

L'érythroplasie vous fait-elle pâlir ?

1

Mathieu Bergeron et Nathalie Audet

Monsieur Trépanier, 64 ans, veut faire évaluer une « lésion blanche et rouge » sur le côté gauche de sa langue (photo 1). Il fume un paquet de cigarettes par jour depuis maintenant 40 ans et consomme au moins deux verres de vin quotidiennement. Il vous consulte aujourd'hui, car la lésion saigne depuis une semaine. Une otalgie est aussi apparue il y a deux jours. « Y a-t-il un lien ? », vous demande-t-il.



Photo: © Nathalie Audet

Photo 1.

Vrai Faux

- | | Vrai | Faux |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Le tabac et l'alcool constituent les principaux facteurs de risque des cancers buccaux. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Le premier symptôme de la plupart des lésions malignes ou pré-malignes de la cavité buccale est la douleur. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. La leucoplasie est la lésion pré-maligne la plus fréquente de la cavité buccale. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. La leucoplasie est un diagnostic pathologique. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. La leucoplasie se traite par l'application de rétinoïdes. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. L'érythroplasie est principalement une affection bénigne. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Le carcinome épidermoïde est le type de cancer le plus fréquent de la cavité buccale. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Tous les patients devraient subir un dépistage systématique annuel des cancers de la cavité buccale. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Un simple examen de la langue suffit pour dépister la plupart des cancers buccaux. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. La palpation des lésions évocatrices de malignité est primordiale. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Le Dr Mathieu Bergeron est résident au programme d'otorhinolaryngologie et de chirurgie cervicofaciale de l'Université Laval, à Québec. La Dr^e Nathalie Audet, otorhinolaryngologiste, se spécialise en oncologie de la tête et du cou ainsi qu'en microchirurgie au Centre hospitalier universitaire de Québec. Elle est professeure de clinique au Département d'ophtalmologie, d'otorhinolaryngologie et de chirurgie cervicofaciale de l'Université Laval.

Tableau I

Facteurs de risque de cancer oropharyngé¹⁻³

- Âge avancé
- Tabac à mâcher ou à priser
- Alcool
- Noix de bétel
- VPH de types 16 et 18 (virus du papillome humain)
- VIH (pour le sarcome de Kaposi)
- VHS (virus de l'Herpès simplex)

1 Le tabac et l'alcool constituent les principaux facteurs de risque des cancers buccaux. **VRAI.**

Le tabac et l'alcool sont, sans grande surprise, deux facteurs de risque synergiques et évitables de cancer de la cavité buccale (*tableau I*)¹⁻³.

Le tabagisme augmente le risque de cancer de la tête et du cou de 1,9 fois chez les hommes et de trois fois chez les femmes. Il est donc impératif d'inciter les patients à cesser de fumer. Chez un patient déjà atteint d'un cancer de la tête et du cou, l'abandon du tabac réduit les risques de récurrence ou de deuxième cancer primaire de 40 % à 60 %¹.

Pour l'alcool, une ou deux consommations par jour, conformément aux recommandations d'Éduc'alcool, accroît le risque de cancer de 1,7 fois, et même jusqu'à trois fois chez les buveurs importants.

Les personnes fumant au moins deux paquets de cigarettes et buvant quatre verres d'alcool par jour sont trente-cinq fois plus susceptibles d'être atteintes d'un cancer¹. Il est intéressant de noter que le risque de base diminue d'environ la moitié de trois à cinq ans après l'abandon du tabac².

Le tabac à mâcher augmente aussi le risque de cancer de la cavité buccale de près de quatre fois¹⁻³. En Inde et en Asie du Sud-Est principalement, la noix de bétel – un produit à mâcher qui agit comme un stimulant léger similaire au café – s'est révélée carcinogène¹. Le virus du papillome humain (VPH) est égale-

Tableau II

Signaux d'alerte en présence de lésions buccales^{1,2}

- Lésion ne guérissant pas avec les mesures courantes
- Lésion douloureuse ou saignante
- Lésion buccale accompagnée de :
 - masse cervicale ;
 - dysphagie, dysarthrie, dysphonie ;
 - otalgie ;
 - trismus ;
 - perte de poids ;
 - masse cervicale à l'examen d'imagerie ;
 - résultat positif à la biopsie.

ment considéré comme un facteur de risque de cancer de la cavité buccale^{1,2,4}.

