

LES LÉSIONS BUCCO-CERVICALES CHEZ LES MALADES ATTEINTS D'HEMOPATHIE MALIGNNE A L'HOPITAL NATIONAL DONKA DU CHU DE CONAKRY THE ORO-CERVICAL LESIONS IN PATIENTS WITH MALIGNANT HEMOPHTHY AT THE NATIONAL HOSPITAL AT DONKA - CONAKRY

Diallo OR¹, Bah MA², Camara SAT³, Keita M.W¹, Bah AT¹

1. Service de Stomatologie et de Chirurgie Maxillo-Faciale Hôpital National Donka ; 2. Service d'Hémo-Oncologie Hôpital National Donka ; 3. Service de Stomatologie et de Chirurgie Maxillo-Faciale Hôpital National Ignace Deen

Adresse : Diallo Oumar Raphiou Chef de Service de Stomatologie et de Chirurgie Maxillo-Faciale Hôpital National Donka du CHU de Conakry. BP : 3415 Conakry Rép. Guinée Tel : (00224) 64.37.54.92 rafioumajid@yahoo.fr, rafiou@afribone.net.gn

RESUME : Les lésions bucco-cervicales observées au cours des hémopathies malignes peuvent revêtir des aspects variés et plusieurs tissus comme la muqueuse buccale, les glandes salivaires, les os de la face peuvent être concernés. Les objectifs de cette étude étaient d'évaluer l'état bucco-cervical de malades souffrant d'hémopathies malignes et de décrire les lésions bucco-cervicales rencontrées.

Une étude prospective de type descriptif a été réalisée de janvier 2004 - octobre 2006, dans les services de Stomatologie & de Chirurgie Maxillo-faciale et d'Hémo-Oncologie de l'Hôpital National Donka du CHU de Conakry.

Durant cette période, 44 malades ont été examinés. Il s'agissait de 26 hommes et de 18 femmes qui avaient un Lymphome malin non Hodgkinien (21 cas), un Leucémie aigue (8 cas), un Lymphome malin Hodgkinien (8 cas), une Leucémie chronique lymphoïde (4 cas) et une Leucémie chronique myéloïde (3 cas).

Les lésions bucco-cervicales couramment rencontrées ont été: les adénopathies cervicales dans 27,27% des cas, suivies des gingivites hyperplasiques: 20,45% et des stomatites: 13,63 % des cas.

Ainsi, les hémopathies malignes, s'accompagnent de lésions bucco-cervicales qui constituent parfois le signe révélateur de ces maladies. Une gingivite hyperplasique, des stomatites et des adénopathies cervicales sans cause évidente doivent attirer l'attention du stomatologiste. Ce dernier dans un cadre de collaboration interdisciplinaire peut contribuer à l'amélioration de l'état de santé des patients atteints d'hémopathies malignes au stade précoce par la prise en charge appropriée des lésions bucco-cervicales.

Mots clés : Lésion bucco-cervicale, Hémopathie maligne.

SUMMARY : The oro-cervical lesions observed during the malignant hemopathy can take various aspects and several tissues like the mouth, salivary glands, and bones of the face may be involved.

The objectives of this study were to assess the status of the oral and cervical regions in patients with malignant hemopathy and to describe oral and cervical lesions observed.

Prospective and descriptive study was conducted from January 2004 to October 2006 in Stomatology & Maxillofacial Surgery and Hemato - Oncology Services in Donka National Hospital.

During this period, 44 patients were examined. They were 26 men and 18 women. The oro-cervical lesions commonly encountered were: the cervical lymphadenopathy in 27.27% cases, followed by hyperplastic gingivitis: 20.45% and stomatitis: 13.63% of cases.

The malignant hemopathy, accompanied by oro-cervical lesions that are sometimes the first sign of these diseases. Hyperplastic gingivitis, stomatitis and cervical lymphadenopathy without obvious cause must attract the attention of Stomatologists. In a framework of collaboration the stomatologist can contribute to improving the health status of patients with malignant hemopathy early in the appropriate management of oro- cervical lesions.

