Traitement des lésions blanches non détachables de la muqueuse buccale par laser CO₂ : études rétrospective et prospective

CO₂ laser therapy for oral mucosa white patches: retrospective and prospective studies

MARIE-ADELIN DE NUNCQUES¹, DAVID DEPARCY¹, LAURENT NAWROCKI¹,
CHRISTINE HELLIOT², JEAN-MARIE LANGLOIS¹, JEAN-CLAUDE LIBERSA¹

RÉSUMÉ

Une lésion blanche non détachable de la muqueuse buccale correspond le plus souvent à une kératose de surface. Pour ces lésions à risque de transformation, le traitement reste controversé.

Pour évaluer l'efficacité du laser CO₂, deux études ont été menées. La première, rétrospective, a porté sur 61 patients présentant 64 lésions traitées sur une période de 17 ans ; la seconde, prospective, a concerné 12 patients présentant 13 lésions, pendant un an.

L'âge, le sexe, le praticien référent, le type et le site de la lésion, la présence de dysplasie, un facteur favorisant, la survenue d'une récurrence ou d'une transformation maligne ont été recherchés. Le lichen plan touche davantage la femme, tandis que les lésions papillomateuses ou verruqueuses prédominent chez l'homme. Les lésions se situent préférentiellement sur la face interne des joues. Des facteurs favorisants ont été retrouvés (terrain dépressif, tabac, traumatisme, éléments métalliques). Le taux de récurrence a été de 26,6 % dans l'étude rétrospective, celui de transformation maligne de 7,8 %. Dans l'étude prospective, ils ont été respectivement de 33,3 % et de 0% (pour la période d'observation).

Compte-tenu de ces résultats et des facilités opératoires, et sous couvert d'une biopsie pré-opératoire, l'utilisation du laser CO₂ semble être une alternative intéressante aux autres techniques chirurgicales (excision, électrocoagulation, cryothérapie) pour le traitement des lésions superficielles, non dysplasiques. Dans tous les cas, une surveillance régulière et à long terme s'impose. (**Med Buccale Chir Buccale 2008 ; 14: 209-219**).

mots clés : laser CO₂, muqueuse buccale, kératose, lésion pré-cancéreuse

SUMMARY

CO₂ laser therapy for oral mucosa lesions remains controversial. The aim of this study is to evaluate the efficacy of CO₂ laser therapy for leukokeratotic lesions. Two studies have been carried out: a retrospective analysis of 62 patients over 17 years and a prospective analysis of 12 patients over 1 year. Age, sex, referring practitioner, location and type of the lesions, contributory factors, signs of dysplasia or malignant transformation have been investigated. In both studies lesions have been divided according to their clinical and histological aspects.

médecine
buccale
chirurgie
buccale

VOL. 14, N° 4
2008

page 209

1. Service d'Odontologie CHRU, place de Verdun, 59000 Lille

2. Service des Lasers Centre médico-chirurgical ambulatoire CHRU, 59000 Lille

Demande de tirés à part :

Marie-Adeline de Nuncques Faculté de Chirurgie dentaire Université Lille 2 Place de Verdun 59000 Lille mariedegouve@hotmail.com

Accepté pour publication le 26 mai 2008

Women are more affected than men concerning oral lichen planus whereas verrucous or papillomatous lesions are more frequent among men.

In the retrospective study, 26.5% of cases have recurred after laser therapy and 7.8% showed a malignant transformation. In the prospective study, 33.3% of cases have recurred but no case of malignant transformation has been found for the one year follow-up. These rates can be compared to the results of other surgical procedures. After a histological examination, CO₂ laser therapy seems to be an interesting alternative treatment for non dysplastic leukokeratotic lesions. Notwithstanding, regular check ups over a long period still have to be undertaken. (Med Buccale Chir Buccale 2008 ; 14: 209-219).

key words: laser therapy, oral mucosa, keratosis, preneoplastic conditions

La lésion blanche non détachable de la muqueuse buccale, appelée improprement leucoplasie, désigne un aspect clinique commun à plusieurs entités anatomo-pathologiques et correspond, le plus souvent, histologiquement à une kératose de surface. Selon l'étiologie il y a un risque de transformation maligne plus ou moins important, et l'on distingue les kératoses en fonction de leur origine : réactionnelle, liée à une affection dermatologique, infectieuse, toxique ou iatrogène, congénitale et idiopathique [1].

