



HAL
open science

Étude descriptive des lésions de la muqueuse buccale observées dans une population à risque à Bordeaux, France

Laetitia Selva

► **To cite this version:**

Laetitia Selva. Étude descriptive des lésions de la muqueuse buccale observées dans une population à risque à Bordeaux, France. Chirurgie. 2016. dumas-01252222

HAL Id: dumas-01252222

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01252222>

Submitted on 7 Jan 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**Université de Bordeaux
Collège des Sciences de la Santé
UFR des Sciences Odontologiques**

Année 2016

N°2

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME d'ETAT de DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement

Par **Laetitia SELVA,**
née le 23/11/1989 à Bordeaux
Le 04 janvier 2016

**Etude descriptive des lésions de la muqueuse buccale
observées dans une population à risque à Bordeaux,
France**

Directeur de thèse :

Dr Sylvain CATROS

Membres du jury

Président	M. J.C. FRICAIN	Professeur des Universités
Directeur	M. S.CATROS	Maitre de Conférence des Universités
Rapporteur	Mme S. BRUNET	Maitre de Conférence des Universités
Assesseur	M. J.M. MARTEAU	Maitre de Conférence des Universités

AVANT PROPOS ET REMERCIEMENTS

A notre Président de Jury de thèse,

Monsieur le Professeur Jean-Christophe FRICAIN,
Professeur des Universités
Praticien Hospitalier
Sous section Chirurgie buccale - Pathologie et Thérapeutique 57-02

Vous nous faites l'honneur de présider ce jury et de juger notre travail. Nous vous remercions de votre présence et de la qualité de vos enseignements durant notre parcours. Veuillez trouver dans ce travail le témoignage de notre respect et de notre reconnaissance.

A notre directeur de thèse,

Monsieur le Dr Sylvain CATROS,
Maitre de Conférence
Praticien Hospitalier
Sous section Chirurgie buccale - Pathologie et Thérapeutique 57-02

Vous nous avez fait l'honneur de bien vouloir accepter la direction de notre travail de thèse et de nous proposer de prendre part à cette étude. Votre enseignement théorique et clinique fut riche et précieux. Nous vous sommes reconnaissants de votre bienveillance, de votre soutien, de votre disponibilité et de votre écoute attentive. Nous espérons continuer à bénéficier longtemps de votre expérience. Nous vous prions de bien vouloir trouver ici le témoignage de notre reconnaissance.

A notre rapporteur de thèse,

Madame le Dr Sylvie BRUNET
Maitre de Conférence
Praticien Hospitalier
Sous section Chirurgie buccale – Pathologie et Thérapeutique 57-02

C'est avec beaucoup de gentillesse que vous avez accepté de juger ce travail et d'être notre rapporteur. Nous vous remercions d'avoir accepté de faire partie de notre jury et vous remercions également de la qualité de votre enseignement clinique tout au long de notre formation. Veuillez trouver ici l'expression de notre sincère reconnaissance.

A notre membre du Jury,

Monsieur le Dr Jean-Marie MARTEAU
Maitre de Conférence
Praticien Hospitalier
Sous section Chirurgie buccale – Pathologie et Thérapeutique 57-02

Nous vous remercions du grand honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail et espérons qu'il puisse retenir votre attention. Nous vous remercions également de l'écoute et de la bienveillance dont vous avez fait preuve tout au long de notre formation. Nous vous remercions de la grande qualité de vos enseignements. Nous vous prions de bien vouloir trouver ici l'expression de notre profonde gratitude, notre respect, ainsi que notre intérêt pour votre discipline.

Nous tenons également à remercier sincèrement le Dr Elise ARRIVE, pour son aide, le Dr Yves DELBOS et Monsieur Benoit CROS pour leur aide à la mise en page d'un tableau surdimensionné.

A mes parents, Alain et Dominique, pour leur aide sans faille, leur présence au quotidien, sans vous je n'en serai pas là.

A ma maman, qui m'a soutenue et m'a soulagée de toutes les tâches quotidiennes pendant de nombreuses années, m'a préparé de bons petits plats pour éviter que je ne mange rien ou n'importe quoi. Tu m'as tellement soulagée au quotidien dans toutes ces corvées ingrates, un grand merci pour ton soutien !

A papa, pour ta bienveillance, tes attentions dans tous les moments difficiles, et il y en a eu. Merci pour ton aide dans les tâches administratives auxquelles je ne comprenais rien, tu m'as permis d'avoir l'esprit plus léger pendant ma scolarité, merci !

A Romain, mon compagnon de vie, qui a supporté au quotidien, mes passages de rire aux larmes, mes crises de stress, ma colère, ma fatigue et qui m'a toujours soutenue et portée. Tu es mon pilier, merci d'être dans ma vie.

A Cristiana, pour ton aide précieuse sur Word. Tu m'as fait gagner beaucoup de temps tout en restant dans la bonne humeur et tu m'as évité de m'arracher quelques cheveux, merci !

A mon frère, Florian, et ma sœur, Crysta, pour leur bonne humeur et leur soutien, ainsi que toutes les belles surprises que vous avez pu me faire.

A Amandine, ma cousine, ma meilleure amie, ma confidente, celle avec qui je partage tout depuis la P1 et qui aujourd'hui est psychiatre, je suis si fière ! Merci d'être toujours là, dans les bons comme dans les mauvais moments. Merci pour ces soirées à Toulouse, ces fous-rires, en espérant qu'il y en ait encore d'autres!

A Elodie, merci de nous avoir invité dans ton monde kawai au Japon, merci de nous avoir donné l'occasion de faire notre plus beau voyage. Merci pour ta folie, et ton sérieux aussi parfois, merci d'être toi !

A ma grand-mère, Lucienne, qui trop souvent n'a pas osé m'appeler de peur de me déranger dans mes études. Merci mamie pour tous ces bons gâteaux de Noël !

A mes oncles et tantes, Michèle, Jean-Baptiste, Bernard, Josie, Pierrot et Anne-Marie qui ont toujours cru en moi.

A mes cousins, Lucie, qui m'a fait l'honneur d'être la marraine de sa fille, Léa, de qui je suis extrêmement fière ; Pierre et Barbara ; Michel et Camille. Merci d'être mes soutiens !

A mes amies, Pauline d'abord, qui a été un soutien incroyable et une formidable amie. Merci pour ces belles années en espérant qu'il y en ait encore tellement d'autres. A Annabelle, Claire, Aurélie, vous m'avez tellement apporté.

A mes amies d'enfance, Aurélie, Delphine, Chloé, Sandrine et Fanny, qui sont et seront toujours là.

A mes amis, Pauline, Aurélien, JB, Julie, Cyprien qui m'ont tellement fait rire quand ça n'allait pas, parfois même sans le savoir. A nos apéros et soirées rugby-pizza !

A mes amis et collègues, Benoit, Agnès et Delphine qui ont cru en moi, m'ont aidé à prendre confiance et m'ont tellement apporté, tant au niveau professionnel que personnel. J'ai beaucoup appris avec vous, et en apprendrai encore tant d'autres, merci pour tout !

A mes patients qui m'ont fait confiance et me donnent envie de continuer ce métier.

Président M. TUNON DE LARA Manuel
Directeur de Collège des Sciences de la Santé M. PELLEGRIN Jean-Luc

COLLEGE DES SCIENCES DE LA SANTE UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE DES SCIENCES ODONTOLOGIQUES

Directrice	Mme BERTRAND Caroline	58-02
Directrice Adjointe – Chargée de la Formation initiale	Mme ORIEZ-PONS Dominique	58-01
Directeur Adjoint – Chargé de la Recherche	M. FRICAIN Jean-Christophe	57-02
Directeur Adjoint – Chargé des Relations Internationales	M. LASSERRE Jean-François	58-02

ENSEIGNANTS DE L'UFR

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mme	Caroline	BERTRAND	Prothèse dentaire	58-02
Mme	Marie-José	BOILEAU	Orthopédie dento-faciale	56-02
Mme	Véronique	DUPUIS	Prothèse dentaire	58-02
M.	Jean-Christophe	FRICAIN	Chirurgie buccale – Pathologie et thérapeutique	57-02

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme	Elise	ARRIVÉ	Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale	56-03
Mme	Cécile	BADET	Sciences biologiques	57-03
M.	Etienne	BARDINET	Orthopédie dento-faciale	56-02
M.	Michel	BARTALA	Prothèse dentaire	58-02
M.	Cédric	BAZERT	Orthopédie dento-faciale	56-02
M.	Christophe	BOU	Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale	56-03
Mme	Sylvie	BRUNET	Chirurgie buccale – Pathologie et thérapeutique	57-02
M.	Sylvain	CATROS	Chirurgie buccale – Pathologie et thérapeutique	57-02
M.	Stéphane	CHAPENOIRE	Sciences anatomiques et physiologiques	58-03
M.	Jacques	COLAT PARROS	Sciences anatomiques et physiologiques	58-03
M.	Jean-Christophe	COUTANT	Sciences anatomiques et physiologiques	58-03
M.	François	DARQUE	Orthopédie dento-faciale	56-02
M.	François	DE BRONDEAU	Orthopédie dento-faciale	56-02
M.	Yves	DELBOS	Odontologie pédiatrique	56-01
M.	Raphael	DEVILLARD	Odontologie conservatrice- Endodontie	58-01
M.	Emmanuel	D'INCAU	Prothèse dentaire	58-02
M.	Bruno	ELLA NGUEMA	Sciences anatomiques et physiologiques	58-03
M.	Dominique	GILLET	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01
M.	Jean-François	LASSERRE	Prothèse dentaire	58-02
M.	Yves	LAUVERJAT	Parodontologie	57-01
Mme	Odile	LAVIOLE	Prothèse dentaire	58-02
M.	Jean-Marie	MARTEAU	Chirurgie buccale – Pathologie et thérapeutique	57-02
Mme	Javotte	NANCY	Odontologie pédiatrique	56-01
M.	Adrien	NAVAUD	Prothèse dentaire	58-02
Mme	Dominique	ORIEZ	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01
M.	Jean-François	PELI	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01

M.	Philippe	POISSON	Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale	56-03
M.	Patrick	ROUAS	Odontologie pédiatrique	56-01
M.	Johan	SAMOT	Sciences biologiques	57-03
Mme	Maud	SAMPEUR	Orthopédie dento-faciale	56-02
M.	Cyril	SEDARAT	Parodontologie	57-01
Mme	Noélie	THEBAUD	Sciences biologiques	57-03
M.	Eric	VACHEY	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01

ASSISTANTS

Mme	Audrey	AUSSEL	Sciences biologiques	57-03
M.	Wallid	BOUJEMAA AZZI	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01
M.	Julien	BROTHIER	Prothèse dentaire	58-02
M.	Mathieu	CONTREPOIS	Prothèse dentaire	58-02
M.	Guillaume	CRESTE	Prothèse dentaire	58-02
Mme	Clarisse	DE OLIVEIRA	Orthopédie dento-faciale	56-02
M.	Cédric	FALLA	Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale	56-03
M.	Guillaume	FENOUL	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01
Mme	Elsa	GAROT	Odontologie pédiatrique	56-01
M.	Nicolas	GLOCK	Sciences anatomiques et physiologiques	58-03
Mme	Sandrine	GROS	Orthopédie dento-faciale	56-02
Mme	Olivia	KEROUREDAN	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01
Mme	Alice	LE NIR	Sciences anatomiques et physiologiques	58-03
Mme	Karine	LEVET	Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale	56-03
M.	Alexandre	MARILLAS	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01
Mme	Marie	MÉDIO	Orthopédie dento-faciale	56-02
Mme	Darrène	NGUYEN	Sciences biologiques	57-03
M.	Alice	NOUREDDINE	Prothèse dentaire	58-02
Mme	Chloé	PELOURDE	Orthopédie dento-faciale	56-02
Mme	Candice	PEYRAUD	Odontologie pédiatrique	56-01
M.	Jean-Philippe	PIA	Prothèse dentaire	58-02
M.	Mathieu	PITZ	Parodontologie	57-01
Mme	Charlotte	RAGUENEAU	Prothèse dentaire	58-02
M.	Clément	RIVES	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01
M.	François	ROUZÉ L'ALZIT	Prothèse dentaire	58-02
M.	François	VIGOUROUX	Parodontologie	57-01
			Chirurgie buccale – Pathologie et thérapeutique	57-02
			Chirurgie buccale – Pathologie et thérapeutique	57-02

