



HAL
open science

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

Christophe Bertrand

► To cite this version:

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

HAL Id: dumas-01689066

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01689066v1>

Submitted on 24 Jan 2018

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.

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN

ANNEE 2017

N°

**THESE POUR LE
DOCTORAT EN MEDECINE**

(Diplôme d'Etat)

Par

Christophe BERTRAND

Né le 25 mars 1985 à SAINT-DIZIER (52)

Présentée et soutenue publiquement le 24 octobre 2017

**Le dépistage des cancers de la cavité buccale et de
l'oropharynx par les médecins généralistes: Etude
des pratiques dans la région du Havre en Seine-
Maritime.**

Président du Jury

Professeur Jean-Paul Marie

Directeur de thèse

Docteur Christophe MOURE

Membres du Jury

Professeur Sylvie TESTELIN

Docteur Matthieu SCHUERS

Docteur Stéphanie DAKPE

ANNEE UNIVERSITAIRE 2016 - 2017
U.F.R. DE MEDECINE ET DE-PHARMACIE DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Pierre FREGER**

ASSESEURS : **Professeur Michel GUERBET**

Professeur Benoit VEBER

Professeur Pascal JOLY

Professeur Stéphane MARRET

I - MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie plastique
Mr Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Ygal BENHAMOU	HCN	Médecine interne
Mr Jacques BENICHOU	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mme Bouchra LAMIA	Havre	Pneumologie
Mr Olivier BOYER	UFR	Immunologie
Mr François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe CHASSAGNE (<i>détachement</i>)	HCN	Médecine interne (gériatrie) – Détachement
Mr Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Jean-Nicolas CORNU	HCN	Urologie
Mr Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
Mr Pierre CZERNICHOW (<i>sumombre</i>)	HCH	Epidémiologie, économie de la santé

Mr Jean-Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan DARMONI	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mr Stéphane DERREY	HCN	Neurochirurgie
Mr Frédéric DI FIORE	CB	Cancérologie
Mr Fabien DOGUET	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean DOUCET	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard DUBRAY	CB	Radiothérapie
Mr Philippe DUCROTTE	HCN	Hépto-gastro-entérologie
Mr Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric DURAND	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
Mr Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
Mr Pierre FREGER	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
Mr Michel GODIN (<i>surnombre</i>)	HB	Néphrologie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mr Dominique GUERROT	HCN	Néphrologie
Mr Olivier GUILLIN	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Didier HANNEQUIN	HCN	Neurologie
Mr Fabrice JARDIN	CB	Hématologie
Mr Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal JOLY	HCN	Dermato - Vénérologie
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie infantile
Mr Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques

Mr Thierry LEQUERRE	HB	Rhumatologie
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
Mr Hervé LEVESQUE	HB	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie cardiaque
Mr Bertrand MACE	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David MALTETE	HCN	Neurologie
Mr Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HB	Médecine interne
Mr Jean-Paul MARIE	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre MICHEL	HCN	Hépto-gastro-entérologie
M. Benoit MISSET	HCN	Réanimation Médicale
Mr Jean-François MUIR (<i>surnombre</i>)	HB	Pneumologie
Mr Marc MURAINÉ	HCN	Ophtalmologie
Mr Philippe MUSETTE	HCN	Dermatologie - Vénérologie
Mr Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
Mr Christian PFISTER	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan PREVOST	HCN	Endocrinologie
Mr Bernard PROUST	HCN	Médecine légale
Mr Jean-Christophe RICHARD (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Horace ROMAN	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie - Pathologie
Mr Guillaume SAVOYE	HCN	Hépto-gastrologie
Mme Céline SAVOYE-COLLET	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie

Mr Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mr Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
Mr Christian THUILLEZ (<i>surnombre</i>)	HB	Pharmacologie
Mr Hervé TILLY	CB	Hématologie et transfusion
M. Gilles TOURNEL	HCN	Médecine Légale
Mr Olivier TROST	HCN	Chirurgie Maxillo-Faciale
Mr Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
Mr Jean-Pierre VANNIER (<i>surnombre</i>)	HCN	Pédiatrie génétique
Mr Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre VERA	CB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric VERIN	HB	Service Santé Réadaptation
Mr Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier VITTECOQ	HB	Rhumatologie
Mr Jacques WEBER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Neurophysiologie
Mme Sophie CLAEYSSENS	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
Mr Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
Mr Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie cellulaire
Mr Thomas MOUREZ	HCN	Virologie

Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Laëtitia ROLLIN	HCN	Médecine du Travail
Mr Mathieu SALAUN	HCN	Pneumologie
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
Mr David WALLON	HCN	Neurologie

PROFESSEUR AGREGÉ OU CERTIFIÉ

Mme Dominique LANIEZ	UFR	Anglais – retraite 01/10/2016
Mr Thierry WABLE	UFR	Communication

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

Mr Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
Mr Jean-Jacques BONNET	Pharmacologie
Mr Roland CAPRON (PU-PH)	Biophysique
Mr Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre GOULLE (Professeur émérite)	Toxicologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mme Isabelle LEROUX - NICOLLET	Physiologie

Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
Mr Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mr Jérémy BELLIEN (MCU-PH)	Pharmacologie
Mr Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Camille CHARBONNIER (LE CLEZIO)	Statistiques
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB santé	Législation pharmaceutique et économie de la
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
Mr Eric DITTMAR	Biophysique
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mme Dominique DUTERTE- BOUCHER	Pharmacologie
Mr Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie Organique
Mr Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Nejla EL GHARBI-HAMZA	Chimie analytique
Mme Marie-Laure GROULT	Botanique
Mr Hervé HUE	Biophysique et mathématiques
Mme Laetitia LE GOFF	Parasitologie – Immunologie
Mme Hong LU	Biologie
Mme Marine MALLETER	Toxicologie
Mme Sabine MENAGER	Chimie organique

Mme Tiphaine ROGEZ-FLORENT	Chimie analytique
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile GUERARD-DETUNCQ	Pharmacie officinale
Mr Jean-François HOUIVET	Pharmacie officinale

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde GUERIN	Anglais
----------------------------	---------

ASSISTANT HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

Mme Sandrine DAHOT	Bactériologie
---------------------------	---------------

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mr Souleymane ABDOUL-AZIZE	Biochimie
Mme Hanane GASMI	Galénique
Mme Caroline LAUGEL	Chimie organique
Mr Romy RAZAKANDRAINIBE	Parasitologie

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
Mr Roland CAPRON	Biophysique
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation et économie de la santé
Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
Mr Jean-Jacques BONNET	Pharmacodynamie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Loïc FAVENNEC	Parasitologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mr François ESTOUR	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX-NICOLLET	Physiologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mr Rémi VARIN	Pharmacie clinique
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR

Mr Jean-Loup **HERMIL** UFR Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS

Mr Emmanuel **LEFEBVRE** UFR Médecine Générale

Mme Elisabeth **MAUVIARD** UFR Médecine générale

Mr Philippe **NGUYEN THANH** UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS

Mr Pascal **BOULET** UFR Médecine générale

Mr Emmanuel **HAZARD** UFR Médecine Générale

Mme Lucile **PELLERIN** UFR Médecine générale

Mme Yveline **SEVRIN** UFR Médecine générale

Mme Marie Thérèse **THUEUX** UFR Médecine générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Serguei FETISSOV (med)	Physiologie (ADEN)
Mr Paul MULDER (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su RUAN (med)	Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil ADRIOUCH (med) 905)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine CLEREN (med)	Neurosciences (Néovasc)
M. Sylvain FRAINEAU (phar)	Physiologie (Inserm U 1096)
Mme Pascaline GAILDRAT (med)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mr Nicolas GUEROUT (med)	Chirurgie Expérimentale
Mme Rachel LETELLIER (med)	Physiologie
Mme Christine RONDANINO (med)	Physiologie de la reproduction
Mr Antoine OUVRARD-PASCAUD (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric PASQUET	Sciences du langage, orthophonie
Mme Isabelle TOURNIER (med)	Biochimie (UMR 1079)

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre Henri Becquerel

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation *SJ – Saint Julien Rouen*

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises et les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Remerciements

Au Docteur Christophe MOURE

Pour la confiance que tu m'as accordée en acceptant de diriger ce travail. Pour ta disponibilité et pour m'avoir entouré de ton expérience et de ta bienveillance, je te présente ici mes plus profonds remerciements.

Au Professeur Jean-Paul MARIE

Pour m'avoir fait l'honneur d'accepter de présider ce jury. Pour votre disponibilité et pour l'attention que vous m'avez portée, veuillez trouver ici l'expression de mon entière reconnaissance.

Au Professeur Sylvie TESTELIN

Pour avoir aimablement accepté de juger ce travail. Pour vous être rendue disponible en acceptant de venir d'Amiens, soyez assurée de ma pleine et entière reconnaissance.

Au Docteur Matthieu SCHUERS

Pour avoir accepté de juger ce travail en tant que représentant du département de médecine générale. Pour votre disponibilité et votre bienveillance, je tiens à vous exprimer mes remerciements sincères.

Au Docteur Stéphanie DAKPE

Pour avoir accepté de participer à ce jury de manière inopinée et pour la qualité de vos travaux qui ont été source d'inspiration pour cette thèse, veuillez trouver ici l'expression de ma gratitude.

A mes parents, **Hazel** et **Michel**, pour avoir su me donner le goût d'apprendre et m'avoir poussé à cultiver ma curiosité. Pour votre soutien indéfectible tout au long de ces années et pour votre bienveillance, du fond du cœur, merci.

A ma sœur, **Sophie**, qui a su me témoigner son affection et son soutien, et qui reste présente malgré la distance géographique.

A **Gaëlle**, qui a la patience de me supporter lors des moments d'incertitudes et pour l'amour qu'elle me manifeste au quotidien.

A mes amis, **Vanessa**, **Charles**, **Marie** et **Alexandre**, **France** et **Geoffrey**, **Aurélie** et **Florent**, **Mathilde** et **Pierre**, **Nour** et **Benjamin**, **Elodie** et **Mickaël**, et tous ceux que j'oublie de citer. Vous êtes ma deuxième famille, indispensables à mon équilibre et à mon bien-être. Pour votre présence dans les moments de joie comme dans les coups durs, merci. Votre amitié m'est précieuse.

A **Nicolas** « **Boul's** » **Boulangier**, mon copain, mon ami, mon frère, qui partageait une vision de la médecine et de la vie semblable à la mienne. Tu es parti trop tôt et ton absence est douloureuse, mais tu restes présent dans mon cœur pour toujours.

A ma grand-mère maternelle, **Frances McCarter**, pour son amour et son immense tendresse, qui a su me rassurer lors du PCEM1 quelques semaines avant de nous quitter. Tes derniers mots seront toujours un guide pour moi.

A toutes celles et ceux, les copains de Rouen et d'ailleurs, qui m'ont permis d'avancer sur le chemin de la médecine, au gré des rencontres étudiantes et durant l'externat puis l'internat. Vous resterez toujours chers à mes yeux.

Enfin, je tiens à remercier tous les médecins et équipes paramédicales que j'ai pu côtoyer durant mon cursus. Vos enseignements et votre bienveillance m'ont permis de me construire en tant que soignant et en tant que personne. C'est grâce à vous que j'essaie de pratiquer une médecine avant tout humaine.

Serment d'Hippocrate

« Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver et de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque. »

Table des matières

Liste des tableaux	21
Liste des figures	22
Liste des abréviations	24
I. Introduction	25
II. Connaissances actuelles	27
II.1. Rappel d'anatomie et de physiologie. Problématique de la nomenclature anatomique et mise au point nosologique (6–8)	27
II.1. A. La cavité buccale	28
II.1. B. L'oropharynx	31
II.1. C. Les aires ganglionnaires	31
II.2. Histopathologie des cancers de la cavité buccale (6,9,10)	33
II.3. Données épidémiologiques actuelles	34
II.3. A. Incidence	34
a. Estimation de l'incidence en France en 2012	34
b. Evolution de l'incidence en France entre 1980 et 2012	36
c. Projection de l'incidence en France en 2015	37
II.3. B. Mortalité	39
II.3. C. Prévalence	39
II.3. D. Survie	41
II.3. E. Disparités géographiques	43
II.3. F. Stade au diagnostic	46
II.3. G. Survie selon le stade	48
II.4. Facteurs de risques	50
II.4.1. Le tabac	50
II.4.2. L'alcool	53
II.4.3. L'association synergique du tabac et de l'alcool	55
II.4.4. Le papillomavirus humain (HPV)	56
II.4.5. Les lésions précancéreuses (LPC)	56
II.4.5. A. La Leucoplasie	57
II.4.5. B. L'érythroplasie	59
II.4.5. C. La leucoplasie verruqueuse proliférative	60

II.4.5. D. La chéilite actinique.....	60
II.4.5. E. Le lichen plan.....	61
II.4.5. F. La fibrose sous-muqueuse.....	62
II.4.6. Les autres facteurs de risque.....	63
II.5. Méthode d'examen de la cavité buccale et de l'oropharynx.....	65
II.5.1. Interrogatoire (7-9,38).....	65
II.5.2. Examen exobuccal (7,8,38).....	66
II.5.3. Examen endobuccal (7,8,38,42).....	67
II.5.4. Examen de l'oropharynx (7,8,38).....	70
II.6. Aspects cliniques des cancers de la cavité buccale et de l'oropharynx (27,38,48).....	72
II.6.1. La forme ulcéreuse.....	72
II.6.2. La forme végétante ou exophytique.....	73
II.6.3. La forme ulcérovégétante.....	73
II.6.4. La forme infiltrante ou endophytique.....	74
II.6.5. La forme érosive superficielle.....	74
II.6.6. La forme papillomateuse hyperkératosique ou carcinome verruqueux.....	75
III. Etat des lieux des pratiques de dépistage des cancers de la cavité buccale et de l'oropharynx par les médecins généralistes de la région du Havre en Seine-Maritime.....	76
III.1. Méthodologie.....	76
III.1.1. Population étudiée.....	76
III.1.2. Outils de recherche.....	77
III.1.3. Classement des données.....	77
III.2. Analyse démographique de l'échantillon étudié.....	78
III.2.1. Répartition des médecins par sexe.....	78
III.2.2. Répartition des médecins selon le nombre d'années d'exercice.....	78
III.2.3. Répartition des médecins par milieu d'exercice.....	79
III.2.4. Répartition des médecins par mode d'activité.....	80
III.2.5. Nombre de patients vus par jour par les médecins interrogés.....	80
III.3. Résultats.....	81
III.3.1. Qualité de la formation au dépistage des cancers de la cavité buccale et de l'oropharynx reçue par les médecins interrogés.....	81
III.3.2. Nombre de patients ayant été suivi pour un cancer de la cavité buccale ou de l'oropharynx par les médecins interrogés.....	82

III.3.3. Les connaissances des médecins généralistes interrogés sur les cancers de la cavité buccale et de l'oropharynx.....	83
III.3.3.A. Les facteurs de risques	83
III.3.3.B. Critères d'examen de la cavité buccale	84
III.3.4. Pratique actuelle du dépistage des cancers de la cavité buccale et de l'oropharynx par les médecins interrogés	84
III.3.4. A. Circonstances de la pratique d'un examen clinique complet de la cavité buccale et de l'oropharynx	85
III.3.4. B. La position du patient	86
III.3.4. C. L'éclairage et le matériel employé	86
III.3.4. D. La palpation réalisée.....	88
III.3.4. E. Résultats divers	89
III.3.5. La vision des médecins généralistes interrogés.....	89
III.4. Discussion	90
III.4.1. Les limites de l'enquête.....	90
III.4.2. Les obstacles au dépistage des cancers de la cavité buccale et de l'oropharynx .	90
III.4.2. A. Les limites liées aux médecins	90
III.4.2. B. Les limites liées au patient.....	94
III.4.2. C. Les limites liées aux recommandations	94
III.4.3. L'évolution de la législation sur le tabac en France (62).....	95
III.4.4. L'évolution de la législation sur l'alcool en France (63–65)	96
III.4.5. La vaccination contre l'HPV	97
III.4.6. Vers l'amélioration des pratiques.....	97
III.4.6. A. L'information du public	97
III.4.6. B. La formation des médecins généralistes	98
IV. Conclusion.....	99
Bibliographie.....	101
Annexes.....	107
Annexe 1: Questionnaire adressé aux médecins généralistes de la région du Havre en Seine-Maritime.....	107
Annexe 2 : Dépliant "Détection précoce des cancers de la bouche" mis à disposition par l'INCa.	111
Annexe 3 : Dépliant "Améliorer la détection précoce des cancers de la cavité buccale" mis à disposition par l'INCa.	113

Annexe 4 : Dépliant "Détection précoce des cancers de la cavité buccale, un outil multimédia pour les chirurgiens dentistes" mis à disposition par l'INCa..... 115

Liste des tableaux

Tableau 1: Cancers lèvre-bouche-pharynx, estimation en 2012, principaux indicateurs.....	35
Tableau 2: Taux d'incidence et de mortalité en France selon l'année (standardisés monde pour 100 000 personnes-années).....	36
Tableau 3: Incidence et mortalité en France - Projection 2015 – LBP	38
Tableau 4: Classification TNM des cancers de la cavité orale.	47
Tableau 5: Stadification des cancers de la cavité orale	47

Liste des figures

Figure 1: Cavité orale, vue antérieure (source EMC).	28
Figure 2: Cavité buccale et pharynx, coupe sagittale médiane (source EMC).	30
Figure 3: Région pelvilinguale, vue antérieure (source EMC).	30
Figure 4: Drainage lymphatique de la tête et du cou.....	32
Figure 5: Classification de Robbins.	33
Figure 6: Incidence et mortalité par âge en 2012 – LBP.....	35
Figure 7: Tendence chronologique pour la France - LBP.....	37
Figure 8: Evolution du nombre de nouveaux cas et de décès entre 1995 et 2015 en France Métropolitaine.	38
Figure 9: Prévalence totale des cancers chez l'homme de plus de 15 ans en France en 2008.	40
Figure 10: Prévalence totale des cancers chez la femme de 15 en plus en France en 2008.....	41
Figure 11: Survie nette standardisée à 1, 5 et 10 ans des patients diagnostiqués entre 2005 et 2010 chez l'homme pour les cancers de la tête et du cou, de la cavité orale, des glandes salivaires et de la langue.....	42
Figure 12: Survie nette standardisée à 1, 5 et 10 ans des patients diagnostiqués entre 2005 et 2010 chez la femme pour les cancers de la tête et du cou, de la cavité orale, des glandes salivaires et de la langue.....	43
Figure 13: Cancers LBP, 2008-2010, Carte des rapports standardisés d'incidence.	44
Figure 14: Incidence des cancers de la lèvre, de la bouche et du pharynx chez l'homme par région en 2008-2010.....	45
Figure 15: Incidence des cancers de la lèvre, de la bouche et du pharynx chez l'homme par région en 2008-2010.....	46
Figure 16: Leucoplasie homogène du bord et de la face ventrale droits de la langue..	57
Figure 17: Leucoplasie inhomogène du bord et de la face ventrale droits de la langue.	58
Figure 18: Leucoplasie érosive du bord gauche de la langue. (Source : Dr C. Moure).	59
Figure 19: Erythroplasie du palais dur et du voile du palais. (Source: Dr C. Moure).	59
Figure 20: Leucoplasie verruqueuse proliférative du palais.	60
Figure 21: Chéilite actinique de la lèvre inférieure.....	61
Figure 22: Lichen plan de la face interne de joue gauche. (Source: Dr C. Moure).	62
Figure 23: Signes d'alerte et symptômes devant emmener à consulter - Make Sense Campaign.	66
Figure 24: "Examen de la gorge" E-J Moure technique chirurgicale ORL 1928.....	68
Figure 25: Protocole des trois cercles pour l'examen de la cavité buccale, Schéma modifié..	69
Figure 26: "Exploration du plancher de la bouche" E-J Moure technique chirurgicale ORL 1928.....	70
Figure 27: Carcinome épidermoïde de la face inférieure gauche de la langue, forme ulcéreuse (Source: Dr C. Moure).	72
Figure 28: Carcinome épidermoïde de la gencive, forme végétante (Source: Dr C. Moure). .	73

Figure 29: Carcinome épidermoïde de la base de langue, forme ulcéro-végétante (Source: Dr C. Moure).	74
Figure 30: Carcinome verruqueux de la face interne de joue droite (Source : Dr C. Moure)..	75
Figure 31: Répartition des médecins généralistes interrogés selon le sexe.....	78
Figure 32: Répartitions des médecins généralistes interrogés selon le nombre d'années d'exercice.....	79
Figure 33: Répartition des médecins généralistes interrogés par milieu d'exercice rural, semi-rural ou urbain.	79
Figure 34: Répartition des médecins généralistes interrogés par mode d'exercice seul ou en cabinet de groupe.	80
Figure 35: Nombre de patients vus par jour en moyenne par les médecins généralistes interrogés.....	80
Figure 36: Qualité de la formation au dépistage des cancers de la cavité buccale et de l'oropharynx reçue par les médecins généralistes interrogés..	81
Figure 37: Ancienneté de la dernière mise à jour des connaissances concernant les cancers de la cavité buccale et de l'oropharynx chez les médecins généralistes interrogés.....	82
Figure 38: Nombre de patients suivis pour un cancer de la cavité buccale ou de l'oropharynx par les médecins généralistes interrogés.	82
Figure 39: Points d'appel sur lesquels les médecins interrogés réalisaient un examen de la cavité buccal du patient.	84
Figure 40: Pourcentage de médecins déclarant pratiquer le dépistage des cancers de la cavité buccale et de l'oropharynx.....	84
Figure 41: Raisons évoquées par les médecins interrogés qui ne pratiquaient pas le dépistage des cancers de la cavité buccale et de l'oropharynx.	85
Figure 42: Population bénéficiant d'un examen clinique complet de la cavité buccale et de l'oropharynx chez les médecins généralistes interrogés.....	85
Figure 43: Position du patient lors de l'examen de la cavité buccale et de l'oropharynx chez les médecins généralistes interrogés.....	86
Figure 44: Eclairage employé par les médecins généralistes interrogés lors de l'examen de la cavité buccale et de l'oropharynx.	86
Figure 45: Matériel employé par les médecins généralistes interrogés lors de l'examen de la cavité buccale et de l'oropharynx.	87
Figure 46: Critères de réalisation d'une palpation endobuccalee du patient par les médecins généralistes interrogés.....	88
Figure 47: Critères de palpation exobuccale (face et aires ganglionnaires) du patient par les médecins généralistes interrogés.....	88

Liste des abréviations

AMUH : Association des Urgences Médicales Havraises

API : Alcoolisation Ponctuelle Importante

ARS : Agence Régionale de Santé

CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux

CCB : Cancers de la Cavité Buccale

CODAH : Communauté De l'Agglomération Havraise

EHNS : European Head and Neck Society

FMC : Formation médicale Continue

HCL : Hospices Civils de Lyon

HPV : Human Papillomavirus (papillomavirus humain)

INCa : Institut National du Cancer

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

InVS : Institut de Veille Sanitaire

IST : Infection Sexuellement Transmissible

LBP : Lèvres, Bouche, Pharynx

LPC : Lésion Précancéreuse

LPM : Lésion à Potentiel Malin

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

RGO : Reflux Gastro-Oesophagien

TNM : Tumeur, Nodule, Métastases

VADS : Voies Aéro-Digestives Supérieures

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

WHO : World Health Organization

I. Introduction

En France, les cancers de la cavité buccale et de l'oropharynx sont fréquents (1). Ils représentent 75% cancers des voies aéro-digestives supérieures (VADS) qui se placent au quatrième rang des cancers chez l'homme soit 10% des cancers en France (2,3).

Les taux d'incidence estimée sont de 16,1 et 5,6 pour 100 000 personnes-années, respectivement chez l'homme et chez la femme, ce qui représente environ 7500 nouveaux cas par an (4).

Ces cancers sont de mauvais pronostic. En France, le taux de survie à 5 ans chez les patients atteints de cancer de la cavité buccale et de l'oropharynx est de seulement 40%. La survie nette à 10 ans est de 25% et 40% respectivement chez l'homme et chez la femme (5). Ce pronostic est étroitement lié au stade de développement au moment du diagnostic.

On estime que 70% de ces cancers sont diagnostiqués tardivement à un stade 3 ou 4 (5). Pour comparaison, le taux est de 43% pour le cancer colorectal. La conséquence de ce retard au diagnostic entraîne des traitements lourds et mutilants, tant sur le plan fonctionnel que morphologique, la qualité de vie du patient s'en trouvant fortement dégradée.

En 2008 dans le Nord-Ouest de la France, seuls 30% des cancers oraux étaient diagnostiqués à stade précoce (stades 1 et 2) alors que la cavité buccale est facilement accessible à un examen de dépistage par tout professionnel de santé (5).

Pour le patient, le médecin généraliste est le soignant de premier recours. Il est l'acteur de choix pour dépister les cancers de la cavité buccale à un stade précoce.

Devant de telles données, on peut s'interroger sur les raisons d'un diagnostic si tardif, sur la manière dont les médecins généralistes procèdent au dépistage des cancers oraux, et si l'on peut optimiser ce dépistage en pratique.

Ce travail propose d'analyser la pratique et les méthodes employées par les médecins généralistes de la région du Havre en Seine-Maritime concernant le dépistage des cancers de la cavité buccale et de l'oropharynx.

Après avoir revu brièvement les structures anatomiques concernées, nous exposerons les données épidémiologiques actuelles concernant ces cancers et la méthode d'examen de la cavité buccale

Puis, nous mettrons en lumière les points forts et les limites de ce dépistage en médecine générale. Nous mesurerons l'intérêt d'une campagne de sensibilisation auprès des médecins généralistes de l'agglomération havraise.

II. Connaissances actuelles

II.1. Rappel d'anatomie et de physiologie. Problématique de la nomenclature anatomique et mise au point nosologique (6–8)

La cavité buccale, est une dénomination anatomique large regroupant plusieurs sous-localisations. Elle fait partie des voies aérodigestives supérieures (VADS) qui comprennent aussi le pharynx, le larynx et les cavités naso-sinusiennes.

La bouche répond à de nombreuses fonctions physiologiques : nutrition, respiration, élocution et expression du visage.

Si l'anatomie est une science exacte, la normalisation de sa terminologie a cependant, depuis ses débuts, été sujette à discussions. Les travaux du Federative Committee on Anatomical Terminology, publiés en 1998, ont donné lieu à la *Terminologia Anatomica*, dernière terminologie en date qui remplace l'ancienne nomenclature définie par la *Nomina Anatomica* de Paris publiée en 1955.

Les publications scientifiques et les ouvrages de référence, en fonction de leur date de publication ou de mise à jour, ne suivent pas nécessairement les modifications et font coexister les formes classiques et modernes. Ainsi, dans la littérature francophone, on retrouve souvent le terme de « cavité buccale » alors que la nomenclature moderne parle de « cavité orale » qui correspond au terme anglo-saxon de « oral cavity ». On parle d'ailleurs de « oral cancer » pour les tumeurs de cette région anatomique.

De la même manière, on ne devrait plus employer les termes d' « amygdale », « voile du palais », « voûte palatine » et « plancher buccal » mais plutôt ceux de « tonsille palatine », « palais mou », « palais dur » et « plancher oral ». Le canal de Stenon devient « canal parotidien » et le canal de Wharton devient le « conduit submandibulaire ».

Certaines publications regroupent la cavité orale et l'oropharynx dans une même entité car ces deux régions présentent des similitudes du point de vue épidémiologique. Pourtant il s'agit bien de deux régions anatomiques distinctes.

Dans un souci de clarté et de cohérence quant à la majorité de la littérature francophone, nous avons décidé de conserver la dénomination de cavité buccale et oropharynx pour la suite de ce travail.