A la kératose peut être associé un trouble de la multiplication, de la croissance, de la différenciation et de la maturation des kératinocytes. Traditionnellement, ces anomalies sont regroupées sous le terme de dysplasies et il existe plusieurs classifications. L'OMS reprend en 2005 la classification en 4 grades : dysplasies légère, moyenne ou sévère et carcinome in situ [2]. Dans la même logique, certaines équipes suggèrent d'utiliser pour la cavité buccale la classification de Ljubjana (*squamous intraepithelial lesions* ou SIL) initialement proposée pour caractériser les hyperplasies épithéliales laryngées : elle comprend 4 grades allant de l'hyperplasie simple au carcinome in situ [3,4]. Certains auteurs préfèrent l'utilisation du concept de SIN (*squamous intraepithelial neoplasia*) ou d'OIN (*oral intraepithelial neoplasia*) : cette classification comporte 3 grades (OIN 1, OIN 2, OIN 3) [5]. Ces classifications reflètent les connaissances actuelles sur l'oncogénèse : la succession de mutations génétiques induites par des carcinogènes aboutit à des modifications cliniques et histologiques pour former un néoplasme invasif. La difficulté est de repérer cliniquement et histologiquement les signes pré-curseurs de cette transformation maligne [6].

Le traitement des lésions pré-cancéreuses en général, et des lésions blanches non détachables

en particulier, repose soit sur une approche conservatrice, basée sur la surveillance ou sur un traitement médical (vitamine A, corticothérapie locale, rétinoïdes, bléomycine), soit sur une prise en charge chirurgicale par excision, électrocoagulation, cryothérapie ou utilisation du laser [7]. Le laser CO₂ est utilisé depuis les années 1970 pour le traitement des lésions précancéreuses de la muqueuse buccale. Il permet une exérèse superficielle des tissus mous par volatilisation avec une faible épaisseur de dommages thermiques sur les tissus adjacents. Cela induit une formation cicatricielle minimale et des suites opératoires simples avec peu d'œdème et de douleur [8] (Fig. 1-4).

Il n'existe pas de données randomisées comparant le laser avec les autres techniques chirurgicales et peu d'études évaluant le taux de récurrence ou les facteurs influençant le taux d'efficacité de ce type de traitement [7]. Ce travail présente les résultats d'une enquête rétrospective et prospective du traitement des lésions blanches par laser CO₂.

Figure 1 : Intervention au laser CO₂ sur une lésion hyperplasique épithéliale verruqueuse de la muqueuse gingivale et du sillon vestibulaire mandibulaires droits. CO₂ laser therapy on a hyperplastic verrucosa lesion of the right mandibular gingival mucosa

Figure 2 : Intervention au laser CO₂ sur une lésion lichénoïde de la face interne de la joue gauche.
CO2 laser therapy on a lichenoid lesion of the intraoral left cheek.

Figure 3 : Intervention au laser CO₂ sur une lésion épithéliale hyperplasique et verruqueuse de la muqueuse gingivale et du sillon vestibulaire mandibulaires droits.
CO₂ laser therapy on a hyperplastic verrucosa lesion of the right mandibular gingival mucosa.

Figure 4 : Lésion épithéliale hyperplasique et verruqueuse de la muqueuse gingivale et du sillon vestibulaire mandibulaires antérieurs avant le traitement (4a), pendant le traitement (4b), 3 semaines après la première séance (4c) et 1 mois après la dernière des 3 séances de laser (4d).
Clinical views of the treatment of a hyperplastic verrucosa lesion of the gingival mucosa : before (4a), per operative (4b), 3 weeks after the start of CO₂ laser therapy (4c), 1 month post operative (after 3 operations) (4d).

ETUDE RETROSPECTIVE : 1989-2005

Patients et méthodes

L'étude a porté sur 302 dossiers de patients du Service des lasers du CHRU de Lille, seuls ceux suffisamment documentés ont été retenus. Sur une période de 17 ans, 61 patients présentant 64 lésions blanches non détachables de la muqueuse buccale ont bénéficié du traitement par laser CO₂.

