Journal of african clinical cases and reviews / Journal africain des cas cliniques et revues

www.jaccrafrica.com ISSN 2712-6412 Open access

Jaccr SURGERY

Article original

Les tumeurs de la cavité buccale : profils épidémiologique et anatomopathologique à Dakar

Oral cavity tumours: epidemiological and pathological profiles in Dakar

K Dansokho*[1], AM Gaye[2], GNC Deguenonvo[3], M Wade[4], PI Dione[4], MJ Dieme-Ahouidi[1], I Thiam[2], CMM Dial[3]

Résumé

Introduction : Les tumeurs de la cavité buccale constituent un problème majeur de santé publique et posent un double défi de diagnostic et de prise en charge. L'objectif de ce travail était de rapporter les aspects épidémiologiques et histopathologiques des tumeurs de la cavité buccale diagnostiquées dans les laboratoires d'anatomie et cytologie pathologiques (ACP) de Dakar.

Matériels et méthodes : Étude multicentrique, rétrospective et descriptive, menée du 1er janvier 2021 au 31 décembre 2025 dans trois laboratoires d'ACP de Dakar, à partir des archives de comptes rendus anatomopathologiques. Ont été inclus tous les patients dont le diagnostic de tumeur de la cavité buccale était retenu à l'histologie, avec ou sans immunohistochimie. Les données ont été analysées avec Excel.

Résultats : Nous avons colligé 369 patients, soit 6,8 % des tumeurs diagnostiquées. On notait une prédominance féminine (54,5 % ; sex-ratio : 0,8). L'âge moyen était de 49,2 ans et la tranche de 51 à 60 ans était la plus représentée (20 % ; n = 74). La lésion était ulcéro-bourgeonnante dans 77,0 % des cas (n = 284). La langue était la localisation la plus fréquente (24,9 % ; n = 92). Les tumeurs étaient malignes dans 74,5 % des cas (n = 275), dominées par le carcinome épidermoïde (76,7 %) ; le papillome était la principale tumeur bénigne (38,3 %).

Conclusion : Les tumeurs de la cavité buccale sont fréquentes et dominées par les formes malignes. Elles sont souvent diagnostiquées à un stade avancé, d'où l'importance d'un dépistage et d'une prise en charge précoces.

Mots-clés : Tumeurs bénignes ; tumeurs malignes ; cavité buccale ; anatomie pathologique ; Dakar.

Abstract

Introduction: Oral cavity tumours are a major public health problem and pose a dual diagnostic and management challenge. This study aimed to report the epidemiological and histopathological features of oral cavity tumours diagnosed in pathology laboratories in Dakar.

Materials and methods: We conducted a multicentre, retrospective, descriptive study from 1 January 2021 to 31 December 2025 in three pathology laboratories in Dakar, based on archived pathology reports. All patients with a histologically confirmed oral cavity tumour, with or without immunohistochemistry, were included. Data were analysed with Excel.

Results: We identified 369 patients, accounting for 6.8% of all tumours diagnosed. There was a female predominance (54.5%; sex ratio: 0.8). The mean age was 49.2 years, and the 51–60-year age group was the most represented (20%; n = 74). Lesions were ulcero-vegetating in 77.0% of cases (n = 284). The tongue was the most frequent site (24.9%; n = 92). Tumours were malignant in 74.5% of cases (n = 275), mainly squamous cell carcinoma (76.7%); papilloma was the most frequent benign tumour (38.3%).

Conclusion: Oral cavity tumours are common and predominantly malignant. They are often diagnosed

at an advanced stage, underlining the importance of early screening and management.

Keywords: Benign tumours; malignant tumours; oral cavity; pathology; Dakar.

