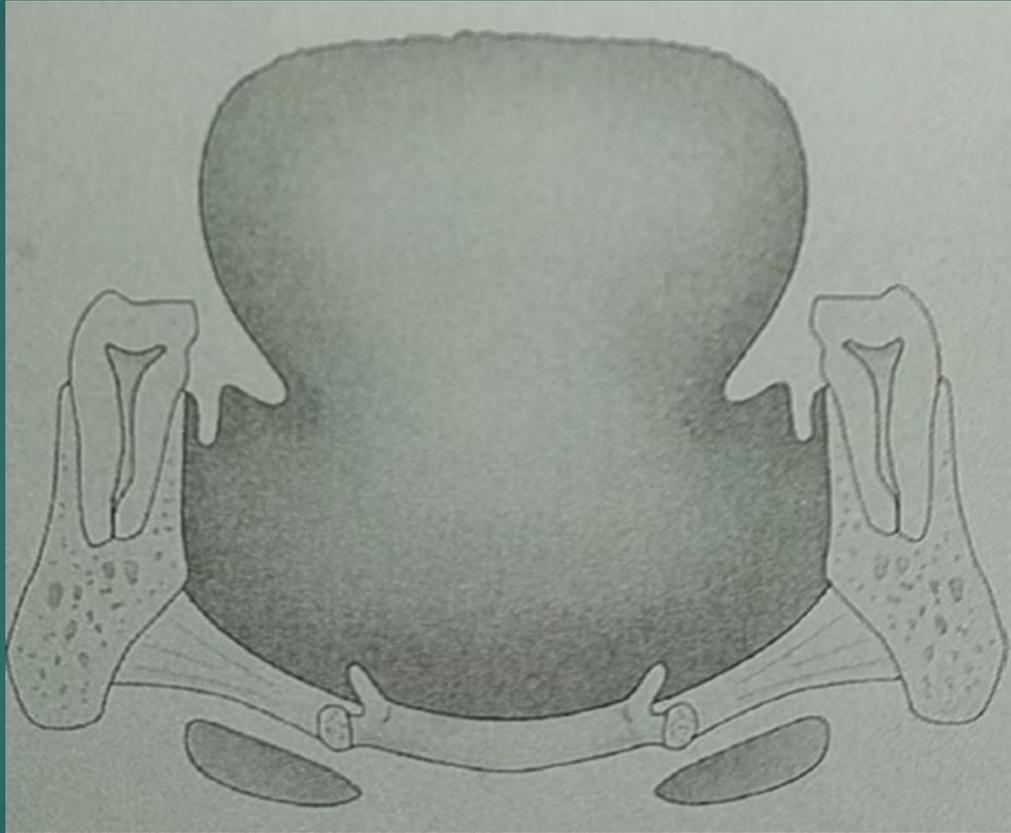
Examen clinique

Emplacement de la lésion

- ▶ Normalisation du langage très important pour se comprendre
 - ▶ Gencive ou rebord alvéolaire sup ou inf
 - ▶ Plancher buccal antérieur
 - ▶ Plancher buccal latéral dt ou g
 - ▶ Face dorsale de la langue mobile
 - ▶ Bord (dt/g) ou pointe de la langue mobile
 - ▶ Face ventrale de la langue mobile
 - ▶ Sillon pelvi lingual
 - ▶ Zone de jonction base/mobile de la langue
 - ▶ Face interne de la joue
 - ▶ Face interne des lèvres
 - ▶ Vestibule sup ou inf
 - ▶ Commissure inter maxillaire
 - ▶ Palais osseux







Les lésions extra buccales

- ▶ En cas d'asymétrie
- ▶ En cas de voussure suspecte
- ▶ En cas de lésion dermatologique suspecte
 - ▶ N'hésitez pas à photographier!