Pour chaque dossier, on a noté l'âge et le sexe du patient, le praticien référent, le type de lésions, le résultat anatomopathologique, le site de la lésion, la présence d'un facteur étiologique favorisant, l'apparition d'une récurrence ou d'une transformation maligne. Les patients, présentant des lésions répertoriées dans cette étude, avaient un âge moyen de 54,7 ans lors de la première consultation (médiane 56 ans - écart-type 15,3 ans). Deux types de laser CO₂ de classe IV ont été utilisés : de 1989 à fin 2002, le modèle Cooper 250Z® et de fin 2002 à fin 2005, le laser Deka®. Ces lasers sont caractérisés par une longueur d'onde de 10600 nm correspondant à un des pics d'absorption maximale de l'eau et une pénétration du faisceau de 0,1 à 0,2 mm dans les tissus mous [9]. Les puissances utilisées étaient comprises entre 2 et 6 Watts, suivant un mode continu ou pulsé. 46 comptes-rendus d'analyse histopathologique ont été retrouvés dans les 61 dossiers de patients (soit 75,4 %). Sur l'ensemble des biopsies réalisées, 17 l'avaient été avant la première consultation dans le Service des lasers (37 %) et 29 l'ont été lors de celle-ci (63 %). L'anesthésie locale pré-opératoire a été systématique. Aucune fermeture de site opératoire n'a été réalisée. Après les interventions, en complément des conseils postopératoires, des antalgiques (type paracétamol) et antiseptiques locaux (chlorhexidine) ont été prescrits au patient. Le contrôle postopératoire était effectué à 3 semaines, une réintervention ou le traitement d'une autre localisation était réalisé si nécessaire.

Résultats

Seuls 44 dossiers sur 61 (soit 72,1 %) ont permis de préciser les spécialités des praticiens ayant

référé ces patients : 24 patients (54,5 %) étaient adressés par un stomatologue ou un chirurgien maxillo-facial, 9 (20,5 %) par un chirurgien dentiste, 6 (13,6 %) par un médecin généraliste et 5 (11,4 %) par un dermatologue (Fig. 5). Les 64 lésions ont été réparties en trois catégories selon la forme clinique et le résultat de l'examen anatomopathologique : les lichens plans buccaux, les lésions papillomateuses et verruqueuses et

Figure 5 : Répartition des praticiens référents (étude rétrospective).

Distribution of the referring practitioners (retrospective study).

les autres leucokératoses (Fig. 6) ; la terminologie utilisée étant celle rapportée dans le dossier du patient. Cinq lésions (soit 7,8 %) ont montré des signes de dysplasie intra-épithéliale, légère (4 sur 5) ou modérée (1 sur 5). Ces trois groupes de lésions ont été rapportés à l'âge et au sexe du patient (Fig. 7 et 8). Les lésions papillomateuses et verruqueuses concernaient dans 50 % des cas des patients âgés de 41 à 60 ans et de sexe mas-

Figure 6 : Répartition des lésions blanches (étude rétrospective).

Distribution of the oral mucosa lesions (retrospective study).

Figure 7 : Répartition des lésions suivant l'âge (étude rétrospective).
Distribution of the lesions according to age (retrospective study).

Figure 8 : Répartition des lésions suivant le sexe (étude rétrospective).
Distribution of the lesions according to sex (retrospective study).

Figure 9 : Distribution topographique des lésions (étude rétrospective).
Topographical division of the lesions (retrospective study).

culin (66,7 %). Les lichens étaient retrouvés dans 77,8 % chez des patients âgés de plus de 60 ans et dans 66,7 % des cas chez des femmes. Les autres leucokératoses concernaient dans 83,3 % des patients âgés de plus de 40 ans, des hommes dans 55 % des cas. Une même lésion pouvant s'étendre sur plusieurs sites anatomiques, 84 localisations ont été répertoriées sur 7 sites (Fig. 9). Des facteurs étiologiques favorisants ont été retrouvés pour 26 lésions (Tab. 1). Sur l'ensemble de ces localisations le nombre moyen de séances nécessaire a été de 3 (médiane 2 - écart-type 2,1).