TABLE DES MATIERES

1. INTRODUCTION	8
2. MATERIEL ET METHODE	12
2.1. SCHEMA D'ETUDE	12
2.2. CRITERES D'INCLUSION ET DE NON-INCLUSION :.....	12
2.3. RECUEIL DES DONNEES FLUO-K.....	12
2.4. RECUEIL DES DONNEES PROPRES A CE TRAVAIL DE THESE.....	12
3. RESULTATS	14
3.1. RESULTATS ISSUS DU RAPPORT D'ANALYSES STATISTIQUES FLUO-K (ANNEXE).....	14
3.2. RESULTATS PROPRES A LA THESE.....	15
3.3. SYNTHESE DES RESULTATS OBTENUS	21
4. DISCUSSION.....	24
4.1. INTERET DU TRAVAIL.....	24
4.2. METHODE DE RECHERCHE	24
4.3. RESULTATS OBTENUS	24
5. CONCLUSION	28
6. BIBLIOGRAPHIE.....	29
7. ANNEXES	32

1. INTRODUCTION

On recense dans le monde actuellement plus de deux milliards de consommateurs d'alcool et plus d'1,3 milliard de consommateurs réguliers de tabac (1)

L'usage abusif d'alcool entraîne 3,3 millions de décès par an dans le monde, ce qui représente 5,9% des décès. Chez les 20-39 ans, environ 25% du nombre total des décès peut être attribué à l'alcool. L'impact sur la santé des individus va être déterminé par la quantité d'alcool absorbé ainsi que son mode de consommation. Il existe une différence entre hommes et femmes, aussi bien au niveau des quantités absorbées et mode de consommation qu'au niveau de l'impact de l'alcool sur la morbidité et la mortalité. Chez les hommes, le pourcentage de décès attribuables à l'alcool est de 7,6% tandis qu'il avoisine les 4,0% chez les femmes. L'impact sur le bien être de l'individu peut également être important, tant au niveau économique que social (2).

L'OMS a donc défini des seuils de consommation afin que l'individu ne bascule pas dans une consommation nocive d'alcool. Ces seuils sont différents en fonction du sexe : pas plus de 21 verres par semaine chez l'homme (soit 3 verres par jour en moyenne), tandis que chez la femme, l'OMS conseille de ne pas dépasser 14 verres par semaine (soit 2 verres par jour en moyenne) en usage régulier. Pour l'usage ponctuel, l'OMS recommande de ne pas dépasser 4 verres par occasion. Enfin, il est recommandé d'avoir au moins un jour d'abstinence totale de consommation d'alcool par semaine. Ces seuils doivent cependant être abaissés dans certains cas, notamment en cas de situation à risque (conduite de véhicules, travail sur des machines dangereuses, poste de sécurité...), ou en cas de risque individuel accru (consommation associée à d'autres produits ; pathologie organique ou psychiatrique associée ; modification de la tolérance en raison du faible poids, de l'état de fatigue ; situation physiologique particulière, comme la grossesse). Cependant, même une consommation modérée d'alcool est associée à un risque augmenté de cancer des VADS (Voies Aéro-Digestives Supérieures), du foie, du sein et du colon-rectum (3).

Le tabac est considéré comme un véritable fléau dans le domaine de la santé publique. En effet, un fumeur régulier sur deux décèdera d'une pathologie liée à sa consommation de tabac. Une consommation régulière de tabac diminue l'espérance de vie de 20 à 25 ans (4).

Tous les modes de consommation de tabac sont un facteur de risque des cancers des voies aéro-digestives supérieures (tabac fumé : pipe, cigarette, cigare ; ou non fumé, par exemple chiqué, qui entraîne de nombreuses altérations cytologiques et génétiques (5-7).

98% des patients atteints de cancer des VADS ont plus de 40 ans. Dans les pays industrialisés, les hommes sont deux à trois fois plus concernés que les femmes (du fait d'une consommation d'alcool et de tabac plus importante chez les hommes), bien que cette différence ait tendance à s'amenuiser, la consommation d'alcool et de tabac des femmes augmentant. Le tabac est responsable de 40 à 45% des causes de décès par cancers, et de 95% des cancers oraux. Le cannabis n'a pas encore été établi comme facteur de risque des cancers oraux quand consommé seul. L'alcool est un facteur de risque si associé à d'autres facteurs environnementaux reconnus comme carcinogènes, et notamment le tabac (8). Il y a une potentialisation des effets carcinogènes de l'alcool et du tabac lorsque la prise est concomitante (9,10) et les alcools les plus à risques seraient la bière, le vin, et les spiritueux (9).

De plus, la consommation régulière de tabac ou l'association d'alcool et de tabac réduirait de manière significative la richesse de la flore bactérienne buccale d'après une récente étude (1).

L'examen clinique visuel et l'examen complémentaire histologique restent les deux examens de base pour le dépistage des lésions potentiellement malignes de la cavité buccale. Il y a eu, en 2005, 7500 nouveaux cas de cancers buccaux recensés par le Registre Francim et 1875 décès attribuables à ces cancers buccaux. Ceux ci sont dépistés tardivement à l'heure actuelle en France (au stade T3 ou T4), ce qui explique leur mauvais

taux de survie (40% à 5 ans). Celui-ci n'a d'ailleurs pas évolué depuis 1989 (11). Le taux de survie est également lié au site de la lésion qui a une influence sur la précocité de dépistage et sur l'extension éventuelle de celle-ci (6).

Un dépistage de masse n'est pas envisageable à l'heure actuelle compte-tenu du coût que celui-ci représenterait. Une formation avancée des chirurgiens-dentistes, une consultation régulière des patients chez le dentiste (et donc une prévention primaire suffisante) ainsi qu'un examen visuel et histologique correctement menés semblent donc être la clé pour améliorer les résultats de la France en terme de dépistage précoce des cancers des VADS. En effet, notons que sur 27 pays européens, la France est en 13^{ème} position dans le classement décroissant des incidences des cancers de la cavité buccale chez les hommes (6^{ème} chez les femmes) mais que sur 23 pays, dans le classement de la survie à ces cancers, la France est 20^{ème} pour les cancers tête et cou (12).

L'examen visuel permet de mettre en évidence une, ou une association de plusieurs lésions élémentaires, que l'on qualifie de primaire ou de secondaire suivant leur ordre d'apparition. Ces lésions élémentaires sont observables macroscopiquement à l'examen clinique ou microscopiquement lors de l'examen histologique. L'étude histologique de ces lésions élémentaires, couplée à l'anamnèse et à la localisation de ces lésions, permet ensuite d'aboutir à un diagnostic clinique de la pathologie responsable de ces dernières.

La lésion élémentaire est donc la lésion primitive non modifiée de la muqueuse. Elle peut être simple à retrouver car nette et permanente ou plus difficile à mettre en évidence en fonction de sa localisation, son évolution et des thérapeutiques en cours notamment. L'observation, la palpation et bien souvent une aide optique sont nécessaires à l'étude de ces lésions élémentaires. La lésion élémentaire primaire est donc à différencier des lésions élémentaires secondaires qui sont la suite d'une transformation spontanée ou provoquée (traumatisme notamment) de la muqueuse buccale.

La lésion élémentaire aura également des critères morphologiques importants à décrire pour guider le praticien dans l'établissement du diagnostic clinique. Ainsi la taille, la forme (régulière ou irrégulière), les limites (nettes ou diffuses), l'agencement (disséminé, groupé, confluent) et l'extension (locale, régionale ou générale) sont autant de critères à observer (13,14).

Les lésions élémentaires primaires sont celles qui apparaissent en premier sur une peau ou une muqueuse initialement saine. Elles sont représentées par les macules (ou tâches), les érythèmes, les dyschromies, les squames, les papules, les nodules, les tubercules, les gommages, les tumeurs, les vésicules, les bulles et les pustules. Nous décrivons ici les lésions élémentaires primaires les plus fréquemment retrouvées.

Les *macules* sont des tâches circonscrites de taille et de forme variables correspondant à une simple modification de couleur. La plupart du temps ses limites sont nettes et elles ne présentent ni relief ni infiltration. Elles peuvent être unique ou multiples, localisées ou diffuses et sont la conséquence d'un excès ou d'un défaut de pigmentation, ou d'un trouble de la circulation. Elles sont classées en fonction de leur couleur et des effets à la vitro pression (pression à l'aide du pouce) : macules érythémateuses, vasculaire, purpurique, pigmentaire, achromique ou hypochromique.

Les *érythèmes* sont des rougeurs congestives qui s'effacent à la vitro pression. Ils sont le plus souvent rouge-rose, maculeux ou maculo-oedémateux.

Les *dyschromies* sont majoritairement maculeuses et peuvent être légèrement squameuses. Elles sont extrêmement nombreuses et variées ce qui les rend très difficiles à classer. Il y a des hyperpigmentations ou des hypopigmentations, elles sont locales régionales ou générales. Elles peuvent être liées à une cause générale (vitiligo), toxique (médicaments photosensibilisants) ou locale (parfum au soleil). Si la dyschromie est en relief, elle sera classée parmi les nodules, les papules ou les tumeurs.

Les *squames* ne sont visibles que lorsque l'épiderme est concerné. Ils peuvent faire suite à un érythème ou apparaître en même temps que ce dernier. Leur structure est différente selon la pathologie et ils sont à différencier des croûtes qui sont une lésion élémentaire secondaire. Ils peuvent être locaux ou généralisés et peuvent apparaître d'emblée ou faire suite à une pathologie.

Les *papules* sont de petites élevures en plateau caractérisées par un diamètre inférieur à 1cm. Elles sont solides, non oedémateuses, ou oedémateuses, isolées ou confluentes sous forme de plaque que l'on appelle nappe papuleuse. L'épithélium peut être seul concerné ou le tissu conjonctif sous-jacent peut être également concerné. Des squames peuvent parfois y être associés.

Les *nodules* sont des structures fermes, facilement palpables car saillantes de plus d'un centimètre de diamètre. Ils peuvent être bien définis ou aux limites diffuses. Devant un nodule, il faut avant tout évoquer une étiologie bénigne, virale ou maligne. On distingue différents nodules selon leur localisation histologique : nodule épidermique, dermo-épidermique, dermique, hypodermique.

Les *tumeurs* sont des néoformations caractérisées par leur tendance à s'accroître et à persister et par leur caractère non inflammatoire. Elles peuvent former des nodules ou des placards infiltrés. S'il s'agit d'une lésion unique, il faut suspecter une tumeur bénigne ou maligne. S'il y a de multiples lésions, un lymphome, des métastases cutanées de cancers cutanés ou viscéraux ou une neurectodermose sont à envisager.

Les *vésicules* sont de petites élevures claires de diamètre compris entre 1 et 3mm de contenu liquidien clair ou légèrement jaunâtre. Elles peuvent être sous-épidermiques ou intra-épidermiques. Leur diagnostic est parfois difficile car les vésicules sont fragiles et éclatent facilement, notamment au niveau buccal avec le traumatisme du bol alimentaire. Ainsi soit les vésicules se rompent et sont à l'origine de lésions érosives (le plus fréquemment observé dans la cavité buccale) ou de croûtes, soit elles confluent et forment une bulle. Une étiologie virale est le plus souvent à suspecter lorsque des vésicules se regroupent en bouquet ou en bande, se troublent et se dessèchent rapidement.

Les *bulles* sont des élevures de diamètre important (supérieur à 3mm) donc facilement identifiables mais également fragiles, qui peuvent se rompre facilement, notamment au niveau buccal. Ainsi, sur la muqueuse buccale, devant une lésion érosive bien limitée (avec parfois une frange épidermique résiduelle), des croûtes arrondies ou des pigmentations bien limitées, le diagnostic de bulle doit être évoqué. Ces bulles, comme les vésicules, peuvent être intra-épithéliales (brûlures, pemphigoïde) ou sous-épithéliales (pemphigus).

Les *pustules* sont des élevures circonscrites de la muqueuse, mais à sommet blanc-jaunâtre et à contenu purulent d'emblée, entourées d'un halot inflammatoire. Elles ont un diamètre inférieur à 0,5mm et laissent, après maturation, écouler du pus. Elles sont à différencier des vésicules qui se troublent dans un deuxième temps.