Introduction

Les tumeurs de la cavité buccale représentent un groupe hétérogène de lésions bénignes et malignes se situant au niveau de la muqueuse labiale, des structures composantes, des arcades alvéolaires, du plancher buccal, de la partie buccale de la langue et du palais dur [1]. Il s'agit d'un problème majeur de santé publique dans le monde, avec une incidence en augmentation, notamment dans les pays en développement. Selon GLOBOCAN 2022, le cancer de la cavité orale représente la 16ème cause de cancer dans le monde avec plus de 389 000 nouveaux cas par an [2]. En Afrique, les données sont plus rares mais la morbidité et la mortalité restent élevées en raison d'un diagnostic souvent tardif. Au Sénégal, comme dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne, les tumeurs de la cavité buccale sont fréquentes et posent un double défi de diagnostic et de prise en charge. Les facteurs de risque principaux sont dominés par le tabac, l'alcool, la chique de noix de kola, les infections à HPV et les mauvaises conditions d'hygiène bucco-dentaire. L'objectif de ce travail est de rapporter les aspects épidémiologiques et histopathologiques des tumeurs de la cavité buccale diagnostiquées aux laboratoires d'anatomie et cytologie pathologiques de Dakar.

Matériels et méthodes

Il s'agissait d'une étude multicentrique, rétrospective et descriptive sur une période de 5 ans allant du 1er Janvier 2021 au 31 Décembre 2025. Elle était réalisée dans trois (3) laboratoires d'ACP de Dakar (l'Université Cheikh Anta Diop (UCAD) ; Hôpital Général Idrissa POUYE (HOGIP) ; Centre Hospitalier Universitaire de FANN (CHNU FANN)). Cette étude s'était basée sur l'exploitation des archives de comptes rendus anatomo-pathologiques. Nous avons inclus l'ensemble des patients dont le diagnostic de tumeurs de la cavité buccale était retenu à l'histologie avec ou sans immunohistochimie. La cavité buccale était définie selon l'OMS: lèvres, langue mobile, plancher buccal, palais dur, muqueuse jugale, gencives et trigone rétro-molaire. Les tumeurs des glandes salivaires majeures et les tumeurs osseuses primitives des maxillaires ont été exclues. Les tumeurs des glandes salivaires accessoires (mineures) de la cavité buccale, dont l'adénome pléomorphe et le carcinome adénoïde kystique, ont été conservées. Nous avions procédé à l'analyse descriptive des aspects épidémiologiques et histopathologiques des cas répertoriés. Les paramètres épidémiologiques étudiés étaient la fréquence, l'âge et le sexe. Les aspects macroscopiques analysés portaient sur le type de lésion (nodule, ulcération, induration, lésion ulcéro-bourgeonnante), le siège de la tumeur. Les aspects anatomopathologiques étudiés étaient : type de prélèvement, taille tumorale, caractère de la tumeur, les types histologiques, l'envahissement ganglionnaire, les emboles vasculaires, l'état de la limite chirurgicale ainsi que leurs classifications TNM. Les données recueillies étaient exploitées et analysées sur le logiciel Microsoft Excel.

Résultats

Durant cette période, nous avons colligé 369 patients atteints de tumeur de la cavité buccale soit une fréquence de 6,8% (369/5426) de l'ensemble des tumeurs diagnostiquées durant cette période. On notait une légère prédominance féminine (201 femmes, 54,5 % ; sex-ratio H/F : 0,8) (Figure 1). L'âge moyen de notre cohorte était de 49,2 ans. Les extrêmes étaient de 7 mois et 90 ans. La tranche d'âge de 51 à 60 ans était la plus représentée (20 % ; n = 74/369). La présentation clinique au moment du diagnostic était une lésion ulcéro-bourgeonnante dans 77,0 % des cas (n = 284/369), suivie d'une masse ou d'un nodule dans 21,7 % (n = 80/369). La langue était la localisation la plus fréquente (24,9 % ; n = 92/369), suivie de la joue (23,0 % ; n = 85/369) (Figure 2). Les prélèvements reçus étaient essentiellement des biopsies (77,8 % ; n = 287/369). Les tumeurs étaient essentiellement malignes dans 74,5% (n=275/369) contre 25,5 % de tumeurs bénignes (n = 94/369). Les tumeurs bénignes étaient dominées par les papillomes (38,3 %) tandis que le carcinome épidermoïde était majoritaire parmi les cancers (76,7 %).