Tableau 1 : Facteurs favorisants retrouvés par type de lésions (étude rétrospective).
Promoting factors according to the type of lesions (retrospective study).

	Lésions papillomateuses (n=4)	Lésions lichénoïdes (n=2)	Autres leucokératoses (n=20)
Contexte traumatique	2	-	1
Intoxication tabagique et/ou alcoolique	1	-	3
Proximité d'éléments métalliques	-	-	3
Infection candidosique	-	-	1
Terrain dépressif	-	-	2
Etat anxieux/nerveux et pluripathologies	-	2	9
Hépatopathie	-	-	1
Immunosuppresseurs	1	-	-

Tableau 2 : Nombre de récurrences ou de transformation carcinomateuse pour chaque type de lésions (étude rétrospective).*Number of recurrences or malignant transformations according to the type of lesions (retrospective study).*

	Absence de récurrence connue		Récurrence 3 - 30 mois 2 - 42 mois		Carcinome épidermoïde	
	n	%	n	%	n	%
Lésions papillomateuses/ verruqueuses N=15	7	46,7	7	46,7	1	6,6
Lésions lichénoïdes N=9	4	44,4	4	44,4	1	11,2
Autres leucokératoses N=40	31	77,5	6	15	3	7,5
Ensemble des lésions N=64	42	65,6	17	26,6	5	7,8

Les contrôles postopératoires ou consultations de suivi ont permis d'analyser l'évolution des lésions blanches initiales (Tab. 2). Sur l'ensemble des lésions, il n'y a pas eu de récurrence connue pour 42 d'entre elles (65,6 %), une récurrence est apparue dans un délai de 3 à 30 mois pour 17 (26,6 %), une évolution en carcinome épidermoïde a été retrouvée pour 5 lésions (7,8 %) ; ces patients ont été adressés dans un service spécialisé.

ETUDE PROSPECTIVE : 2005-2006

Patients et méthodes

Pendant 1 an (du 06/12/05 au 12/12/06), 12 patients présentant 13 lésions blanches non détachables de la muqueuse buccale ont bénéficié d'un traitement par laser CO₂ ou d'un contrôle. Le consentement éclairé des patients a été recueilli dans tous les cas. Ces patients avaient un âge moyen de 61 ans (médiane 67 ans - écart-type 17,4 ans) lors de la première consultation. Le laser Deka® a été utilisé préférentiellement en mode continu sous une puissance de 4 Watts.

Les mêmes modalités opératoires que celles décrites dans l'étude rétrospective ont été

employées. Toutes les lésions ont bénéficié d'une analyse anatomopathologique : 6 biopsies ont été réalisées avant la première consultation (46,2 % des lésions) et 7 l'ont été lors de celle-ci (53,8 % des lésions). Une échelle verbale simple (EVS) a été utilisée pour qualifier les douleurs (intensité et durée) ressenties pendant la période postopératoire.

Résultats

La spécialité des praticiens ayant référé les 12 patients se distribue de la façon suivante : stomatologue et chirurgien maxillo-facial (50 %), chirurgien dentiste (33,4 %), dermatologue (8,3 %), médecin traitant (8,3 %) (Fig. 10). La terminologie des lésions est la même que celle utilisée dans l'étude rétrospective, les 13 lésions se répartissaient en 3 types : lichens plans buccaux (n=3 soit 23,1 %), lésions verruqueuses (n=2, 15,4 %) et autres leucokératoses (n=8, 61,5 %) (Fig. 11). Ces 3 groupes de lésions ont été rapportés à l'âge et au sexe du patient (Fig. 12 et 13).

Du point de vue anatomopathologique, aucune lésion n'a montré de signes de dysplasie intra-épithéliale. Une même lésion pouvant s'étendre sur plusieurs sites anatomiques, 22 localisations ont été répertoriées et réparties en 5 sites : la muqueuse jugale (n=7, 31,8 %), les sillons vestibulaires (n=5, 22,7 %), la muqueuse gingivale

Figure 10 : Répartition des praticiens référents (étude prospective).
Distribution of the referring practitioners (prospective study).

Figure 11 : Répartition des lésions blanches (étude prospective).
Distribution of the oral mucosa lesions (prospective study).