2 Le premier symptôme de la plupart des lésions malignes ou pré-malignes de la cavité buccale est la douleur. **FAUX.**

Les lésions bénignes ou malignes de la cavité buccale peuvent prendre plusieurs formes³. La plupart des symptômes associés à un cancer sont vagues et non spécifiques. La douleur peut constituer le principal motif de consultation ou être complètement absente des symptômes mentionnés par le patient. En fait, les premiers signes de lésions malignes de la cavité buccale sont plus communément un ulcère qui ne guérit pas, une lésion qui saigne facilement ou encore un mauvais ajustement de la prothèse dentaire. À un stade plus avancé, la maladie pourrait plutôt prendre l'allure d'une dysarthrie, d'une dysphagie, d'une masse cervicale, d'une sensation de corps étranger dans la gorge, d'un trismus ou d'une douleur irradiant à l'oreille causée par l'invasion des nerfs crâniens. Il faut noter que la majorité des lésions malignes de l'oropharynx sont asymptomatiques jusqu'à ce qu'elles atteignent un tel stade³. Certains signaux

Il est intéressant de noter que le risque de base diminue d'environ la moitié de trois à cinq ans après l'abandon du tabac.

Repère

Tableau III

Comparaison entre la leucoplasie et l'érythroplasie^{1-3,5-8}

	Leucoplasie	Érythroplasie
Tableau clinique	<ul style="list-style-type: none"> ☉ Surface grisâtre ou blanchâtre de translucide à opaque avec des marges souvent bien définies 	<ul style="list-style-type: none"> ☉ Surface rouge de lisse à granuleuse avec des marges souvent bien définies adjacentes à une muqueuse d'apparence saine
Âge	<ul style="list-style-type: none"> ☉ 50-70 ans 	<ul style="list-style-type: none"> ☉ Plus variable : 45-80 ans
Rapport hommes/femmes	<ul style="list-style-type: none"> ☉ 2/1 	<ul style="list-style-type: none"> ☉ Environ 1/1
Prévalence	<ul style="list-style-type: none"> ☉ 2 % 	<ul style="list-style-type: none"> ☉ 0,02 % – 0,83 %*
Foyer principal	<ul style="list-style-type: none"> ☉ Muqueuse buccale ☉ Vermillon, gencive ☉ Plancher de la bouche (antérieur)[†] ☉ Langue ventrale, latérale[†] 	<ul style="list-style-type: none"> ☉ Palais mou ☉ Plancher de la bouche ☉ Muqueuse buccale
Risque d'évolution vers la malignité	<ul style="list-style-type: none"> ☉ Faible ☉ 5 % 	<ul style="list-style-type: none"> ☉ Élevé ☉ 15 %–50 %
Dysplasie à la biopsie	<ul style="list-style-type: none"> ☉ 5 %–25 % 	<ul style="list-style-type: none"> ☉ Près de 90 %
Affections à ne pas confondre avec	<ul style="list-style-type: none"> ☉ Candidose oropharyngée : placards blanchâtres infectieux se décollant à l'aide d'un abaisse-langue ☉ Kératose de friction : ligne ou lésion blanchâtre attribuable à un traumatisme répété. Surtout au niveau de la ligne d'occlusion dentaire sur la muqueuse buccale 	<ul style="list-style-type: none"> ☉ Candidose érythémateuse : candidose oropharyngée rouge

*Données disponibles seulement en Asie où la prévalence serait beaucoup plus élevée qu'en Amérique du Nord. † Zones plus susceptibles d'être touchées par le cancer.

d'alerte devraient donc éveiller les soupçons quant à une lésion maligne et nécessiter une orientation rapide en ORL (*tableau II*)^{1,2}.