La classification pTNM n'était précisée que pour 25 des 82 pièces d'exérèse (30,5 %). Parmi ces 25 cas, on notait : T2 36 % (9/25), T3 36 % (9/25), T4 24 % (6/25) ; N0 72 % (18/25), N1 12 % (3/25). Les limites de résection étaient envahies dans 72 % des cas (18/25).

L'immunohistochimie a été réalisée dans 14 cas parmi les 75 cas de diagnostic difficile nécessitant une confirmation (sarcomes, lymphomes, adénocarcinomes peu différenciés), soit 18,7 % (14/75).

 https://doi.org/10.70065/2624.jaccrSurg.003L010911

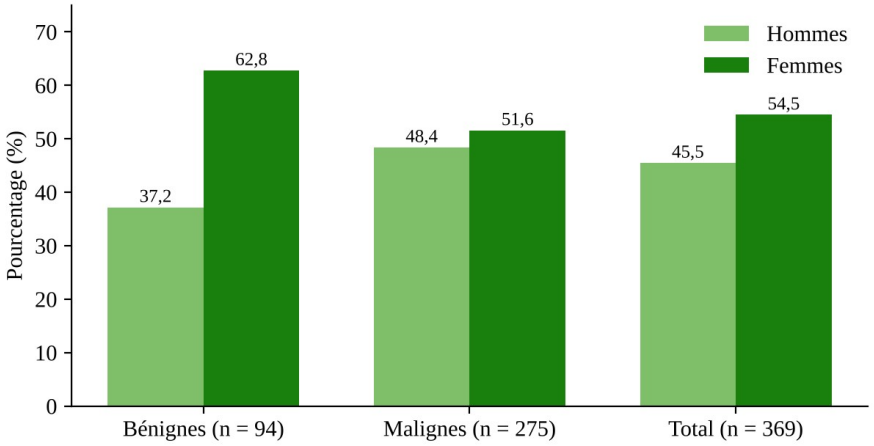


Figure 1 : Répartition des tumeurs selon le sexe et la nature histologique

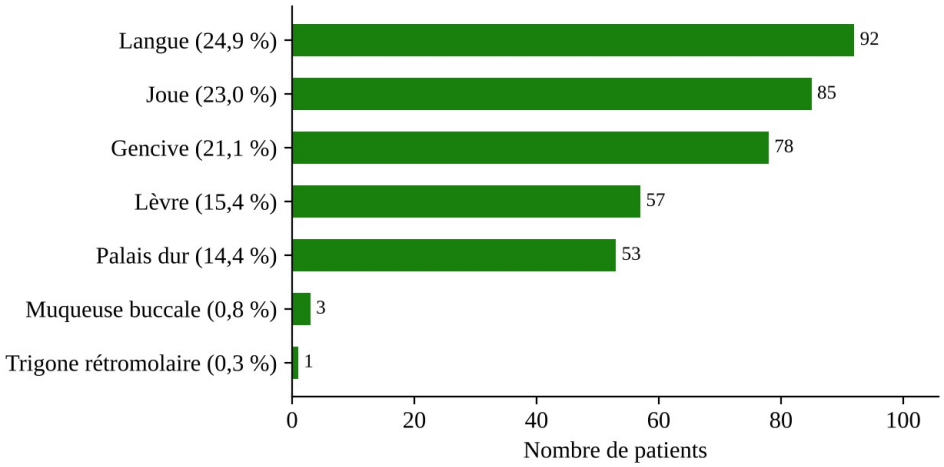


Figure 2 : Répartition des tumeurs de la cavité buccale selon le siège anatomique (n = 369)

Discussion

La cavité buccale constitue la localisation la plus fréquente des cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS) [3]. À l'échelle mondiale, la prévalence des pathologies de la muqueuse buccale dans la population générale varie considérablement d'un pays ou d'une région à l'autre, allant de 4,9 % à 64,7 % selon les séries étudiées [4-6].