Figure 12 : Répartition des lésions suivant l'âge (étude prospective).
Distribution of the lesions according to age (prospective study).

Figure 13 : Répartition des lésions suivant le sexe (étude prospective).
Distribution of the lesions according to sex (prospective study).

(n=5, 22,7 %), la muqueuse labiale (n=3, 13,7 %) et la langue (n=2, 9,1 %) (Fig.14). Pour 12 des 13 lésions, des facteurs étiologiques favorisants ont été retrouvés : pour 2 lésions papillomateuses ou verruqueuses, pour 3 lésions lichénoïdes et pour 7 autres leucokératoses (Tab. 3). Ces facteurs pouvaient être une intoxication tabagique, un terrain anxieux ou dépressif, un contexte traumatique, une hépatopathie. Sur l'ensemble des localisations dont le traitement a été entrepris et terminé pendant l'étude, le nombre moyen de séances nécessaires a été de 2,7 (écart-type 1.7 et médiane 2). Les consultations postopératoires ou consultations de suivi ont permis d'analyser

l'évolution de 9 des 13 lésions blanches initiales (4 encore en traitement à la fin de l'étude). A la fin de l'étude, aucune récurrence n'a été observée pour 66,7 % des lésions (n=6) (suivi de 1 à 30 mois), 33,3 % (n=3) ont présenté une récurrence dans un délai de 2 à 21 mois, aucune évolution carcinomateuse n'a été mise en évidence (Tab. 4). Sur 10 cas, les douleurs postopératoires ont été notées : dans 30 % il y a eu de fortes douleurs pendant plusieurs jours, 30 % de douleurs moyennes pendant 2 jours, dans 10 % de douleurs faibles pendant 2 jours et dans 30 % une absence de douleurs.

Tableau 3 : Facteurs favorisant retrouvés pour chaque type de lésions (étude prospective).
Promoting factors according to the type of lesions (prospective study).

	Lésions papillomateuses / verruqueuses (n=2)	Lésions lichénoïdes (n=3)	Autres leucokératoses (n=7)
Contexte traumatique	1	-	-
Intoxication tabagique et/ ou alcoolique	1	-	2
Terrain dépressif	-	-	1
Etat anxieux/nerveux et pluripathologies	-	2	3
Hépatopathie	-	1	1

Tableau 4 : Nombre de récurrences ou de transformation carcinomateuse pour chaque type de lésions (étude prospective).
Number of recurrences or malignant transformations according to the type of lesions (prospective study).

	Pas de récurrence sur la période de suivi		Récurrence		Carcinome épidermoïde	
	n	%	n	%	n	%
Lésions papillomateuses/ verruqueuses N=1	0	0	1	100	0	0
Lésions lichénoïdes N=3	2	66,7	1	33,3	0	0
Autres leucokératoses N=5	4	80	1	20	0	0
Ensemble des lésions N=9	6	66,7	3	33,3	0	0
Suivi (en mois)	1 - 30		2 - 21		-	

DISCUSSION

Praticien référent

Les médecins spécialistes en stomatologie ou en chirurgie maxillo-faciale sont les principaux correspondants à orienter le patient vers une thérapie par laser dans les deux études, rétrospective et prospective (respectivement 54 % et 50 %). La relecture des dossiers montre que le parcours de soins est souvent le suivant : le praticien découvrant en premier la lésion (chirurgien dentiste ou médecin traitant) adresse le patient à un médecin spécialiste en stomatologie ou en chi-

urgie maxillo-faciale qui, après consultation de dermatologie buccale, oriente le patient vers le Service des lasers.

La relative faible proportion de chirurgiens dentistes dans les praticiens référents (respectivement 20,5 % et 33,4 % pour les études rétrospective et prospective) peut être attribuée à la méconnaissance de cette thérapeutique, de l'activité laser au Centre Hospitalier Régional et à l'habitude de confier à un médecin spécialiste en stomatologie ou en chirurgie maxillo-faciale la prise en charge de ce type de pathologie.

Age et sexe du patient selon le type de lésions

Les femmes présentant un lichen plan buccal sont plus nombreuses que les hommes (66,7 % contre 33,3 %) dans les deux études, rétrospective et prospective.