II.1. A. La cavité buccale

La cavité buccale est limitée :

- En avant par les lèvres
- En haut par le palais osseux ou palais dur
- En bas par les muscles mylohyoïdiens qui forment le plancher buccal
- Latéralement par la face interne des joues
- En arrière par les piliers antérieurs

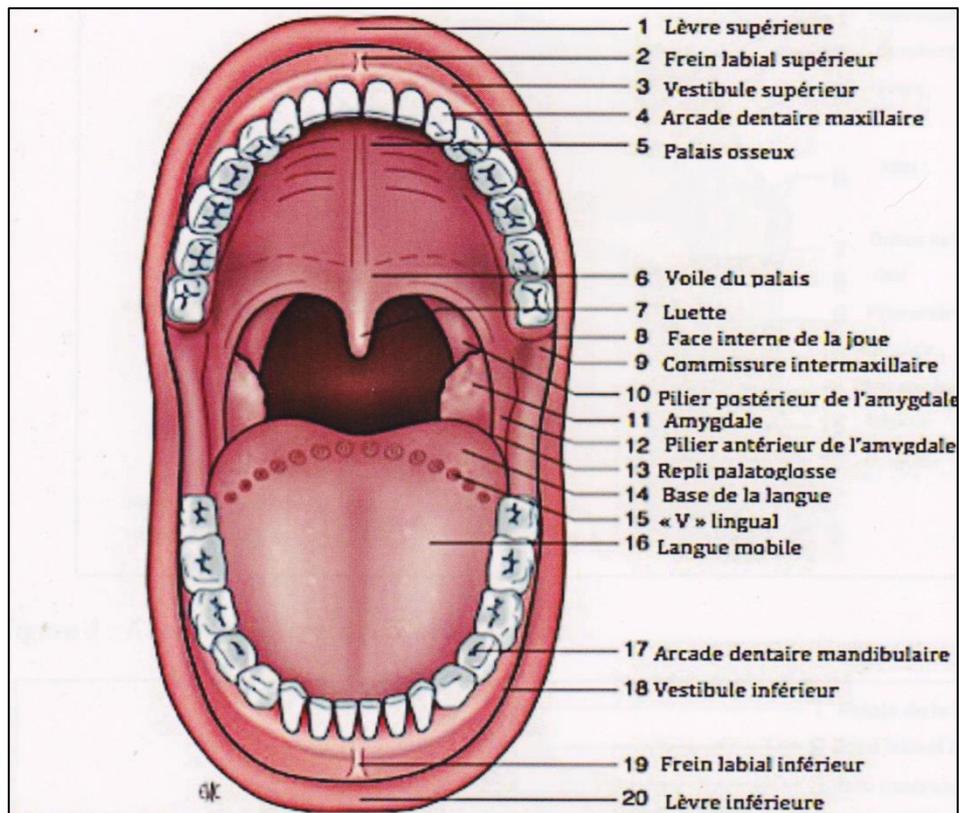


Figure 1: Cavité orale, vue antérieure (source EMC).

Les lèvres se rejoignent au niveau de leurs commissures et forment une fente qui s'ouvre sur la cavité orale.

Les vestibules se situent en haut et en bas des joues, limités en avant par la face interne des lèvres et latéralement par la face interne des joues, en avant et en dehors des arcades dentaires. Ils sont interrompus par les freins labiaux au niveau de la ligne médiane.

Les joues sont limitées en arrière par les commissures intermaxillaires, situées en arrière des molaires.

La cavité orale est délimitée par les arcades dentaires. Le palais osseux et le voile du palais délimitent la partie supérieure de cette cavité. Le plancher buccal, séparé en deux par le frein de la langue, en constitue la limite inférieure.

La cavité orale est occupée par la langue mobile qui est constituée d'une face dorsale, d'une pointe, de bords latéraux et d'une face ventrale reliée au plancher buccal.

La langue mobile est séparée de la base de la langue en arrière par le « V » lingual formé par les papilles caliciformes.

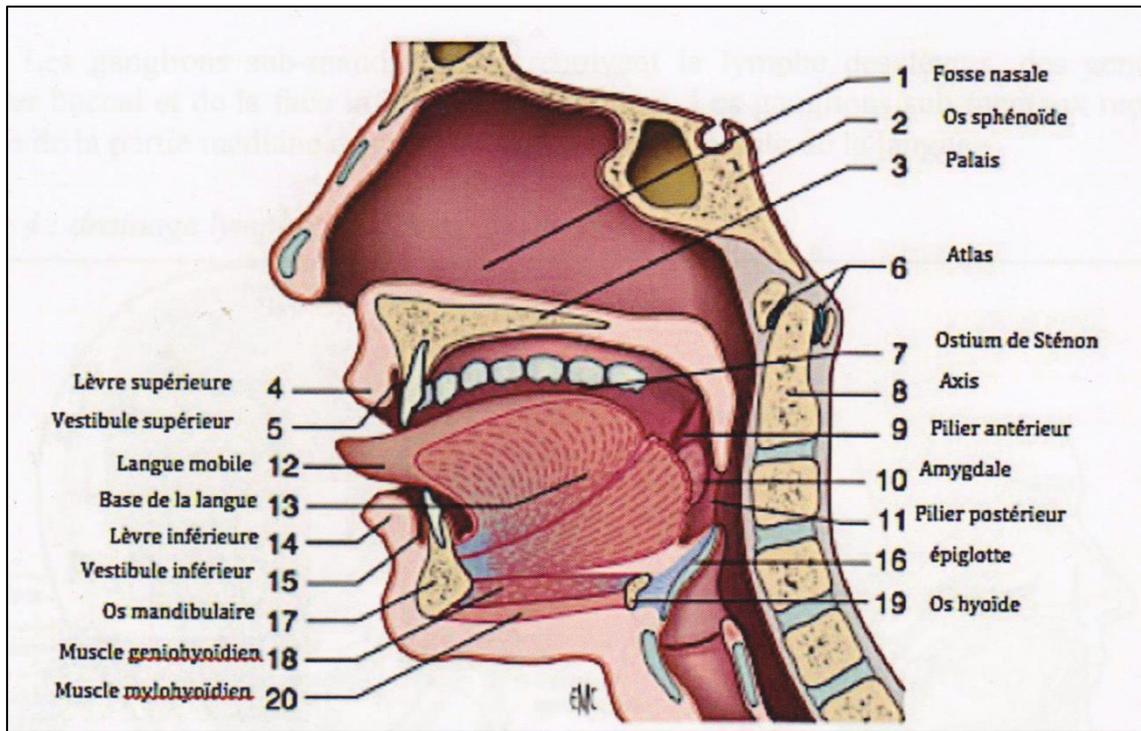


Figure 2 : Cavité buccale et pharynx, coupe sagittale médiane (source EMC).

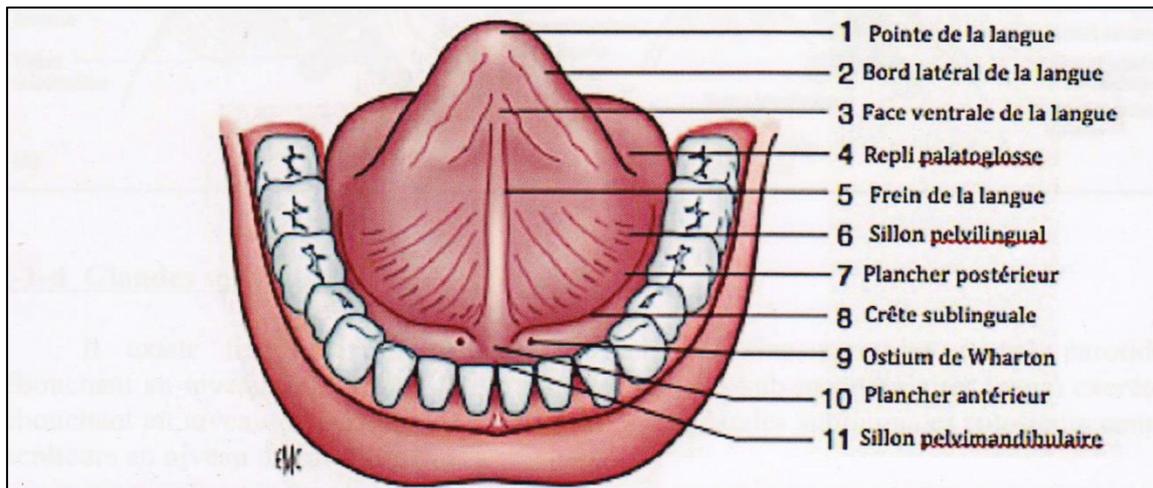


Figure 3 : Région pelvilinguale, vue antérieure (source EMC).

II.1. B. L'oropharynx

L'oropharynx se situe en arrière de la cavité buccale, en dessous du rhinopharynx et au-dessus de l'hypopharynx (ou laryngopharynx).

Il est constitué en avant par la base de la langue, les vallécules et le sillon amygdaloglosse, en haut par le voile du palais et la luette, sur les côtés par les parois oropharyngées latérales avec les loges amygdaliennes contenant les amygdales palatines et en arrière par la paroi pharyngée postérieure.

II.1. C. Les aires ganglionnaires

Le drainage lymphatique de la cavité buccale se fait principalement par les nœuds lymphatiques sub-mentaux, sub-mandibulaires et digastriques qui rejoignent les chaînes lymphatiques du cou. Le drainage s'effectue de manière uni ou bilatérale en fonction de la localisation dans la cavité buccale.

Les ganglions sub-mandibulaires drainent la lymphe de la région des lèvres, des gencives, du plancher buccal et de la face ventrale de la langue.

Les ganglions sub-mentaux drainent la lymphe de la partie médiane de ces zones et de la pointe de la langue.

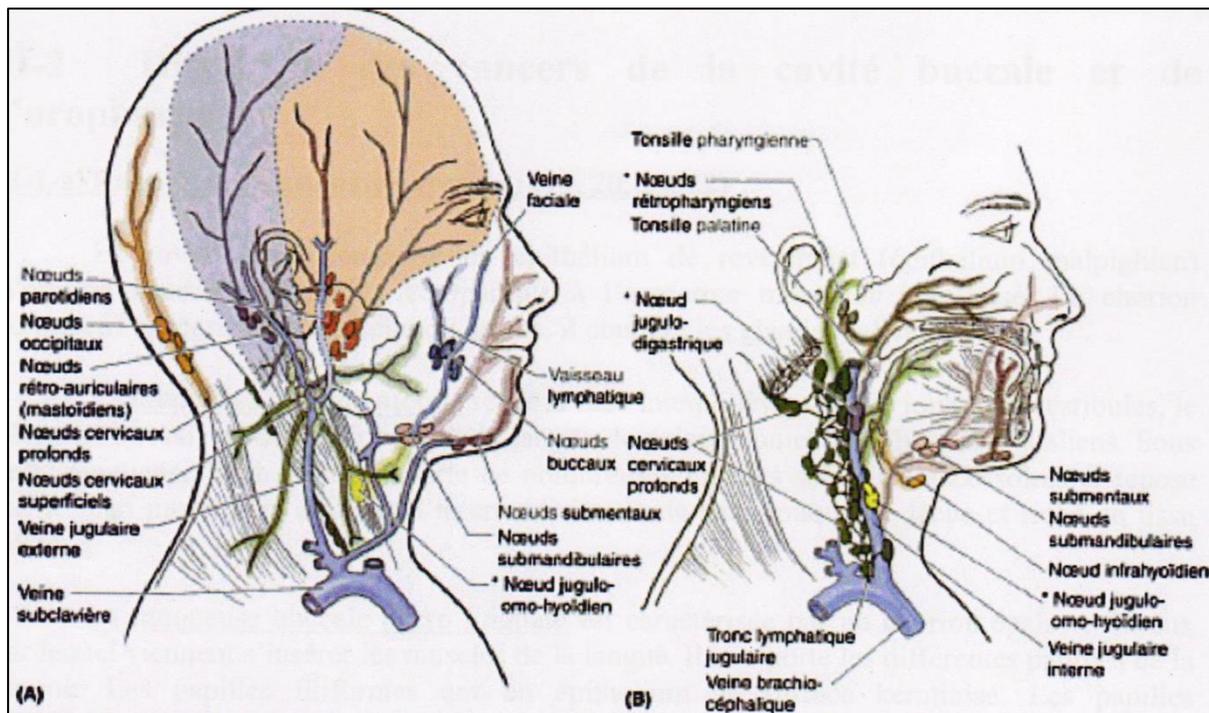


Figure 4 : Drainage lymphatique de la tête et du cou.

Parallèlement à la description anatomique classique, il existe une classification internationale communément utilisée en cancérologie cervico-faciale, la classification de Robbins. Elle est essentielle à la communication entre clinicien, chirurgien et radiologue, et subdivise les différentes chaînes ganglionnaires en 6 secteurs distincts :

- la sous mental
- Ib sous mandibulaire
- IIa sous digastrique (ou jugulo-carotidien supérieur)
- IIb rétrospinal
- III chaîne jugulaire moyenne
- IV chaîne jugulaire inférieure et sus-claviculaire
- VI chaîne viscérale (ou préaryngée)

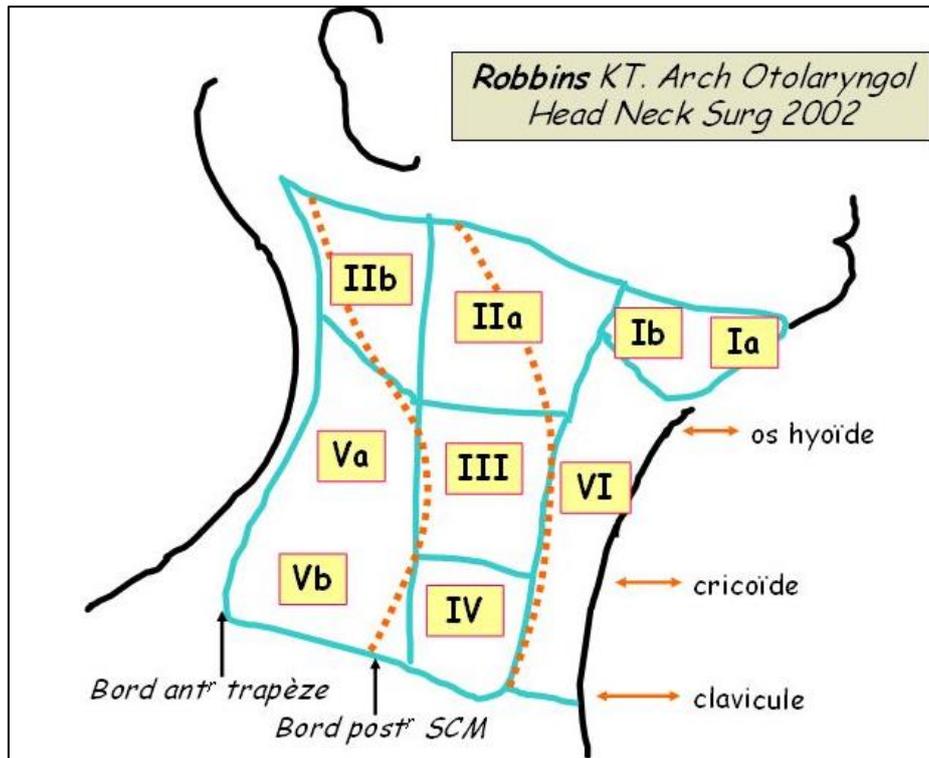


Figure 5: Classification de Robbins.

II.2. Histopathologie des cancers de la cavité buccale (6,9,10)

La cavité buccale est tapissée d'un épithélium de revêtement (épithélium malpighien comparable à l'épiderme mais non kératinisé. Le chorion conjonctif est comparable à celui du derme, il contient les glandes salivaires.

Les tumeurs malignes de la cavité buccale sont surtout d'origine épithéliale. Ainsi les carcinomes épidermoïdes représentent environ 95% des tumeurs de la cavité buccale et de l'oropharynx (10).

Les autres tumeurs de la cavité buccale peuvent être d'origine lymphomateuse ou glandulaire. On trouve également des sarcomes de Kaposi, des mélanomes muqueux malins ou encore des métastases d'autres tumeurs.

II.3. Données épidémiologiques actuelles

La mise à jour de l'estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France est le fruit d'un partenariat entre le Réseau des registres des cancers Francim, le Service de biostatistique des Hospices Civils de Lyon (HCL), l'Institut de Veille Sanitaire (InVS) et l'Institut National du Cancer (INCa).

Les cancers de la cavité buccale et de l'oropharynx font partie des cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS). Les limites anatomiques sont parfois peu claires entre cavité buccale et oropharynx selon les études. En ce qui concerne l'épidémiologie, les données présentées par les organismes de surveillance sus-cités prennent en compte les cancers de la région « lèvre, bouche et pharynx » (LBP). L'amygdale et la base de langue, anatomiquement distinctes de la cavité buccale, ont été conservées dans l'analyse des données dans le cadre du plan cancer 2009-2013 et de la détection précoce des cancers de la cavité buccale (9).

En 2005 les cancers de la cavité buccale représentaient 58,2% des cancers pour les localisations lèvre-bouche-pharynx (10).

Malgré une incidence en baisse, ils sont toujours fréquents en France comparativement aux autres pays européens (5,11).

II.3. A. Incidence

a. Estimation de l'incidence en France en 2012

En 2005 l'incidence des cancers de la cavité buccale était de 12,3/100 000 personnes années chez l'homme et de 3,0/100 000 personnes-années chez la femme (taux standardisé monde).

Le sexe ratio homme/femme était de 4,1 (10).

En 2012 le nombre de nouveaux cas estimés pour les cancers lèvre-bouche-pharynx était de 11 316 dont 71% survenant chez l'homme.

Le taux d'incidence standardisé en 2012 en France était de 16,1/100 000 personnes-années chez l'homme et de 5,6/100 000 personnes-années chez la femme, soit un rapport hommes-femmes de 2,9 (4p14).

Tableau 1 : Cancers lèvre-bouche-pharynx, estimation en 2012, principaux indicateurs (3p16).

	Sexe	Taux brut	Taux standardisés Europe	Taux standardisés Monde	Nombre de cas
Incidence	Homme	26,0	22,4	16,1	8 033
	Femme	10,0	7,7	5,6	3 283
Mortalité	Homme	8,0	6,7	4,7	2 465
	Femme	2,2	1,5	1,0	727

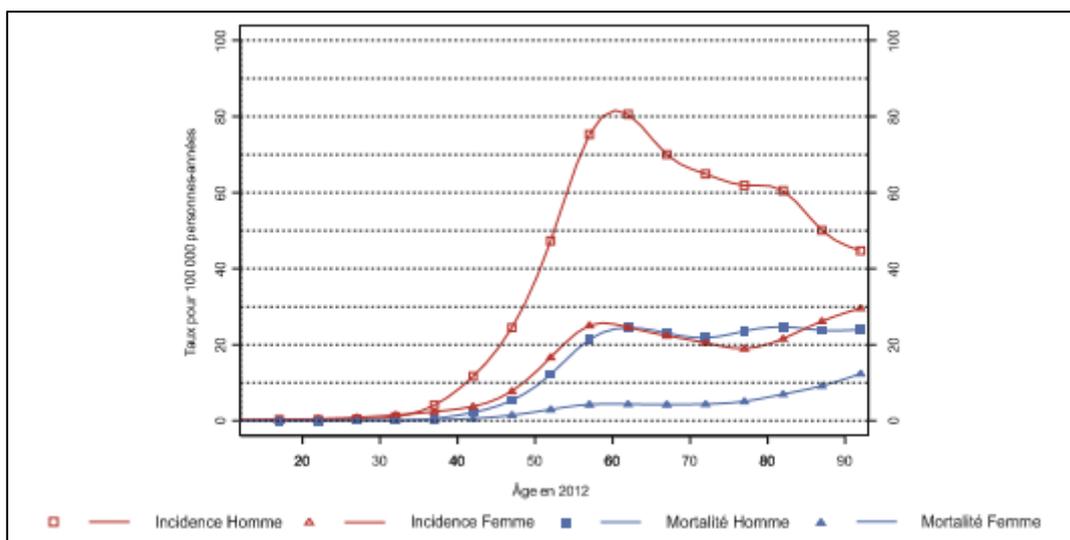


Figure 6 : Incidence et mortalité par âge en 2012 – LBP (3p16).

b. Evolution de l'incidence en France entre 1980 et 2012

L'incidence des cancers lèvre-bouche-pharynx a fortement diminué chez l'homme depuis 1980 et cette tendance s'est accentuée après 2005. En effet, le taux d'incidence standardisé diminue de 2,8 % par an entre 1980 et 2012 (40 cas pour 100 000 personnes-années en 1980 contre 16,1 cas en 2012) et cette diminution est de 5,3 % entre 2005 et 2012.

Chez la femme, l'incidence est en augmentation (3,5 cas pour 100 000 personnes-années en 1980 contre 5,6 cas en 2012) avec un taux d'incidence standardisé augmentant de 1,5 % par an. Cette augmentation ralentit sur la période 2005-2012 (1,1 % par an) (4p14).

Tableau 2 : Taux d'incidence et de mortalité en France selon l'année (standardisés monde pour 100 000 personnes-années).

	Sexe	Année						Taux annuel moyen d'évolution (%)	
		1980	1990	2000	2005	2010	2012	De 1980 à 2012	De 2005 à 2012
Incidence	Homme	40,0	37,1	28,9	23,6	18,2	16,1	-2,8	-5,3
	Femme	3,5	4,0	4,7	5,2	5,5	5,6	1,5	1,1
Mortalité	Homme	15,9	13,5	9,7	7,5	5,4	4,7	-3,7	-6,5
	Femme	1,2	1,3	1,3	1,2	1,1	1,0	-0,5	-2,2
Mortalité observée	Homme	16,1	13,6	9,3	7,3	-	-	-	-
	Femme	1,3	1,3	1,3	1,2	-	-	-	-

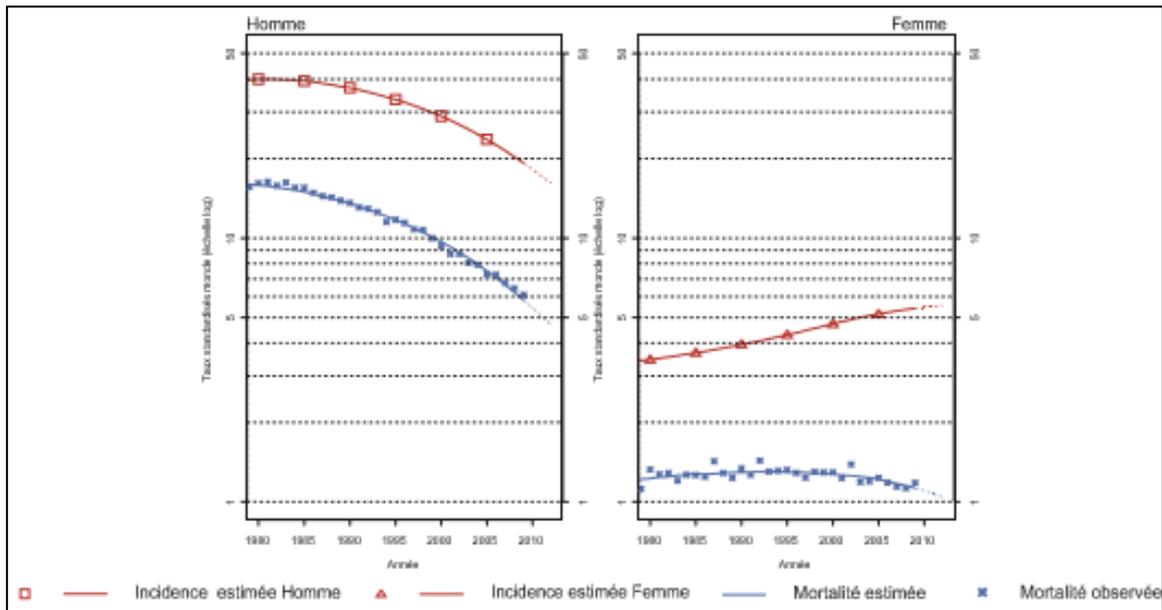


Figure 7 : Tendence chronologique pour la France - LBP (3p18).

c. Projection de l'incidence en France en 2015

Toutes les estimations nationales présentées sont issues d'une modélisation des données d'incidence observées sur la zone registre et des données de mortalité observées sur la France métropolitaine jusqu'en 2011.

Selon l'INCa et l'InVS, le taux d'incidence standardisé en 2015 en France est de 15,5/100 000 personnes-années pour les hommes, soit 8010 nouveaux cas ; et de 5,9/100 000 personnes-années pour les femmes, soit 3600 nouveaux cas (taux standardisés monde) (12).

Tableau 3 : Incidence et mortalité en France - Projection 2015 – LBP (11p17).

Homme				Femme			
Incidence		Mortalité		Incidence		Mortalité	
Nombre de cas	TSM*	Nombre de décès	TSM*	Nombre de cas	TSM*	Nombre de décès	TSM*
8 010	15,5	2 271	4,1	3 600	5,9	756	1,0

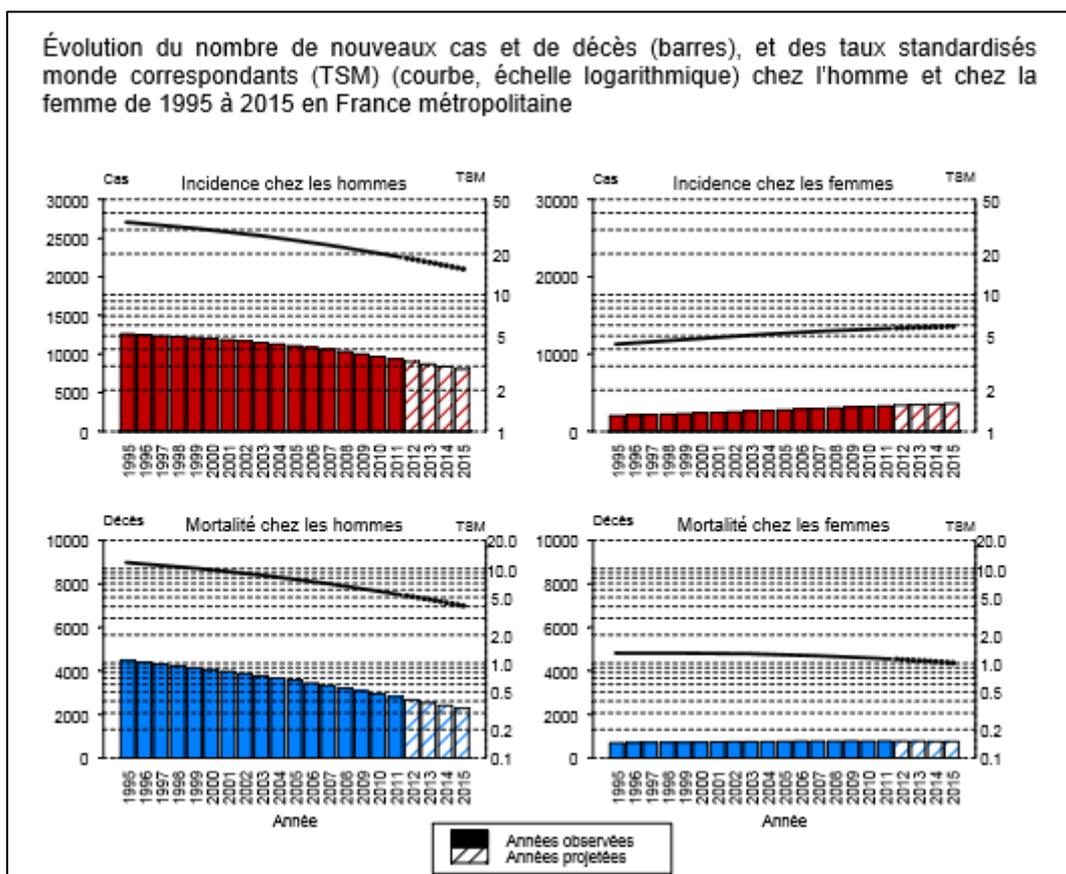


Figure 8 : Evolution du nombre de nouveaux cas et de décès entre 1995 et 2015 en France Métropolitaine (11p17).

II.3. B. Mortalité

En 2012 en France, on comptait 3 192 décès liés aux cancers lèvre-bouche-pharynx, dont 77 % chez l'homme.

Les taux de mortalité standardisés sont de 4,7/100 000 personnes-années chez l'homme et de 1,0/100 000 personnes-années chez la femme (Cf. Tableau 1).

L'évolution de la mortalité chez l'homme est assez semblable à celle de l'incidence avec une accélération de la diminution entre 2005 et 2012. Chez la femme, on constate une diminution de 0,5 % par an de la mortalité sur la période 1980 à 2012, cette diminution s'accroissant entre 2005 et 2012 (2,2 % par an) (Cf. Tableau 2 et Figure 3) (4p14).

Concernant plus particulièrement les cancers de la cavité buccale, le taux de mortalité a baissé de 64% chez l'homme (10). Cette diminution s'expliquant en grande partie par la diminution de l'incidence de ces cancers.

II.3. C. Prévalence

La prévalence totale estime le nombre de personnes atteintes ou ayant été atteintes de cancer et vivantes à une date donnée, quelle que soit l'antériorité du diagnostic, ce qui regroupe donc des personnes guéries ou en rémissions complètes sans traitement du cancer et des personnes encore en demande de soins.

Pour les cancers lèvres-bouche-pharynx, la prévalence totale chez l'homme en 2008 était de 165 462 patients, soit 676,6/100 000 personnes chez l'homme de 15 ans et plus. Chez la femme, la prévalence en 2008 était de 31 831 patientes, soit 120,4/100 000 personnes chez les femmes de 15 ans et plus (13).