Dans notre série la fréquence globale des tumeurs de la cavité buccale était de 6,8% soit un nombre annuel moyen de 73,8 cas par an. Cette fréquence est inférieure à celle rapportée par Nkoro et al. [7] à Yaoundé qui avaient noté une fréquence tumorale de 18,6%. La proportion cancéreuse était de 74,5% (n=275) se rapprochant de celle de Rauf et Sonwane [8] qui avaient colligé 72 % de tumeurs malignes contre 12% de lésions bénignes. A l'inverse au Népal Goyal et al. [9] avaient rapporté 13,5% de tumeurs malignes contre 16,2% de tumeurs bénignes. De même Halder et al. [10] en Inde avaient eux aussi colligé 26,7% de lésions bénignes contre 3 % de lésions malignes. Contrairement à notre étude, dans la littérature plusieurs données sont parcellaires et sont difficilement comparables à la nôtre. En effet la plupart des études surtout africaines portent exclusivement soit sur des tumeurs malignes ou sur des tumeurs bénignes [1, 11].

Cette prédominance des tumeurs malignes dans notre cohorte s'explique surtout par le fait que les lésions suspectes sont plus souvent biopsiées et adressées en anatomie pathologique que les lésions bénignes.

Dans notre cohorte, l'âge moyen était de 49,2 ans, avec une légère prédominance féminine (54,5 % ; sex-ratio H/F : 0,8). Ces données sont comparables à celles de Goyal et al. [9] au Népal et de Blochowiak et al. [13] qui rapportaient respectivement un âge moyen de 42,9 ans et 52,6 ans avec une prédominance féminine. Dans notre série les tumeurs bénignes et malignes étaient notées majoritairement chez la femme avec un sex-ratio respectif de 0,6 et 0,9. Ceci contraste avec les études de Goyal et al. [9] et de Shrestha et al. [14] où les tumeurs malignes avaient une prédominance masculine. La tranche d'âge la plus représentée était de 51 à 60 ans pour les cancers et de 31 à 40 ans pour les lésions bénignes. Ces constatations étaient rapportées dans plusieurs

séries, comme celles de Rauf et Sonwane [8], Halder et al. [10] et Shrestha et al. [14].

Dans l'ensemble la localisation majoritaire était la langue dans 24,9% des cas (n=92/369) mais aussi dans les cancers 27,2% des cas (75/275). Les tumeurs bénignes quant à elles étaient plus fréquentes sur la lèvre (29,8 % ; 28/94). Dans l'étude menée par Halder et al. [10], la langue était le siège le plus fréquent (34,3 % des cas), et pour les lésions malignes (40,7 %), tout comme dans notre étude ; cependant, dans leur étude, la gencive était dominante pour les lésions bénignes (21,7 %). Rauf et Sonwane [8], dans leur cohorte avaient rapporté que la muqueuse jugale était le siège le plus souvent atteint dans l'ensemble (31 % des cas), suivie par la langue (23 % des cas). La majorité des cas de lésions malignes (31,9 %) ont été observés au niveau de la muqueuse jugale.