Les **lésions élémentaires secondaires** correspondent à l'évolution des lésions élémentaires primaires. Il s'agit des érosions, des ulcérations, des croûtes, des fissures, des excoriations, des nécroses, des cicatrices, des scléroses, des atrophies, des kératoses, des végétations et des verrucosités. De la même manière que pour les lésions élémentaires primaires, nous décrivons ici les plus fréquemment rencontrées.

Les *érosions* sont des pertes de substance superficielles (disparition partielle ou totale de l'épithélium), bien limitées et à fond plat. Elles peuvent résulter d'un traumatisme mineur (brûlure), de la rupture d'une vésicule ou d'une bulle, ou d'une inflammation très importante du derme papillaire. Le derme étant respecté, il n'y a pas de cicatrice résiduelle à la suite d'une érosion.

Les *ulcérations* sont également des pertes de substance mais plus profondes (au minimum dermo-épidermiques) à bord irrégulier et qui laissent une marque résiduelle après cicatrisation. Les ulcérations peuvent être plus ou moins douloureuses et de nombreux paramètres sont à prendre en compte : nombre, taille, localisation, détersion, induration des bords, état trophique de la région, pathologies générales, âge ; leurs étiologies étant très variées.

Les *croûtes* sont fréquemment associées à une infection et résultent de la concrétion de débris épithéliaux, de sérosité et de pus. Elles sont extrêmement rares au niveau buccal (hormis sur les lèvres) de par l'humidification du milieu par la salive. Elles peuvent être de différentes couleurs : jaunâtre (coagulation des sérosités), grisâtre (coagulation de polynucléaires neutrophiles et de pus) ou hématique (coagulation à partir d'une plaie).

Les *nécroses* correspondent à la mort du tissu et sont habituellement de couleur noire.

Les *cicatrices* apparaissent à la suite d'une ulcération ou d'une violente inflammation du chorion. Elles peuvent être blanchâtres ou nacré ivoirin, dyschromiques, scléreuses ou atrophiques, parfois hyperkératosiques et sont définitives.

Les *kératoses* correspondent à un épaissement de la couche cornée. Elles peuvent être circonscrites, diffuses ou généralisées et sont donc de couleur blanche.

Les *végétations* sont des excroissances papillaires réunies en une élévation circonscrite. L'épiderme est aminci au niveau de la lésion et rosé, ou recouvert d'érosions suintantes ou d'ulcérations (13).

L'objectif de ce travail était de typer et de cartographier les lésions élémentaires retrouvées dans une population à risque de développer des lésions de la muqueuse buccale du fait d'une consommation alcool-tabagique excessive.

2. MATERIEL ET METHODE

Cette étude est une "sous-étude" de l'étude Fluo-K menée au Centre Hospitalo-Universitaire de Bordeaux entre 2010 et 2012.

Toutes les informations ci-après sont tirées du Rapport d'analyses statistiques; Fluo-K; Intérêt de l'autofluorescence tissulaire dans le diagnostic précoce des lésions précancéreuses et cancéreuses de la muqueuse buccale chez le patient alcool-tabagique réalisé par Jean-Christophe FRICAIN, Adélaïde DOUSSAU, Hélène SAVEL, Louise BASCHET, Catherine MALDONADO à l'USMR, Unité de Soutien Méthodologique en Recherche clinique et épidémiologique du CHU de Bordeaux en 2012 (15).

2.1. Schéma d'étude

Cette étude Fluo-k est une étude diagnostique transversale, appariée, avec évaluation en insu sur une population alcool-tabagique menée au sein du CHU de Bordeaux.

2.2. Critères d'inclusion et de non-inclusion :

Les critères d'inclusion de la population d'étude reposent sur un âge supérieur à 18 ans, un consentement éclairé signé et une affiliation à la sécurité sociale, une consommation d'alcool supérieure aux recommandations de l'OMS (plus de 14 verres par semaine pour les femmes et plus de 21 verres par semaine pour les hommes) et une consommation active de tabac ou un sevrage depuis moins d'un an.

Les critères de non-inclusion sont les patients présentant un trouble de l'hémostase (plaquettes < 50G/L ; INR>3 ou TP <30%, hémophile, Willebrand modéré ou sévère), une absorption d'acide acétyl salicylique (>1g) dans les 7 j précédant l'inclusion, la présence dans la cavité buccale d'une pathologie précancéreuse, dysplasique ou cancéreuse connue.

2.3. Recueil des données fluo-K

Les données ont été relevées par un praticien junior et un praticien senior. Des schémas ont été légendés avec le patient présent puis les tableaux systématisés ont été remplis a posteriori. Ces examens de la muqueuse buccale ont été réalisés en lumière incandescente (LI) et sous autofluorescence (AF).

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer la reproductibilité inter-observateur (Junior/Senior) lors de l'examen de la cavité buccale en lumière incandescente combinée à l'autofluorescence (LI+AF), en situation de dépistage ainsi que sur la décision de biopsier des lésions à potentiel malin ou cancéreuse.

L'objectif secondaire de cette étude était de décrire les lésions observées en Lumière Incandescente et en Autofluorescence, ainsi qu'évaluer l'apport potentiel de l'AF par rapport à l'examen visuel en lumière incandescente.

2.4. Recueil des données propres à ce travail de thèse

Les 180 fiches cliniques ont été étudiées pour les praticiens seniors et juniors (soit 360 fiches cliniques).

Pour des raisons de simplicité, seules les données recueillies par les praticiens seniors en lumière incandescente ont été conservées.

Les données recueillies sur les tableaux et les schémas ont été confrontées dans cette étude afin de limiter les sources d'erreur. Un patient a été retiré de cette étude (le patient 108) car de nombreuses incohérences ont été retrouvées sur le descriptif de ses

lésions. L'étude portait donc sur 178 patients, un patient étant sous tutelle et ayant été retiré au préalable de l'étude Fluo-K initiale. Lors de différences minimales, les données des schémas étaient conservées car ils étaient remplis avec le patient présent et donc normalement plus sûrs (différence de côté schéma/tableau par exemple).

Un tableau excel a été rempli avec tous les diagnostics ou lésions élémentaires initiales remplis par les praticiens seniors.

Les localisations et les diagnostics ont été synthétisés pour plus de lisibilité.

Les **localisations réduites** conservées dans cette étude sont :

1. Lèvre supérieure
2. Lèvre inférieure
3. Joues
4. Palais dur et palais mou
5. Amygdale et luette
6. Face dorsale de la langue
7. Face ventrale de la langue
8. Bord et pointe de la langue
9. Plancher buccal
10. Gencive maxillaire et mandibulaire
11. Vestibule maxillaire et mandibulaire
12. Commissure labiale

Les **diagnostics** ont été regroupés en :

0. Aucune lésion observée
1. Traumatismes
2. Pigmentations
3. Langue saburrale
4. Tumeurs bénignes
5. Autres (incluant 29 cicatrices, une hypertrophie papillaire, une fistule, 4 bulles, 3 squames, 1 végétation, 2 vésicules, 3 grains de fordyce et 1 linea alba.)
6. Ouranite tabagique
7. Kératoses
8. Inflammation
9. Cheilites
10. Leucoplasie
11. Glossites
12. Leucoedème
13. Erythème
14. Lichen plan
15. Ulcérations
16. Carcinome épidermoïde
17. Erythroleucoplasie

Un tableau croisé dynamique a ensuite été réalisé pour synthétiser le nombre de lésions observées, leur localisation et le côté concerné et un diagramme en secteurs a été réalisé pour plus de lisibilité.

Une recherche bibliographique a ensuite été conduite sur PUBMED à l'aide de mots-clés MesH et sur Google Scholar, afin de comparer ces lésions et leur localisation à celles trouvées dans la littérature, chez l'Homme lors d'études similaires.

3. RESULTATS

3.1. Résultats issus du rapport d'analyses statistiques Fluo-K (Annexe)

Il s'agit ici d'un résumé des résultats du rapport d'analyses statistiques Fluo-K (15). Les résultats détaillés du rapport se trouvent en Annexe.

Description de la population :

179 patients ont été inclus entre 07/2010 et 03/2012.

77 % étaient hospitalisés pour sevrage alcoolique dans le Service de Gastrologie et Médecine Interne.

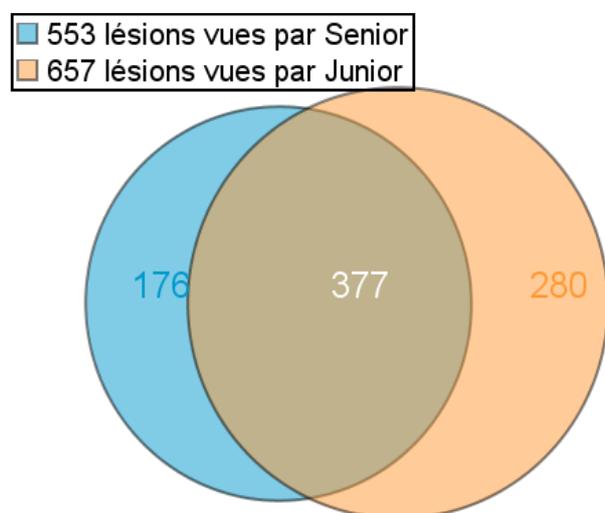
Sur les 179 patients, il y avait 80% d'hommes, d'âge moyen (\pm écart-type) 48 ans (± 10).

La consommation de tabac moyenne (\pm écart-type) était de 33 paquet-années (± 20).

La consommation d'alcool était de 15 verres d'alcool en médiane par jour (Q1-Q3 : 7-25)

Le score au Test AUDIT était de 29 (± 8).

Description des lésions :



En Lumière Incandescente (LI), 752 lésions différentes ont été relevées.

En Autofluorescence (AF), 721 lésions différentes ont été diagnostiquées.

En LI+AF, 833 lésions différentes ont été relevées.

Les Localisations majoritairement notées (60% des cas) étaient palais dur, face dorsale de la langue, bord vermillon des lèvres et joues.

41 patients (23%) ont présenté au moins une indication de biopsie (certains patients ont présenté plusieurs lésions avec indication de biopsie). Il y eu 9 refus de biopsie, 2 avec biopsie impossible et 36 biopsies ont été réalisées.

8 Lésions à potentiel malin ou malignes ont été notées :

- 2 chéilites actiniques
- 2 dysplasies modérées
- 1 carcinome épidermoïde micro-invasif
- 3 carcinomes épidermoïdes invasifs

15 Leucoplasies sans dysplasie ont également été diagnostiquées.

Ainsi, 10,9% des patients avaient une lésion à potentiel malin ou maligne.

Il y avait 6 lichen plan (1,3%), 35 leucoplasies (7,3%), 2 érythroleucoplasies (0,4%) 3 carcinomes épidermoïdes (0,6%) et 430 lésions diagnostiquées "autre" soit 89,6% des lésions.

Cette thèse visera à préciser et à localiser ces **89,6% d' « autres » lésions dont le diagnostic n'a pas été établi.**

En conclusion des résultats de l'étude Fluo-K, l'ajout de l'AF semble augmenter la concordance inter-observateurs Junior/Senior (p: 0.058).

L'ajout de AF permet de diagnostiquer plus de lésions à potentiel malin sans différencier les lésions dysplasiques et cancéreuses des lésions sans signe de malignité histologique.

3.2. Résultats propres à la thèse

Les résultats obtenus sont présentés dans les tableaux suivants.

Les localisations ont été regroupées dans un premier tableau par rapport aux cotés concernés (Tableau 1). Sur les 509 diagnostics, 136 se situent coté droit, 134 coté gauche et 225 sont bilatérales. Il y a 14 patients ne présentant aucune lésion.

Le nombre de lésions total correspondant aux diagnostics réduits ont été regroupés en fonction du côté concerné (Tableau 2).

Sur les 136 lésions coté droit, il y a eu 29 traumatismes, 24 pigmentations, 1 langue saburrale, 18 tumeurs bénignes, 14 lésions « autre », 1 ouranite tabagique, 15 kératoses, 10 inflammations, 1 chéilite, 7 leucoplasies, 5 leucoedèmes, 1 érythème, 4 lichen plan, 3 ulcérations et 3 carcinome épidermoïdes.