Taille et forme de la lésion

- ▶ Taille en cm, selon le grand axe
- ▶ Forme générale, étendue en relief (bourgeonnant) ou non

Lexique de la lésion élémentaire

- ▶ Abrasion/ érosion: perte de substance superficielle et circonscrite,
- ▶ Aphte: ulcération buccale très douloureuse,
- ▶ Bulle: élevation de la muqueuse plus ou moins hémisphérique contenant une sérosité claire ou hémorragique, le toit se rompt facilement laissant une érosion post bulleuse,
- ▶ Erythème: lésion rouge plus ou moins marquée, disparaissant à la vitropression correspondant à un état inflammatoire,
- ▶ Erythroplasie: plaque rouge vif généralement bien limitée, souple, velouté résistant aux traitements médicaux (correspondant à une oin voir un carcinome superficiel),
- ▶ Kératose/lésion blanche/leucoplasie: non détachable au grattage, correspond à un épaissement de la couche superficielle de la muqueuse,
- ▶ Macule: petite tache plus ou moins ronde et plate jusqu'à 1 cm de diamètre,
- ▶ Papule petite élevation plus ou moins ronde et saillante de 1 à quelques mm de diamètre de couleur variable,
- ▶ Ulcération: perte de substance plus ou moins profonde (érosion profonde)
- ▶ Vésicule petite cavité 1-2 mm contenant une sérosité claire, après rupture, elle laisse une érosion petite et ronde.

D'autres termes importants

- ▶ Homogène/ inhomogene
- ▶ Bourgeonnant
- ▶ infiltrant

Consistance

- ▶ Dure (l'induration signe une possible infiltration)
- ▶ Ferme
- ▶ souple

Les indices de malignité

- ▶ Lésion inhomogène (mélange de teintes, consistance etc)
- ▶ Lésion présente depuis un certain temps ne guérissant pas
- ▶ Ulcération/bourgeonnement
- ▶ La localisation d'une lésion maligne est par ordre décroissant de fréquence : la langue, le plancher buccal, les lèvres, les joues et les sillons vestibulaires, la gencive et le palais.
- ▶ La lésion « rouge », plus de risque de cancer, surtout si associé à des facteurs de risque,