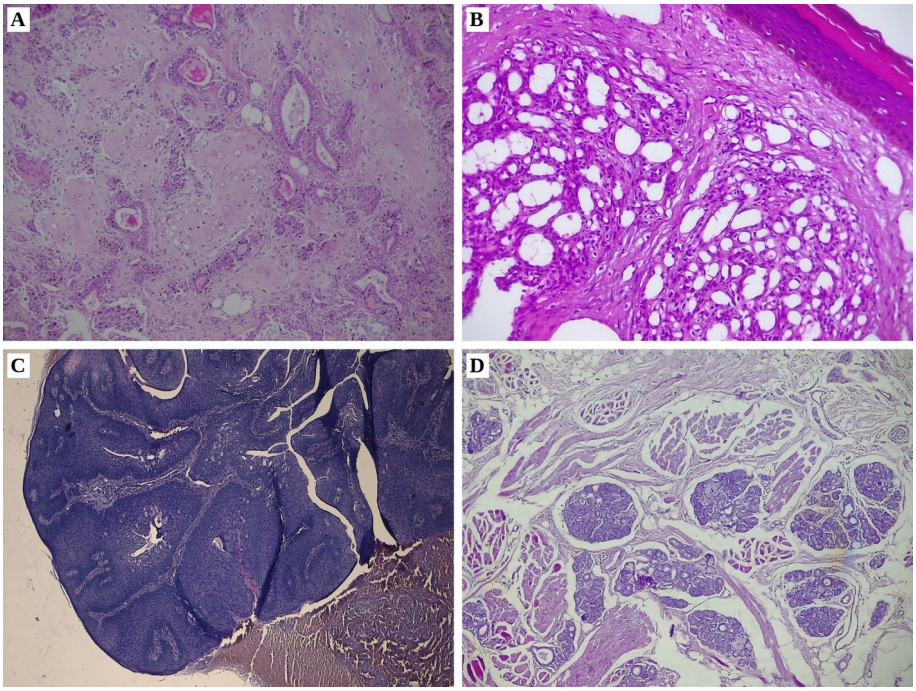
Le cancer de la bouche occupe une place importante parmi les maladies oncologiques. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'incidence et la mortalité liées à ce type de cancer ont tendance à augmenter de plus en plus. Les changements de mode de vie, tels qu'une consommation accrue de tabac et d'alcool, la propagation du virus du papillome humain et aussi la mauvaise hygiène bucco-dentaire sont des facteurs majeurs contribuant au développement du cancer de la bouche [12]. Le tabac et l'alcool sont les deux facteurs favorisants les plus connus. Ils agissent en synergie, augmentant le risque de manière multiplicative [15, 16]. Rothman et Keller, cités par Piette [17], précisent la relation entre l'intensité du tabagisme et la survenue d'un cancer de la cavité buccale : le risque, fixé à 1 chez le non-fumeur, passe à 1,52 pour une consommation de 20 cigarettes par jour et à 2,43 lorsque celle-ci dépasse 40 cigarettes par jour. Dans la revue systématique de Diatta et al. [18], 23 articles avaient rapporté le rôle des infections virales dans la genèse de ces tumeurs. Dans notre série, ces facteurs de risque n'étaient précisés que chez deux patients, tous deux tabagiques ; par ailleurs, un patient était porteur du VIH.

L'aspect macroscopique était ulcéro-bourgeonnant dans 77,0 % des cas (284/369), suivi d'une masse ou d'un nodule dans 21,7 % (80/369). Ces résultats sont conformes à ceux d'autres études [19, 20] ; l'aspect macroscopique n'était pas étudié par Halder et al. [10] ni par Goyal et al. [9].

Le diagnostic de ces tumeurs était fait essentiellement sur des biopsies dans 77,8 % des cas (287/369). Cette prédominance du diagnostic sur biopsie s'explique par plusieurs facteurs. D'abord, la cavité buccale est une région d'accès facile à l'examen clinique, ce qui permet de réaliser des biopsies au fauteuil sans anesthésie générale. Ensuite, la suspicion clinique de malignité devant des lésions ulcéro-bourgeonnantes impose la confirmation histologique avant toute prise en charge thérapeutique, notamment chirurgicale ou radio-chimiothérapique. Enfin, le caractère rétrospectif de notre étude réalisée en service d'anatomie pathologique induit un biais de recrutement: seules les lésions prélevées et adressées au laboratoire sont colligées, ce qui sous-estime les lésions bénignes traitées directement en consultation sans examen histologique.

Le papillome était prédominant dans les tumeurs bénignes dans 38,3% des cas (n=36/94), suivi par l'adénome pléomorphe 17,02% (n=16/94) et les lésions vasculaires 17,0 % (n = 16/94), dont 9 hémangiomes (Figure 3).