Concernant les 225 lésions bilatérales, nous avons retrouvé 21 traumatismes, 17 pigmentations, 56 langues saburrales, 13 tumeurs bénignes, 13 lésions « autre », 41 ouranites tabagiques, 11 kératoses, 12 inflammations, 24 chéilites, 1 leucoplasie, 8 glossites, 5 érythèmes, 1 lichen plan, 1 ulcérations, 1 carcinome épidermoïde et 1 érythroleucoplasie.

Sur les 134 lésions coté gauche, nous avons noté la présence de 26 traumatismes, 23 pigmentations, 22 tumeurs bénignes, 18 lésions « autre », 4 ouranites tabagiques, 15 kératoses, 7 inflammations, 3 chéilites, 4 leucoplasies, 1 glossite, 4 leucoedèmes, 1 érythème, et 5 ulcérations.

Les diagnostics réduits ont été regroupés par rapport aux localisations réduites (Tableau 3).

En ce qui concerne la lèvre supérieure, 47 lésions ont été observées : 4 pigmentations, 4 tumeurs bénignes, 10 lésions « autre », 6 kératoses, 3 inflammations, 15 chéilites, 1 leucoplasie, 2 érythèmes et 2 ulcérations.

Au niveau de la lèvre inférieure, 96 lésions ont été notées : 14 traumatismes, 15 pigmentations, 16 tumeurs bénignes, 14 lésions « autre », 18 kératoses, 2 inflammations, 12 chéilites, 1 leucoplasie, 2 leucoedèmes et 2 érythèmes.

Nous avons retrouvé au niveau des joues 65 lésions : 19 traumatismes, 19 pigmentations, 11 tumeurs bénignes, 2 lésions « autres », 1 kératose, 1 inflammation, 2 leucoplasies, 7 leucoedèmes, 1 lichen plan et 2 ulcérations.

Au niveau du palais dur et mou, nous avons relevé 72 lésions : 12 traumatismes, 5 pigmentations, 2 tumeurs bénignes, 1 lésions « autre », 46 ouranites tabagiques, 2 inflammations et 1 leucoplasie, 1 érythème, 1 carcinome épidermoïde et 1 érythroleucoplasie.

Concernant la face dorsale de la langue, 56 langues saburrales, 8 tumeurs bénignes, 1 lésion « autre », 4 inflammations, 1 leucoplasie, 5 glossites, et une ulcération ont été relevées, soit, 76 lésions au total.

Sur la face ventrale de la langue, 6 lésions ont été relevées : 1 langue saburrale, 1 lésion « autre », 2 leucoplasies et 2 carcinomes épidermoïdes.

41 lésions ont été trouvées sur le bord et la pointe de la langue : 8 traumatismes, 9 pigmentations, 6 tumeurs bénignes, 3 lésions « autre », 5 kératoses, 1 leucoplasie, 4 glossites, 1 érythème, 1 lichen plan, 2 ulcérations et 1 carcinome épidermoïde.

Seules 6 lésions ont été observées au plancher buccal : 2 pigmentations, 1 lésion « autre », 1 leucoplasie et 2 ulcérations.

Sur la gencive maxillaire et mandibulaire 59 lésions ont été notées : 13 traumatismes, 8 pigmentations, 2 tumeurs bénignes, 12 lésions « autre », 8 kératoses, 10 inflammations, 2 leucoplasies, 1 érythème et 3 lichen plan.

14 lésions concernaient le vestibule maxillaire et mandibulaire : 9 traumatismes, 2 pigmentations, 2 tumeurs bénignes et 1 kératose.

Au niveau des commissures, 13 lésions ont été relevées : 1 traumatisme, 2 tumeurs bénignes, 2 kératoses, 7 inflammations et une chéilite.

Les localisations réduites ont été regroupées par rapport aux diagnostics réduits (Tableau 4).

Il y a eu 76 traumatismes de notés : 14 au niveau de la lèvre inférieure, 19 au niveau des joues, 12 concernent le palais, 8 le bord et la pointe de la langue, 13 sur la gencive maxillaire et mandibulaire, 9 sur le vestibule maxillaire et mandibulaire et 1 sur les commissures labiales.

64 pigmentations, 4 sur la lèvre supérieure, 15 sur la lèvre inférieure, 19 sur les joues, 5 sur le palais (dur et mou), 9 sur le bord et la pointe de la langue, 2 sur le plancher buccal, 8 sur la gencive maxillaire et mandibulaire et 2 sur le vestibule maxillaire et mandibulaire ont été retrouvées.

Il y a eu 57 langues saburrales relevées : 56 sur la face dorsale de la langue et une sur la face ventrale de la langue.

Nous avons relevé 53 tumeurs bénignes : 4 sur la lèvre supérieure, 16 sur la lèvre inférieure, 11 sur la joue, 2 sur le palais (dur et mou), 8 sur la face dorsale de la langue, 6 sur le bord et la pointe de la langue, 2 sur la gencive et 2 sur le vestibule maxillaire et mandibulaire et 2 sur les commissures labiales.

45 lésions « autre » ont été répertoriées : sur les lèvres supérieure et inférieure (respectivement 10 et 14), 2 sur la joue, 1 sur le palais, la face dorsale et ventrale de la langue et le plancher buccal, 3 sur le bord et la pointe de la langue et 12 sur la gencive.

Le diagnostic d'ouranite tabagique a été posé 46 fois (au niveau du palais).

Les 41 kératoses ont été décrites comme suit : 6 sur la lèvre supérieure, 18 sur la lèvre inférieure, 1 sur la joue, 5 sur le bord et la pointe de la langue, 8 sur la gencive, 1 sur le vestibule et 2 sur les commissures labiales.

Les 29 inflammations étaient réparties de la manière suivante : 3 sur la lèvre supérieure, 2 sur la lèvre inférieure, 1 sur la joue, 2 sur le palais, 4 sur la face dorsale de la langue, 10 sur la gencive et 7 sur les commissures.

28 chéilites ont été diagnostiquées : 15 sur la lèvre supérieure, 12 sur la lèvre inférieure et 1 sur les commissures labiales.

Les 12 leucoplasies ont été notées ainsi : 1 sur la lèvre supérieure, 1 sur la lèvre inférieure, 2 sur la joue, 1 sur le palais, 1 sur la face dorsale de la langue, 2 sur la face ventrale de la langue, 1 sur le bord et la pointe de la langue, 1 sur le plancher buccal et 2 au niveau de la gencive.

Nous avons relevé 9 glossites : 5 sur la face dorsale de la langue, 4 sur le bord et la pointe de la langue.

9 leucoedèmes ont été relevés : 2 sur la lèvre inférieure et 7 sur la joue.

Nous avons relevé 7 érythèmes : 2 sur la lèvre supérieure, 2 sur la lèvre inférieure, 1 sur le palais, 1 sur le bord et la pointe de la langue, et 1 sur la gencive.

Le lichen plan a été diagnostiqué à 5 reprises, 1 sur les joues, 1 sur le bord et la pointe de la langue et 3 sur la gencive.

9 ulcérations ont été relevées : 2 sur la lèvre supérieure, 2 sur la joue, 1 sur la face dorsale de la langue, 2 sur le bord et la pointe de la langue, et 2 sur le plancher buccal.

Les 4 carcinomes épidermoïdes ont été diagnostiqués : 1 sur le palais, deux sur la face ventrale de la langue, et un sur le bord et la pointe de la langue.

Le seul cas d'érythroleucoplasie a été retrouvé sur le palais.

Tableau 1 : Nombre de lésions par localisation et cotés concernés

	Cotés				Total
	Droit	Droit gauche	et Gauche	Aucune lésion observée	
Localisations					
01 : Lèvre supérieure	9	28	10		47
02 : Lèvre inférieure	29	36	31		96
03 : Joue	29	7	29		65
04 : Palais (dur et mou)	5	58	9		72
06 : Face dorsale de la langue	2	73	1		76
07 : Face ventrale de la langue	4	1	1		6
08 : Bord et pointe de la langue	15	5	21		41
09 : Plancher buccal	4		2		6
10 : Gencive maxillaire et mandibulaire	25	12	22		59
11 : Vestibule maxillaire et mandibulaire	8	3	3		14
12 : Commissure buccale	6	2	5		13
13 : Aucune lésion observée				14	14
Total	136	225	134	14	509

Tableau 2 : Nombre de lésions par diagnostic réduit et coté concerné

Diagnostic réduit	Coté				
	Droit	Droit et gauche	Gauche	Aucune lésion observée	TOTAL
00 : Aucune lésion observée				14	14
01 : Traumatisme	29	21	26		76
02 : Pigmentation	24	17	23		64
03 : Langue saburrale	1	56			57
04 : Tumeur bénigne	18	13	22		53
05 : Autre	14	13	18		45
06 : Ouranite tabagique	1	41	4		46
07 : Kératose	15	11	15		41
08 : Inflammation	10	12	7		29
09 : Chéilite	1	24	3		28
10 : Leucoplasie	7	1	4		12
11 : Glossite		8	1		9
12 : Leucoedeme	5		4		9
13 : Erythème	1	5	1		7
14 : Lichen plan	4	1			5
15 : Ulcération	3	1	5		9
16 : Carcinome épidermoïde	3	1			4
17 : Erythro-leucoplasie		1			1
TOTAL	136	225	134	14	509

Tableau 3 : Diagnostics réduits en fonction des localisations

Localisations réduites	Diagnostics réduits																	
	00- Aucune lésion observée	01- Traumatisme	02- Pigmentation	03- Langue saburrale	04- Tumeur bénigne	05- Autre tabagique	06- Ouranite	07- Kératose	08- Inflammation	09- Cheilite	10- Leucoplasie	11- Glosite	12- Leucoedème	13- Erythème plan	14- Lichen	15- Ulcération	16- Carcinome épidermoïde	17- Erythro-leucoplasie
01: Lèvre supérieure			4	4	10	6	3	15	1	2	2	2	2					47
02: Lèvre inférieure		14	15	16	14	18	2	12	1	2	2	2	2					96
03: Joue		19	19	11	2	1	1	1	2	7	1	2	1	2				65
04: Palais (dur et mou)		12	5	2	1	46	2	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	72
06: Face dorsale de la langue				56	8	1	4	1	1	5	1	1	1	1	1	1	1	76
07: Face ventrale de la langue				1	1	1				2	2							6
08: Bord et pointe de la langue		8	9	6	3	5	1	4	1	1	1	1	1	1	2	1	1	41
09: Plancher buccal			2		1	1				1	1				2	2		6
10: Gencive maxillaire et mandibulaire		13	8	2	12	8	10	2	2	1	3							59
11: Vestibule maxillaire et mandibulaire		9	2	2	2	1												14
12: Commissure labiale		1		2	2	7	1											13
13: Aucune lésion observée	14																	14
Total	14	76	64	57	53	45	46	41	29	28	12	9	9	7	5	9	4	1 509

Tableau 4 : Localisations en fonction des diagnostics réduits

Diagnostic réduit	Localisation réduite													Total
	01: Lèvre supérieure	02: Lèvre inférieure	03: Joue	04: Palais (dur et mou)	06: Face dorsale de la langue	07: Face ventrale de la langue	08: Bord de pointe de la langue	09: Plancher buccal	10: Gencive maxillaire et mandibulaire	11: Vestibule maxillaire et mandibulaire	12: Commissure labiale	13: Aucune lésion observée		
00- Aucune lésion observée												14	14	
01- Traumatisme		14	19	12			8		13	9			76	
02- Pigmentation	4	15	19	5			9	2	8	2	1		64	
03- Langue saburrale					56	1							57	
04- Tumeur bénigne	4	16	11	2	8		6		2	2	2		53	
05- Autre	10	14	2	1	1	1	3	1	12				45	
06- Ouranite tabagique				46									46	
07- Kératose	6	18	1				5		8	1	2		41	
08- Inflammation	3	2	1	2	4				10		7		29	
09- Cheilite	15	12									1		28	
10- Leucoplasie	1	1	2	1	1	2	1	1	2				12	
11- Glossite					5		4						9	
12- Leucoedème		2	7										9	
13- Erythème	2	2		1			1		1				7	
14- Lichen plan			1				1		3				5	
15- Ulcération	2		2		1		2	2					9	
16- Carcinome épidermoïde				1			1						4	
17- Erythroleucoplasie				1									1	
Total	47	96	65	72	76	6	41	6	59	14	13	14	509	

3.3. Synthèse des résultats obtenus

Ainsi, 509 diagnostics ont été observés dont 14 correspondent à une absence de lésion chez le patient.