Keywords: Oro-cervical lesions, Malignant hemopathy.

INTRODUCTION

La cavité buccale chez les cancéreux est un milieu critique où peuvent s'exprimer les manifestations tumorales, les complications infectieuses et les effets secondaires du traitement (1). Cela est particulièrement net au cours des hémopathies malignes où la bouche peut être à la fois le siège et l'origine des infections qui sont responsables d'un nombre non négligeable de décès (2).

Les hémopathies malignes (H M) correspondent à la prolifération maligne des cellules souches pluripotentes médullaires envahissant la moëlle et infiltrant de nombreux organes et tissus (3). Elles peuvent avoir des repercussions sur plusieurs organes et systèmes et plus particulièrement sur la sphère cervico-faciale.

Les lésions bucco-cervicales observées au cours des hémopathies malignes peuvent revêtir des aspects variés et plusieurs structures dont la muqueuse buccale, les

glandes salivaires, les os de la face ainsi que les autres structures anatomiques peuvent être concernées (4). Ces lésions fréquentes au cours des HM, sont souvent les premiers symptômes à attirer l'attention des malades et parfois le premier motif de consultation (5). Malgré la fréquence élevée des lésions cervico-buccales au cours des HM et leur repercussion sur le cours de la maladie (4), en Afrique nous ne disposons que de rares informations concernant ces lésions. En raison de l'absence d'étude antérieure publiée sur ce sujet en Guinée et le nombre important de cas rencontré au cours des nos consultations, il nous paru opportun de faire cette étude en vue d'évaluer l'état bucco-cervical des malades atteints d'hémopathies malignes et de décrire les lésions rencontrées.

MATERIEL ET METHODE

Il s'agissait d'une étude prospective de type descriptif réalisée dans le service de Stomatologie et de Chirurgie

Maxillo-Faciale et dans le Service d'Hemato-Oncologie, du de l'Hôpital National Donka du CHU de Conakry. L'étude a couvert la période allant de janvier 2004 à octobre 2006, soit 22 mois.

Nous avons inclus dans cette étude tous les malades ayant consulté pour une hémopathie maligne confirmée par un examen anatomopathologique et n'ayant pas bénéficié de chimiothérapie.

Les malades qui avaient une pathologie bucco-cervicale non liée à une hémopathie, ceux qui avaient une hémopathie non confirmée à l'examen anatomopathologique et les malades qui étaient sous chimiothérapie ont été exclus. Les malades ont été consécutivement recrutés dans le Service d'hématologie et examinés dans le Service de Stomatologie et de Chirurgie Maxillo-Faciale par le même médecin Stomatologue.

La méthode de travail a consisté à la collecte et l'enregistrement sur une fiche d'enquête, des données de l'examen clinique et paraclinique concernant les malades. L'examen physique était orienté à la recherche des signes évocateurs des HM. Un examen bucco-cervical comprenant: un examen de la tête et du cou; une évaluation de l'état des muqueuses buccales; un examen de l'état dentaire et parodontal ont été réalisés.

L'état bucco-dentaire des malades a été évalué à l'aide des indicateurs de mesure clinique standardisés que sont les indices : -OHIS (oral health index simplified) de Greene et Vermillon; -CAO (l'indice de Klein et de Palmer); - l'indice gingival de Silness et Løe;

Les examens paracliniques: hémogramme, goutte épaisse, parasitologie des selles, intradermoréaction (IDR), sérologie HIV1 et HIV2, cytoponction, biopsie, radiographie des sinus ont été réalisés.

Les malades qui avaient un taux d'hémoglobine \leq à 9 g/dl étaient considérés anémiés.

En cas de biopsie, les pièces prélevées ont été conditionnées dans le Formole à 10% pendant 24 heures suivi de la macroscopie; de l'inclusion; de la coupe au microtome, puis de l'étalement sur lame et de la coloration avant l'analyse qui permettait d'affirmer la tumeur et d'en identifier le type histologique.