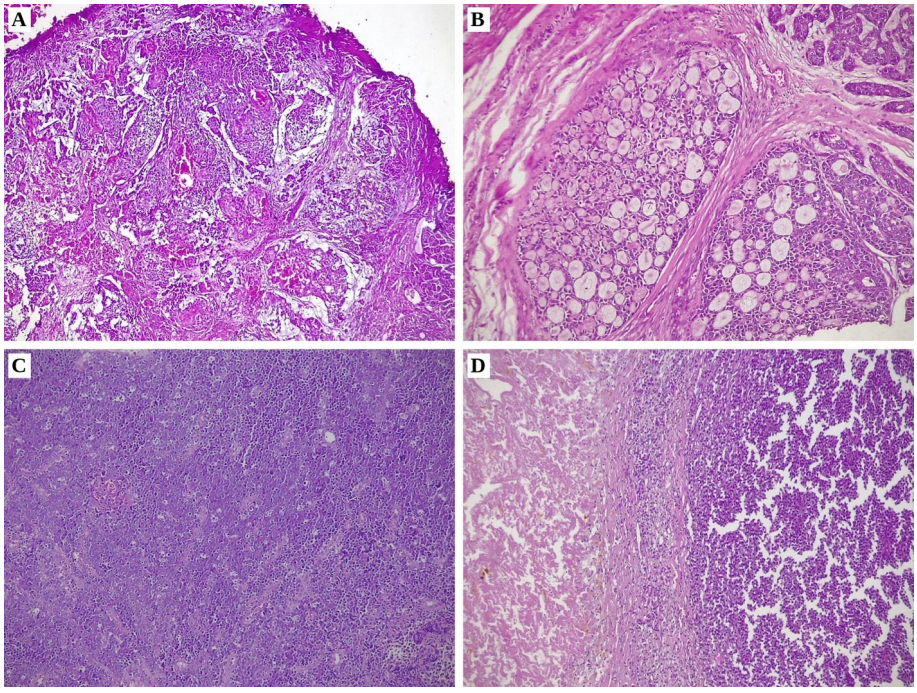
 https://doi.org/10.70065/2624.jaccrSurg.003L010911



Cette prédominance du papillome et de l'adénome pléomorphe était retrouvée dans la plupart des séries de la littérature [9, 13]. A l'inverse dans l'étude de Halder et al. [10], l'hémangiome était majoritaire (50 %).

Le papillome, tumeur épithéliale bénigne liée au HPV, siège préférentiellement sur la lèvre et la langue, ce qui explique sa fréquence dans notre série où la langue et la lèvre étaient les localisations principales. L'adénome pléomorphe, quant à lui, est la tumeur bénigne la plus fréquente des glandes salivaires accessoires de la cavité buccale, notamment au niveau du palais et de la lèvre supérieure.

Les tumeurs malignes étaient largement dominées par le carcinome épidermoïde dans 76,7% (n=211/275). Selon le grade de différenciation, la forme bien différenciée prédominait (76,3 % ; n = 161/211), suivie de la forme moyennement différenciée 18,5% (n=39/211) et la forme peu différenciée 5,2 % (n = 11/211) (Figure 4). Ce résultat est en accord avec les données de la littérature où le carcinome épidermoïde représente 80 à 90% des cancers de la cavité buccale [9-11, 14]. Le carcinome adénoïde kystique venait en deuxième position, suivi du carcinome mucoépidermoïde (3,6 %). Des sarcomes étaient également notés dans 5,45 % des cas (15/275) et étaient constitués d'ostéosarcomes (n=3/15) ; de liposarcome (n=2/15), de rhabdomyosarcome embryonnaire (n=3/15) d'angiosarcome (n=1/15) et de sarcome fibro-cellulaire (n=6/15). Six cas de lymphome étaient rapportés, dont 3 lymphomes de Burkitt.



Cette diversité histologique témoigne de la complexité des tumeurs de la cavité buccale qui peuvent se développer à partir de tous les tissus : épithélial, mésenchymateux, hématopoïétique et neuroectodermique.

Sur l'ensemble des pièces de résection reçues, la classification TNM était précisée dans 30,5 % des cas (n = 25/82). Les tumeurs malignes étaient essentiellement classées T2 et T3 (36 % chacune ; n = 9/25), suivies du stade T4 (24 % ; n = 6/25).