3 La leucoplasie est la lésion pré maligne la plus fréquente de la cavité buccale. **VRAI.**

La leucoplasie représente la lésion pré maligne de la muqueuse buccale la plus commune, sa prévalence pouvant atteindre 2 %^{1,3}. Parmi les autres lésions pré malignes, moins fréquentes, on trouve l'érythroplasie, le lichen plan,

la fibrose sous-muqueuse, l'hyperplasie verruqueuse et la sialométaplasie nécrosante^{1,5} (*tableau III*)^{1-3,5-8}.

4 La leucoplasie est un diagnostic pathologique. **FAUX.**

La leucoplasie est une plaque blanchâtre qui ne peut être caractérisée par une autre entité clinique et ne peut être décollée des tissus sous-jacents, par exemple avec un abaisse-langue^{1,5}. Il s'agit d'un diagnostic clinique¹. La majorité des cas de leucoplasie demeureront

Les premiers signes de lésions malignes de la cavité buccale sont plus communément un ulcère qui ne guérit pas, une lésion qui saigne facilement ou encore un mauvais ajustement de la prothèse dentaire.

Repère

Photo : Image créée par Sook-Bin Woo, DDS MSD
Reproduction autorisée par Logical Images.



Photo : © Nathalie Audet

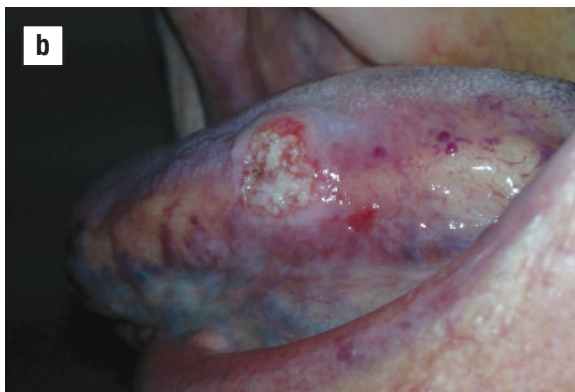


Photo : © Nathalie Audet



Photo : Image créée par Sook-Bin Woo, DDS MSD
Reproduction autorisée par Logical Images.



Photos 2. Différents tableaux cliniques et foyers de leucoplasie **a.** Leucoplasie du palais dur **b.** Leucoérythroplasie sur le côté de la langue **c.** Leucoérythroplasie d'une lésion verruqueuse d'apparence très évocatrice de cancer sur le palais dur supérieur droit **d.** Atteinte de la muqueuse buccale.

bénins. Le risque de transformation maligne, qui est d'environ 5 %, dépend principalement du degré de dysplasie trouvé à la biopsie (*tableau III*)^{1-3,5-8}.

Une leucoplasie peut prendre divers aspects (*photos 2*). La muqueuse peut être grisâtre et translucide avec des zones blanchâtres translucides ou être plus épaisse avec des marges bien définies d'apparence lisse. La surface peut être lisse, comporter de fines granulations ou encore avoir une allure papillaire grossière avec un aspect érosif, ulcéré ou variqueux. La présence de nodules, d'aspérités, d'ulcérations ou d'un aspect verruqueux augmente les risques de dysplasie plus marquée et donc d'évolution vers la malignité⁵.

Il est important de bien différencier la leucoplasie de la kératose de friction, un autre type de lésion blanchâtre. La kératose de friction constitue la cause la plus commune de lésions blanchâtres. Contrairement à la leucoplasie, elle survient en réponse à un traumatisme continu de la muqueuse buccale, principalement au niveau de la ligne d'occlusion dentaire. Il n'y a pas de preuve de transformation maligne¹.

5 La leucoplasie se traite par l'application de rétinoïdes. **FAUX.**

Le traitement de la leucoplasie est principalement chirurgical. Jusqu'à maintenant, les agents de chimio-prévention (rétinoïdes, antioxydants ou inhibiteurs de la cyclo-oxygénase-2) ne se sont pas révélés efficaces pour prévenir la transformation maligne des cas de dysplasie légère^{1,2}.