Dans les cas où une cytoponction était réalisée, la méthode de coloration utilisée était celle de May Grünwald Giemsa.

Nous avons procédé à un décompte manuel des fiches d'enquêtes. La saisie et l'analyse des données ont été effectuées à l'aide des logiciels Excel et Epi-Info.

RESULTATS

1. Types d'hémopathie maligne

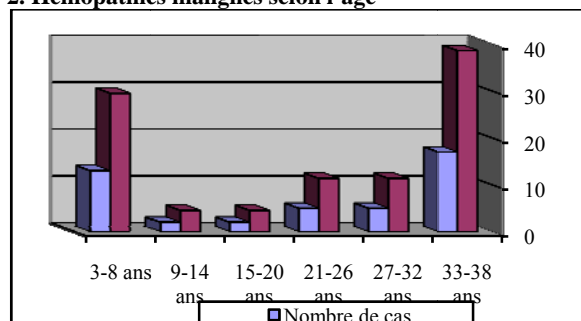
Tableau I: Répartition des types d'hémopathie maligne selon le sexe

GENRE \ HM	HOMMES	FEMMES	TOTAL
Lymphome malin non Hodgkinien	11	10	21
Leucémie aigue	5	3	8
Lymphome malin Hodgkinien	5	3	8
Leucémie chronique lymphoïde	3	1	4

Leucémie chronique myéloïde	2	1	3
Total	26	18	44
Pourcentage	59,09	40,91	100

Le sex ratio = 1,4 Chi carré : 0,96 ; ddl : 4 ; p=0,092

2. Hémopathies malignes selon l'âge



Graphique 1: Répartition des cas d'hémopathies malignes selon l'âge (âge moyen 29±5 ans)

3. Hémopathies malignes selon les lésions bucco-cervicales

Tableau II: Répartition des malades selon les lésions bucco-cervicales

LESIONS CERVICO-BUCCALES	NOMBRE	POURCENTAGE
Adénopathies cervicales	12	27,27
Gingivites hyperplasiques	9	20,45
Stomatites	6	13,63
Mobilités dentaires	5	11,36
Perlèche	4	9,09
Ecchymoses	4	9,09
Pétéchies	3	6,84
Chéilite angulaire	1	2,27
Total	44	100

4. Hémopathies malignes selon la localisation des lésions

La répartition des malades selon la localisation a montré que les lésions étaient dans 12 cas localisées au niveau des ganglions lymphatiques cervicaux, suivi de la localisation au niveau de la gencive (9 cas) et des lèvres (8 cas). La langue était le siège des lésions dans 5 cas, la joue dans 4 cas, le plancher buccal – 2 cas et le palais – 1 cas.

5. Hémopathies malignes selon les pathologies associées

Tableau III: Répartition des malades selon les pathologies associées

PATHOLOGIES ASSOCIEES	NOMBRE	POURCENTAGE
Anémie	23	52,27
Parasitose intestinales	13	29,54
Paludisme	5	11,36
Infection par le VIH	2	4,56
Tuberculose	1	2,27
Total	44	100

6. Hémapathies malignes selon l'Indice d'Hygiène Orale Simplifié

Par rapport à l'Indice d'Hygiène Orale Simplifié, 24 malades soit 54,54% avaient un indice égal à 3; 10 malades avaient un indice = 2; pour 6 malades cet indice était égal à 1 et 4 malades avaient un indice = 0.

7. Hémapathies malignes selon l'Indice CAO

Tableau IV: Répartition des malades selon l'indice CAO

CAO	Hommes	Femmes	Total
Cariées (C)	82	55	137
Absentes (A)	21	15	36
Obturées (O)	16	19	55
CAO global	119	89	228

$$CAO_m = 228/44 = 5,18$$

8. Hémapathies malignes selon l'Indice gingival

Tableau IV: Répartition des malades selon l'indice gingival

Indice gingival	Effectif	Pourcentage
0= absence d'inflammation	3	6,82
1= absence de saignement au sondage	8	18,18
2= saignement au sondage	11	25
3= saignement spontané	22	50
Total	44	100