Ce faible taux de renseignement du TNM s'explique par le caractère rétrospectif de notre étude et par le fait que la stadification complète nécessite un bilan d'extension clinique et radiologique qui ne figure pas toujours sur la fiche de demande d'examen anatomo-pathologique. En l'absence de suivi clinique et de bilan d'extension complet, le pronostic ne peut être évalué. La prédominance de T2/T3 parmi les cas stadifiés suggère un diagnostic tardif, constat rapporté dans d'autres séries africaines [21, 22]. Concernant l'envahissement ganglionnaire le stade N0 était majoritaire (72 % ; n = 18/25), suivi du stade N1 (12 % ; 3/25).

La prédominance du stade N0 dans notre étude suggère une atteinte ganglionnaire tardive ou un sous stadage lié à l'absence de curage ganglionnaire systématique.

L'absence de métastases à distance rapportées peut s'expliquer par le fait que le bilan d'extension n'est pas toujours transmis aux pathologistes.

Les limites de résection étaient envahies dans 72 % des cas (18/25).

Ce taux élevé de limites envahies reflète probablement des résections chirurgicales réalisées à visée palliative ou en urgence. Elle souligne également la difficulté de prise en charge des tumeurs diagnostiquées à un stade localement avancé.

Notre étude présente plusieurs limites. D'abord, son caractère rétrospectif a entrainé de nombreuses données manquantes, notamment concernant les facteurs de risque tabac et alcool. De plus le renseignement incomplet de la classification TNM et du bilan d'extension limite l'analyse pronostique. L'absence de suivi des patients ne nous a pas permis d'évaluer la survie.

Conclusion

Cette étude multicentrique montre que les tumeurs de la cavité buccale constituent une pathologie fréquente dominée par les formes malignes en particulier le carcinome épidermoïde. Elles surviennent le plus souvent chez l'adulte d'âge moyen avec une prédominance féminine. Le papillome reste la principale tumeur bénigne. Le faible taux de renseignement du pTNM limite l'analyse pronostique.

***Auteur correspondant :** Khadidiatou DANSOKHO

dansdija@gmail.com

Disponible en ligne : 9 novembre 2026

[1] Laboratoire d'anatomie et cytologie pathologiques, CHNU de Fann, Dakar, Sénégal

[2] Laboratoire d'anatomie et cytologie pathologiques, Hôpital Aristide Le Dantec, Dakar, Sénégal

[3] Laboratoire d'anatomie et cytologie pathologiques, Hôpital Général Idrissa POUYE, Dakar, Sénégal

[4] Laboratoire d'anatomie et cytologie pathologiques, Hôpital Militaire de Ouakam, Dakar, Sénégal