La prise en charge initiale de la leucoplasie exige l'arrêt complet des facteurs de risque (tabac, alcool)^{1-3,5,6}. Une consultation en ORL est requise afin de procéder à une biopsie incisionnelle pour obtenir une description pathologique de la lésion, ce qui influera grandement sur la prise en charge. Dans la plupart des cas, la lésion sera bénigne ou montrera une dysplasie légère. Une excision simple de la lésion ou un suivi par un ORL ou le médecin de famille sera nécessaire. En cas de dysplasie modérée ou de transformation maligne, l'ORL appliquera le traitement approprié. Il est important de noter que toute modification de la lésion au cours du suivi entraînera une nouvelle biopsie.

Le foyer de la leucoplasie est important. En effet, une lésion située au niveau du plancher de la bouche, de la langue ventrolatérale, du trigone rétromolaire ou du

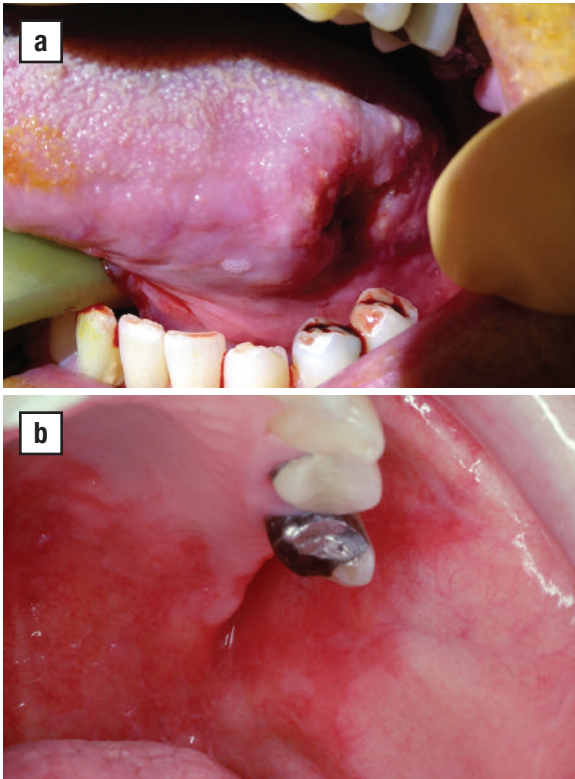


Photo : Image créée par Carl Allen, DDS MSD
Reproduction autorisée par Logical Images.
Photo : © Nathalie Audet

Photos 3. a. Érythroplasie du côté de la langue b. Atteinte de la muqueuse buccale et du palais dur.

complexe du palais mou constitue un plus grand risque de transformation maligne que les autres points de la cavité buccale¹.

6 L'érythroplasie est principalement une affection bénigne. **FAUX.**

L'érythroplasie possède un fort taux de transformation maligne. Il s'agit principalement d'une lésion chronique rouge de la muqueuse qui ne peut être caractérisée plus spécifiquement (photos 3)⁹. Elle pourrait donc être considérée comme une version rougeâtre de la leucoplasie. Tout comme la leucoplasie, l'érythroplasie représente un diagnostic clinique. Son taux de transformation maligne plus élevé que celui des autres lésions pré-malignes s'explique par le fait qu'elle prend la forme d'un carcinome *in situ* ou d'une dysplasie importante chez plus de 90 % des patients¹. Dans un tel contexte, le taux de transformation vers la malignité peut varier de 14 % à 50 %⁹. Heureusement, l'érythroplasie est beaucoup plus rare que la leucoplasie. Il existe peu de chiffres sur sa prévalence exacte. Cependant, en Asie,

Tableau IV

Principales lésions pré-malignes et malignes de la bouche^{1-3,5,6,9}

Pré-malignes

- Leucoplasie
- Érythroplasie
- Lichen plan
- Fibrose de la sous-muqueuse buccale
- Sialométaplasie nécrosante
- Hyperplasie verruqueuse

Malignes

- Carcinome épidermoïde
- Adénocarcinome
- Carcinome verruqueux
- Lymphome
- Sarcome de Kaposi

elle serait beaucoup plus fréquente qu'en Amérique du Nord, les taux seraient de 0,02 % à 0,83 %⁹.