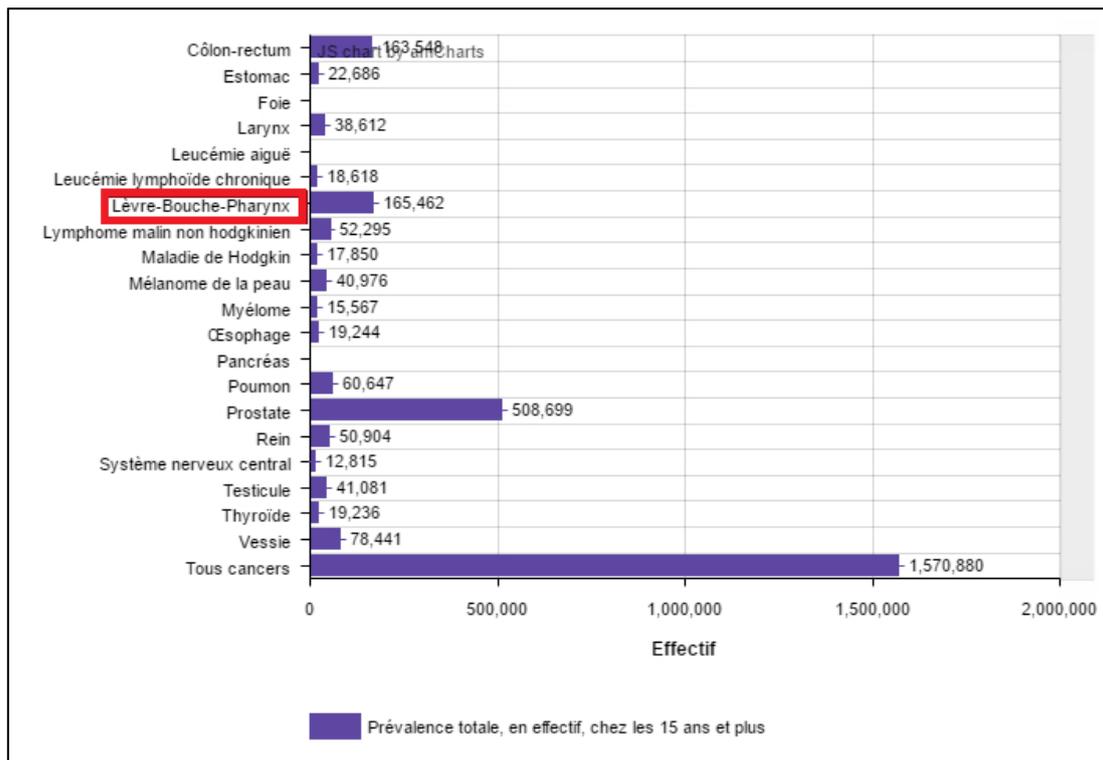


Figure 9: Prévalence totale des cancers chez l'homme de plus de 15 ans en France en 2008 (12).

Source : Prévalence des cancers en 2008

Traitement : INCa - lesdonnees.e-cancer.fr – 2016

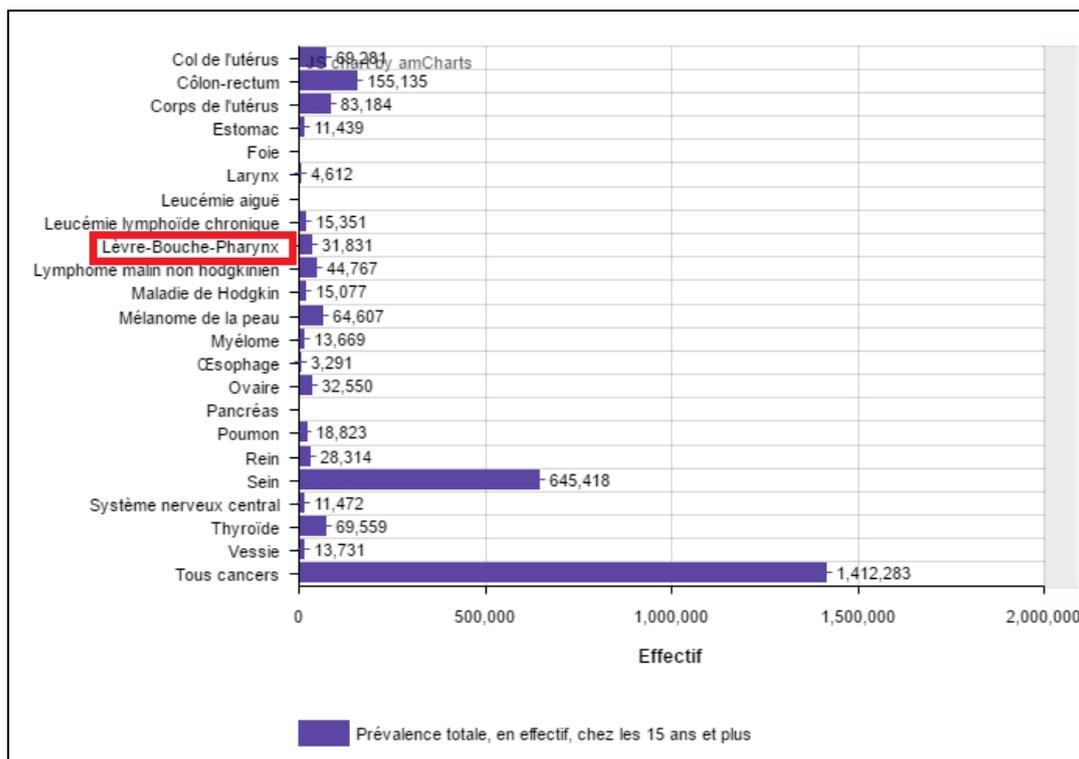


Figure 10: Prévalence totale des cancers chez la femme de 15 en plus en France en 2008 (12).

Source : Prévalence des cancers en 2008
 Traitement : INCa - lesdonnees.e-cancer.fr - 2016

II.3. D. Survie

La survie nette est la survie que l'on observerait dans la situation hypothétique où la seule cause de décès possible serait le cancer que l'on étudie. Elle est obtenue à l'aide de la méthode proposée par Pohar-Perme en 2012. La méthode utilisée pour estimer la survie nette suppose que la mortalité « autres causes » des personnes atteintes de cancer peut être approchée par la mortalité « toutes causes » de la population générale.

En France, les cancers de la cavité buccale se situent parmi les cancers ayant un mauvais pronostic.

Pour les patients diagnostiqués entre 1989 et 2007, la survie était de 32% pour les hommes contre 48% pour les femmes (5).

Si la fréquence de ces cancers diminue, les tumeurs diagnostiquées sont souvent découvertes à un stade évolué, ce qui explique en partie l'absence d'amélioration de la survie sur les périodes étudiées (5).

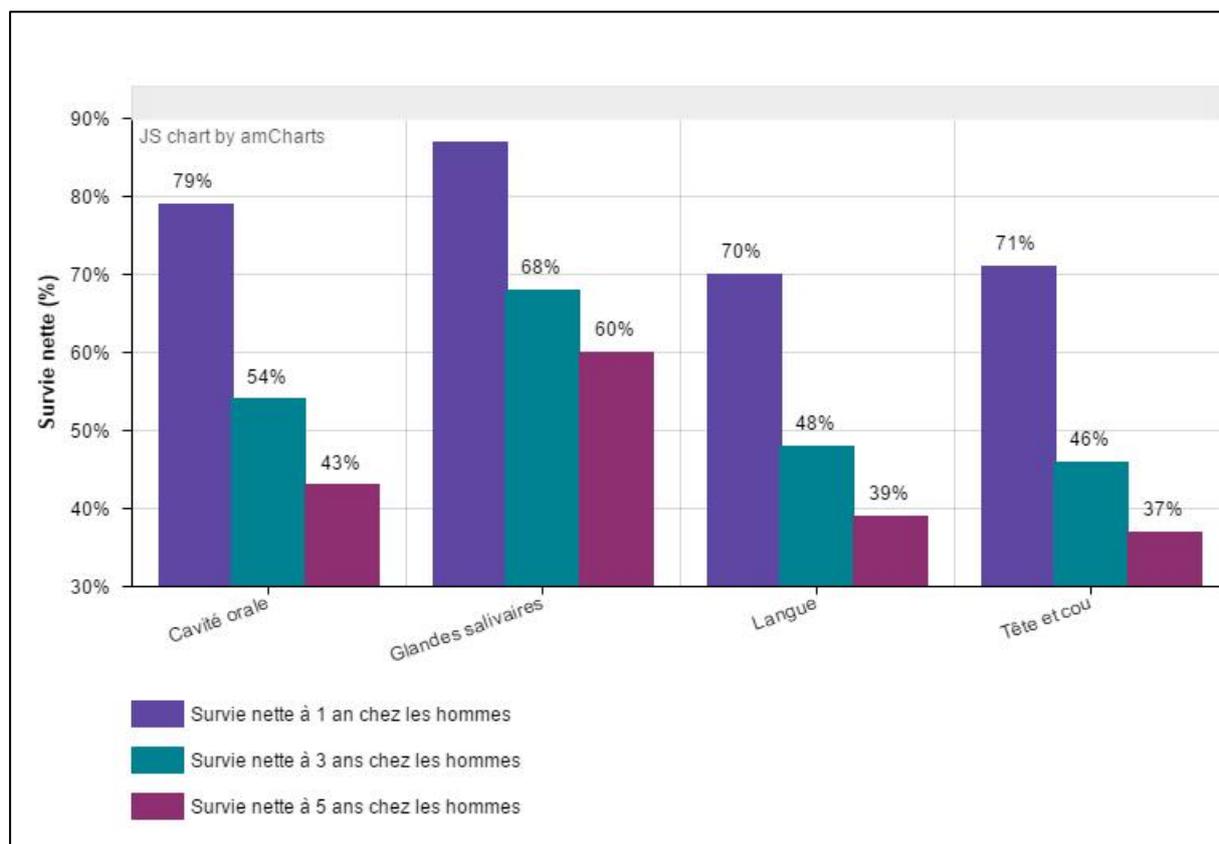


Figure 11: Survie nette standardisée à 1, 5 et 10 ans des patients diagnostiqués entre 2005 et 2010 chez l'homme pour les cancers de la tête et du cou, de la cavité orale, des glandes salivaires et de la langue (14).

Source : Survie nette, standardisée et observée pour les diagnostics 2005_2010 par sexe - HCL/Francim/SPFrance/INCa
 Traitement : INCa - lesdonnees.e-cancer.fr – 2016

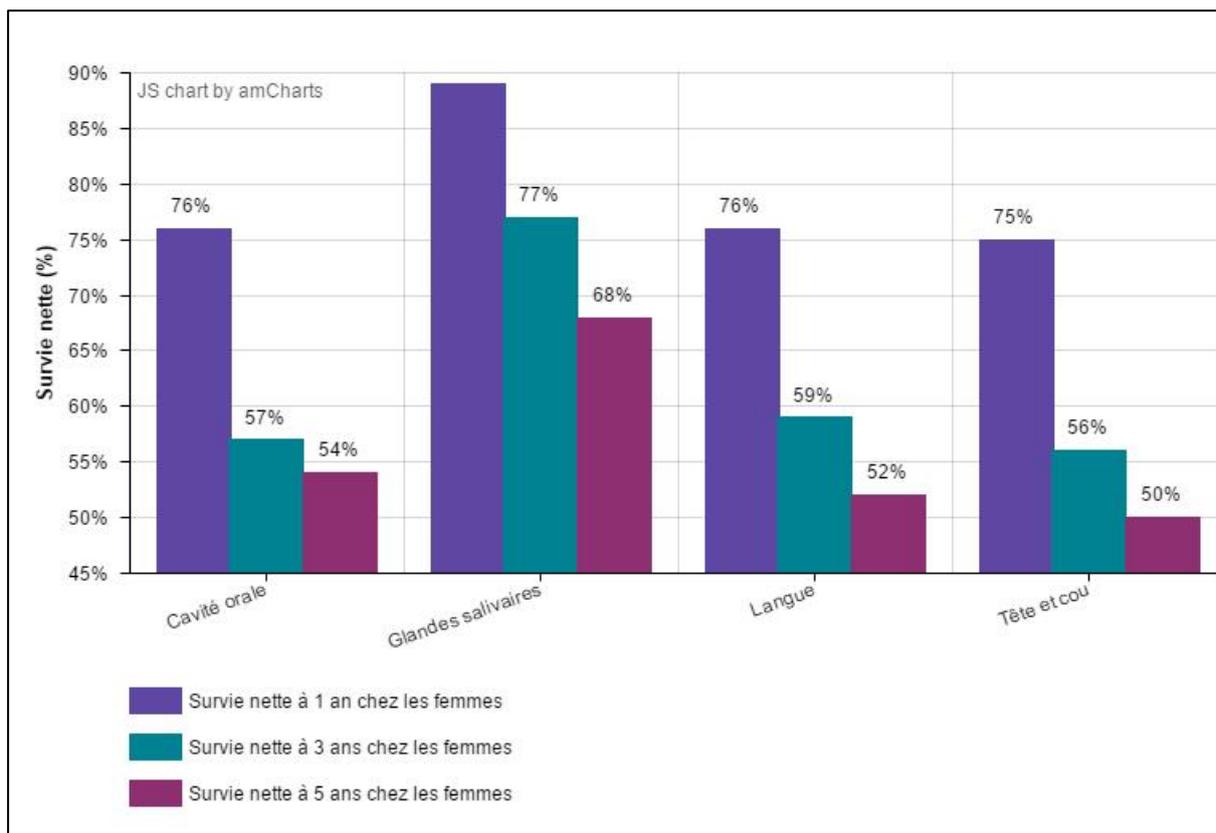


Figure 12: Survie nette standardisée à 1, 5 et 10 ans des patients diagnostiqués entre 2005 et 2010 chez la femme pour les cancers de la tête et du cou, de la cavité orale, des glandes salivaires et de la langue (13).

Source : Survie nette, standardisée et observée pour les diagnostics 2005_2010 par sexe - HCL/Francim/SPFrance/INCa
 Traitement : INCa - lesdonnees.e-cancer.fr - 2016

II.3. E. Disparités géographiques

La répartition des cancers de la cavité buccale n'est pas uniforme sur le territoire français, il existe un gradient Nord-Sud.

Pour les cancers de la localisation lèvre-bouche-pharynx, les estimations des taux d'incidence départementaux standardisés sur la population mondiale entre 2008 et 2010 varient pour les hommes de 14,6 à 26,8 pour 100 000, et pour les femmes de 3,6 à 6,1 pour 100 000. Il existe une forte hétérogénéité de l'incidence chez les hommes alors que les rapports standardisés d'incidence sont relativement homogènes chez les femmes (15p10).

Ainsi concernant les hommes, les départements du Pas-de-Calais [62], du Finistère [29], du Nord [59], du Morbihan [56] et de la Seine-Maritime [76] présentent une surincidence marquée alors que les départements de l'Aveyron [12], de la Charente [16], de la Haute-Garonne [31], du Gers [32], du Lot-et-Garonne [47], de l'Aude [11], du Tarn [81], des Pyrénées-Atlantiques [64], de l'Isère [38] et des Alpes-Maritimes [06] présentent une sous-incidence.

Chez les femmes, on ne distingue pas de variations fortes de l'incidence ni de gradient géographique. Il semblerait y avoir cependant une surincidence dans les départements de l'Ardèche [07] et des Ardennes [08], ainsi que, comme pour les hommes, dans les départements du Finistère [29] et du Pas-de-Calais [62] (15p10).

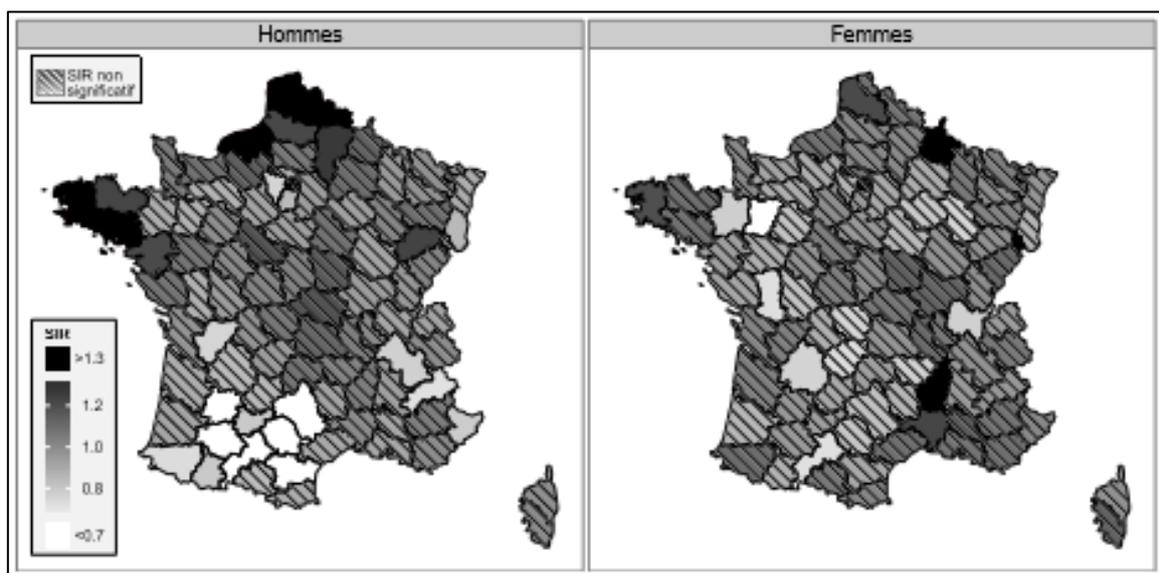


Figure 13: Cancers LBP, 2008-2010, Carte des rapports standardisés d'incidence (15p11).

Au niveau régional, on retrouve ces disparités de l'incidence chez les hommes avec une représentation forte dans les régions Nord/Pas-de-Calais, Haute-Normandie, Bretagne, Picardie et Auvergne.

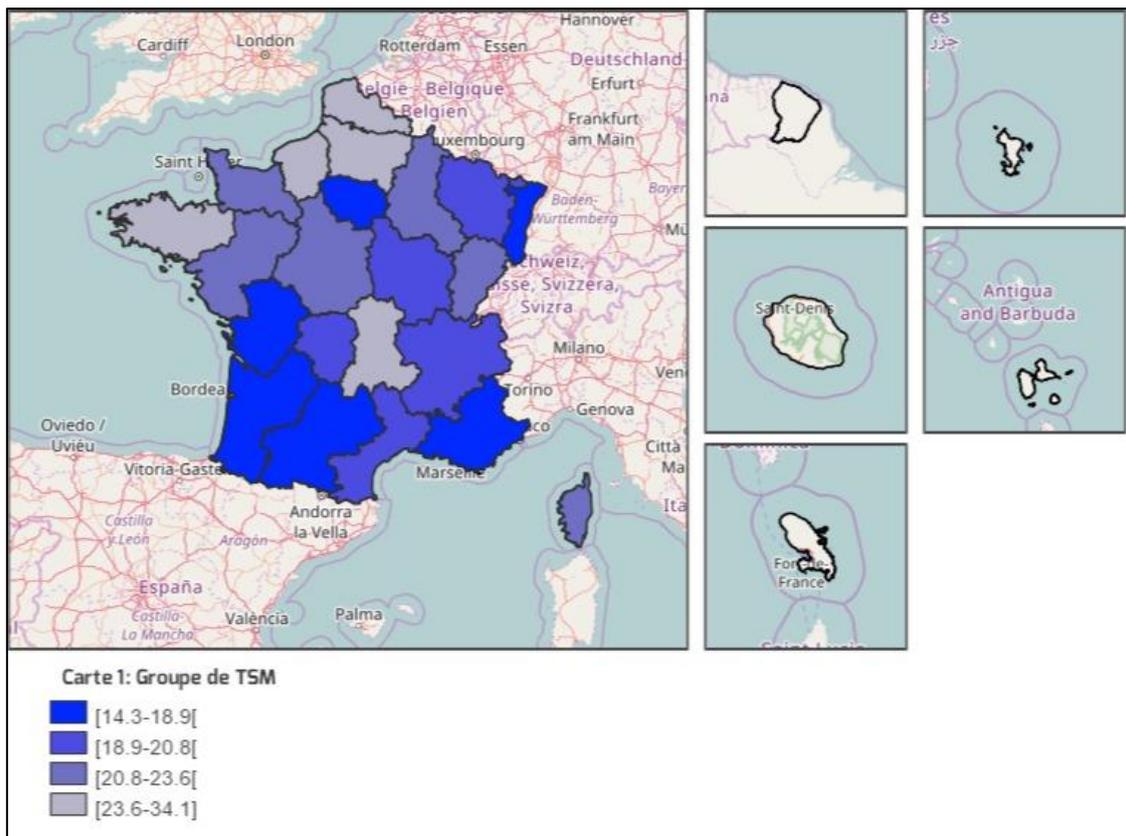


Figure 14: Incidence des cancers de la lèvre, de la bouche et du pharynx chez l'homme par région en 2008-2010.

Source : Incidence régionale - cancer lèvres-bouche-pharynx homme - HCL/Francim/Invs/INCa |
 Traitement : INCa - lesdonnees.e-cancer.fr – 2016

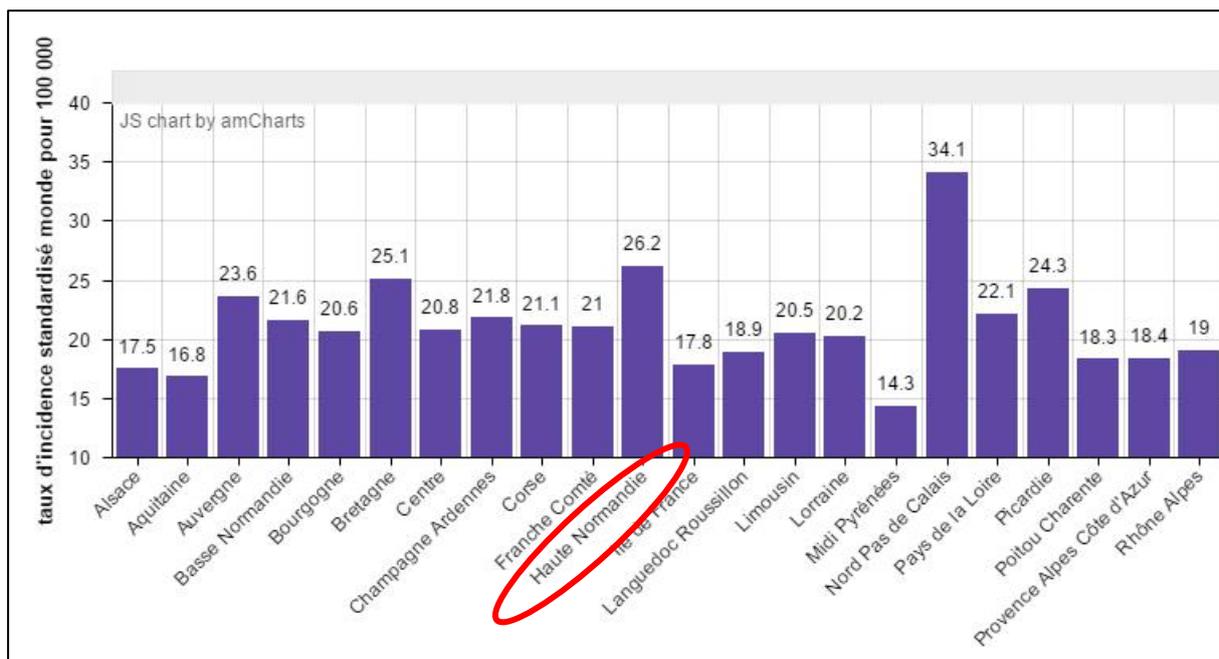


Figure 15: Incidence des cancers de la lèvre, de la bouche et du pharynx chez l'homme par région en 2008-2010.

Source : Incidence régionale - cancer lèvres-bouche-pharynx homme - HCL/Francim/Invs/INCa
 Traitement : INCa - lesdonnees.e-cancer.fr – 2016

II.3. F. Stade au diagnostic

Les cancers de la cavité orale sont diagnostiqués à un stade tardif dans plus 70 % des cas (16,17). Le stade du cancer est déterminé selon la classification TNM en fonction de la taille de la tumeur, de l'extension loco-régionale et de la présence de métastases à distance.

Tableau 4: Classification TNM des cancers de la cavité orale (16).

	T	N	M
0	Tis : tumeur <i>in situ</i>	Pas de ganglion	Pas de métastase
1	Tumeur < 2 cm	Ganglion < 3 cm homolatéral	Métastase
2	2 < tumeur ≤ 4 cm	3 cm < ganglion ≤ 6 cm a : unique b : multiple c : controlatéral	
3	Tumeur > 4 cm	Ganglion > 6 cm	
4	T4a : envahissement corticale osseuse, muscles profonds extrinsèques de la langue, sinus maxillaire, peau du visage T4b : envahissement espaces masticateurs, apophyses ptérygoïdes, base du crâne, carotide interne		

Tableau 5: Stadification des cancers de la cavité orale (16).

0	Tis, N0, M0
I	T1, N0, M0
II	T2, N0, M0
III	T3, N0, M0/T1-3, N1, M0
IVa	T4, N0-1, M0/Tis-4, N2, M0
IVb	Tis-4, N3, M0
IVc	Tis-4, N0-3, M1

Une étude réalisée sur les registres cancers du Cancéropôle Nord-Ouest montre que 75,7% des cas étudiés des cancers des VADS avaient un stade 3 ou 4 au moment du diagnostic, et que 4,5% des patients présentaient des métastases au moment du diagnostic. Selon cette étude, parmi les cancers de la cavité buccale, 80% mesuraient plus de 2 cm au moment du diagnostic, 51,6% des patients présentaient des adénopathies, et le mode de découverte le plus fréquent était l'apparition de symptômes (5,10,18).

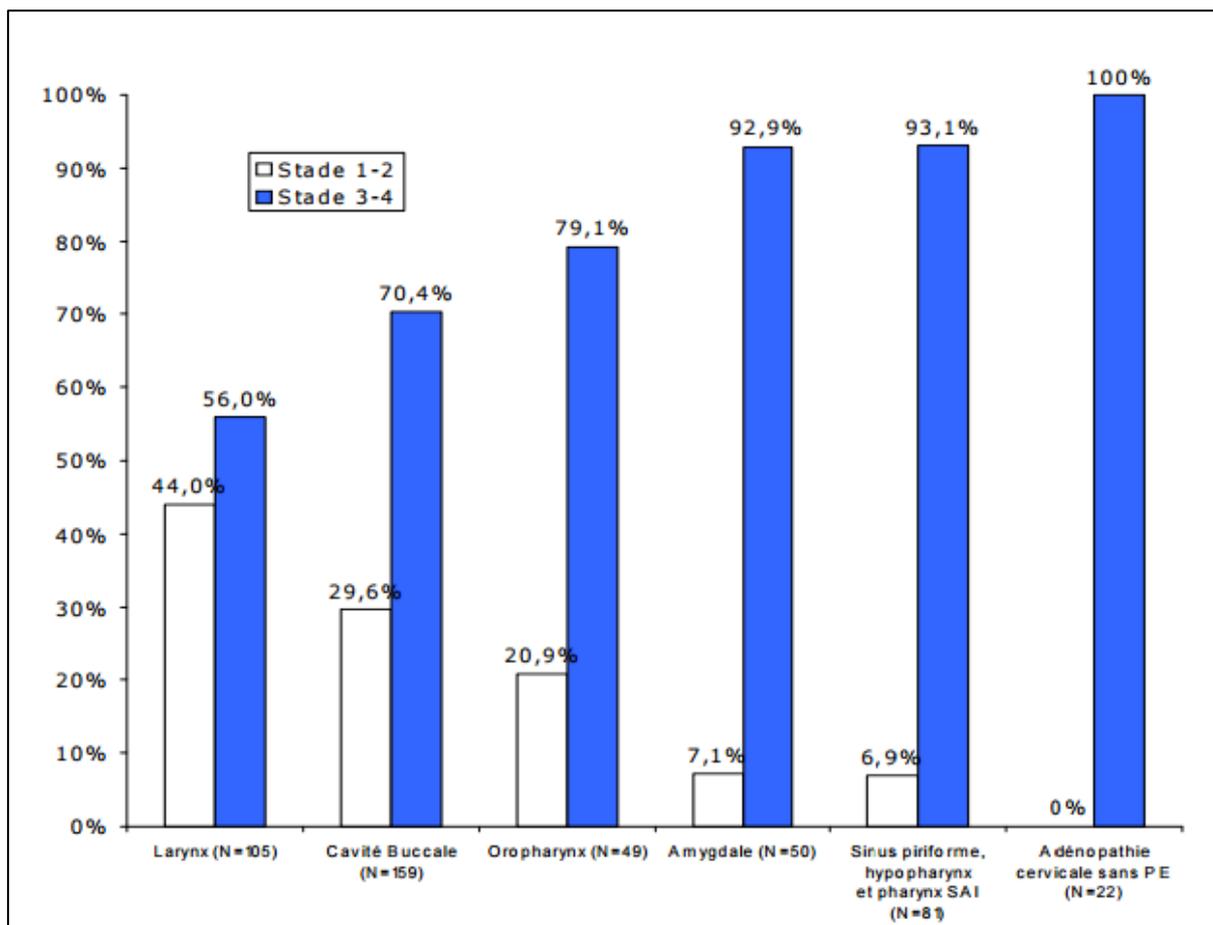


Figure 15: Répartition des stades par localisation cancéreuse au diagnostic pour les cancers des VADS selon l'étude des registres des cancers du cancerpôle Nord-Ouest de France (18).