Les lésions papillomateuses ou verruqueuses et les autres leucokératoses sont plus nombreuses chez les hommes dans les deux études, rétrospective et prospective.

Ces chiffres tendent à rejoindre ceux retrouvés dans la littérature avec une prévalence plus importante de lichen plan chez les femmes entre 30 et 50 ans et des autres lésions blanches chez les hommes entre 40 et 50 ans ^[10].

Facteurs favorisants

Les kératoses sont généralement classées selon leur origine : réactionnelle, liée à une affection dermatologique, infectieuse, toxique ou iatrogène, congénitale et idiopathique ^[1].

Dans les études rétrospective (Fig. 6) et prospective (Fig. 13), un facteur favorisant a été retrouvé respectivement pour 26 et 12 lésions : il pouvait s'agir d'un terrain dépressif (2 et 1), un terrain anxieux (11 et 5), une intoxication tabagique (4 et 3), ou d'un traitement immunosuppresseur (1 patient de l'étude rétrospective). Cependant, les facteurs étiologiques habituellement décrits dans la littérature comme la consommation de tabac et d'alcool ^[7, 11, 12] sont moins présents dans ces séries.

Localisation

Que ce soit dans l'étude rétrospective ou prospective, ce sont la face interne des joues (respectivement 33,3 % et 31,8 %) qui totalisent le plus grand nombre de localisations des lésions observées, devant les muqueuses gingivale et vestibulaire (respectivement 20,3 % et 9,5 % pour l'étude rétrospective, 22,7 % et 22,7 % pour l'étude prospective), la langue (respectivement 23,8 % et 9,1 %), les muqueuses palatine, labiale et le plancher buccal ce qui diffère des données de la littérature. Dans l'étude de Van Der Hem portant sur 282 lésions chez 200 patients ^[8], les localisations préférentielles étaient la langue, les muqueuses et le plancher buccal. Pour Thomson ^[12], sur 62 lésions

chez 57 patients, le plancher buccal était le site anatomique le plus fréquent (42 %).

Biopsie

Dans cette étude, les lésions recensées ont été prises en charge avec le laser CO₂ d'après un aspect clinique particulier : un aspect blanc non détachable de la muqueuse buccale, or seule l'histologie permet de donner le diagnostic de la lésion. En effet, les modifications histologiques intra-épithéliales ou l'invasion du chorion ne sont pas perceptibles à l'examen clinique ^[5]. La réalisation d'une biopsie pré-opératoire est donc indispensable et guide la conduite thérapeutique. Dans la plupart des études ^[8, 12] la biopsie est réalisée avant la volatilisation au laser, afin d'éviter tout dommage thermique qui risquerait de fausser ou d'empêcher l'analyse de l'anatomopathologiste ^[13]. Cependant, certains auteurs réalisent la biopsie-exérèse au laser, seulement ^[7] ou en complément de la biopsie initiale réalisée à la lame froide ^[12, 14].

Dans l'étude rétrospective, un compte-rendu anatomopathologique a été retrouvé dans 75,4 % des dossiers correspondant à des biopsies réalisées avant la première consultation dans le Service des lasers ou lors de celle-ci. Dans l'étude prospective, toutes les lésions ont bénéficié d'une analyse anatomopathologique à partir de biopsies réalisées avant la première consultation ou lors de celle-ci.

Certains auteurs ont souligné que, concernant les lésions « pré-cancéreuses » de la muqueuse buccale, la biopsie localisée était insuffisante et que l'exérèse complète de la lésion et son étude anatomopathologique était nécessaire pour évaluer la présence et le grade de la dysplasie ^[15]. Ainsi, dans une étude portant sur 101 lésions « pré-cancéreuses » ou précurseurs du carcinome épidermoïde chez 96 patients, Holmstrup et coll. ont comparé les données histologiques de l'exérèse totale de la lésion réalisée en moyenne 10,4 mois après la biopsie ^[15]. Les résultats de l'étude montraient que 35 % des lésions avaient un degré de dysplasie plus sévère sur un endroit de la lésion qui n'a pas été intéressé par la biopsie initiale. Cela justifie pour ces lésions, une surveillance à intervalle rapproché, qu'il y ait ou non présence d'une dysplasie sur la biopsie initiale. Certains

auteurs recommandent de réaliser des prélèvements multiples pour les lésions de grande taille [8].