Palpations



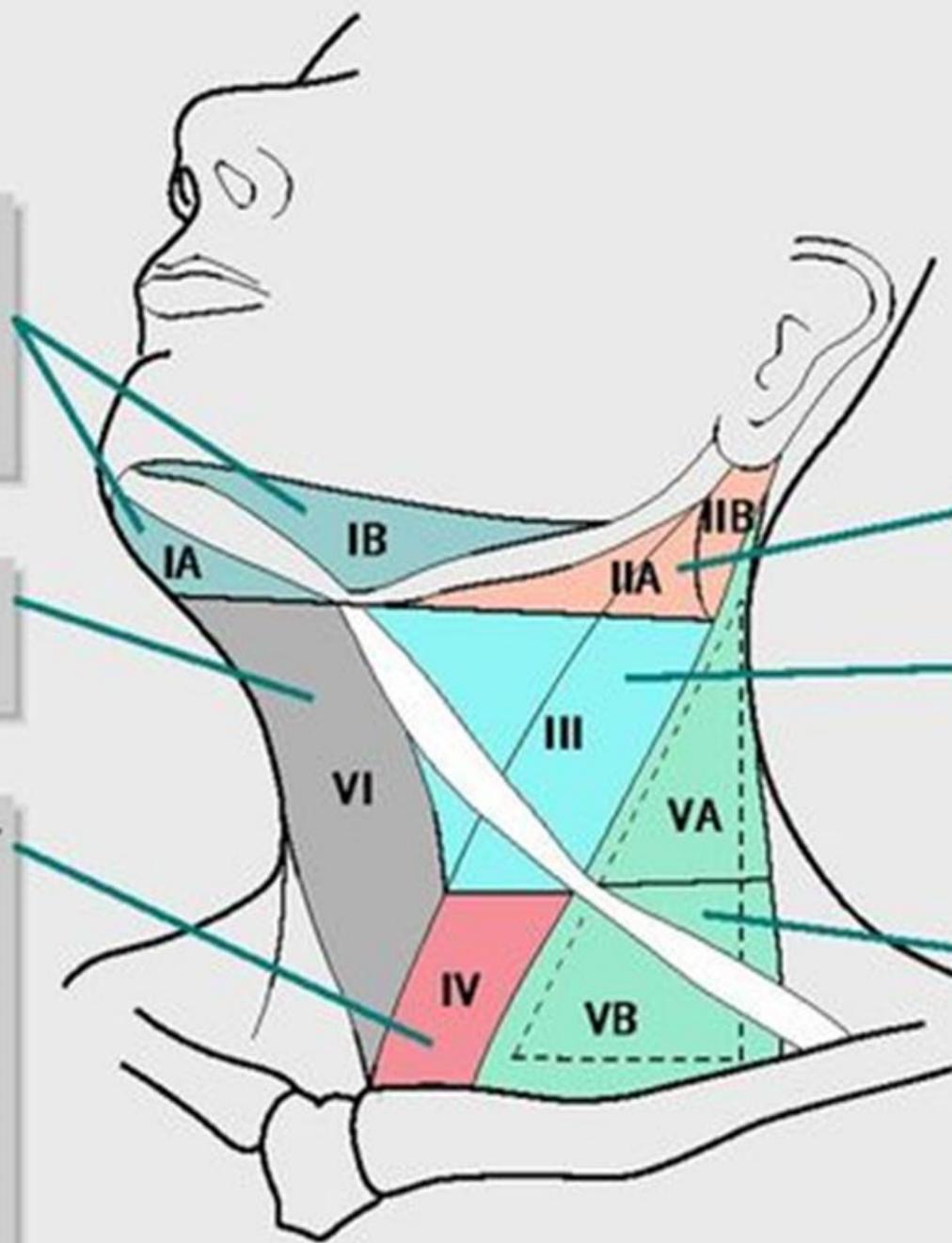
Les ganglions du cou

- ▶ « Une affaire réglée »
- ▶ 90% Des adénopathies cervicales maligne ont une origine sus claviculaire

Level I or submental and submandibular nodes: lip, oral cavity, skin of lower face

Level VI or paratracheal nodes: thyroid, larynx

Level IV or supraclavicular nodes: larynx, hypopharynx, thyroid
Non-head or neck sites: lung, breast, gastrointestinal or genito-urinary tract



Level II or upper jugular nodes: oropharynx (tonsil, tongue base), parotid

Level III or mid jugular nodes: hypopharynx, thyroid

Level V or posterior triangle nodes: scalp, lymphoma, nasopharynx



Conduite à tenir

Faites appel à un spécialiste!

- ▶ En cas de détection d'une lésion suspecte, il faut adresser
- ▶ Ne pas laisser le patient s'en charger
- ▶ Un adressage accompagné est un adressage réussi et permet une prise en charge plus rapide
 - ▶ Pour cela:
 - ▶ Remplir le document de liaison
 - ▶ Annoter le schéma fournit
 - ▶ Photographie



En résumé

- 
- ▶ Devant une lésion suspect, au moindre doute, n'hésitez pas à faire appel à un service d'ORL.
 - ▶ Plusieurs possibilités
 - ▶ Tout va bien, lésion bénigne ne nécessitant pas de prise de rendez-vous rapide, vous pouvez faire appel à votre réseau habituel de spécialiste (chirurgie buccale ou autre),
 - ▶ Il y a un doute, dans ce cas, il vous sera proposé de prévoir pour le patient un rendez-vous dans le service directement,
 - ▶ Il n'y a pas de doute, le patient sera directement contacté pour débiter la prise en charge.

Dans ces deux derniers cas vous recevrez un compte rendu explicatif.