II.3. G. Survie selon le stade

En France, pour les cancers de la cavité buccale et du pharynx, nous ne disposons pas à ce jour de données concernant la survie selon le stade au diagnostic.

Aux Etats-Unis, le programme SEER (Surveillance, Epidemiology and End Results) propose des résultats pour les patients diagnostiqués entre 2007 et 2013 (19). Selon ces données, seuls 30% des cancers de la cavité buccale et du pharynx sont diagnostiqués à un stade précoce localisé. Le taux de survie relative est de 83,7% pour les patients diagnostiqués à un stade localisé, et chute à 38,5% pour les patients diagnostiqués à un stade développé à distance.

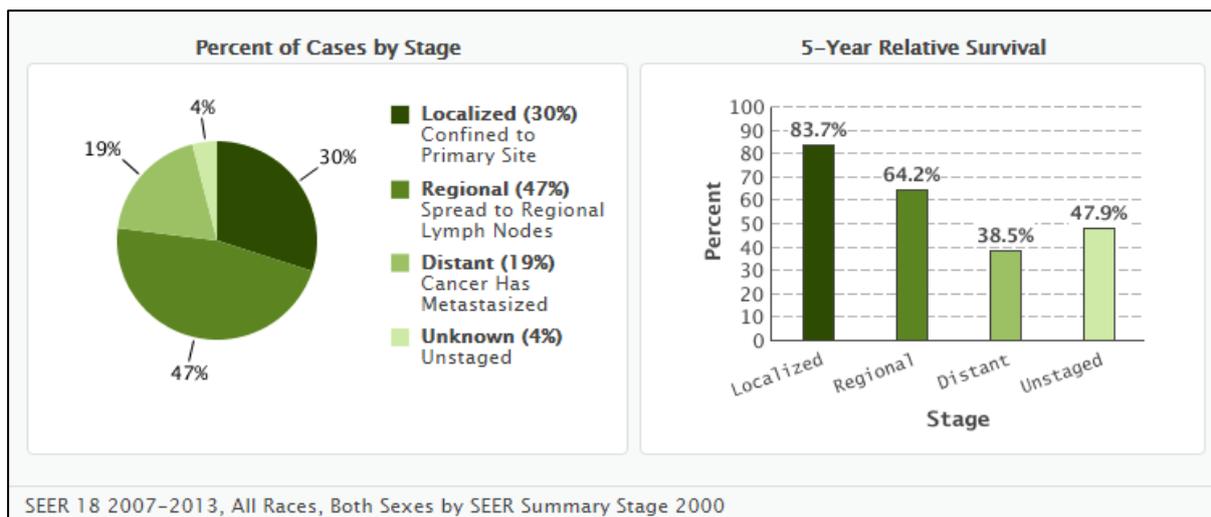


Figure 16: Cancers de la cavité buccale et du pharynx: pourcentage du stade au diagnostic et survie relative à 5 ans selon le stade au diagnostic (Programme SEER).

En conclusion, malgré une baisse de leur incidence chez l'homme, les cancers de la cavité buccale et de l'oropharynx restent fréquents en France et plus particulièrement dans les régions du Nord-Ouest, notamment en Seine-Maritime.

Avec 11 316 nouveaux cas estimés en 2012 les cancers de la région lèvre-bouche-pharynx se situent au 8^{ème} rang des cancers les plus fréquents en France et représentent un problème de santé publique, tant par les taux de mortalité que par les séquelles engendrées par leur traitement.

Les courbes de survie de ces cancers n'ont pas connu de réelle amélioration sur les dernières décennies. Le taux de survie est meilleur pour les stades précoces au moment du diagnostic, mais celui-ci a souvent lieu à des stades avancés de la maladie.

II.4. Facteurs de risques

Le tabac et l'alcool sont les principaux facteurs de risque des cancers de la cavité buccale et de l'oropharynx. Plus récemment, le papillomavirus humain (HPV) a également été décrit comme tel. D'autres facteurs de risque possibles sont également considérés, mais ne seront abordés que succinctement car trop spécifiques à certaines zones géographiques ou à des habitudes non rencontrées en France.

II.4.1. Le tabac

Le tabac peut être fumé, prisé ou chiqué, mais en France, le tabac prisé ou chiqué reste d'utilisation très marginale et représente moins de 0,4% de la consommation de tabac. La consommation de cigarettes est la plus répandue, loin devant celle du cigare et de la pipe (25).

Le tabac a une action carcinogène directe sur la muqueuse de la cavité buccale et de l'oropharynx. La fumée de cigarette résulte de la combustion incomplète du tabac. Elle contient 5 milliards de particules/mL au sein desquelles on distingue 4 groupes de substances : la nicotine, le monoxyde de carbone (CO), les irritants (phénols, aldéhydes, acroléine) et les substances cancérigènes (dont nitrosamines, arylamines et hydrocarbures aromatiques polycycliques) (20).

Les substances cancérigènes sont pour partie dissoutes dans la salive et certaines agissent plus ou moins directement sur l'ADN, notamment au niveau du gène TP53, gène clé dans la carcinogenèse des cancers des VADS (26).

Le risque de développement d'un cancer augmente avec l'intensité et l'ancienneté du tabagisme avec une relation « dose-effet » dont le seuil critique se situerait à 20 paquets-années (soit un paquet de cigarettes par jour pendant 20 ans). A l'inverse, après 20 ans d'arrêt du tabac, le risque de développer un cancer n'est plus significativement différent de celui des personnes non fumeuses (20,27).

Outre la consommation et l'ancienneté du tabagisme, d'autres facteurs cancérigènes entrent en jeu : l'inhalation de la fumée, la longueur du mégot (où s'accumulent les substances toxiques) et le type de tabac (le tabac brun étant plus toxique) (20).

Il ne faut pas oublier le rôle du tabagisme passif qui est lui aussi reconnu comme facteur de risque de cancer chez le non fumeur.

Selon l'InVS, après une hausse observée entre 2005 et 2010, la prévalence du tabagisme en France s'est stabilisée en 2014 parmi les 15-75 ans (34,1% de fumeurs actuels) et le tabagisme régulier apparaît même en baisse légère mais significative (de 29,1% en 2010 à 28,2% en 2014). La proportion d'ex-fumeurs est en augmentation par rapport à 2010 (de 29,2% à 31,0%), ainsi que la part de fumeurs ayant fait une tentative d'arrêt dans l'année (de 25,2% à 29,0%) (28).

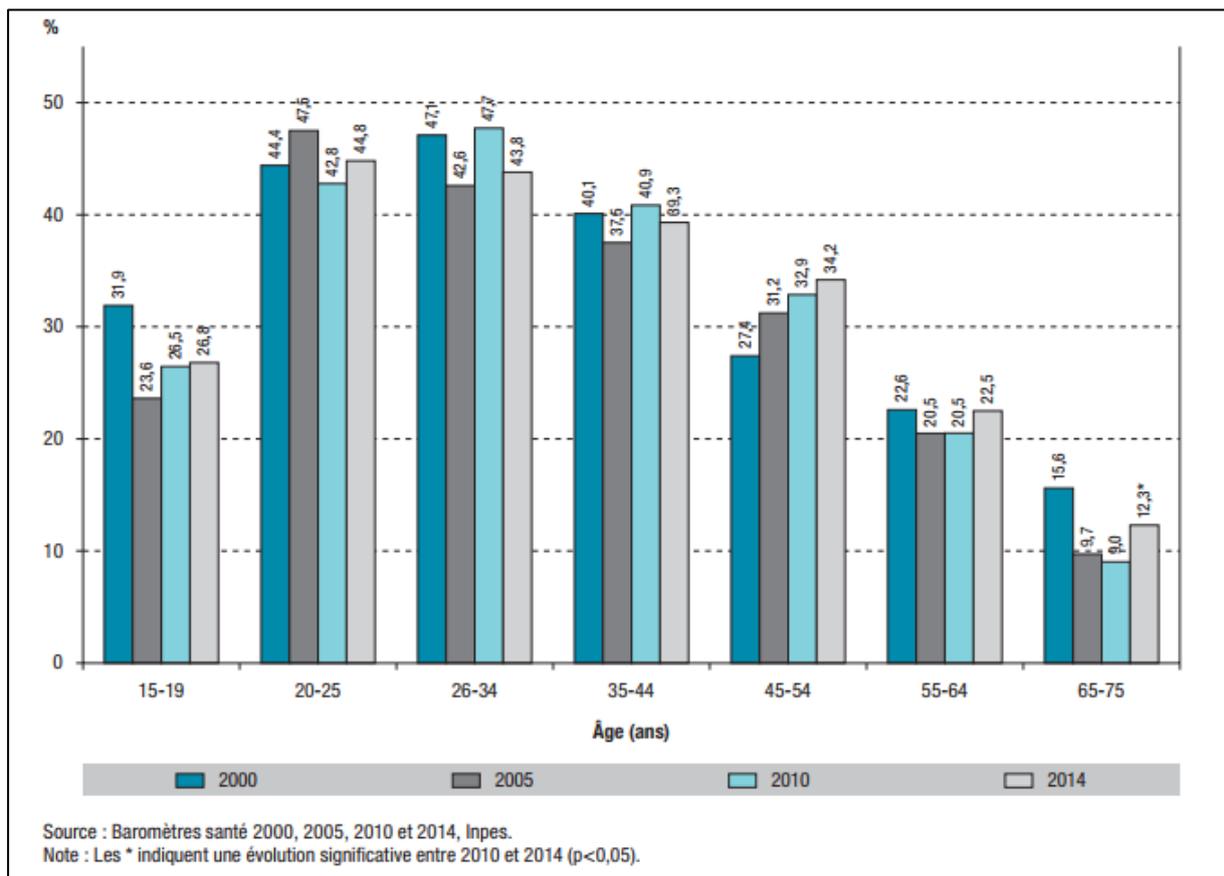


Figure 17: Évolution de la prévalence du tabagisme quotidien chez les hommes en France entre 2000 et 2014, par tranche d'âge (15-75 ans).

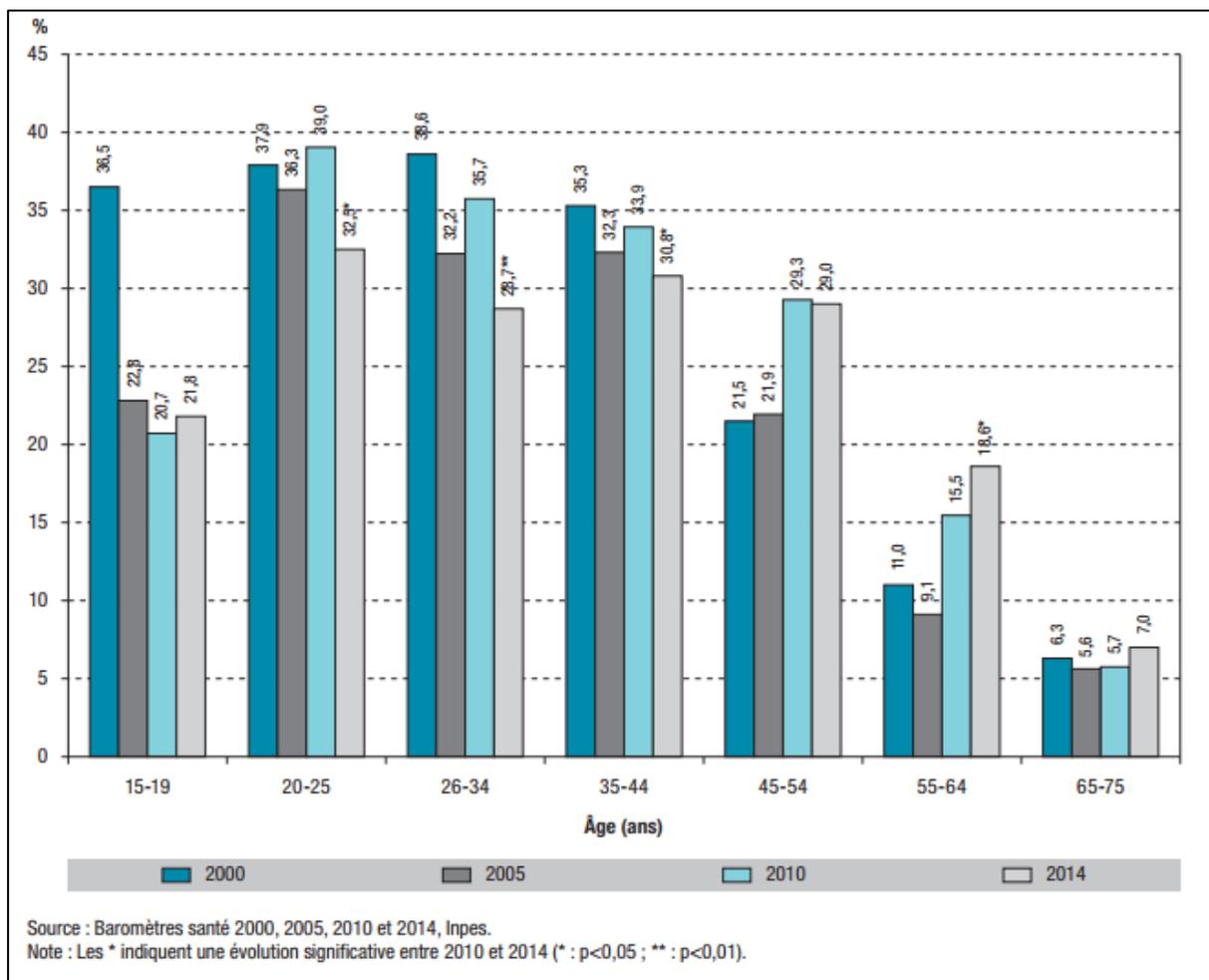


Figure 18: Évolution de la prévalence du tabagisme quotidien chez les femmes en France entre 2000 et 2014, par tranche d'âge (15-75 ans).

Enfin, il faut noter que la poursuite de l'intoxication tabagique après guérison d'un cancer favorise la survenue d'un second cancer des VADS. Dès le début des années 1980, Silvermann et al. avaient montré que la fréquence de survenue d'un deuxième cancer était de 18% chez les patients ayant arrêté de fumer, contre 30% chez ceux ayant poursuivi (29).

II.4.2. L'alcool

La consommation de boissons alcoolisées constitue une composante importante des pratiques culturelles françaises et de certaines formes de sociabilité qui interviennent dès l'adolescence, et qui sont associées à des risques sanitaires et sociaux majeurs.

Le risque de survenue d'un cancer des VADS augmente de façon régulière avec la quantité d'alcool consommée. Ainsi, la plupart des études réalisées n'a pas mis en évidence d'augmentation du risque de morbidité pour une consommation d'alcool inférieure à 2 verres par jour. Ce risque de survenue d'un cancer augmente dès que la consommation dépasse 2 verres par jour, et à partir d'une consommation supérieure à 5 verres par jour il est doublé par rapport aux non-buveurs (20,30).

L'alcool ne semble pas jouer un rôle carcinogène direct mais plutôt celui de potentialisateur du tabac, l'éthanol induisant une atrophie de l'épithélium buccal et favorisant ainsi la pénétration et la solubilisation des métabolites carcinogènes du tabac (21,31). On notera que l'acétaldéhyde, premier métabolite de l'éthanol, a été décrit comme un agent carcinogène chez l'animal et souligne son rôle carcinogène possible (21).

La consommation d'alcool baisse régulièrement depuis 50 ans en France avec une diminution de la consommation quotidienne de vin. Selon le Baromètre Santé 2014, près de la moitié des 15-75 ans consomment de l'alcool au moins une fois par semaine, un sur dix quotidiennement. Ces niveaux de consommation se révèlent stables par rapport à 2010, excepté pour la consommation quotidienne d'alcool, qui décroît de 11 % à 10 % (32).

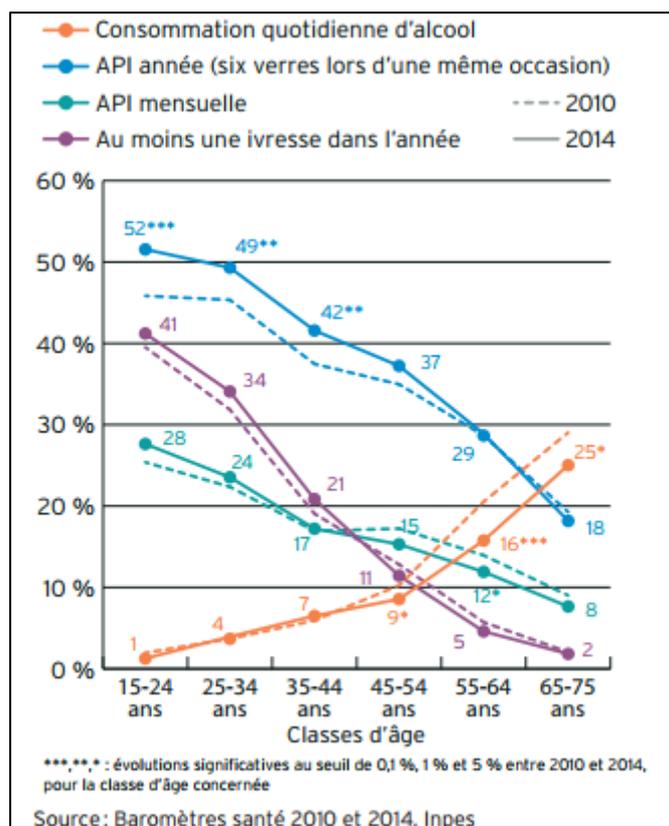


Figure 19: Evolution des consommations d'alcool parmi les 15-75 ans, selon l'âge, en 2010 et 2014.

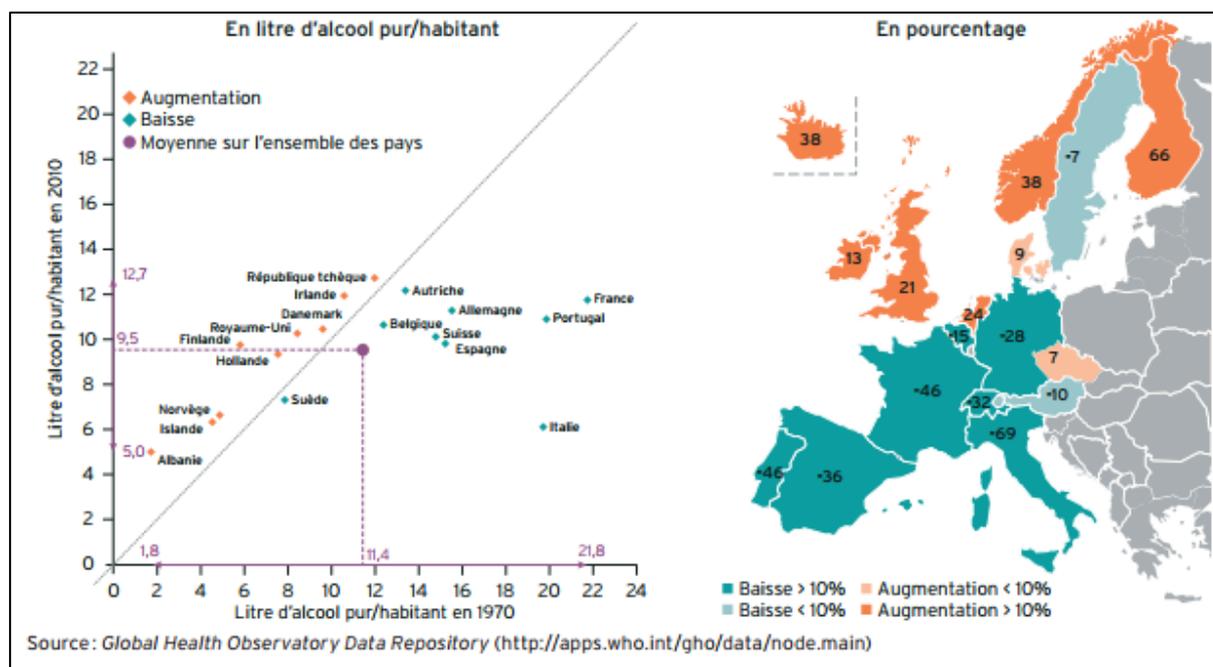


Figure 20: Evolutions internationales des volumes d'alcools consommés, 1970-2010.

II.4.3. L'association synergique du tabac et de l'alcool

L'intoxication alcoolique est souvent associée à la consommation de tabac et leurs risques respectifs ne s'additionnent pas mais se multiplient. Au début des années 1970, les travaux de Rothman et Keller ont permis d'établir que si le risque relatif était de 1 chez les patients « non buveurs-non fumeurs », il s'élevait à 2,33 chez les « grands-fumeurs, non-buveurs », à 2,43 chez les « grands-buveurs, non-fumeurs » et à 15,5 chez les « grands-buveurs, grands-fumeurs » (20,33).

Ainsi, on considère que fumer et boire multiplie jusqu'à 45 fois le risque d'avoir un cancer de la cavité buccale (34).

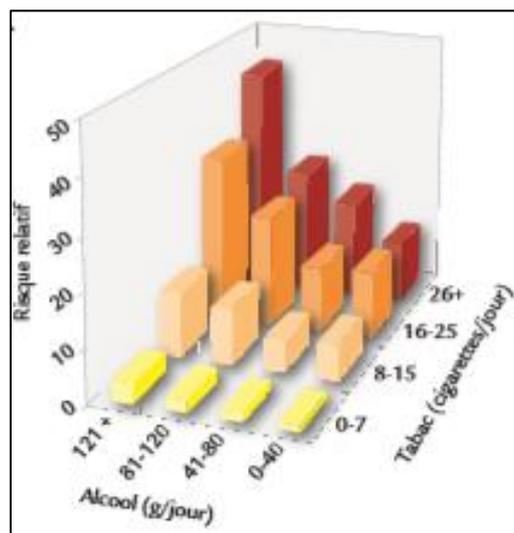


Figure 21: Evaluation du risque alcoolo-tabagique dans l'incidence d'un cancer de la bouche, selon l'INCa.

II.4.4. Le papillomavirus humain (HPV)

Environ 15 à 20% des cancers des VADS sont diagnostiqués chez des adultes jeunes non alcoolo-tabagiques. L'implication de l'HPV a longtemps été controversée, mais le rôle carcinogène des HPV 16 et 18 est maintenant admis en particulier dans les tumeurs de l'oropharynx (22,24). Ainsi, il a été mis en évidence que les cancers oropharyngés comme ceux des amygdales, du voile du palais ou de la base de langue, se caractérisaient par une forte association à une infection par l'HPV (HPV 16 dans 90% des cas). Selon une étude française, l'HPV était identifié dans 47% des cas de cancer de l'oropharynx (35).

Les cancers avec une contamination par l'HPV auraient un meilleur pronostic que les cancers HPV négatifs (22).

L'infection par l'HPV possède donc un rôle dans la survenue des cancers des VADS, mais il semble surtout impliqué dans les cancers de l'oropharynx et de l'amygdale, et moins dans les localisations buccales (22,23,31).

II.4.5. Les lésions précancéreuses (LPC)

Les cancers de la cavité buccale et de l'oropharynx apparaissent le plus souvent suite à l'évolution d'une dysplasie causée par l'exposition alcoolo-tabagique, cependant on évalue à environ 20% la proportion de ces cancers secondaires à des lésions dites « précancéreuses ».

L'OMS les définit comme « un tissu morphologiquement altéré au sein duquel un cancer apparaît plus souvent que dans un tissu normal autologue ».

Les LPC sont des maladies chroniques de la muqueuse buccale, pouvant être régressives mais nécessitant une surveillance régulière au long cours (27,31). On parle aussi de lésions à potentiel malin (LPM).

II.4.5. A. La Leucoplasie

La leucoplasie est définie comme une plaque blanche de la muqueuse buccale, indolore, non détachable au grattage.

Elle peut se présenter sous différentes formes cliniques et son évolution est variable, avec une tendance à la transformation maligne (36). La leucoplasie est la plus fréquente des lésions précancéreuses de la cavité buccale. La prévalence des leucoplasies est estimée entre 0,5 et 2% dans le monde, avec un taux de transformation maligne annuelle estimé à 1%. Cette lésion est 6 fois plus fréquente chez les fumeurs (37).

- La **leucoplasie homogène** est la forme la plus fréquente. Elle présente rarement des dysplasies ou seulement des dysplasies légères réversibles à l'arrêt du tabac. Elle subit rarement une transformation maligne.

Elle présente un aspect de plaque blanche clairement circonscrite, plane ou légèrement surélevée avec une palpation lisse ou uniformément rugueuse (36).



Figure 16: Leucoplasie homogène du bord et de la face ventrale droits de la langue (36).

- Les **leucoplasies inhomogènes** (ou érythroleucoplasies) moins fréquentes, présentent un risque élevé de dégénérescence maligne.

Elles présentent un aspect érythémateux, érosif, verruqueux ou nodulaire sur toute leur surface ou par endroits. La surface est irrégulière aussi en épaisseur.



Figure 17: Leucoplasie inhomogène du bord et de la face ventrale droits de la langue (36).

Au sein des leucoplasies inhomogènes on distingue :

- La **leucoplasie verruqueuse** qui correspond à une prolifération exophytique verruqueuse avec parfois des fissures dans une zone muqueuse hyperkératosique blanche. Elle est à haut risque de dégénérescence maligne.
- La **leucoplasie nodulaire** surélevée, arrondie avec des excroissances rougeâtres ou blanchâtres se présentant comme des grains ou des nodules.
- La **leucoplasie érosive** qui se présente sous forme d'une plaque érythémateuse érosive avec des taches de kératose (36).



Figure 18: Leucoplasie érosive du bord gauche de la langue (Source : Dr C. Moure).

II.4.5. B. L'érythroplasie

L'érythroplasie de la muqueuse buccale a une incidence rare mais elle est considérée comme la lésion au potentiel de transformation maligne le plus élevé. Il s'agit d'une plaque veloutée, rouge brillant, le plus souvent uniforme sans trace de kératinisation, souvent très étendue mais ayant une limite nette, ce qui la distingue des érythèmes inflammatoires (36).



Figure 19: Erythroplasie du palais dur et du voile du palais (Source: Dr C. Moure).

II.4.5. C. La leucoplasie verruqueuse proliférative

La leucoplasie verruqueuse proliférative (ou ***papillomatose orale floride***) se présente comme de multiples leucoplasies simultanées, homogènes ou inhomogènes. Elle est multifocale et couvre de larges surfaces avec un aspect de tumeur plus ou moins saillante composée de villosités blanches ou rosées (36,38).



Figure 20: Leucoplasie verruqueuse proliférative du palais (39).

II.4.5. D. La chéilite actinique

La chéilite actinique affecte surtout la lèvre inférieure. Elle est due à une exposition chronique aux rayonnements ultra-violets du soleil. Elle présente un aspect de chéilite hyperkératosique desquamative et fissuraire (38).



Figure 21: Chéilite actinique de la lèvre inférieure.

II.4.5. E. Le lichen plan

Le lichen plan est une maladie inflammatoire chronique évoluant par poussées et dont l'étiologie est encore mal connue, mais dont la cause paraît auto-immune à médiation cellulaire (31,36). Il prend l'aspect d'une hyperkératose et d'un érythème, avec ou sans érosions.

Il est considéré comme une lésion précancéreuse par l'OMS malgré son évolution majoritairement bénigne. Son potentiel de transformation maligne reste sujet à controverse (40).