Anatomopathologie

La terminologie utilisée est celle rapportée dans les dossiers des patients, les 64 lésions ont été réparties en trois groupes : lésions papillomateuses et verruqueuses, lésions lichénoïdes et autres leucokératoses.

Dans l'étude rétrospective, la biopsie de 7,8 % des lésions montrait des signes de dysplasie intra-épithéliale, légère ou modérée. Dans l'étude prospective, aucune des lésions traitées ne présentait de signes de malignité ni de dysplasie. La dysplasie intra-épithéliale est considérée comme l'un des facteurs de risque les plus importants dans l'évolution vers le carcinome [5,16].

Ce taux de dysplasie est très variable selon les études : par exemple, dans la série de Van Der Hem, 62,8 % des lésions ne présentent pas de dysplasie [8], alors que dans la série de Chandu portant sur 73 lésions, l'analyse histologique rapporte la présence de dysplasie dans la majorité des cas [7].

Cette variabilité est en relation avec les limites de la biopsie décrites plus haut et avec la fiabilité du diagnostic de dysplasie. Celui-ci dépend en effet de l'anatomopathologiste qui fait l'examen, de la difficulté de classer selon trois ou quatre grades des lésions correspondant à un spectre continu de modification [17]. Une étude de reproductibilité diagnostique de dysplasie de la muqueuse buccale inter et intra-observateur utilisant la statistique Kappa [16], montre l'intérêt de caractériser la dysplasie selon des critères précis, d'employer une terminologie consensuelle qui permet de comparer les séries entre elles.

Nombre de séances

Que ce soit dans l'étude rétrospective ou prospective, deux séances en moyenne ont été suffisantes pour l'ensemble des lésions, à l'exception des lésions verruqueuses qui ont nécessité un nombre de séances supérieur.

Récidive

Le taux de récurrence varie selon les études de 10 à 30 % [7,8,12] car certains auteurs prennent en compte le taux de récurrence par lésion, d'autres par patient,

ce qui rend les études peu comparables [7]. Le taux de récurrence dépend également du temps de suivi qui varie selon les études, ainsi que des facteurs étiologiques et de leur correction.

Van Der Hem et coll., dans leurs deux séries, rapportent des taux de récurrence de l'ordre de 10 % ; ils attribuent ce faible taux en partie à l'utilisation simultanée d'un microscope opératoire [8]. Chandu et Smith mettent en évidence des récurrences tardives (jusqu'à 80 mois) justifiant un suivi sur le long terme [7]. Thomson évalue le taux de récurrence par patient et l'analyse selon les caractéristiques cliniques et histologiques des lésions initiales. Il met en évidence que les récurrences ne se font que dans un tiers des cas sur le même site ; ceci tend à confirmer le concept de « champ de cancérisation » qui peut intéresser l'ensemble de la muqueuse buccale et qui explique la fréquence et la nature multifocale de ces lésions [6,12]. Dans notre série, dans l'étude rétrospective, le taux de récurrence pour les lésions papillomateuses et pour les lésions lichénoïdes est nettement supérieur à celui des autres lésions. Ceci ne va pas dans le sens de l'étude de Thomson selon laquelle il n'est pas possible d'identifier des facteurs cliniques de récurrence [6].

Douleurs

Pour 70 % des précisions recueillies dans l'étude prospective, les douleurs, de courte durée, ont été très bien supportées, parfois avec recours aux antalgiques. Dans un tiers des cas, de fortes douleurs postopératoires ont été rapportées. Elles peuvent être attribuées à un effet « rebond » : la plaie secondaire à une intervention au laser CO₂ laisse le site sensible exposé aux traumatismes mécaniques accidentels pouvant retarder la cicatrisation et augmenter les douleurs postopératoires. Aussi, l'emploi d'une pâte de cicatrisation adhésive, contenant un anesthésique topique, peut être indiqué [18].

CONCLUSION

L'utilisation du laser CO₂ semble être une alternative aux autres techniques chirurgicales dans la prise en charge des lésions blanches non détachables (superficielles, non dysplasiques) de la muqueuse buccale grâce à un taux de récurrence

comparable aux données de la littérature et à une faible morbidité. Cette prise en charge particulière doit être réalisée impérativement après analyse anatomopathologique (multi sites pour les lésions importantes) et nécessite un suivi régulier et à long terme.