DISCUSSION

Les malades atteints d'hémapathies malignes peuvent présenter des lésions cervico-buccales diverses qui constituent souvent le premier motif de consultation. Toutes les tranches d'âge étaient concernées dans notre série, avec une prédominance de la tranche d'âge de 33 ans et plus (38,66 %). Le sexe masculin a été le plus touché, avec 59,09% et le sex-ratio était de 1,4. Les auteurs s'accordent sur le fait que l'âge de survenue des hémapathies malignes est souvent variable. AGNARRSON et al. (6) retrouvent un pic de fréquence entre 3 ans et 33 ans. Pour PENNY et al. (7), la distribution est bimodale avec deux pic de survenus (24 et 64 ans), il en est de même pour GREER et al. (3^{ème} et 8^{ème} décades) (8).

Dans la série que nous rapportons, les adénopathies cervicales ont été notées chez 27,27% des malades. Les lésions bucco-cervicales au cours des hémapathies malignes sont variées et sont souvent dominées par les adénopathies cervicales (9). La fréquence élevée des adénopathies cervicales au cours des HM, s'expliquerait par l'abondance des tissus lymphoïdes dans cette région. La survenue de ces atteintes ganglionnaires non spécifiques a précédé le diagnostic des hémapathies malignes.

Une étude faite chez 34 enfants, atteints de leucémie aigüe a montré dès l'examen initial des adénopathies cervicales palpables chez 68% des malades (10).

Sans précision du type de lésions, BURKET et al. (11), ont observé des lésions buccales chez 87% de patients atteints de leucémie monocyttaire, chez 40% des patients ayant la leucémie myéloïde et chez 23% des malades atteints de leucémie chronique.

Nous avons noté chez 20,45% des malades une gingivite. L'arrêt du brossage conjugué à l'immunodépression, favorise la survenue des gingivites au cours des HM.

OSGOOD et al. (12), ont noté que 80% des patients atteints d'hémapathie malignes, présentent une hyperplasie gingivale. Au cours des HM, l'hyperplasie gingivale est secondaire à l'infiltration des tissus gingivaux par les cellules leucémiques (13).

Les stomatites ont été notées chez 13,1 % des malades. L'anémie, la neutropénie, la thrombopénie conjugueraient leur effet dans l'apparition des stomatites au cours des HM (11). En fonction de la pathologie initiale, les stomatites sont observées chez 35 à 45% des malades atteints d'hémapathie maligne (14).

Les gingivites ulcéro-nécrotiques, les odontalgies ont été également décrites chez les malades porteurs d'HM (5). Dans notre série l'anémie était observée dans 52,27% des cas. La pâleur, l'hémorragie spontanée, les pétéchies, les ecchymoses et l'ulcération ont été souvent décrites au cours des hémapathies malignes (10, 15). Au cours de ces affections, les hémorragies sont dues à un déficit des mécanismes de défense qui majore les conséquences des traumatismes minimes (5).

Nous avons noté une hygiène défectueuse chez 54,54% des malades. Selon Bocowski et al. (10), la mauvaise hygiène buccale notée chez ces patients pourrait être liée à la suppression du brossage mais également à l'hypotomie souvent observée au cours des HM.

Par rapport à l'indice gingival, 50% des malades présentaient un saignement spontané, et 25% de saignement au sondage. Les auteurs s'accordent sur le fait qu'il existe une forte corrélation entre l'hygiène bucco-dentaire et les lésions observées au cours des HM. Les soins bucco-dentaires invasifs sont souvent évités au cours des HM à cause des risques d'hémorragie. Ce temps de non remise en état de la cavité buccale est un moment ultime de l'accumulation du tartre sus et sous gingival (14, 16, 17). Il n'existe pas de relation directe de cause à effet entre les HM et la carie dentaire. Néanmoins, l'évaluation de l'état dentaire des malades a permis de noter une fréquence élevée de lésions carieuses avec un indice CAO moyen de 5,18. Ces lésions carieuses existaient probablement bien avant l'HM. L'insuffisance de sensibilisation, l'analphabétisme pourraient expliquer la fréquence plus élevée des lésions carieuses.