En raison du fort taux de transformation maligne, une consultation en ORL s'impose. Une biopsie permettra de bien caractériser la lésion. Selon les résultats, un suivi des lésions sans dysplasie ou à dysplasie modérée pourra être effectué. Pour les cas de dysplasie importante ou de carcinome *in situ*, une excision complète de la lésion et un suivi périodique est de mise. Encore une fois, toute transformation et toute évolution de la lésion nécessiteront une nouvelle biopsie.

7 Le carcinome épidermoïde est le type de cancer le plus fréquent de la cavité buccale. **VRAI.**

Le cancer de la cavité buccale le plus fréquent est bien le carcinome épidermoïde. Il compte pour près de 90 % de tous les cancers de la bouche^{1,10} (tableau IV)^{1-3,5,6,9}. D'autres types moins communs incluent l'adénocarcinome (6 %), le carcinome verruqueux (2 %), le lymphome (1,5 %) et le sarcome de Kaposi (1,5 %)^{1,2}. Une variante du carcinome épidermoïde, le carcinome verruqueux, touche principalement la cavité buccale. Il ressemble habituellement à une leucoplasie exophytique¹⁰.

Le carcinome épidermoïde peut se présenter sous une multitude de formes et est souvent précédé d'une

Photo : Image créée par Carl Allen, DDS MSD
Reproduction autorisée par Logical Images.



Photo : Image créée par Sook-Bin Woo, DDS MSD
Reproduction autorisée par Logical Images.



Photo : Image créée par Carl Allen, DDS MSD
Reproduction autorisée par Logical Images.



Photo : Image créée par Carl Allen, DDS MSD
Reproduction autorisée par Logical Images.



Photos 4. **a.** Carcinome épidermoïde ayant la forme d'un nodule sur la surface ventrolatérale de la langue **b.** Carcinome épidermoïde à un stade précoce sur la muqueuse buccale avec fond de leucoplasie **c.** Carcinome épidermoïde sous forme de lésion ulcéreuse du plancher buccal **d.** Lésion d'allure maligne sur la gencive inférieure.

longue période de lésion pré maligne telle que l'érythroplasie, la leucoplasie ou une association des deux,

la leucoérythroplasie. La muqueuse peut paraître lisse, mais aussi érodée ou ulcérée (*photos 4*). Le carcinome épidermoïde touche principalement la face ventrale de la langue ainsi que le plancher et la muqueuse de la bouche. Encore une fois, la présence de certains signes et symptômes augmente la présomption de cancer (*tableau II*)^{1,2}.

La présence de ganglions cervicaux fermes, non mobiles, non douloureux et fixés aux tissus adjacents est fortement évocatrice de malignité. Une orientation en ORL est d'autant plus urgente. En cas de maladie de stade plus avancé, les principaux foyers métastatiques sont les poumons, le foie et les os².

Plusieurs méthodes de coloration (ex. : bleu de toluidine) ou de cytologie (ex. : brosse) facilitent la visualisation de cellules possiblement cancéreuses. Cependant, seule la biopsie permettra de caractériser la lésion et d'optimiser la prise en charge.

Une description détaillée des différents types de cancer de la cavité buccale énumérés dans le *tableau IV*^{1-3,5,6,9} dépasse l'objectif de cet article. Encore une fois, toute lésion changeant d'aspect dans le temps, particulièrement chez un patient ayant des facteurs de risque (*tableau I*)¹⁻³, requiert une consultation en ORL aux fins d'évaluation. L'orientation doit être plus urgente en présence de certains signes et symptômes d'alerte (*tableau II*)^{1,2}.

8 Tous les patients devraient subir un dépistage systématique annuel des cancers de la cavité buccale. **FAUX.**

Même s'il est connu qu'un diagnostic et une intervention précoces en cas de cancer de la cavité buccale diminuent la mortalité, les données sont actuellement insuffisantes pour justifier un programme de dépistage systématique¹¹. Le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs recommande plutôt un examen opportuniste de la cavité buccale chez les patients à risque élevé¹¹. Une revue systématique Cochrane de 2010 corrobore une certaine pertinence du dépistage systématique chez les patients à risque alcoolotabagique élevé¹².