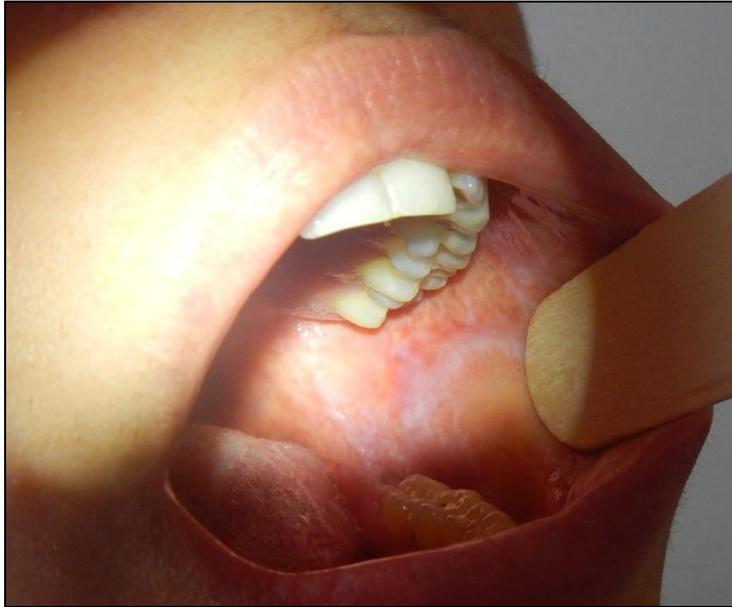


Figure 22: Lichen plan de la face interne de joue gauche (Source: Dr C. Moure).

II.4.5. F. La fibrose sous-muqueuse

La fibrose sous-muqueuse est une atteinte chronique de la cavité buccale, surtout observée en Asie et notamment en Inde. Elle est liée aux habitudes alimentaires, à la mastication de noix de bétel et au tabac chiqué. Elle se traduit par la formation de vésicules sur le palais et la langue, suivies par des ulcérations superficielles qui laissent place à une fibrose. Le stade fibreux se caractérise par un blanchiment de la muqueuse qui apparaît lisse, atrophique et par une perte progressive de son élasticité qui entraîne une gêne fonctionnelle importante avec une limitation de la mobilité de la langue (36,38).

II.4.6. Les autres facteurs de risque

- **Mauvaise hygiène bucco-dentaire**

On constate souvent un mauvais état dentaire chez les patients atteints d'un cancer de la cavité buccale et de l'oropharynx. Il est cependant difficile de savoir si l'état dentaire n'est que le reflet d'un contexte socio-économique, ou s'il s'agit d'un réel facteur de risque (20).

- **Traumatismes locaux répétés**

Tous les facteurs d'irritation chronique peuvent avoir un rôle de cofacteur dans la carcinogénèse des cancers de la bouche. Ainsi les prothèses mal adaptées, les traumatismes répétés sur des chicots dentaires, voire la modification du pH salivaire peuvent être impliqués. De la même manière, certains produits chimiques volatiles retrouvés lors d'expositions professionnelles peuvent s'avérer irritants (chrome, nickel, amiante) (20).

- **Facteurs nutritionnels**

Certaines carences vitaminiques (vitamines A et C notamment) semblent impliquées dans la survenue de cancers de la cavité buccale et de l'oropharynx. Le déficit en acide rétinoïque serait à l'origine d'une anomalie de maturation du tissu épithélial qui favoriserait la survenue de cancers. A l'inverse, la consommation de fruits et légumes serait un facteur protecteur avec une diminution des cancers liée à leur action antioxydante, antiproliférative et immunostimulante (21,27).

Un cas particulier est celui du **syndrome de Plummer-Vison** (ou **syndrome de Kelly Patterson**) qui associe une anémie sidéropénique et une atrophie des muqueuses digestives, et retrouvé dans 50 à 90% des cas de cancers de la région rétrocricoïde (sous-localisation hypopharyngée) , notamment chez la femme et en l'absence de toute exogénose (20).

- **Cannabis**

Le rôle de la *marijuana* n'est pas clairement défini. Si sa consommation a été décrite récemment comme augmentant le risque de cancer de la cavité buccale et de l'oropharynx, (21,27) il existe souvent une consommation simultanée d'alcool et de tabac, ce qui rend difficile la détermination de son rôle propre dans la carcinogenèse (20).

- **Immunodépression**

Les patients infectés par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ont un taux de cancers supérieur à celui de la population générale. De la même manière, les patients traités par immunosuppresseurs auraient un risque de cancer accru (9,20).

- **Les rayons ultraviolets**

Ils sont le principal facteur de risque du carcinome épidermoïde de la lèvre.

- **Boissons chaudes**

Selon l'OMS, la consommation de boissons chaudes (thé, café ou autres) à une température supérieure à 65°C semble constituer un facteur de risque de cancer de l'œsophage.

Une méta-analyse de 2009 montre que la consommation de maté très chaud et les lésions tissulaires résultantes ne sont pas un facteur de risque de cancer de la cavité buccale et de l'oropharynx (41).

Il n'existe pas à ce jour de données concernant un lien éventuel entre la consommation de boissons chaudes et les cancers de la cavité buccale et de l'oropharynx.

II.5. Méthode d'examen de la cavité buccale et de l'oropharynx

Les cancers de la cavité buccale et de l'oropharynx sont peu symptomatiques à un stade précoce et se manifestent cliniquement à un stade avancé de la maladie. Les principaux signes fonctionnels sont en général une gêne, un saignement et/ou l'apparition d'une adénopathie. La douleur est le motif de consultation le plus fréquent, cependant elle apparaît tardivement dans l'évolution de la maladie.

II.5.1. Interrogatoire (7–9,38)

La qualité des informations délivrées par le patient doit fournir une orientation diagnostique rapide. Après avoir recueilli le ou les symptômes motivant la consultation, il faut préciser l'ancienneté des troubles, le mode évolutif depuis leur installation, la notion de facteur déclenchant et les répercussions sur l'état général (asthénie, amaigrissement, etc...). La recherche d'antécédents personnels médicaux ou chirurgicaux doit être systématique, de même que l'exposition aux facteurs de risque. Il est important de laisser le patient s'exprimer selon sa propre terminologie, en le guidant mais sans l'influencer.

Il existe de nombreux signes fonctionnels, dépendant à la fois de la localisation et du type de tumeur.

Le caractère unilatéral des symptômes et leur persistance doit faire suspecter un cancer.

Selon la campagne européenne de dépistage « Make sense », et pour des raisons didactiques, on retient qu'il faut consulter un professionnel de santé si l'on présente un des symptômes suivants pendant trois semaines ou plus :

- Langue douloureuse, ulcération persistante et/ou taches rouges ou blanches
- Douleurs de gorge
- Enrouement persistant
- Déglutition douloureuse et/ou difficile
- Ganglions dans le cou

- Narine bouchée et ou saignement de nez

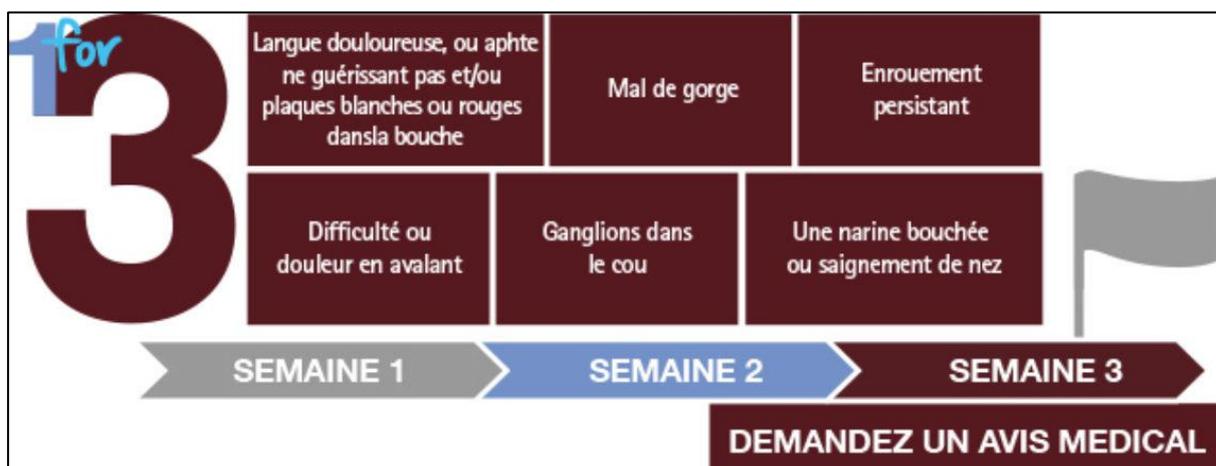


Figure 23: Signes d'alerte et symptômes devant emmener à consulter - Make Sense Campaign.

II.5.2. Examen exobuccal (7,8,38)

L'examen clinique doit être méthodique.

- Examen de la face :
 - Inspection de face et de profil, à la recherche d'une lésion cutanée, d'une tuméfaction, d'une absence de symétrie
 - Appréciation de l'ouverture buccale
 - Palpation des articulations temporo-mandibulaires (craquement, ressaut)
 - Existence d'une douleur provoquée, diffuse ou localisée
 - Innervation sensitive de la face (en particulier la région mentonnière innervée par le V3)
 - Innervation motrice de la face

- Examen du cou :
 - Inspection de face et de profil, en appréciant la symétrie
 - Palpation des aires ganglionnaires sous mentales (avec les doigts en crochet sous le menton)
 - Palpation des ganglions sous-mandibulaires
 - Palpation des chaînes lymphatiques jugulo-carotidiennes (au niveau de l'angle mandibulaire puis le long du bord antérieur des muscle sterno-cléido-mastoïdiens)
 - Palpation des chaînes lymphatiques spinales (tête en rotation controlatérale)
 - Palpation des ganglions sus-claviculaires

L'examen doit apprécier l'existence et la taille d'adénopathies, leur consistance, leur mobilité, leur caractère sensible ou douloureux. Les adénopathies d'origine tumorale sont en général dures, indolores et fixes par rapport au plan sous-jacent.

II.5.3. Examen endobuccal (7,8,38,42)

L'examen clinique de la cavité buccale doit être systématisé, en allant des structures les plus antérieures aux structures les plus postérieures.

Peu de matériel est nécessaire :

- Une bonne exposition lumineuse avec un éclairage puissant et orientable afin de laisser les deux mains libres (miroir de Clar, lampe frontale ou lampe sur pied)
- Une paire de gants
- Deux abaisse-langues
- Un miroir d'examen laryngé (voire deux)
- Des compresses
- Eventuellement un abaisse langue coudé métallique

Le patient doit être correctement installé, assis face au praticien avec la bouche à hauteur des yeux de celui-ci. Il faut retirer toute prothèse amovible.

L'**inspection** nécessite l'utilisation d'abaisse-langues, de compresses voire d'un miroir d'examen laryngé afin de déplisser la muqueuse buccale et de ne pas méconnaître une lésion sous-jacente.



Figure 24: "Examen de la gorge" E-J Moure technique chirurgicale ORL 1928.

Le protocole d'inspection des trois cercles, proposé par Roed-Peterson et Renstrup et adopté par l'OMS, couvre l'ensemble des régions anatomiques de la cavité buccale et de l'oropharynx (69) :

- Cercle externe :
 - Commissures labiales et jonctions cutanéomuqueuses
 - Replis gingivaux-jugaux et labiaux
 - Face interne des joues et des lèvres

- Cercle moyen :
 - Palais dur et palais mou
 - Zones rétro-molaires
 - Face interne des joues et de la mandibule

- Cercle interne :
 - Langue (bords, face inférieure et face dorsale)
 - Plancher buccal
 - Piliers des amygdales

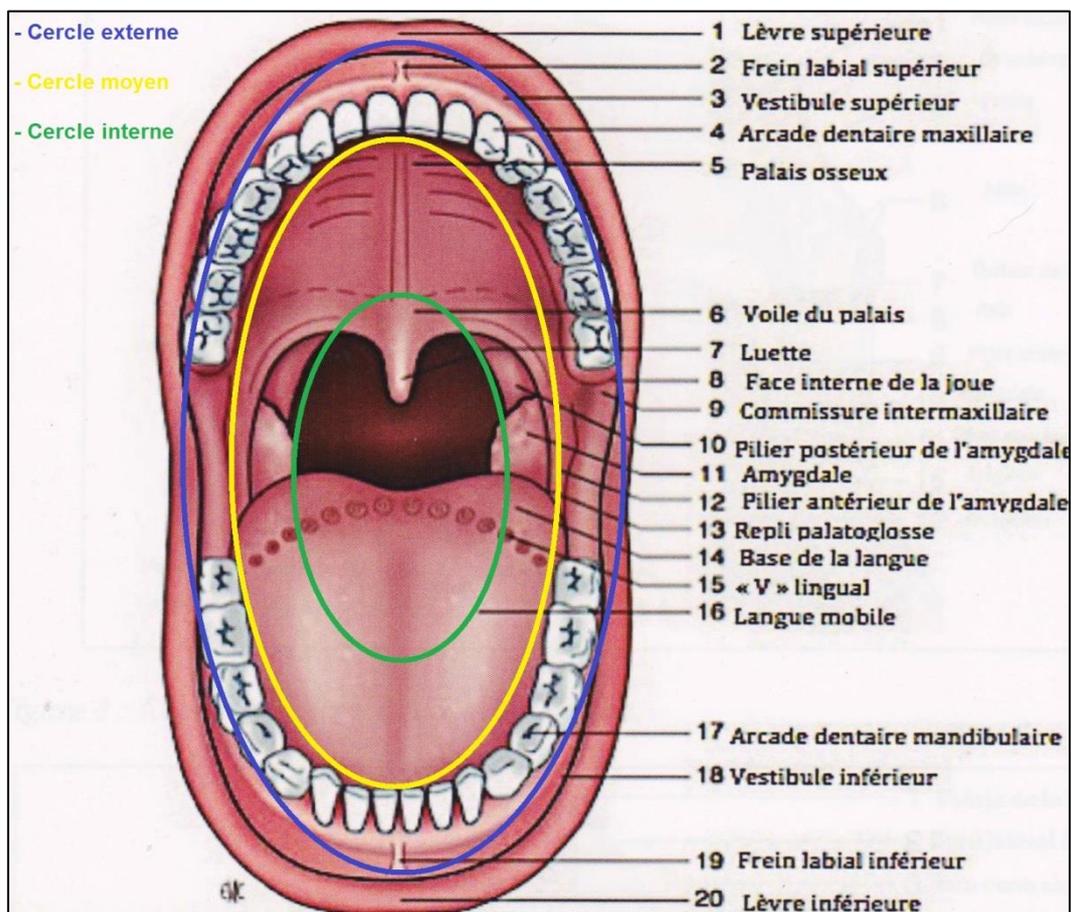


Figure 25: Protocole des trois cercles pour l'examen de la cavité buccale, Schéma modifié.

La **palpation**, temps essentiel de l'examen, se pratique avec l'extrémité de l'index ou avec plusieurs doigts. Elle peut être bi-manuelle avec une main endobuccale et une main exobuccale, notamment au niveau des lèvres, de la face interne des joues, de la langue et du plancher buccal. Elle permet de détecter une lésion invisible à l'inspection, d'en apprécier le volume, la consistance, son caractère douloureux et son extension.



Figure 26: "Exploration du plancher de la bouche" E-J Moure technique chirurgicale ORL 1928.

II.5.4. Examen de l'oropharynx (7,8,38)

Le praticien demande au patient de tirer la langue, ce qui permet l'inspection du voile du palais, de la luette, des piliers antérieurs, des faces latérales des amygdales palatines et de la paroi postérieure de l'oropharynx. On utilise ensuite un abaisse-langue (éventuellement un abaisse-langue coudé métallique) sur la face dorsale de la langue afin de mieux apprécier l'oropharynx.

On étudie la mobilité du voile du palais en faisant prononcer au patient un son nasonné (« a » ou « an » par exemple). La sensibilité du voile et des parois pharyngées latérales peut être évaluée par provocation du réflexe nauséux qui mobilise les piliers antérieurs et la luette.

L'utilisation d'un miroir d'examen laryngé (miroir plan, miroir de dentiste) permet de visualiser les faces latérales de l'oropharynx, la base de langue, les piliers postérieurs et les faces postérieures des amygdales.

La cavité buccale est une région anatomique dont l'exploration est souvent confiée aux spécialistes (dentistes, stomatologues, ORL, chirurgiens maxillo-faciaux). Son examen physique est facilement accessible et permet le diagnostic de pathologies buccales mais aussi plus générales.

L'examen clinique fait référence en pratique courante pour guider une biopsie avec une spécificité de 73 à 99% et une sensibilité de 56 à 94% (23–27).

L'examen de la cavité buccale ainsi systématisé est un atout majeur pour le dépistage précoce des cancers de la cavité buccale et de l'oropharynx, dont le diagnostic est souvent tardif à des stades avancés (5).

II.6. Aspects cliniques des cancers de la cavité buccale et de l'oropharynx (27,38,48)

Quelle que soit la topographie de la lésion, il existe des caractères cliniques communs. Le plus souvent, la lésion est ulcéreuse, végétante ou ulcérovégétante. . Elle peut aussi survenir au sein d'une lésion précancéreuse préexistante. Les formes débutantes peuvent avoir un aspect inflammatoire où la malignité est suspectée mais non formellement identifiée lors de l'examen clinique.

II.6.1. La forme ulcéreuse

C'est le mode de présentation le plus fréquent. L'ulcération tumorale présente un bord plus ou moins irrégulier, induré, surélevé, parfois éversé. Elle repose sur une base indurée, plus ou moins étendue en profondeur, qui déborde toujours largement les limites visibles de l'ulcération et qui doit être appréciée par la palpation. Le fond de l'ulcération peut être finement végétant ou bourgeonnant, avec parfois des granulations blanchâtres, des zones d'hémorragie et/ou de nécrose.



Figure 27: Carcinome épidermoïde de la face inférieure gauche de la langue, forme ulcéreuse (Source: Dr C. Moure).

II.6.2. La forme végétante ou exophytique

Elle se présente sous l'aspect de bourgeons, plus ou moins épais, en saillie sur la muqueuse saine.



Figure 28: Carcinome épidermoïde de la gencive, forme végétante (Source: Dr C. Moure).

II.6.3. La forme ulcérovégétante

Elle associe les deux aspects précédemment décrits. L'ulcération se fait en crevasse à l'intérieur de la tumeur qui est cachée par les replis muqueux.



Figure 29: Carcinome épidermoïde de la base de langue, forme ulcéro-végétante (Source: Dr C. Moure).

II.6.4. La forme infiltrante ou endophytique

Elle est définie par l'importance de la tumeur en profondeur, en regard de signes d'inspection souvent minimes. L'induration souvent importante est un élément d'orientation diagnostique majeur, responsable d'un trismus et d'une limitation de la protraction de la langue.

II.6.5. La forme érosive superficielle

Elle est souvent observée sur une plaque érythroplasique ou lichénienne précancéreuse. Les bords sont nets mais jamais franchement à plat sur la muqueuse, sans bourrelet ni sillon. L'induration sous-lésionnelle est faible.

II.6.6. La forme papillomateuse hyperkératosique ou carcinome verruqueux

Elle comporte des bourgeons kératinisés à leur sommet. Cette lésion correspond au dernier stade de dysplasie des leucoplasies verruqueuses prolifératives (ou papillomatoses orales florides).



Figure 30: Carcinome verruqueux de la face interne de joue droite (Source : Dr C. Moure).

III. Etat des lieux des pratiques de dépistage des cancers de la cavité buccale et de l'oropharynx par les médecins généralistes de la région du Havre en Seine-Maritime

III.1. Méthodologie

III.1.1. Population étudiée

L'enquête a été réalisée en Seine-Maritime, au Havre et dans les communes de la proche région du Havre, définissant la Communauté De l'Agglomération Havraise (CODAH) sur une période comprise entre le 26 Juin 2017 et le 31 Août 2017.

42 médecins généralistes exerçant en cabinet libéral ont été inclus.

Chaque médecin a été contacté par courrier électronique (e-mail), par téléphone sous forme de message court (sms) ou directement par voie orale.

Les adresses électroniques des médecins généralistes ont été fournies par l'Association Médicale des Urgences Havraises (AMUH).

Le thème de l'étude était présenté puis ils étaient invités à répondre à un questionnaire en ligne. Une réponse au questionnaire était autorisée. Enfin il leur était demandé de diffuser le lien web de ce questionnaire à leurs consœurs et confrères de la région havraise.

III.1.2. Outils de recherche

Le questionnaire en ligne a été réalisé grâce à la plateforme **docs.google.com/forms**.

Il comptait 23 questions en tout et contenait à la fois des questions ouvertes, semi-ouvertes à choix multiples et des questions fermées sur les connaissances et la pratique du dépistage des cancers de la cavité buccale et de l'oropharynx.

Il contenait également des questions concernant le mode et la durée d'exercice des médecins interrogés, afin d'analyser les caractéristiques de l'échantillon étudié.

Enfin, deux questions avaient pour but d'évaluer l'intérêt des médecins généralistes envers une campagne de sensibilisation au dépistage des cancers de la cavité buccale et de l'oropharynx. Cette campagne était menée par la Communauté de l'agglomération havraise (CODAH) et visait à la fois les professionnels de santé et les patients.

Avant de débiter l'étude, le questionnaire en ligne et le mode de recueil des données ont été testés auprès de médecins généralistes proches de l'auteur. Certaines modifications ont été nécessaires avant l'obtention d'un questionnaire définitif.

III.1.3. Classement des données

Les réponses étaient recueillies instantanément sur la plateforme **docs.google.com/forms**, à la fois de manière globale et de manière individuelle. Elles étaient compilées dans un tableau de données Excel. Chaque médecin correspondait de manière anonyme à une ligne du tableau et chaque colonne à une question.

Chaque réponse hors grille était soit ajoutée au tableau de données (en cas de récurrence de cette réponse au questionnaire), ou consignée en texte libre dans un fichier Word.

Chaque graphique ou figure présentée ci-après a été réalisé à partir du tableau de données.

III.2. Analyse démographique de l'échantillon étudié

III.2.1. Répartition des médecins par sexe

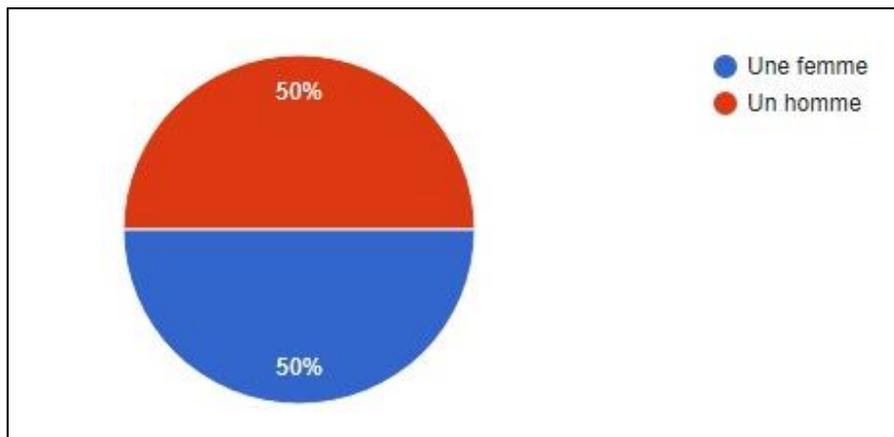


Figure 31: Répartition des médecins généralistes interrogés selon le sexe.

III.2.2. Répartition des médecins selon le nombre d'années d'exercice

Sur l'échantillon de médecins interrogés, 14 avaient moins de 10 années d'exercice, 9 avaient entre 10 et 20 années d'exercice et 19 avaient plus de 20 années d'exercice.

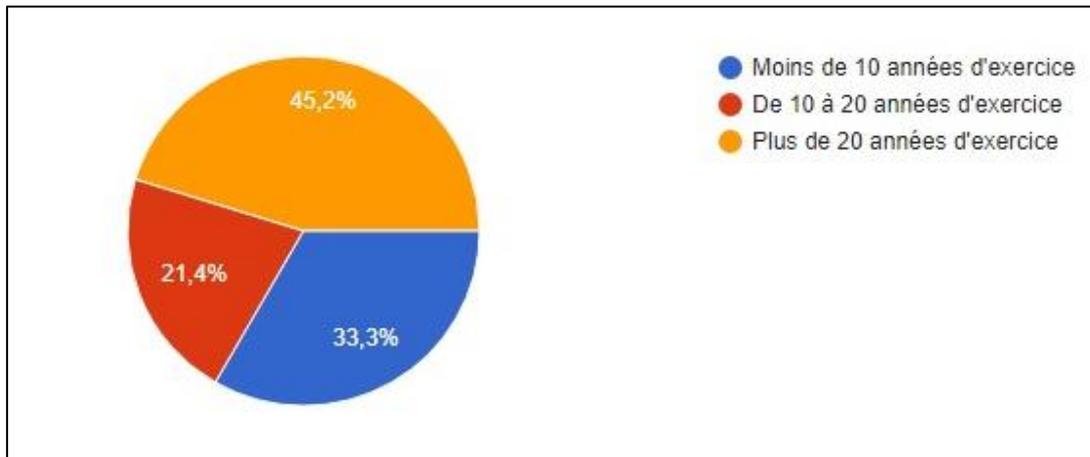


Figure 32: Répartitions des médecins généralistes interrogés selon le nombre d'années d'exercice.

III.2.3. Répartition des médecins par milieu d'exercice

Parmi les médecins interrogés, 36 exerçaient en zone urbaine, 6 en zone semi-rurale et aucun n'exerçait en zone rurale.

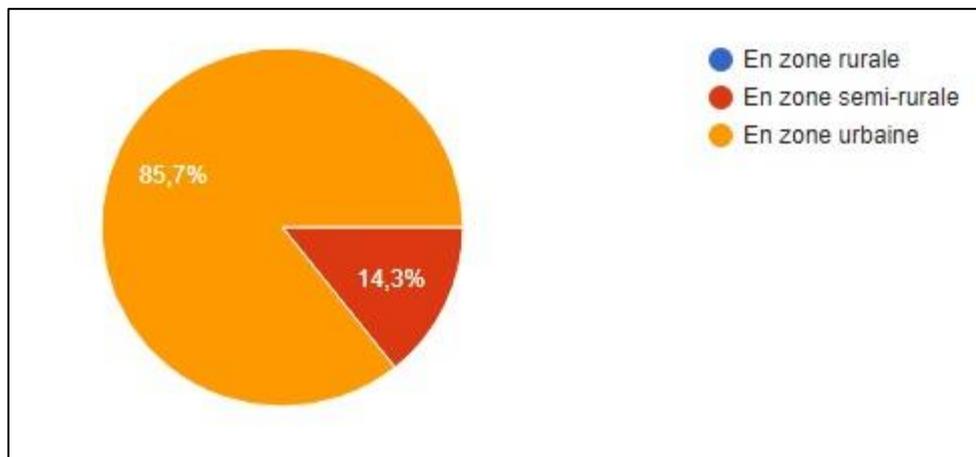


Figure 33: Répartition des médecins généralistes interrogés par milieu d'exercice rural, semi-rural ou urbain.

III.2.4. Répartition des médecins par mode d'activité

Parmi les médecins interrogés, 38 exerçaient en cabinet de groupe et 4 exerçaient seuls.

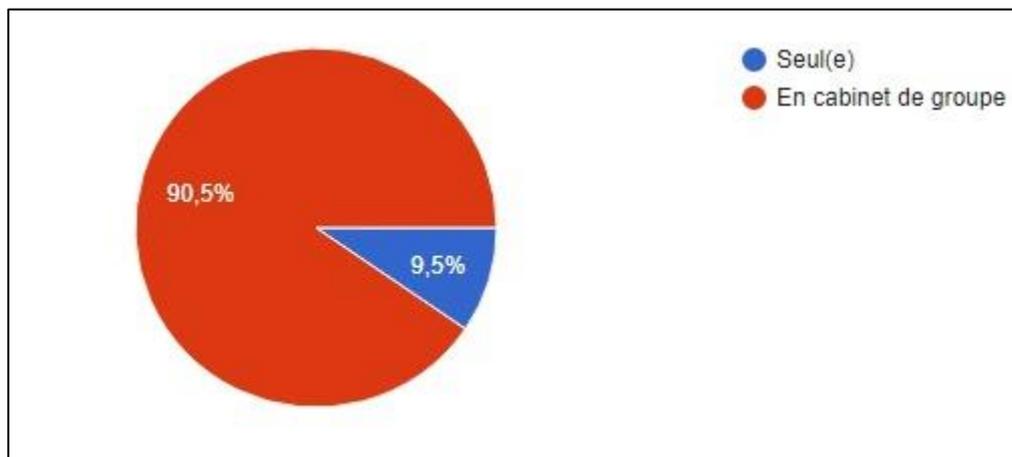


Figure 34: Répartition des médecins généralistes interrogés par mode d'exercice seul ou en cabinet de groupe.