495 lésions différentes ont donc été décrites chez 164 patients sur 178. La prévalence de lésions buccales observée dans notre population d'étude est donc de **92,13%**.

Les lésions de la muqueuse orale les plus observées sont donc des lésions traumatiques (15% des lésions observées), les pigmentations (13%), les langues saburrales (11%), les tumeurs bénignes (10%), les lésions regroupées sous « autre » (9%), les ouranites tabagiques (9%), les kératoses (8%).

Sont moins fréquentes les lésions inflammatoires (6%), les chéilites (6%).

Les leucoplasies (2%), les glossites (hors langue saburrale) (2%), les leucoedèmes (2%), les ulcérations (2%), les érythèmes (1%), les Lichen plan (1%), les carcinomes épidermoïdes (1%) sont plus rarement observées.

Un seul cas d'érythroleucoplasie a été identifié (Diagramme 1).

Concernant les localisations, les plus fréquentes sont la lèvre inférieure (19% des lésions), la face dorsale de la langue (15%), le palais (dur et mou) (14%), les joues (13%), les gencives maxillaire et mandibulaire (12%), la lèvre supérieure (9%), le bord et la pointe de la langue (8%).

Viennent ensuite dans des proportions bien plus faibles, le vestibule maxillaire et mandibulaire (3%), les commissures labiales (2%), la face ventrale de la langue (1%) et le plancher buccal (1%) (Diagramme 2).

Diagramme 1 : Fréquence des lésions observées

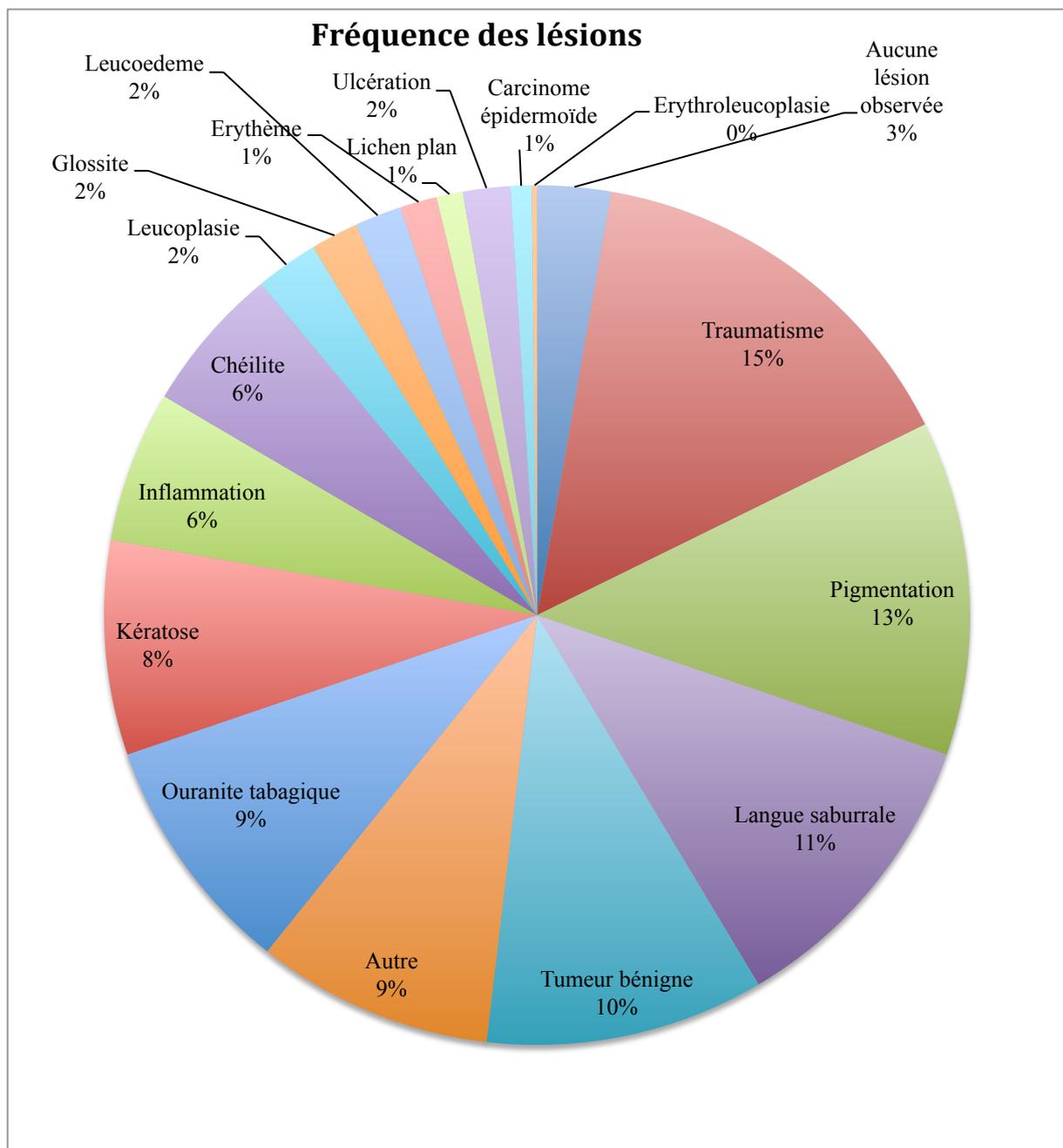
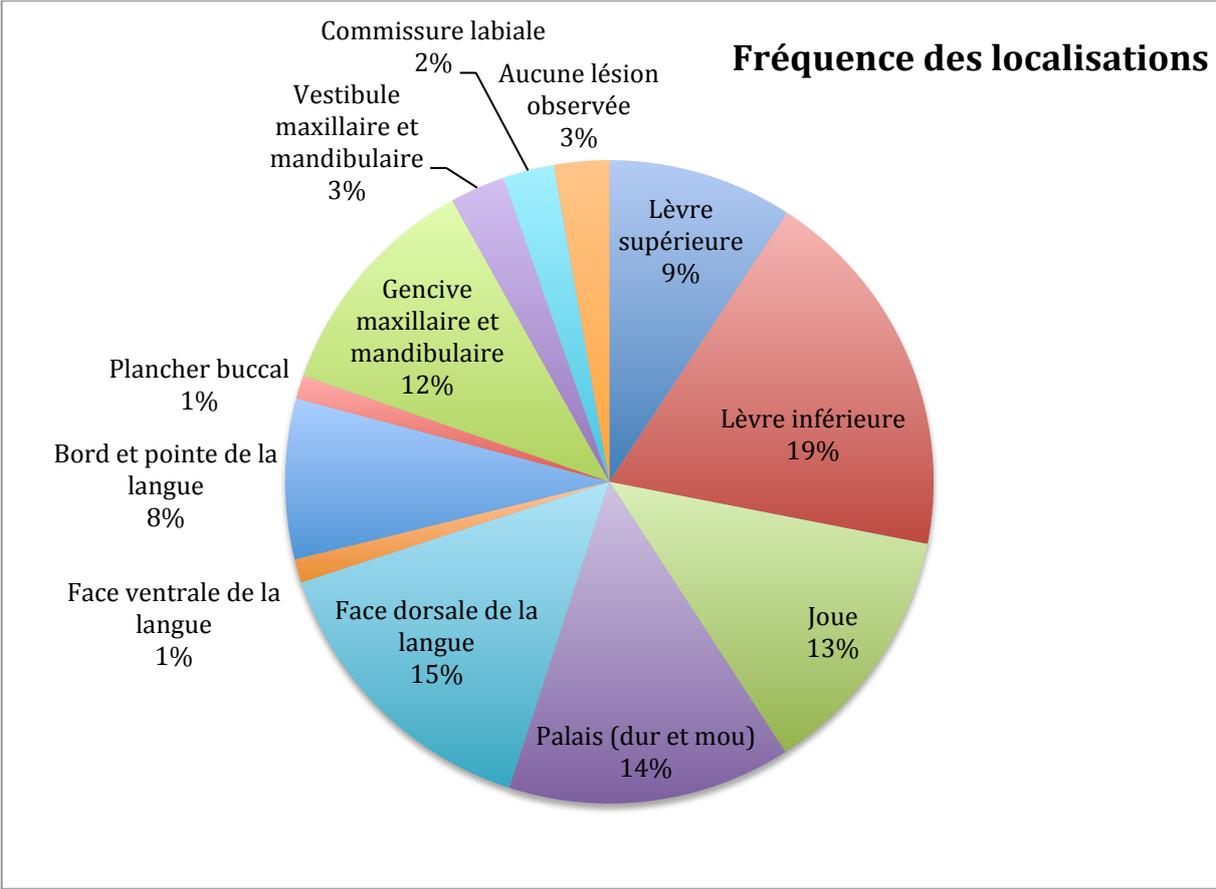


Diagramme 2 : Fréquence des localisations observées



4. DISCUSSION

4.1. Intérêt du travail

Lors de nos recherches bibliographiques, il est apparu que de nombreuses équipes internationales avaient effectué des recherches sur les lésions de la muqueuse buccales dans de grands échantillonnages de patients mais qu'il n'existait pas d'étude de ce genre en France. Les résultats épidémiologiques de dermatologie buccale en France ne concernaient que les lésions pré-cancéreuses ou cancéreuses. Ainsi cette étude est une des premières à décrire les lésions buccales observées dans une population française alcool tabagique.

4.2. Méthode de recherche

En ce qui concerne la méthode de recherche utilisée dans cette étude, plusieurs points semblaient présenter des limites.

Lors du recueil des données, les praticiens ont reproduit sur schéma ce qu'ils voyaient en bouche avec le patient présent. Dans un deuxième temps, un tableau était rempli a posteriori afin de synthétiser les lésions et localisations observées. Les localisations ont fait l'objet d'une systématisation préalable, ce qui a permis une certaine cohérence dans les relevés effectués par les praticiens. Cette systématisation n'a pas été effectuée pour les lésions et les diagnostics ce qui a rendu l'exploitation des résultats diagnostic plus difficile, certains praticiens ayant noté des lésions élémentaires, d'autres des diagnostics cliniques.

Le fait de remplir a posteriori les tableaux a également créé des différences de résultats entre les tableaux et les schémas. Dans cette thèse, lors de différences, les données sur les schémas ont été retenues (lors de différence de coté notamment). Un patient a été exclu pour cause de trop nombreuses différences entre le tableau et le schéma. Remplir le tableau qui permettait de noter de nombreuses informations (localisation, coté, taille, lésions, indication de biopsie...) avec le patient présent et retranscrire ces informations sur un schéma a posteriori semblerait plus fiable.

Il y n'y a pas eu de systématisation concernant les praticiens. Ainsi, il n'y avait pas une liste de praticiens séniors et une liste de praticiens juniors. Deux praticiens se présentaient pour relever les données et ils étaient junior ou sénior en fonction de leur ancienneté respective. Ainsi, un même praticien a pu être à la fois senior et junior. L'étude des données cliniques recueillies par les juniors a donc été abandonnée dans cette thèse car la comparaison des résultats junior et séniors semblait difficile à réaliser.

Enfin, les lésions relevées dans cette étude ne semblaient pas imputables à l'alcool et au tabac mais pourraient être liées à un défaut d'hygiène d'autant plus présent dans cette population à haut risque.

4.3. Résultats obtenus

La prévalence des lésions buccales observées

Dans notre étude, sur les 178 patients, 14 ne présentaient aucune lésion de la muqueuse buccale. Cette absence de lésion représente 3% des 509 diagnostics réduits totaux et concerne ainsi 7,87% des patients. Il y avait donc **92,13%** des patients de notre échantillonnage qui présentaient au moins une lésion buccale.

Ce résultat est bien supérieur à ceux de 25 études trouvées dans la littérature (16–41).

Notre résultat est plus proche celui de deux études (42,43).

Une étude présente une prévalence supérieure à la notre (44).