Afin de valider ces premiers résultats, il semble nécessaire de réaliser d'autres études prospectives plus larges intégrant de nouvelles méthodes anatomopathologiques utilisant, par exemple, des marqueurs moléculaires.

RÉFÉRENCES

- 1 - Samson J, Duran D, Carrel JP. Lésions précancéreuses et précurseurs du carcinome épidermoïde de la cavité buccale. *Réal Clin* 1999 ; 10 : 373-87.
- 2 - Barnes L, Reichart P, Sidransky D. Pathology and genetics of head and neck tumours (pp 140-143). IARC WHO classification of tumours 2005, Lyon.
- 3 - Driemel O, Hertel K, Reichert TE, Kosmehl H. Current classification of precursor lesions of oral squamous cell carcinoma: principles of the WHO classification 2005. *Mund Kiefer Gesichtschir* 2006 ; 10 : 89-93.
- 4 - Zerdoner D. The Ljubljana classification - its application to grading oral epithelial hyperplasia. *J Craniomaxillofac Surg* 2003 ; 31 : 75-9.
- 5 - Kuffer R, Lombardi T. Premalignant lesions of the oral mucosa. A discussion about the place of oral intraepithelial neoplasia (OIN). *Oral Oncol* 2002 ; 38 : 125-30.
- 6 - Thomson PJ. Field change and oral cancer: new evidence for widespread carcinogenesis? *Int J Oral Maxillofac Surg* 2002 ; 31 : 262-6.
- 7 - Chandu A, Smith AC. The use of CO₂ laser in the treatment of oral white patches : outcomes and factors affecting recurrence. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2005 ; 34 : 396-400.
- 8 - Van der Hem PS, Nauta JM, Van der Wal JE, Roodenburg JL. The results of CO₂ laser surgery in patients with oral leukoplakia: a 25 year follow up. *Oral Oncol* 2005 ; 41 : 31-7.
- 9 - Mettraux G. Aspects fondamentaux des traitements par laser en médecine dentaire - 4^e partie : le hard laser. *Rev Mensuelle Suisse Odonto-Stomatol* 2004 ; 114 : 826-33.
- 10 - Szpirglas H, Ben Slama L. Pathologie de la muqueuse buccale (pp 100-109). Elsevier, Paris, 1999.
- 11 - Lee JJ, Hung HC, Cheng SJ, Chen Yj, Chiang CP, Liu BY, Jeng JH, Kuo YS, Lan WH, Kok SH. Carcinoma and dysplasia in oral leukoplakias in Taiwan : prevalence and risk factors. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2006 ; 101 : 472-80.
- 12 - Thomson PJ, Wylie J. Interventional laser surgery: an effective surgical and diagnostic tool in oral precancer management. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2002. 31 : 145-53.
- 13 - Bornstein MM, Stauffer E, Buser D. Le laser au CO₂ en stomatologie (1^{re} partie). *Rev Mensuelle Suisse Odonto Stomatol* 2003 ; 113 : 556-70.
- 14 - Catone GA. Laser applications in oral and maxillofacial surgery. WB Saunders Company, Philadelphie, 1997.
- 15 - Holmstrup P, Vedtoffe P, Reibel J, Stolze K. Oral premalignant lesions: is a biopsy reliable? *J Oral Pathol Med* 2007 ; 36 : 262-6.
- 16 - Brothwell DJ, Lewis DW, Bradley G, Leong I, Jordan RC, Mock D, Leake JL. Observer agreement in the grading of oral epithelial dysplasia. *Community Dent Oral Epidemiol* 2003 ; 31 : 300-5.
- 17 - Flejou JF. Lésions précancéreuses et MICI: Aspects anatomopathologiques. *Gastroenterol Clin Biol* 2004 ; 28 : 140-8.
- 18 - Bornstein MM, Cochran DL, Buser D. Exérèse de lésions buccales avec le laser CO₂ : cas cliniques. *Parodontol Dent Rest* 2005 ; 25 : 220-9.