CONCLUSION

Les HM, s'accompagnent de lésions bucco-cervicales qui constituent parfois le signe révélateur de ces maladies. Les adénopathies multiples et les gingivites hyperplasiques sont parmi les lésions bucco-cervicales les plus fréquemment rencontrées au cours des ces affections. Ainsi une gingivite hyperplasique, des adénopathies multiples et des stomatorragies sans cause évidentes doivent attirer l'attention du stomatologiste. Ce dernier dans un cadre de collaboration interdisciplinaire peut contribuer à l'amélioration de l'état de santé des malades atteints d'hémapathies malignes au stade précoce par la prise en charge appropriée des lésions bucco-cervicales.

REFERENCES

1. SONIS ST, FEY EG. Oral complications of cancer therapy *J. Oncol* 2002;16(5):680-6.
2. MILLOT F, MAZINGUE F. Bouche et hémapathies malignes. *Gazette Médicale Paris* 1986 ;6:12-17

3. **DADOUNE J.P.** Histologie. Paris Médecine Science Flammarion, 1990; 450-452
4. **PETERSON D.E.** Prevention of Oral complications in cancer patients. *Prev Med* 1994, 23 (5): 763-5.
5. **BALIGA AM, BRAVE Vr, VYAS Ha.** Oral lesions in patients with acute leukemia and related disorders due to cytotoxic therapy. *Dent.Rev.Indian Soc Pedod*1995;13:25-29
6. **AGNARSSON B.A, KADIN M.E.** Large cell lymphoma. A morphologic and immunology study of 19 cases. *Am J Surg Pathol* 1990; 12: 264-74.
7. **PENNY R.J, BLAUSTEIN J.C, LONGTINE J.A, PINKUS G.S.** Large cell lymphomas, a heterogeneous group of neoplasm. Morphologic, immunophenotypic, genotypic, and clinical features of 24 cases. *Cancer* 1991; 68:362-731.
8. **GREER J.P, KINNEY M.L, COLLIN R.D.** Clinical feature of 31 patients with anaplastic large cell lymphoma. *J. clin oncol* 1991; 9: 539-47.
9. **VAN HUIJGENS PC, VAN DER VALK P, VAN DER WAAL I.** Characteristics of 40 primary extranodal non-Hodgkin lymphomas of the oral cavity in perspective of the new WHO classification and the international prognostic index. *Int. J. Maxillofac Surg.* 2005 ;34 :391-5.16.
10. **BOCOWSKI, PATIE C.** Revue des principales lésions de la muqueuse buccale observées chez l'enfant dans le cadre d'un centre Anticancéreux. *Rev.Odonto-Stomatol.*2001;30(2):103-111
11. **BURKET L.W** Histopathologic explanation for oral lesion in the acute leukemia. *Am. J. Orthod. Oral surg.*1994;30: 516-9.
12. **OSGOOD, E.E.** Monocytic leukemia. *Arch. Int. Med.* 1991;59: 931-35 .
13. **CURTIS L. COOPER M.D, BLOEWEN RN, TSIPOR AT** Gingival hyperplasia complicating acute myelomonocytic leukemia. *J. Can Dent Assoc* 2000; 66:78-9.
14. **DREIZEN S., BIDEY G.P., RODRIGUEZ V.** Oral manifestations of cancer. *Postcard Med* 1995; 58: 75-82.
15. **DURIE B.G.** Multiple Myeloma: An old disease with new hope for the future. *Cancer J clin.* 2001; 51: 271-2.
16. **DUFFY, J.H, DRISCOLL, E.J.** Oral manifestations of leukemia. *Oral surg.* 1995 11: 484
17. **MARIE J.P, BOUTER E, FISCHER JM.** Lésion bucco-dentaire et hémopathies malignes. *Actual. odontol.* 1988.38 ;146 : 217-231.