Ces différences de prévalence des lésions buccales sont intimement liées aux différences dans les critères d'inclusion des patients. En effet, le nombre de lésions buccales augmente avec l'âge, le niveau socio-économique bas, une mauvaise alimentation, certaines pathologies générales et la consommation de différentes substances (alcool, tabac sous

toutes ses formes, drogues). Aucune de ces études ne présente les mêmes critères d'inclusion. Notre population d'étude est très à risque, ce qui explique notre résultat élevé et le fait qu'il soit supérieur à la majorité des études qui ont choisi une population plus générale (enfants, et faible risque). Notre choix de population très à risque rend par la même occasion difficile une projection de nos valeurs sur la population générale en France. Il faudrait un échantillon de patients plus important et plus diversifié.

Les traumatismes

Les traumatismes ont été les lésions les plus fréquemment observées dans notre étude (15% des lésions).

Ce sont également les lésions buccales les plus retrouvées dans 4 études (16,20,23,24).

Ce sont les deuxièmes lésions les plus observées après les pigmentations selon *Martinez-Diaz Canel et al (2002)* (17).

Les lésions traumatiques sont les troisièmes lésions les plus observées dans 3 études (25,35,42).

Elles sont relativement présentes dans 10 études (19,21,22,30,34,36,37,39,43,45).

Les traumatismes sont peu fréquents dans 5 études (26–28,41,46).

Les pigmentations

Les pigmentations étaient les deuxièmes lésions les plus retrouvées dans notre étude et représentent 13% des lésions totales.

C'est également le cas dans 1 étude (41).

C'est la lésion la plus retrouvée dans 4 études (17,29,32,39).

Elles sont relativement présentes dans 8 analyses (16,23,26,28,31,35–37).

Les lésions pigmentaires sont assez peu présentes dans une étude (38) et ne sont pas citées dans 2 autres (30,34).

La langue saburrale

La langue saburrale représentait 11% des lésions totales retrouvées dans notre étude.

C'est la lésion la plus retrouvée dans une étude (51,4%) (42).

Elle est relativement fréquente chez le fumeur notamment dans l'étude de *Winn (2001)*(47). Elle est aussi retrouvée dans quatre études (26,37,39,40).

Elle est peu présente dans trois études (22,35,36).

Les tumeurs bénignes

Les tumeurs bénignes représentaient 10% des lésions totales relevées dans notre étude.

Elles sont relativement fréquentes dans l'étude de *Shulman et al (2004)* (22).

Elles étaient relativement peu fréquentes dans dix études (21,23,26,28,30,32,36–39).

L'ouranite tabagique

Notre étude a montré que 9% des lésions totales étaient des ouranites tabagiques.

L'ouranite tabagique a été mise en lien avec la consommation de tabac et d'alcool+tabac dans l'étude de *Pentenero et al (2008)*(18). Elle est relativement présente dans 8 études (22,23,26,29,32,34,41,47).

La stomatite nicotinique est très peu fréquente dans quatre études (21,35,36,44).

Aucune ouranite tabagique n'a été observée dans l'étude de *Kavarodi et al (2014)*.

Les kératoses

Huit pour cent des lésions totales observées dans notre étude étaient des kératoses. Cependant nous avons séparé les leucoplasies, les kératoses traumatiques, les stomatites nicotiques et les kératoses rétro-commissurales. Il est donc difficile de comparer nos résultats à ceux des autres études.

Les inflammations

L'étude de *Shulman et al (2004)*(22) relève la présence de quelques hyperplasies gingivales et abcès parodontaux et chéilites angulaires. L'étude de *Chandroth et al (2014)*(33) relève également quelques abcès parodontaux. Ce résultat est en accord avec le notre.

Nous avons trouvé 6% de lésions inflammatoires (plaques, gingivites).

Jorge Junior et al (1991)(24) ont trouvé une prévalence de chéilite angulaire (perlèche) de 9,3%, résultat équivalent à celui de *Parlak et al (2006)*(38) à 9%.

Trois études notent la faible prévalence de chéilite angulaire (16,21,34).

Les chéilites

Notre étude a relevé 6% de chéilites.

Une étude a des résultats proches des nôtres (42).

Deux études ont relevé une prévalence bien inférieure (23,24).

Les leucoplasies

Les leucoplasies ne représentaient que 2% des lésions totales observées dans notre étude.

Elles sont plus présentes dans deux études (41,48).

C'est la lésion la plus retrouvée selon 4 auteurs (29–31,44).

Elles sont fréquentes dans douze études (16,21,22,26,27,32–34,42,47,49,50).

Elle a une prévalence plus faible selon quatre auteurs (23,24,37,38).

Un seul cas sur 587 patients a été identifié dans l'étude de *Dos Santos et al (2004)*(25).

Cependant, il faut être prudent car le terme « leucoplasie » a beaucoup évolué et doit être utilisé avec précaution et être évité à l'heure actuelle (51) ce qui peut expliquer la différence de notre étude avec celles plus anciennes.

Les glossites

Deux pour cent des lésions totales que nous avons observées étaient des glossites (langue scrotale, langue géographique et glossite rhomboïde médiane).

Trois auteurs ont trouvé une relativement haute fréquence de glossites (langue scrotale et/ou langue géographique) (16,19,21).

Ces glossites sont très retrouvées dans 8 études (22,25,26,28,34,35,39,40).

Les glossites sont relativement fréquentes trois études (36–38) et rares dans une étude (23).

Les leucoedèmes

Les leucoedèmes représentaient 2% des lésions que nous avons observées.

Leur prévalence est très élevée dans trois études (41,46,48).

Ils sont également relativement fréquemment retrouvés selon quatre auteurs (28,29,35,36).

Les ulcérations

Nous avons différencié les ulcérations d'origine traumatique de celles de type aphte. Les ulcérations non traumatiques représentaient 2% des lésions totales que nous avons observées. Selon *Pentenero et al (2008)*(18) les aphtes sont rares dans les populations de consommateurs de tabac, ce qui explique la faible prévalence observée dans notre étude.

Cette lésion est très fréquente une étude qui est réalisée dans une population très large et à faible consommation tabagique (30).

Les aphtes sont relativement fréquemment observées dans 9 études (21–23,26,33,34,37,38,45).

Ils sont peu fréquents dans quatre études qui sont également menées dans une population à forte consommation de tabac (32,35,36,39).

Les érythèmes

Les érythèmes ont été peu observés (1% des lésions totales).

Seules des érythroplasies ont été relevées dans deux études (22,32), et sont assez rares, voire très rares.

Le lichen plan

Un pour cent des lésions observées dans notre étude correspondait à un lichen plan.

Une étude a trouvé des résultats s'approchant des nôtres (16). Selon *Yardimci et al (2014)*(8), la prévalence du lichen plan varie de 0,5 à 3% dans la population générale.

Le lichen plan est assez présent dans huit études (21–23,26,30,37,46,50).

Il est plus rarement observé selon huit auteurs (27,29,31–34,36,39).

Les carcinomes épidermoïdes

Les carcinomes épidermoïdes retrouvés dans notre étude représentent 1% des lésions totales.

Seuls trois cas de carcinomes épidermoïdes sur 1170 lésions ont été diagnostiqués dans l'étude de *Cebeci et al (2009)*(37) et un seul cas a été relevé par *Espinoza et al (2003)*(23) sur 889 individus, ce qui donne une prévalence inférieure à la notre.

Cinq études montrent des prévalences équivalentes à la notre (24,27,29,31,42).

A l'opposé, 82 cancers (tout cancer confondus) sur 623 lésions ont été retrouvés dans une étude (30), ce qui donne une fréquence supérieure à celle de notre étude.

L'érythroleucoplasie

Un seul cas d'érythroleucoplasie a été observé dans notre étude. C'est une lésion assez peu observée dans la littérature. *Shulman et al (2004)*(22) ont évalué la prévalence à 0.05%, ce qui est en accord avec notre résultat.

Les localisations

Concernant les localisations, les plus fréquentes sont la lèvre inférieure (19% des lésions), la face dorsale de la langue (15%), le palais (dur et mou) (14%), les joues (13%), les gencives maxillaire et mandibulaire (12%), la lèvre supérieure (9%), le bord et la pointe de la langue (8%). Viennent ensuite dans des proportions bien plus faibles, le vestibule maxillaire et mandibulaire (3%), les commissures labiales (2%), la face ventrale de la langue (1%) et le plancher buccal (1%) (Diagramme 2).

Shulman et al (2004)(22) ont trouvé que les localisations les plus fréquentes étaient : le vestibule, (mais leur échantillon contenait plus de consommateurs de tabac non fumé que le notre), le palais, la muqueuse, les gencives, la langue, les lèvres, les commissures puis le plancher buccal. *Chandroth et al (2014)*(33) ont relevé les localisations suivantes dans l'ordre décroissante de fréquences : lèvres, bord vermillon, commissures, muqueuse buccale, plancher buccal, zone alvéolaire/gencive, sillon, palais dur et palais mou et langue.

5. CONCLUSION

Ainsi, 509 diagnostics ont été observés dont 14 correspondent à une absence de lésion chez le patient. 495 lésions différentes ont donc été décrites chez 164 patients sur 178. La prévalence de lésions buccales observée dans notre population d'étude est donc de **92,13%**.

Les lésions de la muqueuse orale les plus observées sont donc des lésions traumatiques (15% des lésions observées), les pigmentations (13%), les langues saburrales (11%), les tumeurs bénignes (10%), les lésions regroupées sous « autre » (9%), les ouranites tabagiques (9%), les kératoses (8%).

Concernant les localisations, les plus fréquentes sont la lèvre inférieure (19% des lésions), la face dorsale de la langue (15%), le palais (dur et mou) (14%), les joues (13%), les gencives maxillaire et mandibulaire (12%), la lèvre supérieure (9%), le bord et la pointe de la langue (8%).

Cette étude est une des premières qui s'intéresse à la prévalence des lésions de la muqueuse buccale chez une population à haut risque alcoolo-tabagique en France. Il serait intéressant de mener une étude similaire sur la population générale afin de mettre en évidence le sur-risque représenté par la consommation excessive d'alcool et de tabac.