III.2.5. Nombre de patients vus par jour par les médecins interrogés

Parmi les médecins interrogés, 2 déclaraient voir en moyenne moins de 20 patients par jour. 32 déclaraient en voir de 20 à 30, et 8 déclaraient en voir plus de 30.

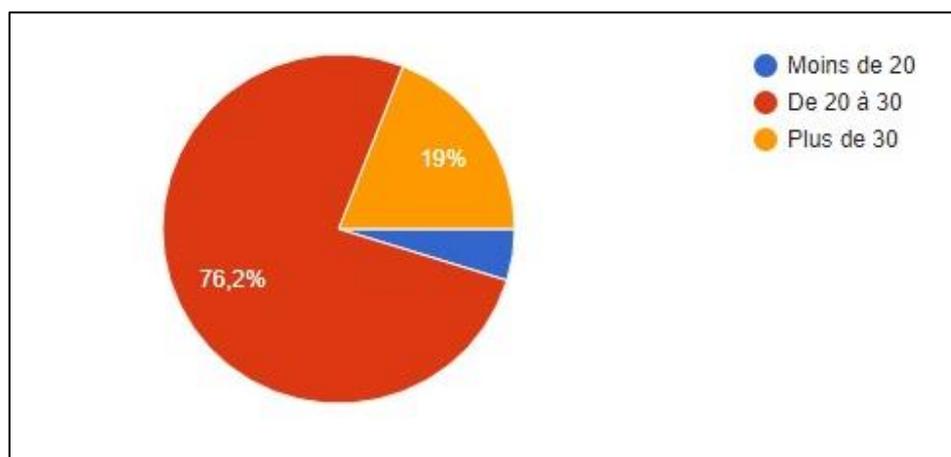


Figure 35: Nombre de patients vus par jour en moyenne par les médecins généralistes interrogés.

III.3. Résultats

III.3.1. Qualité de la formation au dépistage des cancers de la cavité buccale et de l'oropharynx reçue par les médecins interrogés

Parmi les médecins interrogés, un seul jugeait « très bonne » sa formation au dépistage des cancers oraux. 14 la jugeaient « bonne ». 24 la jugeaient « insuffisante » et 3 la jugeaient « très insuffisante ».

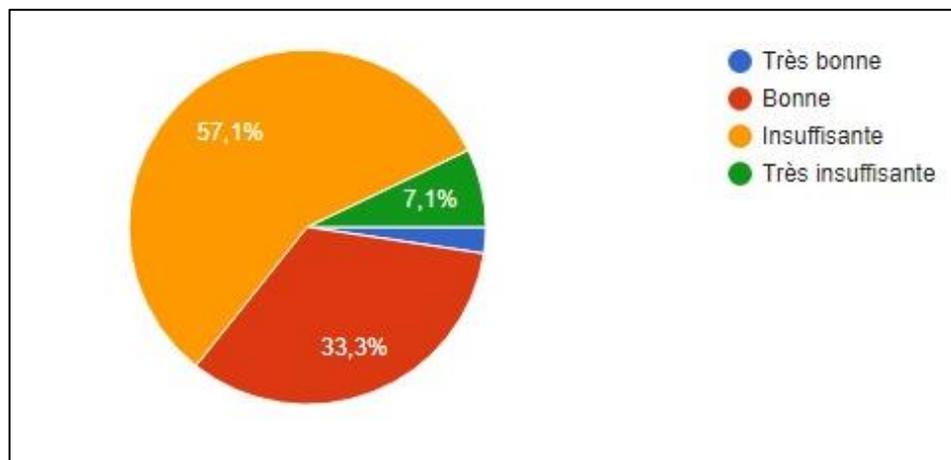


Figure 36: Qualité de la formation au dépistage des cancers de la cavité buccale et de l'oropharynx reçue par les médecins généralistes interrogés.

Concernant la réactualisation des connaissances, par le biais de cours de mise à jour et/ou de présence à une Formation Médicale Continue (FMC) sur les cancers de la cavité buccale et de l'oropharynx, 2 des médecins interrogés déclaraient avoir suivi une telle séance dans l'année précédant le questionnaire. 6 médecins déclaraient qu'une telle mise à jour datait de 1 à 5 ans. 15 médecins déclaraient une mise à jour supérieure à 5 ans, et 19 médecins déclaraient n'avoir jamais suivi un cours de mise à jour.

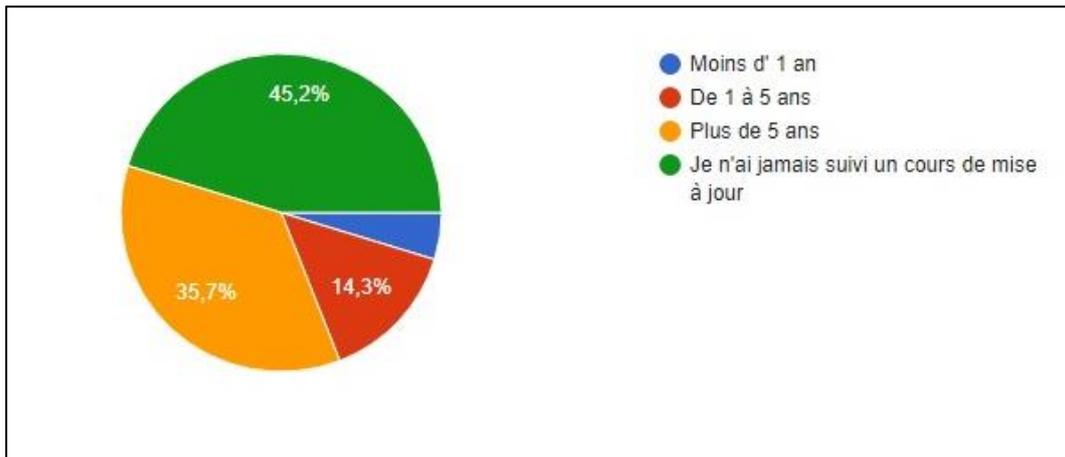


Figure 37: Ancienneté de la dernière mise à jour des connaissances concernant les cancers de la cavité buccale et de l'oropharynx chez les médecins généralistes interrogés.

III.3.2. Nombre de patients ayant été suivi pour un cancer de la cavité buccale ou de l'oropharynx par les médecins interrogés

Parmi les médecins interrogés, 25 déclaraient avoir suivi ou suivre actuellement de 1 à 5 patients atteints d'un cancer de la cavité buccale ou de l'oropharynx. 6 médecins déclaraient suivre ou avoir suivi de 6 à 10 patients atteints. Un médecin déclarait en suivre ou avoir suivi plus de 10, et 10 médecins déclaraient n'avoir jamais suivi de patient atteint d'une telle pathologie.

La moyenne du nombre de patients suivis par médecin était de 0,52.

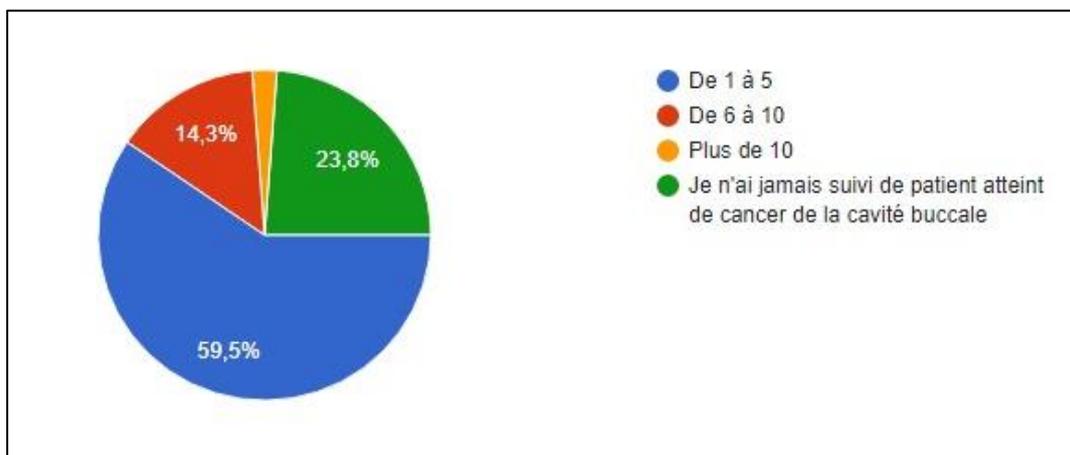


Figure 38: Nombre de patients suivis pour un cancer de la cavité buccale ou de l'oropharynx par les médecins généralistes interrogés.

III.3.3. Les connaissances des médecins généralistes interrogés sur les cancers de la cavité buccale et de l'oropharynx

III.3.3.A. Les facteurs de risques

	Tabac	Alcool	HPV	Lésions précancéreuses	Mauvaise hygiène bucco-dentaire	Traumatismes locaux répétés
Nombre de médecins	42	41	5	5	8	1
Pourcentage de médecins	100%	97.6%%	12%	12%	19%	2.4%

Tableau 6 : Facteurs de risques cités spontanément par les médecins interrogés.

Autres facteurs de risques cités par les médecins interrogés :

- 3 médecins citent la radiothérapie cervicale / l'irradiation.
- 3 médecins citent les pathologies infectieuses (IST, virose, VIH)
- 1 médecin cite l'immunodéficience et le VIH
- 1 médecin cite le cannabis
- 1 médecin cite les boissons chaudes
- 1 médecin cite les antécédents familiaux
- 1 médecin cite le reflux gastro-oesophagien (RGO)
- 1 médecin cite le sexe masculin
- 1 médecin cite le niveau social bas

III.3.3.B. Critères d'examen de la cavité buccale

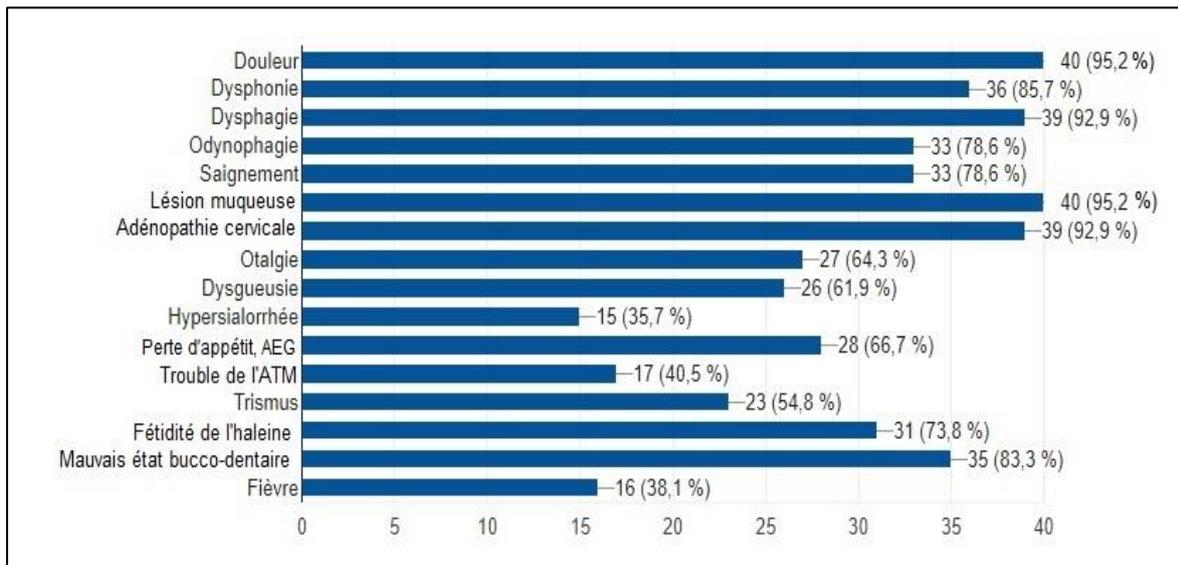


Figure 39: Points d'appel sur lesquels les médecins interrogés réalisaient un examen de la cavité buccal du patient.

III.3.4. Pratique actuelle du dépistage des cancers de la cavité buccale et de l'oropharynx par les médecins interrogés

Parmi les médecins interrogés, 28 (66,7 %) déclaraient pratiquer le dépistage des cancers de la cavité buccale et de l'oropharynx.

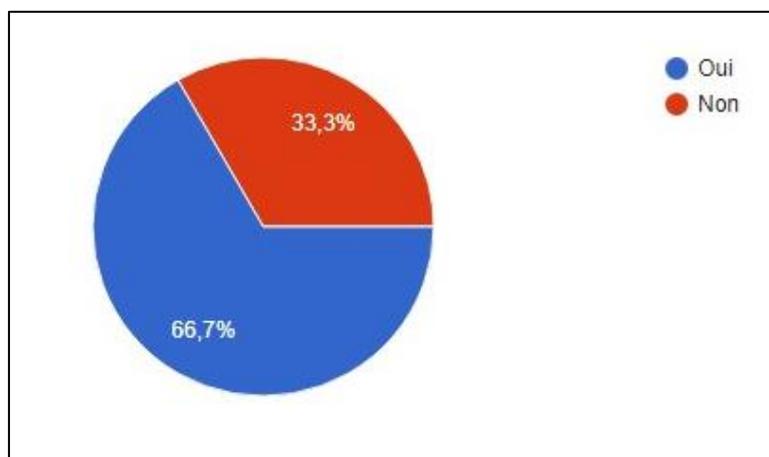


Figure 40: Pourcentage de médecins déclarant pratiquer le dépistage des cancers de la cavité buccale et de l'oropharynx.

14 médecins (33,3%) déclaraient ne pas pratiquer le dépistage pour les raisons suivantes :

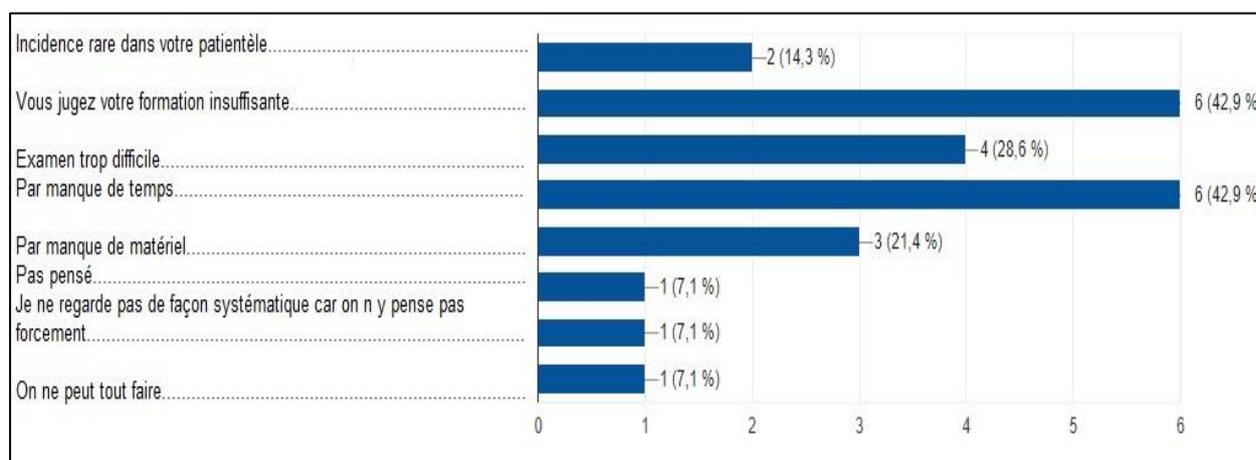


Figure 41: Raisons évoquées par les médecins interrogés qui ne pratiquaient pas le dépistage des cancers de la cavité buccale et de l'oropharynx.

III.3.4. A. Circonstances de la pratique d'un examen clinique complet de la cavité buccale et de l'oropharynx

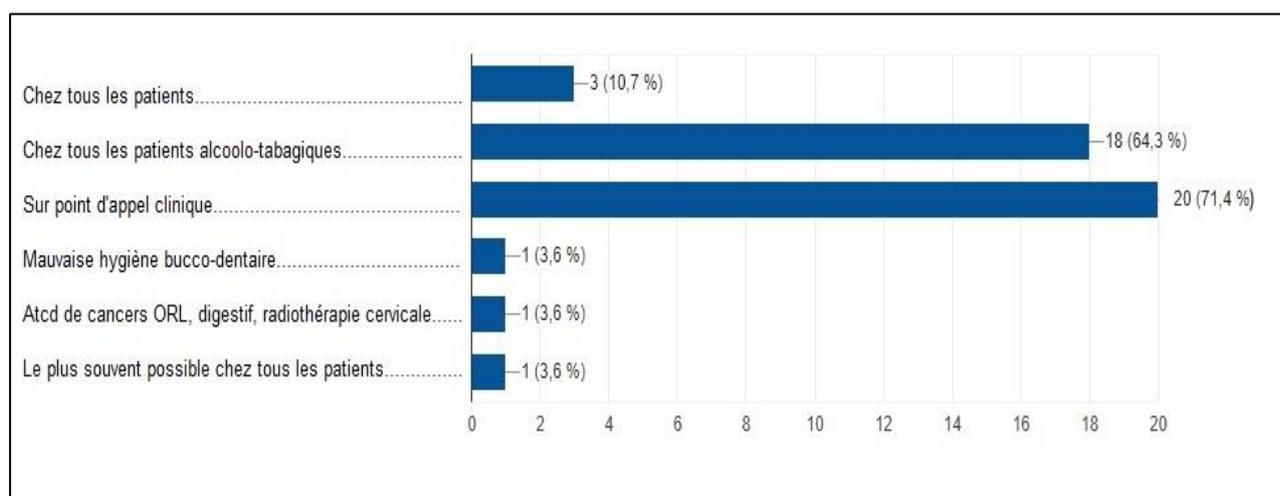


Figure 42: Population bénéficiant d'un examen clinique complet de la cavité buccale et de l'oropharynx chez les médecins généralistes interrogés.

III.3.4. B. La position du patient

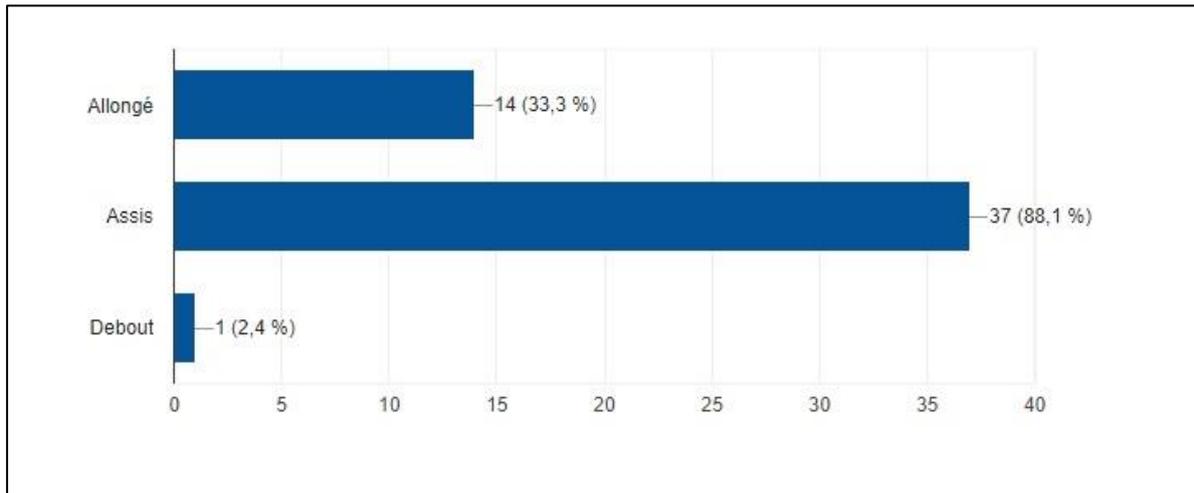


Figure 43: Position du patient lors de l'examen de la cavité buccale et de l'oropharynx chez les médecins généralistes interrogés.

Parmi les médecins interrogés, 10 déclaraient examiner les patients en position allongée et en position assise, 4 médecins examinaient les patients en position allongée seule et 1 médecin les examinait en position debout seule.

III.3.4. C. L'éclairage et le matériel employé

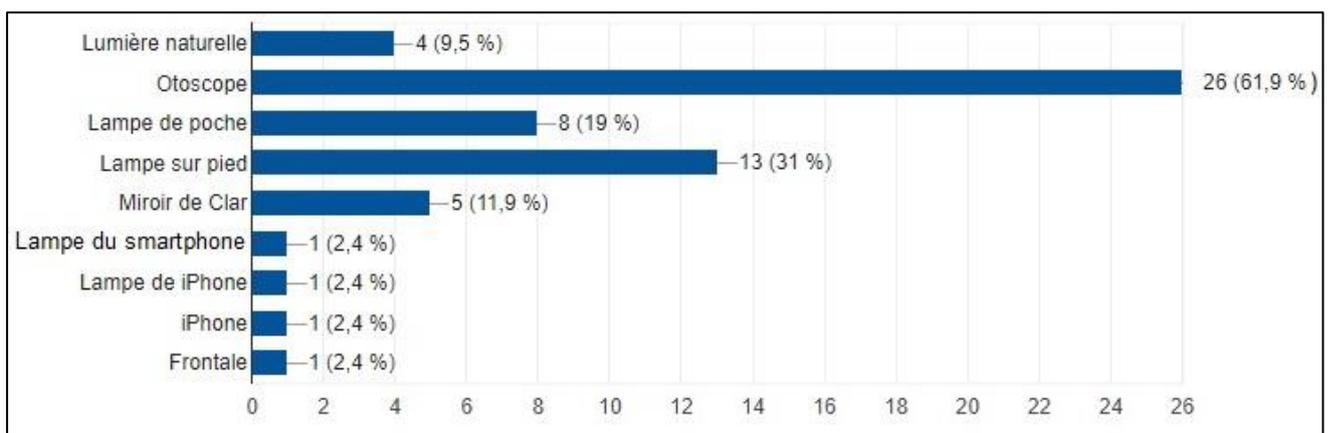


Figure 44: Eclairage employé par les médecins généralistes interrogés lors de l'examen de la cavité buccale et de l'oropharynx.

Parmi les 42 médecins interrogés, 17 (40%) utilisaient un éclairage adapté laissant les deux mains libres (miroir de Clar, lampe sur pied ou lampe frontale).

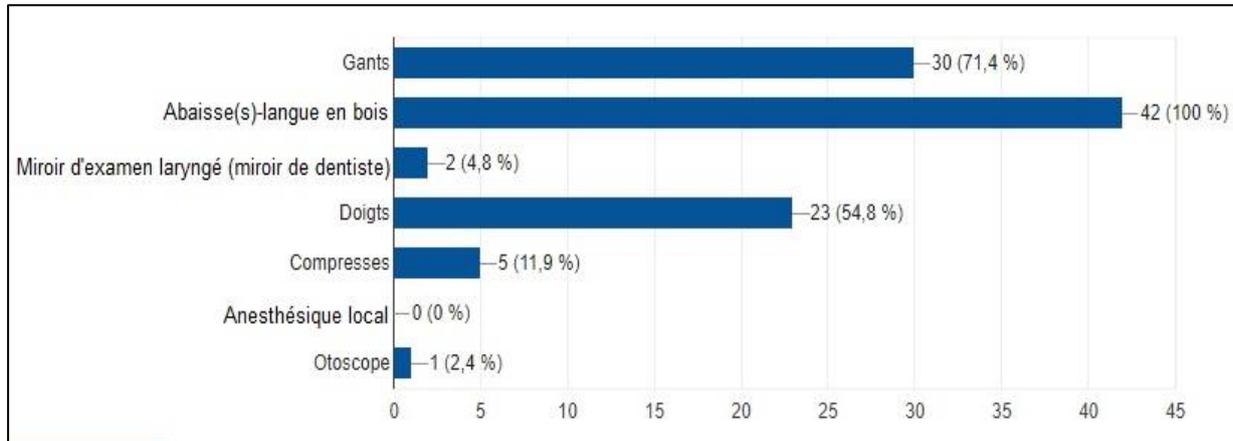


Figure 45: Matériel employé par les médecins généralistes interrogés lors de l'examen de la cavité buccale et de l'oropharynx.

Tous les médecins interrogés déclaraient utiliser un ou plusieurs abaisse-langues en bois.

Seuls 2 des médecins interrogés utilisaient un miroir d'examen laryngé lors de l'inspection de la cavité buccale et de l'oropharynx.

12 médecins n'utilisaient pas de gants. Parmi eux, 5 médecins ne réalisaient pas de palpation endobuccale du patient.

III.3.4. D. La palpation réalisée

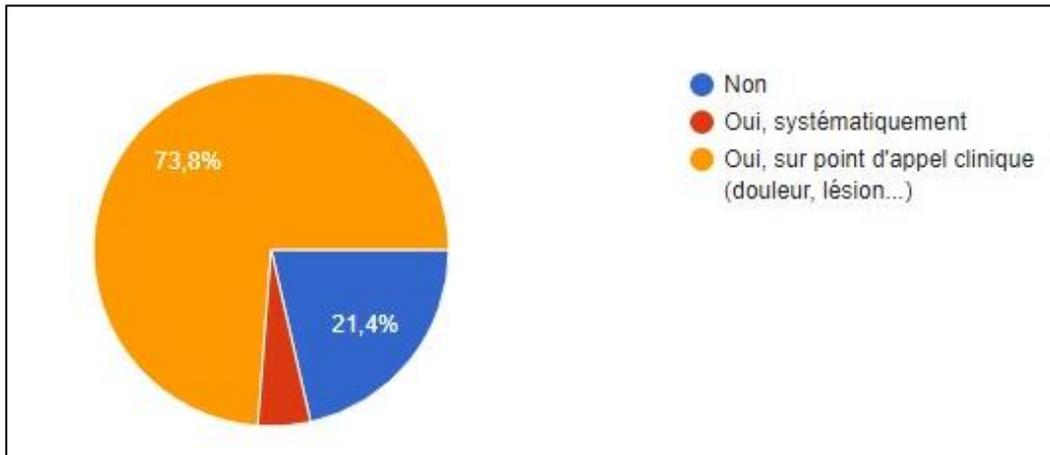


Figure 46: Critères de réalisation d'une palpation endobuccale du patient par les médecins généralistes interrogés.

Parmi les médecins interrogés, seuls 2 (4,8%) déclaraient réaliser une palpation endobuccale de manière systématique.

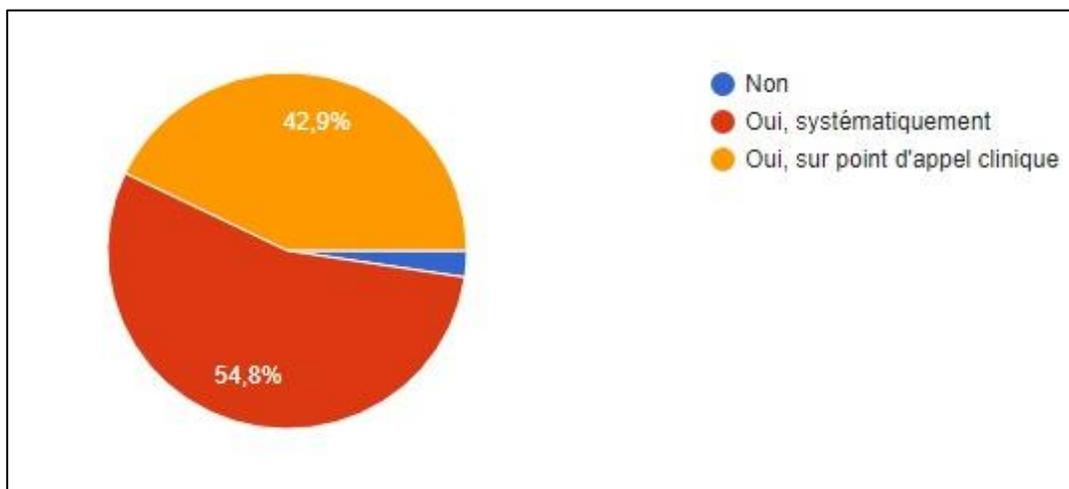


Figure 47: Critères de palpation exobuccale (face et aires ganglionnaires) du patient par les médecins généralistes interrogés.

Un des médecins interrogés (2,4%) déclarait ne pas réaliser de palpation exobuccale lors de l'examen clinique du patient.