© Journal of African Clinical Cases and Reviews 2026

Références

1. Vanessa Lacheretz-Szablewski, Renaud Garrel, Constant Guillot, Valérie Costes-Martineau. Tumeurs de la cavité orale et classification TNM (8e édition) : problématiques et recommandations. Annales de Pathologie, 2023, 43 (4):289-297.
2. Bray F, Laversanne M, Sung H, et al. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin*. 2024; 74(3): 229-263.
3. Paré A, Joly A (2017) Oral cavity cancers: risk factors and treatment. Press Med.
4. Feng J, Zhou Z, Shen X, Wang Y, ShiL, Wang Y et al. Prevalence and distribution of oral mucosal lesions: a cross-sectional study in Shanghai, China. J Oral Pathol Med. 2015; 44(7): 490-4.
5. M. Fricain, J.-C. Fricain. Lésions de la muqueuse buccale : Diagnostic différentiel. 3ème Edition. 2023. ISSN 1877-786
6. Touré S. Pathologies buccales dans le service de dermatologie de l'hôpital de dermatologie de Bamako du 1 juin au 30 novembre 2020. 2021.
7. Nkoro GA, Sigha B, Ekambi Kotto R, Minko II, Mouangue K, Kouotou EA, et al. Epidemiological and Clinical Profile of Oral Mucosal Diseases in Dental and Dermatology Consultations at Two Hospitals in Yaounde. J Sci Dis [Internet]. 2026 Apr. 23 [cited 2026 Sep. 13];4(2):102-6.
8. Shaikh Parvin Abdul R, Bharat RS. Tumors and tumor-like lesion of the oral cavity: A study of 100 cases at tertiary care hospital. Tropical Journal of Pathology and Microbiology. 2020;6(4).
9. Goyal, B., Sedhain, M. and Thapaliya, P. (2025) "Histopathological Profile of Tumor and Tumor Like Lesions of Oral Cavity at A Tertiary Care Center in Nepal", *Journal of College of Medical Sciences-Nepal*, 21(3):210–218.
10. Halder B, Rasaily Halder N. Histopathological Study of Tumor and Tumor Like Lesions of The Oral Cavity. Annals of Pathology and Laboratory Medicine. 2019;6: 248-52.
11. Cathérine, G. B., Mamadou, D., Khadim, S., Mouhammad, K., Abdou, B. A., & Babacar, T. (2026). Aspects Sociodémographiques, Cliniques et Histopathologiques du Carcinome Épidermoïde de la Cavité Orale à Dakar: Une Étude Rétrospective de 37 Cas:. *HEALTH RESEARCH IN AFRICA*, *4*(1).
12. Strekha, A. Y., & Konovko, M. D. Le cancer de la cavité buccale 2025.
13. Blochowiak K, Farynowska J, Sokalski J, Wyganowska-Swiatkowska M, Witmanowski H. Benign tumours and tumour-like lesions in the oral cavity: a retrospective analysis. Postepy Dermatol Alergol. 2019;36(6):744-51.
14. Shrestha B, Subedi S, Poudel S, Ranabhat S, Gurung G. Histopathological Spectrum of Oral Mucosal Lesions in a Tertiary Care Hospital. J Nepal Health Res Counc. 2021;19(3):424-9.
15. Buisset E, Leferbe JL, et al. Les cancers linguaux et pelvi-lingaux : valeur pronostique de l'envahissement ganglionnaire. A propos de 744 cas. Ann Oto-laryngol Chir Cervicofac 1989 ; 106 (8): 551-555.
16. Barnes L, Eveson JW, Reichart P, Sidransky D: World Health Organization international classification. Pathology and genetics of Head and Neck tumors. Lyon, IARC Press, 2005, 430.
17. Piette R: Traité de pathologie buccale et maxilla-faciale. Université de bruxelles 1991 : 502-511.
18. Diatta M, Kane M, Kounta A, Ba A, Seck K, Balkabi R et al. Lésions tumorales de la cavité buccale et infections virales : revue systématique de la littérature *Rev Col Odonto-Stomatol Afr Chir Maxillo-fac, 2022,29(3) :.6-12.*
19. Messina Ebogo W, Ndadi Tchiengang K J, Kizonde Yannick K, Diallo Mamadou T, Diom Siga E, et al. Epidemioclinical Aspects of the Oral Cavity Cancers in Ziguinchor, South of Senegal. Glob J Oto, 2021; 24 (2): 556134.
20. Faissal B (2017) Oral cavity cancers: retrospective epidemiological and clinical study of 70 cases. Doctoral thesis in medicine. Faculty of Medicine of Marrakech, Cadi Ayad University, Morocco.
21. Bambara AT, Millogo M, Konsem T, Bambara HA, Ouédraogo D, Traoré SS. Les cancers de la cavité buccale : affection à prédominance féminine à Ouagadougou. Médecine Buccale Chir Buccale. avr 2015;21(2):61-6.
22. Almomani EWM. Profil épidémiologique anatomopathologique clinique thérapeutique et évolutif du cancer de la cavité buccale : Expérience du service d'oncologie radiothérapie du CHU Mohammed VI de Marrakech thèse pour l'obtention du doctorat en médecine. Marrakech : Université Cadi yyag ;2024.429