6. BIBLIOGRAPHIE

1. Thomas A, Gleber-Netto F, Fernandes G, Amorim M, Barbosa L, Francisco A, et al. Alcohol and tobacco consumption affects bacterial richness in oral cavity mucosa biofilms. *BMC Microbiol.* 2014 Oct 3;14(1):250.
2. OMS [Internet]. [cited 2015 Apr 10]. Available from: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/fr/
3. Recommandations consommation alcool [Internet]. [cited 2015 Apr 20]. Available from: www.ama.lu/alcool_oms.php
4. HAS. HAS tabac [Internet]. 2014 [cited 2015 Apr 24]. Available from: www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1718021/fr
5. Bhisey RA. Chemistry and toxicology of smokeless tobacco. *Indian J Cancer.* 2012 Dec;49(4):364–72.
6. Gerson SJ. Oral cancer. *Crit Rev Oral Biol Med Off Publ Am Assoc Oral Biol.* 1990;1(3):153–66.
7. Singh M, Sircar K, Tandon A, Chowdhry A, Popli DB. The role of tobacco as an etiological agent for oral cancer: Cytomorphometrical analysis of the buccal mucosa in tobacco users. *Dent Res J.* 2014 Nov;11(6):649–55.
8. Yardimci G, Kutlubay Z, Engin B, Tuzun Y. Precancerous lesions of oral mucosa. *World J Clin Cases.* 2014 Dec 16;2(12):866–72.
9. Johnson N. Tobacco use and oral cancer: a global perspective. *J Dent Educ.* 2001 Apr;65(4):328–39.
10. Petti S, Mohd M, Scully C. Revisiting the association between alcohol drinking and oral cancer in nonsmoking and betel quid non-chewing individuals. *Cancer Epidemiol.* 2012 Feb;36(1):e1–6.
11. Fricain J-C. [Autofluorescence for the detection of potentially malignant and malignant lesions of the oral cavity lining]. *Rev Stomatol Chir Maxillofac.* 2011 Feb;112(1):16–21.
12. Ligier K, Belot A, Launoy G, Velten M, Delafosse P, Guizard AV. Épidémiologie des cancers de la cavité buccale en France. *Rev Stomatol Chir Maxillofac.* 2011 juin;112(3):164–71.
13. J.F. Stalder, J. Demoersman, A. Lagarde, S. Leborgne, E. Lerouxel. Enseignement de pathologies de la muqueuse buccale [Internet]. Université paris 5. [cited 2015 Aug 3]. Available from: www.uvp5.univ-paris5.fr/campus-dermatologie/PathBucal/lesionselementaires/cours/lembra.asp
14. J.Billet, O. Malard, M.H. Tessier, C. Beauvillain de Montreuil. Pathologie de la muqueuse buccale. In: Editions scientifiques et médicales ELSEVIER. Elsevier Masson; 2003. p. 9pages.
15. Jean-Christophe FRICAIN, Adélaïde DOUSSAU, Hélène SAVEL, Louise BASCHET, Catherine MALDONADO. Rapport d'analyses statistiques; Fluo-K; Intéret de l'autofluorescence tissulaire dans le diagnostic précoce des lésions précancéreuses et cancéreuses de la muqueuse buccale chez le patient alcool-tabagique. USMR, Unité de Soutien Méthodologique en Recherche clinique et épidémiologique du CHU de Bordeaux; 2012.
16. García-Pola Vallejo MJ, Martínez Díaz-Canel AI, García Martín JM, González García M. Risk factors for oral soft tissue lesions in an adult Spanish population. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2002 Aug;30(4):277–85.
17. Martínez Díaz-Canel AI, García-Pola Vallejo MJ. Epidemiological study of oral mucosa pathology in patients of the Oviedo School of Stomatology. *Med Oral Órgano Of Soc Esp Med Oral Acad Iberoam Patol Med Bucal.* 2002 Feb;7(1):4–9, 10–6.
18. Pentenero M, Broccoletti R, Carbone M, Conrotto D, Gandolfo S. The prevalence of oral mucosal lesions in adults from the Turin area. *Oral Dis.* 2008 May;14(4):356–66.
19. Reichart PA. Oral mucosal lesions in a representative cross-sectional study of aging Germans. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2000 Oct;28(5):390–8.
20. Vigild M. Oral mucosal lesions among institutionalized elderly in Denmark. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1987 Dec;15(6):309–13.
21. Kovac-Kovacic M, Skaleric U. The prevalence of oral mucosal lesions in a population

- in Ljubljana, Slovenia. *J Oral Pathol Med Off Publ Int Assoc Oral Pathol Am Acad Oral Pathol*. 2000 Aug;29(7):331–5.
22. Shulman JD, Beach MM, Rivera-Hidalgo F. The prevalence of oral mucosal lesions in U.S. adults: data from the Third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988–1994. *J Am Dent Assoc* 1939. 2004 Sep;135(9):1279–86.
 23. Espinoza I, Rojas R, Aranda W, Gamonal J. Prevalence of oral mucosal lesions in elderly people in Santiago, Chile. *J Oral Pathol Med Off Publ Int Assoc Oral Pathol Am Acad Oral Pathol*. 2003 Nov;32(10):571–5.
 24. Jorge Júnior J, de Almeida OP, Bozzo L, Scully C, Graner E. Oral mucosal health and disease in institutionalized elderly in Brazil. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1991 Jun;19(3):173–5.
 25. Dos Santos PJB, Bessa CFN, de Aguiar MCF, do Carmo MAV. Cross-sectional study of oral mucosal conditions among a central Amazonian Indian community, Brazil. *J Oral Pathol Med Off Publ Int Assoc Oral Pathol Am Acad Oral Pathol*. 2004 Jan;33(1):7–12.
 26. Lin HC, Corbet EF, Lo EC. Oral mucosal lesions in adult Chinese. *J Dent Res*. 2001 May;80(5):1486–90.
 27. Ikeda N, Handa Y, Khim SP, Durward C, Axéll T, Mizuno T, et al. Prevalence study of oral mucosal lesions in a selected Cambodian population. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1995 Feb;23(1):49–54.
 28. Cadugo MA, Chua MG, Feliciano MA, Jimenez FC, Uy HG. A preliminary clinical study on the oral lesions among the Dumagats. *J Philipp Dent Assoc*. 1998 Nov;50(2):36–42.
 29. Sujatha D, Hebbar PB, Pai A. Prevalence and correlation of oral lesions among tobacco smokers, tobacco chewers, areca nut and alcohol users. *Asian Pac J Cancer Prev APJCP*. 2012;13(4):1633–7.
 30. Byakodi R, Shipurkar A, Byakodi S, Marathe K. Prevalence of oral soft tissue lesions in Sangli, India. *J Community Health*. 2011 Oct;36(5):756–9.
 31. Mehrotra R, Thomas S, Nair P, Pandya S, Singh M, Nigam NS, et al. Prevalence of oral soft tissue lesions in Vidisha. *BMC Res Notes*. 2010;3:23.
 32. Rooban T, Rao A, Joshua E, Ranganathan K. The prevalence of oral mucosal lesions in alcohol misusers in Chennai, south India. *Indian J Dent Res*. 2009;20(1):41.
 33. Chandroth SV, Venugopal HKV, Puthenveetil S, Jayaram A, Mathews J, Suresh N, et al. Prevalence of oral mucosal lesions among fishermen of Kutch coast, Gujarat, India. *Int Marit Health*. 2014;65(4):192–8.
 34. Mathew AL, Pai KM, Sholapurkar AA, Vengal M. The prevalence of oral mucosal lesions in patients visiting a dental school in Southern India. *Indian J Dent Res Off Publ Indian Soc Dent Res*. 2008 Jun;19(2):99–103.
 35. Al-Mobeeriek A, AlDosari AM. Prevalence of oral lesions among Saudi dental patients. *Ann Saudi Med*. 2009;29(5):365–8.
 36. Ali M, Joseph B, Sundaram D. Prevalence of oral mucosal lesions in patients of the Kuwait University Dental Center. *Saudi Dent J*. 2013 Jul;25(3):111–8.
 37. Cebeci A-R-I, Gülşahi A, Kamburoglu K, Orhan B-K, Oztaş B. Prevalence and distribution of oral mucosal lesions in an adult Turkish population. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2009 Jun;14(6):E272–7.
 38. Parlak AH, Koybasi S, Yavuz T, Yesildal N, Anul H, Aydogan I, et al. Prevalence of oral lesions in 13- to 16-year-old students in Duzce, Turkey. *Oral Dis*. 2006 Nov;12(6):553–8.
 39. Mumcu G, Cimilli H, Sur H, Hayran O, Atalay T. Prevalence and distribution of oral lesions: a cross-sectional study in Turkey. *Oral Dis*. 2005 Mar;11(2):81–7.
 40. Jahanbani J, Sandvik L, Lyberg T, Ahlfors E. Evaluation of Oral Mucosal Lesions in 598 Referred Iranian Patients. *Open Dent J*. 2009 Mar 27;3:42–7.
 41. Macigo FG, Mwaniki DL, Guthua SW. Prevalence of oral mucosal lesions in a Kenyan population with special reference to oral leukoplakia. *East Afr Med J*. 1995 Dec;72(12):778–82.
 42. Campisi G, Margiotta V. Oral mucosal lesions and risk habits among men in an Italian study population. *J Oral Pathol Med Off Publ Int Assoc Oral Pathol Am Acad Oral Pathol*. 2001 Jan;30(1):22–8.
 43. Jainkittivong A, Aneksuk V, Langlais RP. Oral mucosal conditions in elderly dental patients. *Oral Dis*. 2002 Jul;8(4):218–23.
 44. Kavarođi AM, Thomas M, Kannampilly J. Prevalence of oral pre-malignant lesions

- and its risk factors in an Indian subcontinent low income migrant group in Qatar. *Asian Pac J Cancer Prev APJCP*. 2014;15(10):4325–9.
45. Crivelli MR, Domínguez FV, Adler IL, Keszler A. [Frequency and distribution of oral lesions in elderly patients]. *Rev Asoc Odontológica Argent*. 1990 Mar;78(1):55–8.
46. Axéll T. A prevalence study of oral mucosal lesions in an adult Swedish population. *Odontol Revy Suppl*. 1976;36:1–103.
47. Winn DM. Tobacco use and oral disease. *J Dent Educ*. 2001 Apr;65(4):306–12.
48. Van Wyk CW, Farman AG, Staz J. Oral health status of institutionalized elderly Cape Coloreds from the Cape Peninsula of South Africa. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1977 Jul;5(4):179–84.
49. Bánóczy J, Gintner Z, Dombi C. Tobacco use and oral leukoplakia. *J Dent Educ*. 2001 Apr;65(4):322–7.
50. Bornstein MM, Lüönd-Valeskeviciute I, Altermatt HJ, Stauffer E, Buser D. [Oral mucosal lesions diagnosed in a stomatology service. An examination of clinico-pathological findings from the year 2003]. *Schweiz Monatsschrift Für Zahnmed Rev Mens Suisse Odontostomatol Riv Mens Svizzera Odontol E Stomatol SSO*. 2006;116(5):468–75.
51. KUFFER Roger, LOMBARDI Tommaso, HUSSON-BUI Corinne, COURRIER Bruno, SAMSON Jacky. La muqueuse buccale de la clinique au traitement. *MED'COM*. 2009. 416 p.

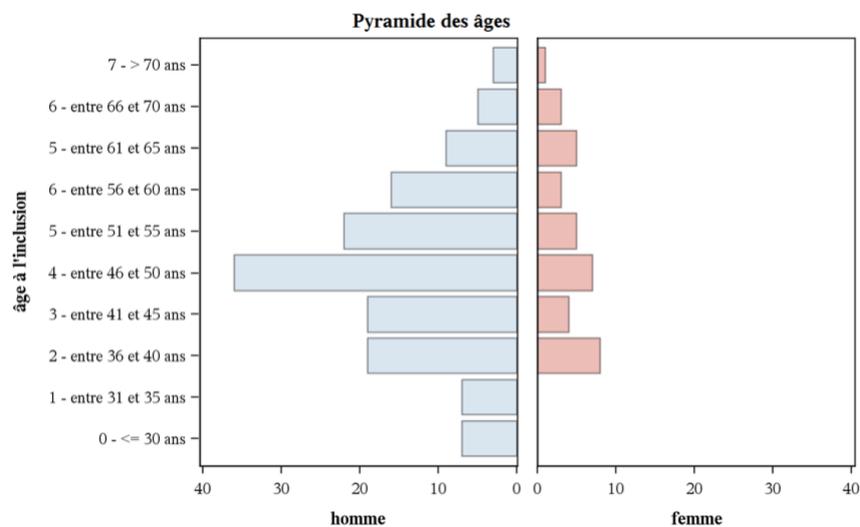
7. ANNEXES

Toutes les informations ci-après sont tirées du Rapport d'analyses statistiques; Fluo-K; Intérêt de l'autofluorescence tissulaire dans le diagnostic précoce des lésions précancéreuses et cancéreuses de la muqueuse buccale chez le patient alcool-tabagique réalisé par Jean-Christophe FRICAIN, Adélaïde DOUSSAU, Hélène SAVEL, Louise BASCHET, Catherine MALDONADO à l'USMR, Unité de Soutien Méthodologique en Recherche clinique et épidémiologique du CHU de Bordeaux en 2012.