III.3.4. E. Résultats divers

Parmi les médecins déclarant réaliser un examen clinique complet de la cavité buccale chez tous leurs patients alcool-tabagiques (20 médecins, soit 47,6% des médecins interrogés) :

- Un seul médecin effectuait une palpation endobuccale systématique
- 2 médecins ne réalisaient pas de palpation endobuccale
- 6 médecins n'utilisaient pas un éclairage adapté (miroir de Clar, lampe sur pied, lampe frontale)
- 17 médecins n'examinaient pas la base de langue à l'aide d'un miroir d'examen laryngé
- 6 médecins n'examinaient pas le plancher buccal postérieur en refoulant la langue
- 7 médecins n'examinaient pas les parois de l'oropharynx

III.3.5. La vision des médecins généralistes interrogés

Parmi les médecins interrogés, 35,7% pensaient avoir les connaissances requises pour dépister efficacement les cancers de la cavité buccale et de l'oropharynx. 90,5% d'entre eux pensaient ce dépistage à la portée du médecin généraliste et 97,6% trouvaient important le rôle du médecin généraliste dans ce dépistage.

92,9% des médecins interrogés se disaient prêts à consulter un document court (de type flyer) concernant le dépistage des cancers de la cavité buccale et de l'oropharynx s'il était mis à leur disposition.

71,4% proposeraient à leur patientèle un tel document à destination des patients.

III.4. Discussion

III.4.1. Les limites de l'enquête

L'objectif de l'enquête était d'obtenir un aperçu des pratiques du dépistage des cancers de la cavité buccale et de l'oropharynx par les médecins généralistes de la région du Havre en Seine-Maritime. Il s'agissait donc d'une **étude qualitative descriptive**.

Les résultats ont été obtenus en interrogeant un échantillon de médecins généralistes. Le nombre d'années d'exercice était varié et présentait une bonne représentativité de tous les âges de médecins, mais le mode d'activité et le milieu d'exercice était très majoritairement ceux d'une activité de groupe en zone urbaine.

Une proportion plus importante de médecins pratiquant seuls et en zone rurale ou semi-rurale aurait été souhaitable.

L'enquête pouvait par ailleurs être exposée à des biais liés au questionnaire : biais de mémorisation et biais de déclaration.

Il faut donc rester prudent quant à l'interprétation des résultats de cette enquête.

III.4.2. Les obstacles au dépistage des cancers de la cavité buccale et de l'oropharynx

III.4.2. A. Les limites liées aux médecins

- **La pratique en consultation :**

47,6% des médecins interrogés déclarait réaliser un examen clinique complet de la cavité buccale et de l'oropharynx de tous leurs patients à risque (médecins examinant tous leurs patients et médecins examinant les patients alcoolotabagiques). Les autres médecins déclaraient réaliser un examen oral en cas de point d'appel clinique.

L'examen clinique de dépistage chez les patients à risque n'est donc réalisé que par environ la moitié des médecins.

Concernant l'inspection, les médecins interrogés déclarent regarder la majorité des structures anatomiques proposées à l'exception de la base de langue, du plancher buccal postérieur et des commissures intermaxillaires avec respectivement 11,9%, 54,8% et 47,6% des médecins inspectant ces structures.

Concernant la palpation, 54,8% des médecins interrogés déclaraient réaliser une palpation des aires ganglionnaires de manière systématique, et 42,9% sur point d'appel clinique. L'importance de la recherche d'adénopathies semble donc connue.

En revanche, seuls 4,8% des médecins interrogés déclaraient réaliser une palpation endobuccale de manière systématique et 73,8% sur point d'appel clinique. Or l'intérêt de cette palpation est bien de dépister des cancers à un stade précoce non détectable par l'inspection simple.

On peut donc en conclure que si les structures anatomiques à examiner semblent connues des médecins généralistes, l'examen clinique en pratique est souvent réalisé de manière incomplète.

- **Le manque de temps :**

Dans notre enquête, 6 médecins ont déclaré ne pas pratiquer le dépistage des cancers de la cavité buccale et de l'oropharynx par manque de temps. En médecine générale, le patient présente souvent plusieurs motifs de consultation, et ajouter un examen complet de la cavité buccale à ce temps de consultation pourrait s'avérer chronophage. Cependant, le médecin généraliste et le patient peuvent convenir d'une nouvelle consultation de prévention, dédiée au dépistage, dont l'objectif aura été expliqué au patient et accepté par lui.

Une telle consultation chez les patients à risque pourrait être associée au dépistage d'autres pathologies liées au tabac et à l'alcool et pourrait donner lieu à une cotation d'acte spécifique dans la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM).

- **Le manque de matériel :**

L'examen clinique de la cavité buccale et de l'oropharynx nécessite peu de matériel, cependant, selon les résultats de notre enquête, 40% de médecins interrogés utilisaient un éclairage adapté et seulement 2 des médecins interrogés utilisaient un miroir d'examen laryngé.

Si le prix d'un miroir de Clar est de 150 à 250 euros en moyenne, le prix d'une lampe frontale ou d'une lampe sur pied paraît plus abordable et constitue une bonne alternative en ce qui concerne l'éclairage. De la même manière, le prix moyen d'un miroir d'examen laryngé est de 2 à 3 euros.

Ce manque de matériel qui peut être un frein à la pratique du dépistage pourrait donc être facilement corrigé.

- **Le manque de connaissances :**

64,3% des médecins interrogés lors de notre enquête estiment ne pas avoir les connaissances nécessaires au dépistage des cancers oraux. Or selon nos résultats ils semblent avoir de bonnes connaissances en ce qui concerne les facteurs de risque à rechercher et les structures anatomiques à examiner.

Tous les médecins interrogés ont cité le tabac et 97,6 % ont cité l'alcool comme facteurs de risque des cancers de la cavité buccale et de l'oropharynx. Les principaux facteurs de risque semblent donc bien connus.

Seuls 12% ont cité le Papillomavirus et les lésions précancéreuses comme facteurs de risque. 19% pensaient que la mauvaise hygiène bucco-dentaire constituait un facteur de risque en tant que tel.

En Grande-Bretagne, Greenwood et al. ont également montré un bon degré de connaissances chez les médecins généralistes, mais selon leur étude, leur aptitude au diagnostic des lésions buccales semblait moins bonne que celle des dentistes (49).

On peut donc supposer que les médecins généralistes de la région havraise, comme ailleurs dans le monde, possèdent les connaissances suffisantes pour dépister les cancers de la cavité buccale et de l'oropharynx.

- **Le manque de formation :**

Parmi les médecins interrogés dans notre enquête 64,2% jugeaient leur formation universitaire « insuffisante » ou « très insuffisante » en ce qui concerne les cancers de la cavité buccale et de l'oropharynx. Ce nombre est élevé alors que les étudiants en deuxième cycle des études de médecine bénéficient d'un enseignement théorique selon l'item 295 du programme d'enseignement (ancien item 145) qui prévoit l'apprentissage du « diagnostic des tumeurs de la cavité buccale, naso-sinusiennes et du cavum, et des voies aérodigestives supérieures » (50). L'apprentissage et la pratique de l'examen clinique s'effectue lors des stages à l'hôpital, mais seule une partie des étudiants réalise un stage en ORL ou en chirurgie maxillo-faciale.

A l'heure des nouvelles technologies, on peut imaginer une formation pratique des étudiants en médecine basée sur l'utilisation de simulateurs, ou encore de mannequins de formation comme pour les étudiants en chirurgie dentaire.

45,2% des médecins interrogés déclaraient n'avoir jamais suivi de cours de mise à jour ou de formation médicale continue sur les cancers oraux, et 35,7% qu'une telle mise à jour remontait à plus de 5 ans.

L'INCa met à disposition des médecins généralistes des recommandations et outils d'aide à la pratique pour la détection précoce et la prise en charge des cancers de la cavité buccale mais 97,6% des médecins interrogés ignoraient l'existence de tels outils (51, 52).

92,9% se déclaraient prêt à consulter un document court de type « flyer » concernant ce dépistage. L'intérêt de formations pour réactualiser les connaissances et mettre en confiance les médecins généralistes semble une initiative intéressante.

III.4.2. B. Les limites liées au patient

Nous avons vu précédemment que le diagnostic des cancers de la cavité buccale et de l'oropharynx était souvent tardif.

De nombreuses études ont démontré que les patients ayant des facteurs de risques consultaient moins souvent leur dentiste. Ainsi, en Angleterre, Netuveli et al. ont mis en évidence que la probabilité de voir régulièrement son dentiste était significativement plus basse chez les patients à risque de cancer oral (53).

Une étude prospective sur 2 ans réalisée aux Pays-Bas par Tromp et al. montrait que le délai dû au patient était en lien avec le stade au diagnostic, et que les patients possédant des connaissances sur les cancers de la cavité buccale avait un risque moindre de cancer à un stade avancé au moment du diagnostic (54).

Dans une étude française de 2013, Dakpé et al. montraient que si la faisabilité de l'organisation de réseaux pour mettre en place des actions visant l'amélioration du dépistage des lésions cancéreuses et précancéreuses de la cavité buccale a été prouvé, il fallait souligner la difficulté à atteindre la population cible. Ainsi, selon cette étude, seuls 63,7% des patients adressés au spécialiste d'organe par le médecin généraliste se déplacent réellement dans un délai de 3 mois après l'annonce d'une lésion ou d'un signe suspect (17).

La population à risque semble donc moins soucieuse de son hygiène bucco-dentaire et ne se présente pas d'elle-même pour effectuer un dépistage. Le rôle du médecin généraliste est capital puisqu'il peut être amené à voir ces patients pour d'autres motifs et leur proposer ce dépistage, afin de détecter des lésions avant qu'elles ne soient symptomatiques.

III.4.2. C. Les limites liées aux recommandations

L'OMS recommande la détection précoce des cancers de la cavité buccale et la mesure 17.3 du Plan Cancer 2009-2013 visait à l'amélioration de celle-ci (55). L'objectif 1 du plan cancer 2014-2019 vise à favoriser des diagnostics plus précoces (56).

La Société Française de Médecine Générale reconnaît l'intérêt du dépistage individuel des cancers et lésions précancéreuses de la cavité buccale (57).

De nombreuses études ont été réalisées dans le monde afin d'évaluer l'efficacité du dépistage des cancers de la cavité buccale et de l'oropharynx (58–61). Au vu des connaissances actuelles, on ne peut justifier d'un dépistage organisé pour ces cancers en France. Ainsi, le dépistage repose aujourd'hui sur la **détection précoce individuelle opportuniste**.

Ce dépistage individuel opportuniste regroupe à la fois le dépistage avant l'apparition des symptômes et la détection précoce après l'apparition des symptômes. Il n'existe cependant à ce jour aucune recommandation claire sur les circonstances et la méthode de réalisation de ce dépistage.

III.4.3. L'évolution de la législation sur le tabac en France (62)

Après la découverte des effets cancérigènes du tabac quasi simultanément en Grande-Bretagne et aux États-Unis en 1960, de grandes campagnes furent lancées dans ces deux pays la même année. En France, ce n'est que seize ans plus tard que Simone Veil, alors ministre de la Santé fit voter la loi qui porte son nom. L'efficacité des campagnes antitabac de l'INPES repose depuis lors en partie sur le fait qu'elles peuvent s'appuyer sur des mesures législatives et réglementaires contraignantes.

La **loi Veil du 9 Juillet 1976** est le premier grand texte visant explicitement à lutter contre les méfaits du tabagisme. Elle s'attaque principalement à la publicité, prévoit des interdictions de fumer dans certains lieux à usage collectif et impose l'inscription de la mention « Abus dangereux » sur les paquets de cigarettes. C'est 11 ans après les États-Unis, où les avertissements de santé ont fait leur apparition sur les paquets en 1965. Cette loi a permis de stabiliser la consommation de tabac jusque là en augmentation.

La **loi Evin du 10 janvier 1991**, relative à la lutte contre l'alcoolisme et le tabagisme permet de modifier en profondeur la norme sociale en matière de tabagisme et provoque une diminution de la consommation. Le tabac devient un produit socialement « incorrect » contre lequel l'ensemble de la société doit lutter.

Le **décret du 15 novembre 2006** modifie la loi Évin et étend l'interdiction de fumer à d'autres lieux à usage collectif.

Le **décret du 21 mars 2016**, relatif au paquet neutre des cigarettes et de certains produits du tabac, définit les conditions de neutralité et d'uniformisation des conditionnements de certains produits du tabac.

En France, cette interdiction de fumer dans les lieux publics est une grande victoire. Elle est l'un des aboutissements de la dynamique de dénormalisation du tabagisme.

III.4.4. L'évolution de la législation sur l'alcool en France (63–65)

En France, la production, la vente et l'usage des boissons alcoolisées sont réglementés depuis plusieurs siècles, principalement depuis que ces boissons sont taxées par l'état.

La santé publique et la lutte contre l'alcoolisme sont des préoccupations plus récentes. Ainsi, l'ivresse publique est sanctionnée depuis 1873 et en 1915 survient l'interdiction de production de l'absinthe.

La publicité des boissons alcoolisées est réglementée depuis 1941.

En 1954 le « Code des débits de boisson et de lutte contre l'alcoolisme », maintenant intégré dans le Code de la Santé Publique, établit une réglementation concernant les débits de boissons afin d'en limiter le nombre et de protéger les mineurs.

L'alcool au volant est réprimé depuis 1965 et la consommation d'alcool sur les lieux de travail est réglementée depuis 1973.

La **loi du 21 juillet 2009** interdit de vendre de l'alcool aux moins de 18 ans dans les bars, restaurants, commerces et lieux publics.

La **loi Evin du 10 janvier 1991**, et sa modification en 2015, ont pour vocation la protection des mineurs en interdisant la publicité et la promotion des boissons alcoolisées dans les lieux et médias dédiés à la jeunesse.

III.4.5. La vaccination contre l'HPV

En France, la vaccination contre l'HPV est recommandée pour toutes les jeunes filles âgées de 11 à 14 ans, et le rattrapage vaccinal est recommandé pour les jeunes filles et jeunes femmes entre 15 et 19 ans révolus. Depuis 2017, cette recommandation de vaccination concerne aussi les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, jusqu'à l'âge de 26 ans (66).

Les données actuelles établissent un rôle important de la vaccination dans la prévention des cancers ano-génitaux et d'autres lésions liées à l'HPV. Les données concernant l'impact de la vaccination sur les cancers de la tête et du cou ne sont pas connues à l'heure actuelle, mais les travaux effectués à ce jour suggèrent là aussi un bénéfice en termes de santé publique (67).

III.4.6. Vers l'amélioration des pratiques

III.4.6. A. L'information du public

Les cancers de la cavité buccale et de l'oropharynx sont peu connus par la population. Le dépistage de ces cancers doit être proposé à des patients préalablement informés pour espérer une bonne adhésion. La diffusion dans les cabinets médicaux d'affichettes ou de dépliants tels que celui proposé par l'INCa présente donc un intérêt dans l'information délivrée aux patients (34).

Au niveau européen, la campagne « Make Sense » est une initiative mise en place par l'European Head and Neck Society (EHNS) qui vise à sensibiliser la population aux symptômes du cancer de la tête et du cou, et à promouvoir une accélération de la consultation, du diagnostic et de l'accès au spécialiste dans le but d'améliorer le pronostic des patients atteints de la maladie (68).

III.4.6. B. La formation des médecins généralistes

Selon notre enquête les médecins généralistes interrogés pensent que le dépistage des cancers de la cavité buccale et de l'oropharynx est à leur portée, mais ils ne pensent pas avoir les connaissances requises pour réaliser ce dépistage.

Le développement de formations spécifiques semble donc nécessaire. De la même façon, les médecins interrogés se disent intéressés par la mise à disposition d'un document court concernant le dépistage des cancers de la cavité buccale et de l'oropharynx.

Le développement de tels outils est en cours au sein de la Communauté de l'Agglomération Havraise (CODAH). Une réunion d'information ouverte aux professionnels de santé (médecins généralistes et chirurgiens dentistes) a eu lieu fin 2016 afin de présenter ce projet, et si la présence des chirurgiens dentistes était notable, le nombre de médecins généralistes présents était plus restreint, ce qui témoigne sans doute d'un défaut de communication quant à cette réunion. Il faudrait par la suite évaluer l'impact de cette campagne de sensibilisation et des formations proposées sur la pratique des médecins généralistes concernés.

IV. Conclusion

Les cancers de la cavité buccale et de l'oropharynx représentent un problème de santé publique visé par la mesure 17.3 du plan cancer. Le diagnostic de ces cancers est souvent tardif ce qui entraîne des traitements lourds et des séquelles importantes et invalidantes.

Les lésions cancéreuses de la cavité orale sont longtemps asymptomatiques et peuvent être précédées de lésions précancéreuses. Aujourd'hui en France, le diagnostic de ces cancers repose sur un dépistage individuel opportuniste.

Le médecin généraliste est l'acteur de choix pour ce dépistage. Il est le premier recours en termes de soins. La relation médecin-patient construite dans la confiance et dans la durée, et l'approche centrée sur le patient lui permet d'identifier les patients à risques, de les informer de façon adaptée et de leur proposer ce dépistage afin de détecter des lésions avant qu'elles ne soient symptomatiques.

Le médecin généraliste peut ainsi réduire le retard au diagnostic en reconnaissant les lésions suspectes à adresser au spécialiste qui en précisera la nature histologique.

L'étude réalisée sur un échantillon de médecins généralistes de la région du Havre en Seine-Maritime montre que l'examen clinique de la cavité buccale et de l'oropharynx est peu réalisé dans le cadre du dépistage. Seuls 47,6% des médecins interrogés déclarent procéder à ce dépistage chez tous leurs patients alcoolotabagiques. Alors que la connaissance des facteurs de risques et de la pratique de l'examen clinique semble maîtrisée, le manque de formation, de matériel et de temps semblent constituer les principaux freins à la réalisation de ce dépistage.

Les médecins interrogés se disent intéressés par la mise à disposition d'un document court sur la pratique du dépistage des cancers de la cavité buccale et de l'oropharynx. Des formations à destination des médecins généralistes pourraient constituer un outil supplémentaire pour la pratique de ce dépistage.

Le manque de matériel est facile à contourner par l'achat d'un éclairage adapté et d'un miroir d'examen laryngé qui sont peu onéreux.

Enfin, le manque de temps ne doit pas faire négliger le travail de prévention et de dépistage qui sont indissociables de la pratique de la médecine générale.

La mise en place de consultations dédiées au dépistage pourrait constituer une solution.

Bibliographie

1. Ford PJ, Farah CS. Early detection and diagnosis of oral cancer: Strategies for improvement. *J Cancer Policy*. 1 mars 2013;1(1):e2-7.
2. Aupérin A, Hill C. Épidémiologie des carcinomes des voies aérodigestives supérieures. *Cancer/Radiothérapie*. 1 févr 2005;9(1):1-7.
3. Périé S, Meyers M, Mazzaschi O, De Crouy Chanel O, Baujat B, Lacau St Guily J. Épidémiologie et anatomie des cancers ORL. *Bull Cancer (Paris)*. 1 mai 2014;101(5):404-10.
4. Binder-Foucard F, Belot A, Delafosse P, Remontet L, Woronoff AS, Bossard N, et al. Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012. *Partie*; 2013.
5. Grosclaude P, Remontet L, Belot A, Danzon A, Rasamimanana Cerf N, Bossard N. Survie des personnes atteintes de cancer en France, 1989–2007. Étude À Partir Regist Cancers Réseau Francim St-Maurice Fra Inst Veille Sanit. 2013;410.
6. Tortora GJ, Derrickson B. Manuel d'anatomie et de physiologie humaines. De Boeck Supérieur; 2017. 919 p.
7. Maladière E, Vacher C. Examen clinique en stomatologie. EMC. *Stomatologie/Odontologie*. 2008;22–10.
8. Joly A, Huttenberger B, Pare A. Examen clinique de la cavité buccale et variantes physiologiques. *Presse Médicale*. mars 2017;46(3):286-95.
9. Brasnu D. *Traité d'ORL*. Flammarion médecine-sciences; 2008.
10. 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*. 1 juin 2011;112(3):164-71.
11. Ferlay J, Steliarova-Foucher E, Lortet-Tieulent J, Rosso S, Coebergh JWW, Comber H, et al. Cancer incidence and mortality patterns in Europe: Estimates for 40 countries in 2012. *Eur J Cancer*. 1 avr 2013;49(6):1374-403.
12. Projection de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine en 2015 - Rapport technique - Ref : RAINCMETRO15 | Institut National Du Cancer [Internet]. [cité 26 juin 2017]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Projection-de-l-incidence-et-de-la-mortalite-par-cancer-en-France-metropolitaine-en-2015-Rapport-technique>

13. Prévalence totale nationale des cancers [Internet]. [cité 28 juin 2017]. Disponible sur: <http://lesdonnees.e-cancer.fr/Themes/epidemiologie/Prevalence/Prevalence-totale-nationale-des-cancers>
14. Survie récente à 1, 3 et 5 ans des patients diagnostiqués entre 2005 et 2010 par localisation [Internet]. [cité 28 juin 2017]. Disponible sur: <http://lesdonnees.e-cancer.fr/Themes/epidemiologie/survie/Survie-a-1-3-et-5-ans-des-personnes-diagnostiquees-entre-2005-et-2010-par-localisation>
15. Colonna M, Chatignoux E, Remontet L, Mitton N, Belot A, Bossard N, et al. Estimations de l'incidence départementale des cancers en France métropolitaine 2008–2010. Étude À Partir Données Regist Cancers Réseau Francim Bases Données Méd-Adm Sainte-Maurice Inst Veille Sanit. 2015
16. Baujat B, Périé S, Bardet É, Lacau St Guily J. Cancers de la cavité orale. Mise au point Sous l'égide de l'Intergroupe ORL. Bull Cancer (Paris). mai 2014;101(5):424-8.
17. Dakpé S, Neiva C, Testelin S, Ganry O, Devauchelle B, Lapôtre-Ledoux B. Faisabilité d'une stratégie de dépistage des lésions malignes de la cavité buccale chez les fumeurs. Rev Stomatol Chir Maxillo-Faciale Chir Orale. 1 avr 2015;116(2):65-71.
18. Posters [Internet]. [cité 30 juin 2017]. Disponible sur: <http://www.registrecancers59.fr/index.php/publications-et-rapport/posters>
19. Cancer of the Oral Cavity and Pharynx - Cancer Stat Facts [Internet]. [cité 30 juin 2017]. Disponible sur: <https://seer.cancer.gov/statfacts/html/oralcav.html>
20. Righini CA, Karkas A, Morel N, Soriano E, Reyt E. Facteurs de risque des cancers de la cavité buccale, du pharynx (cavum exclu) et du larynx. Presse Médicale. 1 sept 2008;37(9):1229-40.
21. Latino-Martel P, Druésne-Pecollo N, Dumond A. Facteurs nutritionnels et risque de cancer de la cavité buccale. Rev Stomatol Chir Maxillofac. 1 juin 2011;112(3):155-9.
22. Lescaille G, Descroix V, Azérad J. Papillomavirus et cancers des VADS. Rev Stomatol Chir Maxillofac. juin 2011;112(3):160-3.
23. Mirghani H, Amen F, Moreau F, Lacau St Guily J. Do high-risk human papillomaviruses cause oral cavity squamous cell carcinoma? Oral Oncol. 1 mars 2015;51(3):229-36.
24. Mork J, Lie AK, Glatte E, Clark S, Hallmans G, Jellum E, et al. Human Papillomavirus Infection as a Risk Factor for Squamous-Cell Carcinoma of the Head and Neck. N Engl J Med. 12 avr 2001;344(15):1125-31.
25. Marandas P, Marandas N. Situation actuelle des cancers des voies aéro-digestives supérieures en France et données épidémiologiques. Cancers Voies Aéro-Dig Supér Actuelles Paris Masson. 2004;3–20.

26. El-Deiry WS. The role of p53 in chemosensitivity and radiosensitivity. *Oncogene*. 2003;22(47):7486-95.
27. Barthélémy I, Sannajust J-P, Revol P, Mondié J-M. Cancers de la cavité buccale. Préambule, épidémiologie, étude clinique. *EMC - Stomatol*. 1 déc 2005;1(4):277-94.
28. 2015_17-18_1.pdf [Internet]. [cité 3 juill 2017]. Disponible sur: http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2015/17-18/pdf/2015_17-18_1.pdf
29. Silverman S, Gorsky M, Greenspan D. Tobacco Usage in Patients with Head and Neck Carcinomas: A Follow-Up Study on Habit Changes and Second Primary Oral/Oropharyngeal Cancers. *J Am Dent Assoc*. 1 janv 1983;106(1):33-5.
30. 812043_beh_34_35_2006.pdf [Internet]. [cité 3 juill 2017]. Disponible sur: http://medias.lemonde.fr/mmpub/edt/doc/20060912/812043_beh_34_35_2006.pdf
31. Paré A, Joly A. Cancers de la cavité buccale : facteurs de risque et prise en charge. *Presse Médicale*. mars 2017;46(3):320-30.
32. 1632.pdf [Internet]. [cité 3 juill 2017]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1632.pdf>
33. Rothman K, Keller A. The effect of joint exposure to alcohol and tobacco on risk of cancer of the mouth and pharynx. *J Chronic Dis*. 1 déc 1972;25(12):711-6.
34. Dépliant sur le dépistage des cancers de la bouche - Ref : DEPBOUCHE10 | Institut National Du Cancer [Internet]. [cité 3 juill 2017]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Depliant-sur-le-depistage-des-cancers-de-la-bouche>
35. St Guily JL, Jacquard A-C, Prétet J-L, Haesebaert J, Beby-Defaux A, Clavel C, et al. Human papillomavirus genotype distribution in oropharynx and oral cavity cancer in France—The EDiTH VI study. *J Clin Virol*. 1 juin 2011;51(2):100-4.
36. Ben Slama L. Affections potentiellement malignes de la muqueuse buccale : nomenclature et classification. *Rev Stomatol Chir Maxillofac*. 1 sept 2010;111(4):208-12.
37. van der Waal I. Potentially malignant disorders of the oral and oropharyngeal mucosa; terminology, classification and present concepts of management. *Oral Oncol*. 1 avr 2009;45(4):317-23.
38. Tarragano H, Illouz B, Moyal F. Les cancers de la cavité buccale: du diagnostic aux applications thérapeutiques. Éditions CdP; 2008.