Caractéristiques épidémiologiques des patients inclus dans l'analyse

Tableau: Description épidémiologique des patients inclus dans l'analyse

Variable			
Age à la pré-inclusion	n(d.m) moyenne (écart-type) médiane (Q1 ;Q3) min, max	179 48,40 (10,49) 47,8 (40,6 ; 55,0) 24,8 ; 76,6	
Sexe	n(d.m) 1- Masculin 2- Féminin	179 143 36	79,9% 20,1%
Niveau d'étude	n(d.m) 1- Licence ou plus 2- DEUG 3- DUT 4- Baccalauréat 5- CAP 6- BEPC 7- Sans diplôme	179 25 16 2 18 66 18 34	14,0% 8,9% 1,1% 10,1% 36,9% 10,1% 19,0%
Catégorie socio-professionnelle	n(d.m) 1- Cadre 2- Profession intermédiaire 3- Commerçant 4- Employé 5- Ouvrier 6- Autre	179 4 5 1 61 1 107	2,2% 2,8% 0,6% 34,10% 0,6% 59,8%



Antécédent de pathologies cancéreuses et pré-cancéreuses des Voies Aéro-Digestives Supérieures

Tableau: Antécédent de pathologies cancéreuses et pré-cancéreuses des VADS

n(d.m)	7	
Cancer laryngé en cours	1	14,3%
Tumeur maligne du versant antérieur de l'épiglotte	1	14,3%
Tumeur maligne de l'oropharynx en cours	1	14,3%
Cancer malin de la langue	1	14,3%
Cancer de l'œsophage en cours	2	28,6%
Cancer de la gorge	1	14,3%

Motifs d'hospitalisations

Tableau : Motifs d'hospitalisations des patients inclus

n(d.m)	178(1)	
1- Sevrage	138	77,5%
2- Cirrhose décompensée	2	1,1%
4- Autre	19	10,7%
5- Dyspnée	5	2,8%
6- AEG	9	5,1%
7- Pancréatite aiguë	3	1,7%
8- Chutes avec perte de connaissance	2	1,1%

--	--

Consommation de tabac et autres

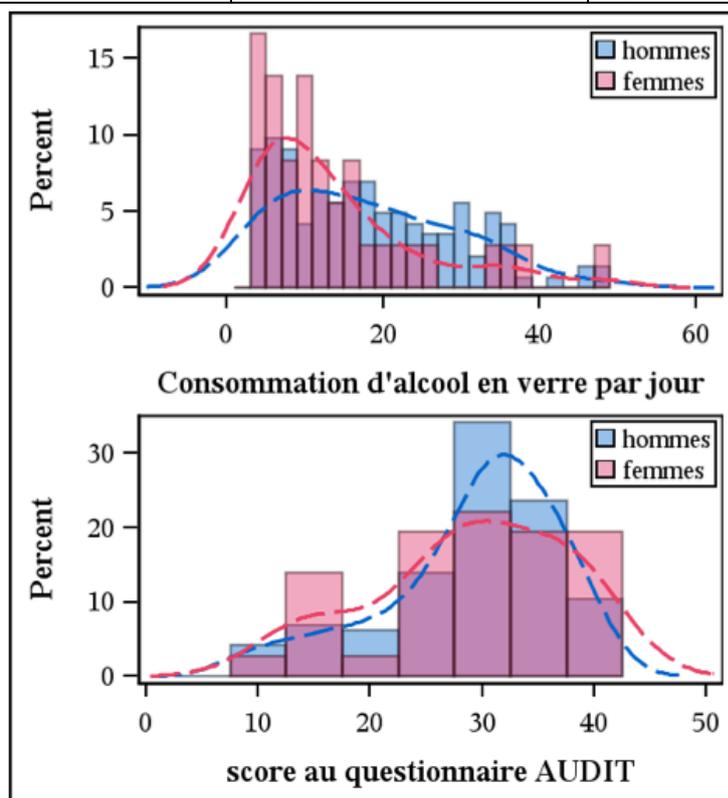
Tableau : Consommation de tabac, chiques et cannabis

Variable			
Age début consommation tabac	n(d.m) Moyenne (écart-type) Médiane (Q1 ;Q3) Min ;max	179 17,2 (5,6) 16 (14 ; 18) 9 ; 55	
Le patient fume actuellement	n(d.m) 1- non 2- oui	179 4 175	2,2% 97,8%
Depuis combien de mois il ne fume plus	n(d.m) Moyenne (écart-type) Médiane (Q1 ;Q3) Min ; max	4 3,5 (5,0) 1 (1 ; 6) 1 ; 11	
Nombre de PA	n(d.m) Moyenne (écart-type) Médiane (Q1 ;Q3) Min ; max	177 (2) 32,6 (20,3) 31 (17 ; 45) 0 ; 96	
Nombre d'années de tabagisme	n(d.m) Moyenne (écart-type) Médiane (Q1 ;Q3) Min ; Max	177 (2) 30,9 (11,0) 31 (23 ; 38) 3 ; 62	
Consommation de chique	n(d.m) 1- Non 2- Oui	179 175 4	97,8% 2,2%
Nombre de chiques par jour	n(d.m) Moyenne (écart-type) Médiane (Q1 ;Q3) Min ; Max	4 8,3 (7,9) 5 (4 ; 13) 3 ; 20	
Consommation de cannabis	n(d.m) 1- Non 2- Oui	179 136 43	76,0% 24,0%
Nombre de cigarettes de cannabis par jour	n(d.m) Moyenne (écart-type) Médiane (Q1 ;Q3) Min ; Max	43 5,2 (6,6) 3 (1 ; 6) 1 ; 30	
Nombre d'années de consommation de cannabis	n(d.m) Moyenne (écart-type) Médiane (Q1 ; Q3) Min ; Max	43 19,0 (8,9) 20 (11 ; 25) 3 ; 39	
Sa consommation de tabac a varié au cours du temps	n(d.m) 1- Non 2- Oui	179 48 131	26,8% 73,2%

Consommation d'alcool

Tableau : Consommation d'alcool

Variable		Total	Hommes	Femmes
Nb de verres d'alcool consommés par jour	n(d.m)	179	143	36
	moyenne (écart-type)	17,1 (11,2)	18,0 (11,1)	13,6 (10,9)
	médiane (Q1;Q3)	15 (7 ; 25)	16 (8 ; 26)	10 (6 ; 17)
	min ; max	3 ; 49	3 ; 49	3 ; 48
Score total au questionnaire AUDIT	n(d.m)	179	143	36
	moyenne (écart-type)	29,1 (7,8)	29,2 (7,7)	28,9 (8,5)
	médiane (Q1 ; Q3)	31 (25 ; 35)	31 (25 ; 35)	29 (25 ; 36)
	min ; max	8 ; 40	8 ; 40	11 ; 40



Description des lésions

Au niveau patient

Tableau : Nombre de lésions et d'indications de biopsier par patient en Lumière Incandescente (LI)

Variable	LI senior	LI junior
Nombre de lésion par patient		
n(d.m)	179	179
moyenne (écart-type)	2,7 (1,6)	3,3 (1,5)
médiane (Q1 ; Q3)	3 (2 ; 4)	3 (2 ; 4)
Min ; Max	0 ; 8	0 ; 6
0	14	4
1	7,8%	2,2%
2	27	19
3	15,1%	10,6%
4	45	
	25,1%	

5	40	22,3%	32	17,9%
6	30	16,8%	48	26,8%
7	14	7,8%	34	19,0%
8	7	3,9%	27	15,1%
9			15	8,4%
	2	1,1%		
Au moins une biopsie indiquée				
n				
0- Non	179		179	
1- Oui	144	80,4%	148	82,7%
	35	19,6%	31	17,3%
Nombre de biopsies indiquées par patient				
0				
1				
2	144	80,4%	148	82,7%
3	28	15,6%	24	13,4%
4	6	3,4%	7	3,9%
	1	0,6%		

Tableau : Biopsies et raison de ne pas biopsier

Variable	LI Senior		LI Junior	
Indication de biopsier la lésion				
n				
0- Non	485		588	
1- Oui	442	91,1%	550	93,5%
	43	8,9%	38	6,5%
Si décision de ne pas biopsier				
n	442		550	
1- Lésion bénigne	442	100%	550	100%
Si décision de biopsier mais biopsie non réalisée, raison :				
n				
2- Refus patient			11	
3- Lésion similaire déjà biopsiée	14		7	63,6%
	10	71,4%	3	27,3%
4- Lésion vasculaire	2	14,3%	1	9,1%
5- Lésion non accessible à la biopsie	1	7,1%		
	1	7,1%		

Nombre de patients ayant refusé au moins une biopsie : 9

Localisations

Tableau: Localisations générales en LI

	LI Senior	LI Junior
n(d.m)	484 (1)	588
1- Droite	131 27,1%	159 27,0%
2- Gauche	142 29,3%	174 29,6%
3- Droite + Gauche	211 43,6%	255 43,4%

Tableau: Nombre de localisations renseignées

	LI Senior	LI Junior
n	485	588
1	456 94,0%	553 94,0%
2	27 5,6%	34 5,8%
3	2 0,4%	1 0,2%

Tableau: Localisations

Localisations	LI Senior	% parmi N=484 lésions	LI Junior	% parmi N=589 lésions
1- Bord vermillon de la lèvre supérieure	30	6,8	45	8,3
2- Face interne de la lèvre supérieure	18	4,1	29	5,3
3- Bord vermillon de la lèvre inférieure	62	14	79	14,5

4- Face interne de la lèvre inférieure	40	9	42	7,7
5- Joue	68	15,3	97	17,8
6- Palais dur	62	14	71	13
7- Palais mou	14	3,2	8	1,5
8- Lnette	-	-	-	-
9- Pilier antérieur de l'amygdale	1	0,2	-	-
13- Face dorsale de la langue	78	17,6	94	17,2
14- Face ventrale de la langue	4	0,9	4	0,7
15- Bord de la langue	37	8,4	38	7
16- Gencive maxillaire	28	6,3	27	5
17- Gencive mandibulaire	31	7	35	6,4
18- Plancher buccal	7	1,6	13	2,4
19- Pointe de la langue	4	0,9	2	0,4
20- Vestibule mandibulaire	8	1,8	7	1,3

21- Vestibule maxillaire	8	1,8	7	1,3
22- Autre	3	0,7	5	0,9
23- Commissure labiale	13	2,9	21	3,9

La fréquence correspond au nombre de lésions ayant cette localisation. La somme des pourcentages est supérieure à 100% car dans 7% des lésions plusieurs localisations sont précisées.

Description et diagnostic des lésions

Tableau : Nombre de types de lésions élémentaires

	Senior		Junior	
n	485		588	
0	5	1,0%	3	0,5%
1	412	84,9%	530	90,1%
2	65	13,4%	51	8,7%
3	2	0,4%	4	0,7%
4	1	0,2%		

Tableau: Types de lésions élémentaires

Type de lésion élémentaire	LI Senior	% Senior parmi N=484 lésions	LI Junior	% Junior parmi N= 588 lésions
1- Erythème	102	23	98	17,8
2- Erosion	20	4,5	11	2
3- Ulcération	24	5,4	36	6,5
4- Kératose	153	34,5	190	34,5
5- Pigmentation	72	16,3	74	13,5
6- Nodule	30	6,8	30	5,5
7- Végétation	12	2,7	5	0,9
8- Pseudo-membrane	66	14,9	81	14,7
9- Autre	57	12,9	93	16,9
10- Croûte	16	3,6	25	4,5

Tableau: Diagnostic clinique

	LI senior	LI junior
n(d.m)	480 (5)	585 (3)
1- Lichen plan	6 1,3%	4 0,7%
2- Leucoplasie	35 7,3%	32 5,5%
3- Erythroplasie	2 0,4%	4 0,7%
4- Chéilite actinique	4 0,8%	7 1,2%
5- Carcinome verruqueux		1 0,2%
6- Carcinome épidermoïde	3 0,6%	6 1,0%
7- Autre	430 89,6%	531 90,8%

Cette thèse visera à préciser et à localiser ces **89,6% d' « autres » lésions** dont le diagnostic n'a pas été établi.

Tableau: Tableau de diagnostics histologiques des 38 biopsies réalisées

n(d.m)	37 (828)	100%
1- Hyperplasie épithéliale	10	27,0%
3- Dysplasie modérée	2	5,4%
5- Kératose	13	35,1%
6- Carcinome épidermoïde micro- invasif	1	2,7%
7- Carcinome épidermoïde invasif	2	5,4%
10- Autre	9	24,3%

Vu, Le Président du Jury,

Date, Signature :

Vu, la Directrice de l'UFR des Sciences Odontologiques,

Date, Signature :

Vu, le Président de l'Université de Bordeaux,

Date, Signature :

Serment

En présence de mes Maîtres et de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de l'art dentaire.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un honoraire au-dessus de mon travail. Ma langue taira les secrets qui me seront confiés. Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Mes connaissances et mon état ne serviront ni à diffuser des propos non avérés, ni à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des conditions de croyance, de nation et de race viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je promets et je jure de conformer strictement ma conduite professionnelle aux principes et aux règles prescrites par le code de déontologie.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honorée à jamais parmi les hommes. Si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