39. Leucoplasie verruqueuse proliférative : trois observations et revue de la littérature (PDF Download Available) [Internet]. ResearchGate. [cité 20 juill 2017]. Disponible sur: https://www.researchgate.net/publication/292210707_Leucoplasie_verruqueuse_proliferative_trois_observations_et_revue_de_la_litterature
40. Epstein JB, Wan LS, Gorsky M, Zhang L. Oral lichen planus: progress in understanding its malignant potential and the implications for clinical management. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endodontology*. 1 juill 2003;96(1):32-7.
41. Dasanayake AP, Silverman AJ, Warnakulasuriya S. Maté drinking and oral and oropharyngeal cancer: A systematic review and meta-analysis. *Oral Oncol*. 1 févr 2010;46(2):82-6.
42. Pratiques_dentaires_20_Nov2015_P48.pdf [Internet]. [cité 22 juin 2017]. Disponible sur: http://www.ufsbd.fr/wp-content/uploads/2016/12/Pratiques_dentaires_20_Nov2015_P48.pdf
43. Downer MC, Evans AW, Hallett CMH, Jullien JA, Speight PM, Zakrzewska JM. Evaluation of screening for oral cancer and precancer in a company headquarters. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1 avr 1995;23(2):84-8.
44. Ikeda N, Ishii T, Iida S, Kawai T. Epidemiological study of oral leukoplakia based on mass screening for oral mucosal diseases in a selected Japanese population. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1 juin 1991;19(3):160-3.
45. Jullien JA, Zakrzewska JM, Downer MC, Speight PM. Attendance and compliance at an oral cancer screening programme in a general medical practice. *Eur J Cancer B Oral Oncol*. 1 mai 1995;31(3):202-6.
46. Mathew B, Sankaranarayanan R, Sunilkumar KB, Kuruvila B, Pisani P, Nair MK. Reproducibility and validity of oral visual inspection by trained health workers in the detection of oral precancer and cancer. *Br J Cancer*. 1997;76(3):390-4.
47. Fs M, Pc G, Rb B, Pr M, Dk D, Jj P. Detection of oral cancer using basic health workers in an area of high oral cancer incidence in India. *Cancer Detect Prev*. 1986;9(3-4):219-25.
48. Lombardi T, Samson J, Kuffer R. La muqueuse buccale: de la clinique au traitement. Ed. Med'Com; 2009.
49. Greenwood M, Lowry RJ. oral cancer: Primary care clinicians' knowledge of oral cancer : a study of dentists and doctors in the North East of England. *Br Dent J*. 10 nov 2001;191(9):510-2.
50. Items ECNi - ANEMF.org, le site officiel des étudiants en médecine [Internet]. [cité 20 juill 2017]. Disponible sur: <http://www.anemf.org/etudes-medicales/epreuves-classantes-nationales/items-ecn-2016.html>

51. Cancers de la tête et du cou - Recommandations et outils d'aide à la pratique | Institut National Du Cancer [Internet]. [cité 20 juill 2017]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Recommandations-et-outils-d-aide-a-la-pratique/Cancers-de-la-tete-et-du-cou#toc-r-f-rentiels-pour-les-m-decins-g-n-ralistes>
52. Détection précoce des cancers de la cavité buccale - Dépistage et détection précoce | Institut National Du Cancer [Internet]. [cité 20 juill 2017]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Detection-precoce-des-cancers-de-la-cavite-buccale>
53. Netuveli G, Sheiham A, Watt RG. Does the « inverse screening law » apply to oral cancer screening and regular dental check-ups? *J Med Screen*. 1 mars 2006;13(1):47-50.
54. Tromp DM, Brouha XDR, Hordijk G-J, Winnubst JAM, de Leeuw RJ. Patient and tumour factors associated with advanced carcinomas of the head and neck. *Oral Oncol*. 1 mars 2005;41(3):313-9.
55. WHO | Early detection of cancer [Internet]. WHO. [cité 19 juill 2017]. Disponible sur: <http://www.who.int/cancer/detection/en/>
56. Plan Cancer 2014-2019 - Ref : PLANKPNRT14 | Institut National Du Cancer [Internet]. [cité 30 juin 2017]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Plan-Cancer-2014-2019>
57. Société Française de Médecine Générale : Dépistage et Prévention Individuelle Organisée [Internet]. [cité 19 juill 2017]. Disponible sur: http://www.sfmng.org/publications/les_publications/depistage_et_prevention_individuelle_organisee.html
58. Screening programmes for the early detection and prevention of oral cancer. [cité 19 juill 2017]; Disponible sur: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004150.pub3/full>
59. Sankaranarayanan R, Fernandez Garrote L, Lence Anta J, Pisani P, Rodriguez Salva A. Visual inspection in oral cancer screening in Cuba: a case-control study. *Oral Oncol*. 1 févr 2002;38(2):131-6.
60. Downer MC, Moles DR, Palmer S, Speight PM. A systematic review of measures of effectiveness in screening for oral cancer and precancer. *Oral Oncol*. 1 juill 2006;42(6):551-60.
61. Sankaranarayanan R, Ramadas K, Thomas G, Muwonge R, Thara S, Mathew B, et al. Effect of screening on oral cancer mortality in Kerala, India: a cluster-randomised controlled trial. *The Lancet*. 4 juin 2005;365(9475):1927-33.

62. Tabac - La législation antitabac en France [Internet]. [cité 29 août 2017]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/tabac/legislation.asp>
63. INPES - La réglementation [Internet]. [cité 31 août 2017]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/alcool/reglementation.asp>
64. La loi sur l'alcool - 1 [Internet]. [cité 31 août 2017]. Disponible sur: <http://www.caat.online.fr/loi/alcool.htm>
65. Vente d'alcool et de boissons alcoolisées - alcoolinfoservice [Internet]. Alcool Info Service. [cité 31 août 2017]. Disponible sur: <http://www.alcool-info-service.fr/alcool/loi/alcool-vente-boissons-alcoolisees>
66. calendrier_vaccinations_2017.pdf [Internet]. [cité 29 août 2017]. Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/calendrier_vaccinations_2017.pdf
67. D'Souza G, Dempsey A. The role of HPV in head and neck cancer and review of the HPV vaccine. *Prev Med.* 1 oct 2011;53:S5-11.
68. Make Sense Campaign [Internet]. Make Sense Campaign. [cité 20 juill 2017]. Disponible sur: <http://makesensecampaign.eu/fr/>
69. Grandin A. Le dépistage et la détection précoce des cancers et lésions précancéreuses de la cavité buccale et de l'oropharynx par les médecins généralistes: étude des pratiques chez un échantillon de médecins du Calvados [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Caen. UFR de médecine; 2012.

Annexes

Annexe 1: Questionnaire adressé aux médecins généralistes de la région du Havre en Seine-Maritime.

Le dépistage des cancers de la cavité buccale et de l'oropharynx par les médecins généralistes: Etude des pratiques sur la région du Havre en Seine-Maritime.

Ce questionnaire a pour but de collecter des données sur la pratique du dépistage des cancers de la cavité buccale et de l'oropharynx par les médecins généralistes de la région du Havre en Seine-Maritime. Les données issues de ce questionnaire serviront pour un travail de thèse pour l'obtention du grade de docteur en médecine dans le cadre de mon DES de médecine générale.

1. Vous êtes

- Une femme
- Un homme

2. Depuis combien de temps exercez-vous la médecine générale ?

- Moins de 10 années d'exercice
- De 10 à 20 années d'exercice
- Plus de 20 années d'exercice

3. Dans quel milieu exercez-vous ?

- En zone rurale
- En zone semi-rurale
- En zone urbaine

4. Quel est votre mode d'activité ?

- Seul(e)
- En cabinet de groupe

5. Combien de patients voyez-vous par jour en moyenne ?

- Moins de 20
- De 20 à 30
- Plus de 30

6. Comment jugez-vous votre formation universitaire sur les cancers de la cavité buccale ?

- Très bonne
- Bonne
- Insuffisante
- Très insuffisante

7. A quand remonte votre dernier cours de mise à jour/FMC sur les cancers de la cavité buccale ?

- Moins d' 1 an
- De 1 à 5 ans
- Plus de 5 ans
- Je n'ai jamais suivi un cours de mise à jour

8. Trouvez-vous le rôle du médecin généraliste important dans le dépistage des cancers de la cavité buccale ?

- Oui
- Non

9. Quels sont d'après vous les principaux facteurs de risque des cancers de la cavité buccale ?

- (Réponse libre)

10. Avez-vous déjà suivi ou suivez-vous actuellement des patients atteints de cancer de la cavité buccale ?

- De 1 à 5
- De 6 à 10
- Plus de 10
- Je n'ai jamais suivi de patient atteint de cancer de la cavité buccale

11. Pratiquez-vous le dépistage des cancers de la cavité buccale ?

- Oui
- Non

Si vous avez répondu "Oui" à cette question, merci de passer à la question 11 bis et d'ignorer la question 11 ter.

Si vous avez répondu "Non" à cette question, merci de passer directement à la question 11 ter.

11 bis. Vous avez répondu "Oui" à la question précédente. Chez quels patients réalisez-vous un examen complet de la cavité buccale ? (Plusieurs réponses possibles)

- Chez tous les patients
- Chez tous les patients alcool-tabagiques
- Sur point d'appel clinique
- Autre (réponse libre)

11 ter. Vous avez répondu "Non" à la question 11. Pour quelle(s) raison(s) ne pratiquez-vous pas le dépistage des cancers de la cavité buccale ? (Plusieurs réponses possibles)

- Incidence rare dans votre patientèle
- Vous jugez votre formation insuffisante
- Examen trop difficile
- Par manque de temps
- Par manque de matériel
- Autre (réponse libre)

12. Sur quel(s) point(s) d'appel réalisez-vous un examen de la cavité buccale ? (Plusieurs réponses possibles)

- Douleur
- Dysphonie

- Dysphagie
- Odynophagie
- Saignement
- Lésion muqueuse
- Adénopathie cervicale
- Otagie
- Dysgueusie
- Hypersialorrhée
- Perte d'appétit, AEG
- Trouble de l'articulation temporo-mandibulaire
- Trismus
- Fétidité de l'haleine
- Mauvais état bucco-dentaire
- Fièvre
- Autre (réponse libre)

13. Lorsque vous procédez à l'examen de la cavité buccale, comment le patient est-il placé ? (Plusieurs réponses possibles)

- Allongé
- Assis
- Debout
- Autre (réponse libre)

14. Quel éclairage utilisez-vous ? (Plusieurs réponses possibles)

- Lumière naturelle
- Otoscope
- Lampe de poche
- Lampe sur pied
- Miroir de Clar
- Autre (réponse libre)

15. Quel matériel utilisez-vous ? (Plusieurs réponses possibles)

- Gants
- Abaisse(s)-langue(s) en bois
- Miroir d'examen laryngé (miroir de dentiste)
- Doigts
- Compresses
- Anesthésique local
- Autre (réponse libre)

16. Lors de l'examen de la cavité buccale vous regardez (Plusieurs réponses possibles)

- Les lèvres et leurs commissures
- Les vestibules gingivaux et les gencives
- La face interne des joues
- Les commissures intermaxillaires en arrière des molaires
- La langue mobile et ses bords latéraux
- La base de langue avec un miroir laryngé
- Le plancher buccal antérieur et le frein de la langue
- Le plancher buccal postérieur, en refoulant la langue mobile
- Les amygdales
- Les piliers antérieurs

- Le palais dur
- Le voile du palais et la luette ainsi que leur mobilité
- Les parois de l'oropharynx
- Autre (réponse libre)

17. Réalisez-vous une palpation endobuccale ?

- Non
- Oui, systématiquement
- Oui, sur point d'appel clinique (douleur, lésion...)

18. Réalisez-vous une palpation exobuccale (face et aires ganglionnaires) ?

- Non
- Oui, systématiquement
- Oui, sur point d'appel clinique

19. Pensez-vous avoir les connaissances requises pour dépister efficacement les cancers de la cavité buccale ?

- Oui
- Non

20. Pensez-vous que ce dépistage est à la portée des médecins généralistes ?

- Oui
- Non

21. Connaissez-vous l'existence de recommandations et d'outils d'aide à la pratique mis à disposition par l'Institut National contre le Cancer (INCa) concernant le dépistage des cancers de la cavité buccale ?

- Oui
- Non

22. Si un document court (de type flyer) concernant le dépistage des cancers de la cavité buccale était mis à disposition des professionnels de santé, le consulteriez-vous ?

- Oui
- Non

23. Si un document court (de type flyer) concernant le dépistage des cancers de la cavité buccale à destination de la patientèle était disponible, le proposeriez-vous à vos patients ?

- Oui
- Non

Annexe 2 : Dépliant "Détection précoce des cancers de la bouche" mis à disposition par l'INCa.

quels sont les facteurs aggravants ?

La consommation d'alcool, de tabac, de cannabis et autres substances (chique de befe...) favorise l'apparition des cancers de la bouche.

fumer et boire multiplie jusqu'à 45 fois le risque d'avoir un cancer de la cavité buccale*

d'autres facteurs peuvent être associés :

- une mauvaise hygiène bucco-dentaire
- une exposition aux ultraviolets (UV) pour les cancers de la lèvre
- une contamination par les Papillomavirus Humains (HPV), infection sexuellement transmissible, pour certaines localisations.

* Pour plus d'informations : www.e-cancer.fr - Sources : www.inca.fr et www.cancer.gov

DÉPISTAGE

détection précoce des cancers de la bouche

» Les traitements sont plus efficaces, lorsque le cancer est détecté à temps.



www.e-cancer.fr



face aux cancers de la bouche il y a des moyens pour agir

- Ne pas fumer
- Modérer sa consommation d'alcool
- Faire surveiller régulièrement sa bouche par son chirurgien-dentiste ou son médecin traitant
- Consulter son médecin traitant ou son chirurgien-dentiste en cas d'anomalie constatée pendant plus de 10 jours.

pour en savoir plus, rendez-vous sur www.e-cancer.fr ou appelez

CANCER INFO 08 10 810 821

du lundi au vendredi










Qu'est-ce qu'un cancer de la bouche ?

Les cancers de la bouche sont des cancers qui se développent au niveau du plancher de la bouche, de la langue, des amygdales, du palais, des joues, des gencives et des lèvres.



Le cancer de la bouche est-il fréquent ?

Avec 7 500 nouveaux cas de cancers par an, les cancers de la bouche sont plus nombreux que les mélanomes et les cancers du col de l'utérus. C'est le 5^{ème} cancer chez l'homme.

Détecter tôt, ça sert à quoi ?

Plus un cancer de la bouche est détecté tôt, plus les traitements sont efficaces.

Aujourd'hui, 70% des cancers de la bouche sont diagnostiqués trop tardivement, ce qui réduit les chances de guérison.

Y a-t-il des signes ?

Il n'existe pas de symptôme spécifique aux cancers de la bouche. Mais, si vous constatez l'un des signes suivants pendant plus de 10 jours, consultez votre médecin traitant ou votre chirurgien-dentiste :

- Plâie ou gresser
- Difficultés pour mastiquer ou avaler
- Saignement inhabituel
- Changement dans la voix
- Douleur à l'oreille
- Gêne ou douleur persistantes
- Dents qui bougent
- Zones irritées, inflammations
- Tache rouge
- Tache blanche
- Croûte sur les lèvres

De manière générale, tout signe inhabituel persistant doit vous amener à consulter.

À qui en parler ?

Il est important de faire surveiller régulièrement sa bouche, car les lésions causées par un cancer de la bouche ne sont pas faciles à repérer par soi-même et ne sont pas forcément douloureuses.

Lors d'une visite chez votre médecin traitant ou votre chirurgien-dentiste, vous pouvez lui demander d'examiner votre bouche. En cas de suspicion, ces professionnels vous orienteront vers un spécialiste.

Une vigilance accrue est conseillée pour les fumeurs et les consommateurs réguliers d'alcool.

Vous avez profité d'une consultation pour faire examiner votre bouche.



Annexe 3 : Dépliant "Améliorer la détection précoce des cancers de la cavité buccale" mis à disposition par l'INCa.

Détection-précoce-cancers-cavite-buccale-MT-2010.pdf - Lecteur

Vous pouvez accéder par Internet à un module spécifique sur la détection précoce des cancers buccaux, avec notamment :

- la vidéo de l'examen d'une bouche
- l'icéographie des différentes lésions que vous pouvez rencontrer lors de cet examen
- les conduites à tenir en fonction de la nature de ces lésions

Ces contenus sont accessibles sur www.e-cancer.fr

Comment s'informer et se former ?

Retournez sur l'espace de formation à la détection précoce des cancers buccaux

Ce module Internet a été réalisé grâce au concours d'experts des cancers de la cavité buccale dont des médecins généralistes :
 Dr Bertrand Boujier, Dr Loïc Ben Smaï, Dr Max Budowski, Dr Anne-Laure Epel, Dr Ahmed Feki, Dr Marc Frazer, Dr Jean-Christophe Fricain, Dr Didier Gauzezan, Dr Roger Moutrel, Dr Philippe Zvoniba.

Pour en savoir plus
www.e-cancer.fr

À conseiller à vos patients
CANCERINFO 0810 810 821

Par ailleurs, le guide ALD VADS. Pour vous, un document de référence expliquant la prise en charge opti male et le parcours de soins d'un patient atteint d'un cancer des voies aéro-digestives supérieures. Ce document est téléchargeable sur www.e-cancer.fr ou sur www.e-cancer.fr

Pour vos patients, un document de sensibilisation ainsi qu'une fiche sont disponibles en ligne. Vous pouvez commander les documents suivants à diffusion@natincancer.fr

Logo de la République Française

Logo de l'Assurance Maladie

Logo de RST

Logo de l'INCa

Logo de l'Institut National du Cancer

Logo de l'Institut National du Cancer

Logo de l'INCa

Logo de l'Institut National du Cancer

Les cancers de la cavité buccale en France

Les cancers de la cavité buccale d'un point de vue anatomique



Une incidence élevée et un pronostic péjoratif.



Source: France - *Requiem* de Lyon - INCa - Mars 2006

INCIDENCE
En 2005, on estimait à 75000 par an (hors lymphome) le nombre de nouveaux cas de cancers de la cavité buccale en France. Ils sont notamment plus nombreux que les mélanomes et que les cancers du col de l'utérus. C'est le 5ème cancer chez l'homme.

MORTALITÉ
En termes de mortalité, les cancers de la cavité buccale ont été responsables de 1875 décès en 2005.

SEIN FEMME
Ces cancers touchent essentiellement les hommes. L'incidence est en augmentation chez les femmes.

7500 nouveaux cas en 2005

1875 décès en 2005

3,2 fois plus de décès touchés que de femmes

Un diagnostic encore trop tardif

70% des cancers diagnostiqués à un stade T3 ou T4

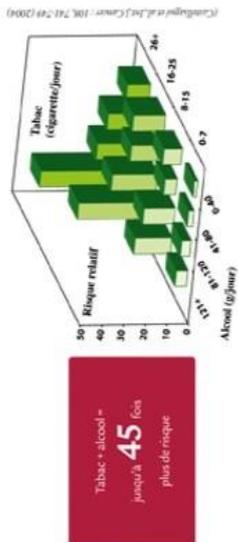
40% de survie à 5 ans pour le cancer du sein.

En France, on estime que 70% des cancers sont diagnostiqués à un stade avancé T3 ou T4. Pour comparaison, le taux est de 43% pour le cancer colorectal. La conséquence de ce retard au diagnostic: un taux de survie à 5 ans chez ces patients de seulement 40% (à différencier selon les localisations). A titre de comparaison, ce taux est de 84% pour le cancer du sein.

Comment agir ?

Identifier les populations à risque élevé

Les principaux facteurs de risque des cancers de la cavité buccale sont le tabac et l'alcool. Ils ont une action synergique forte. Le risque est multiplié jusqu'à 45 fois pour un même fumeur, selon la quantité d'alcool consommé. Une attention particulière devra donc être portée sur les personnes alcoolodépendantes.



Tabac + alcool = jusqu'à **45 fois** plus de risque

Détecter les signes d'alerte

Les signes d'alerte des cancers de la cavité buccale sont :

- Une ulcération infiltrée souvent indolore et persistante
- Une tuméfaction
- Un trouble de la mobilité linguale
- Une otalgie réflexe
- Une mobilité dentaire ou instabilité prothétique
- Une gingivorragie
- Une gêne à la déglutition
- Une odynophagie
- Une anesthésie du V3*

Et plus généralement, tout symptôme persistant plus de 10 jours.

* Anesthésie dans la bordure de l'os mandibulaire (7 des branches de nerf trigéminal)

Conduite à tenir

Pour les patients à risque élevé

1. Faire un examen annuel de la cavité buccale et des aires ganglionnaires
arrêter de fumer et réduire leur consommation d'alcool
2. Les inciter à faire examiner leur bouche une fois par an à l'occasion d'une consultation
consulter en cas de lésion de la bouche n'évoluant pas favorablement après 10 jours de traitement
3. Orienter au moindre doute vers un spécialiste ou un centre spécialisé

D'autres facteurs peuvent être associés à ces cancers et notamment une infection par le HPV (Human Papillomavirus) pour les cancers de l'oropharynx.

Annexe 4 : Dépliant "Détection précoce des cancers de la cavité buccale, un outil multimédia pour les chirurgiens dentistes" mis à disposition par l'INCa.

DÉTECTION PRÉCOCE DES CANCERS DE LA CAVITÉ BUCCALE

Un outil interactif de formation et d'auto-évaluation

Functionnel et didactique, le module interactif accessible librement depuis le site Internet de l'Institut National du Cancer offre une **formation complète en deux heures maximum**.

- Compléter vos connaissances générales avec des données épidémiologiques mises à jour.
- Identifier les lésions précancéreuses au moyen d'un atlas iconographique.
- Accéder à des conseils pratiques sur la démarche diagnostique.
- Réaliser un examen visuel systématique et orienter les patients dans le système de soins.

Agir sur les facteurs de risques des cancers buccaux grâce à des conseils pratiques adaptés à la prévention bucco-dentaire.

Selon vos besoins, vous pouvez:

- ✓ Consulter les ressources documentaires mises à votre disposition.
- ✓ Autoévaluer votre pratique avec des quiz et des cas cliniques.

www.e-cancer.fr

DÉPISTAGE

Détection précoce des cancers de la cavité buccale

Un outil multimédia pour les chirurgiens-dentistes

L'Institut National du Cancer est l'agence nationale sanitaire et scientifique dédiée aux cancers. Il a pour vocation d'impulser et de coordonner la lutte contre le cancer en France.

Comité scientifique sur la détection précoce des cancers de la bouche :
 Dr Anne-Laure Iqbal, Pr Ahmed Taki, Dr Jean-Christophe Pricain,
 Dr Didier Gauzezan, Pr Roger Monneil, Dr Lotfi Ben Slama,
 Dr Claude-Bernard Wierzbis, Dr Philippe Zroumba.

Pour en savoir plus :
www.e-cancer.fr



Ce document est téléchargeable gratuitement sur le site Internet de l'Institut National du Cancer (INCa) : 25 avenue André Aronson - 92100 Boulogne-Billancourt
 Tél. 01 41 07 70 34 - Fax 01 41 01 15 89 - diffusion@institut-cancer.fr
 Ce document est téléchargeable sur www.e-cancer.fr - Institut National du Cancer - 25 avenue André Aronson - Paris
 Institut National du Cancer - 25 avenue André Aronson - Paris 92100 Boulogne-Billancourt



www.e-cancer.fr



Les chances de survie à 5 ans à un cancer de la cavité buccale sont inférieures à 40 % en France. Elles ne sont pas égales depuis trente ans et comptent parmi les plus faibles d'Europe.

Les chirurgiens-dentistes ont ainsi un rôle primordial à jouer dans la détection précoce des cancers de la cavité buccale; pour tant, ils s'y sentent insuffisamment préparés⁽¹⁾.

LOCALISATION

Les cancers de la cavité buccale sont classés parmi les cancers de la région Lèvre-Bouche-Pharynx. Avec les cancers du larynx ils forment le groupe des cancers des voies aéro-digestives supérieures (VAIDS).

Ils concernent le plancher de la bouche, la langue mobile, les amygdales, le palais, les joues, les gencives et les lèvres⁽²⁾.

C'est pourquoi, en collaboration avec l'Assurance Maladie, le ministère chargé de la Santé, et les acteurs de la profession, l'Institut National du Cancer a conçu un **outil de formation multimédia** spécialement dédié aux chirurgiens-dentistes.

www.e-cancer.fr

(1) Selon le site de l'INCa - IJUSHD mis en août 2007, seulement 27 % des chirurgiens-dentistes déclarent avoir suivi une formation en oncologie buccale.

(2) Organisation mondiale de la santé (OMS) - Classification internationale des maladies.

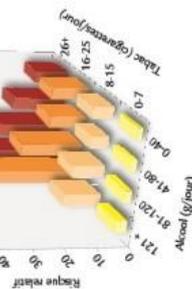


Les cancers de la cavité buccale : un véritable enjeu de santé publique

En dépit d'une diminution globale en France de l'incidence et de la mortalité par cancers de la cavité buccale depuis vingt-cinq ans, on estime à plus de 6 000 le nombre de nouveaux cas annuels tandis que 1 510 décès par an⁽³⁾ sont enregistrés : des chiffres parmi les plus élevés d'Europe⁽⁴⁾.

95 % des cancers de la cavité buccale sont des carcinomes épidermoïdes. Le tabac et l'alcool en sont les principaux facteurs de risque. Leur combinaison multiple jusqu'à plus de 40 fois le risque d'apparition d'un cancer buccal.

Évaluation du risque alcool-tabacique dans l'incidence d'un cancer de la bouche⁽⁵⁾



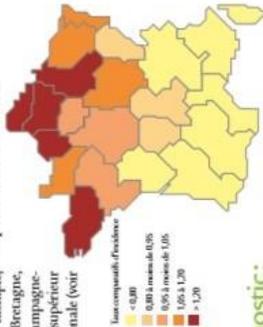
Trois quarts des décès provoqués par les cancers buccaux surviennent chez les hommes. Mais l'augmentation du tabagisme féminin entraîne une augmentation de l'incidence de ces cancers chez les femmes.

L'âge moyen au diagnostic est de 61 ans chez l'homme et de 65 ans chez la femme.



On observe une forte disparité entre les régions du Nord et du Sud. Par exemple, les régions Nord-Pas-de-Calais, Bretagne, Picardie, Haute-Normandie, Champagne-Ardenne ont un taux d'incidence supérieur de 20 % et plus à la moyenne nationale (voir carte ci-contre).

Cancers des voies aéro-digestives supérieures - Hommes 2005



Le retard au diagnostic : un facteur qui pèse sur la survie et la qualité de vie des patients

70 % des cancers de la cavité buccale sont diagnostiqués à un stade avancé (T3 et T4) : leur pronostic est alors plus mauvais que s'ils avaient été pris en charge précocement⁽⁶⁾.

Leur taux de survie relative à 5 ans est inférieur à 40 % ; un taux plus de deux fois inférieur à celui du cancer du sein (82 %).

Ce retard au diagnostic entraîne des traitements lourds et mutilants tant sur le

plan fonctionnel qu'esthétique. La qualité de vie des patients s'en trouve fortement dégradée⁽⁷⁾.

Pourtant la détection précoce a prouvé son efficacité sur les cancers buccaux. Une étude conduite aux États-Unis a montré qu'un programme de détection systématique avait fait passer de 50 à 82 % le taux de survie relative à 5 ans⁽⁸⁾ associé à ces cancers.

(6) Maranda P, Maranda N. La surveillance des patients traités pour un cancer cervico-facial. *Bull cancer, supplémen* *PMC*, n° 5 décembre 2005 : 46-53.

(7) *Impact sur la qualité de vie des patients, 2 ans après un cancer de la cavité buccale* (INCa, IJUSHD, INSERM, 2008).

(8) *Final results in 2000* par le US Department of Health and Human Services.

Année : 2017

Nom, prénom de l'auteur : Christophe BERTRAND

Directeur de Thèse : Docteur Christophe MOURE

Titre : Le dépistage des cancers de la cavité buccale et de l'oropharynx par les médecins généralistes: Etude des pratiques dans la région du Havre en Seine-Maritime.

Résumé : En France les cancers de la cavité buccale et de l'oropharynx sont fréquents et constituent un problème de santé publique, notamment dans les départements du Nord-Ouest. Leur diagnostic est tardif dans près de 70% des cas et le taux de survie ne s'améliore pas depuis 20 ans. Les traitements aux stades tardifs sont lourds, entraînant des séquelles physiques, psychologiques et sociales chez les patients atteints. La pratique d'un examen clinique complet permettrait la détection plus précoce de ces cancers. Celle-ci repose sur un dépistage individuel opportuniste des patients à risque. Ce travail propose d'étudier la pratique de ce dépistage en médecine générale. Après un rappel des connaissances actuelles d'anatomie et d'épidémiologie des cancers oraux, nous avons réalisé une étude transversale descriptive afin d'analyser les connaissances et les pratiques actuelles d'un échantillon de médecins généralistes installés dans la région du Havre en Seine-Maritime (76). 47,6% des médecins interrogés effectuent un examen oral systématique chez leurs patients à risque, et le plus souvent cet examen est incomplet. 93% se déclarent intéressés par la mise à disposition d'un document court d'aide à la pratique. Il ressort de cette étude que le dépistage des cancers de la cavité buccale et de l'oropharynx est pratiqué de manière insuffisante ou inadaptée en médecine générale. Les médecins interrogés se sentent pourtant concernés et jugent ce dépistage à leur portée. L'organisation de formations et la mise en place d'outils d'aide à destination des médecins généralistes pourraient permettre une amélioration des pratiques.

Abstract : *In France oral and oropharyngeal cancers are frequent and constitute a public health issue, especially in countys of the North-Ouest. Their diagnosis is late in about 70% of cases and the survival rate hasn't improved in the last 20 years. Late stage treatments are heavy, leading to physical, psychological and social aftermath. The prattice of a complete oral examination would allow the earlier detection of those cancers. This detection relies on an opportunistic individual screening of high-risk patients. This study offers to examine the practice of this screening by general praticioners. After a review of current knowledge on anatomy and epidemiology of oral cancers, we carried out a cross-sectional descriptive study in order to analyse the current knowledge and practice of a sample of general praticioners in the area of Le Havre in Seine-Maritime. 47.6% of the interviewed physicians perform a systematic oral examination of their high-risk patients, and most of the time this examination is incomplete. 93% declare themselves interested in the provision of a short practice support document. It appears from this study that the screening for oral and oropharyngeal cancers is insufficient or inadequate in general practice. The organisation of formations and the setting up of help tools could lead to improved practice.*

Mots-clés : dépistage / médecine générale / cancer / tumeur / cavité orale / cavité buccale / oropharynx / médecin généraliste / médecin traitant

Jury : Président : Professeur Jean-Paul MARIE

Membres : Professeur Sylvie TESTELIN

Docteur Matthieu SCHUERS

Docteur Stéphanie DAKPE

Adresse de l'U.F.R : 22 Boulevard Gambetta, 76000 Rouen