Comme dans tout examen physique, l'exposition de la zone à examiner est importante¹³. Il est facile de jeter un coup d'œil à la bouche lors de l'examen physique annuel. Idéalement, le port d'une lampe fron-

tale offre un éclairage optimal et laisse les deux mains libres pour les manipulations. Cependant, la disponibilité de l'otoscope dans les cliniques est plus grande. Si le patient porte des prothèses, il est impératif de les lui faire retirer afin de bien exposer les muqueuses sous-jacentes. Si une lésion évocatrice est constatée, il est important de la palper avec l'index en prenant soin de noter tout épaississement ou toute infiltration des tissus pouvant évoquer un processus malin.

9 *Un simple examen de la langue suffit pour dépister la plupart des cancers buccaux.* **FAUX.**

Un cancer peut survenir sur n'importe quelle surface de la muqueuse buccale. Cependant, il touche plus souvent certaines surfaces, comme les bordures latérales de la face ventrale de la langue en cas de carcinome épidermoïde². Néanmoins, toutes les sous-régions de la bouche peuvent être atteintes (ex. : trigone rétromolaire et base de la langue), d'où l'utilité d'une bonne source lumineuse pendant l'examen physique².

L'examen de la bouche commence par le retrait des prothèses dentaires. Inspectez ensuite les lèvres (coloration, hydratation, nodule, ulcère ou fendillement). Afin de bien voir la muqueuse buccale, déplacez la langue du côté opposé à l'aide d'un abaisse-langue. Vous pouvez également demander au patient de toucher l'intérieur de sa joue avec la langue. Regardez ensuite les gencives, les dents et les palais mou et dur, puis toutes les faces de la langue et le plancher buccal. Il est primordial d'inspecter les côtés et le dessous de la langue puisqu'il s'agit des régions où les tumeurs sont les plus fréquentes. Demandez au patient de placer sa langue vers le haut de manière à exposer la surface ventrale de la langue et le plancher de la bouche.

Portez ensuite une attention particulière aux piliers amygdaliens antérieurs et postérieurs, à la luette, aux amygdales et au pharynx. Complétez ensuite par l'inspection des nerfs crâniens ainsi que la palpation des aires ganglionnaires cervicales et sus-claviculaires et des glandes salivaires^{11,13}.

10 *La palpation des lésions évocatrices de malignité est primordiale.* **VRAI.**

La palpation des lésions évocatrices de malignité joue un rôle primordial. En effet, tout épaississement ou toute infiltration des tissus peut constituer un signe de processus malin. Une orientation en spécialité devient donc beaucoup plus urgente.

Afin de bien palper la langue, il est important d'expliquer au patient ce qu'on s'apprête à faire. Tout d'abord, demandez-lui de sortir la langue. Avec la main droite, prenez le bout de la langue avec une gaze et tirez-la délicatement vers la droite. Inspectez et palpez le côté gauche avec une main gantée. Faites la même chose de l'autre côté. Il est aussi important de bien palper la base de la langue, en prenant soin de prévenir le patient d'un possible réflexe nauséux. La palpation de la langue ne nécessite que quelques secondes au moment de l'examen physique et peut être d'une aide précieuse pour la détection des lésions encore peu infiltrantes¹⁰.

Et Monsieur Trépanier ?

Après un examen physique détaillé, vous concluez que M. Trépanier semble présenter une leucoérythroplasie ulcéreuse correspondant possiblement à un carcinome épidermoïde (photo 1). La palpation de la langue met en lumière une lésion infiltrant la partie latérale gauche d'environ 1,5 cm. L'otalgie ipsilatérale laisse présager une maladie à un stade local avancé. Une consultation en ORL est demandée de toute urgence. 🩺

Date de réception : le 31 juillet 2012

Date d'acceptation : le 17 août 2012

Les D^{rs} Mathieu Bergeron et Nathalie Audet n'ont déclaré aucun intérêt conflictuel.

Bibliographie

- Wein RO, Malone JP, Weber RS. Malignant Neoplasms of the Oral Cavity (chapitre 96). Dans : Flint PW, Haughey BH, Lund VJ et coll., rédacteurs. *Cummings Otolaryngology Head & Neck Surgery*. Volume 2. 5^e éd. Philadelphie : Elsevier ; 2010. p. 1293-318.

La palpation des lésions évocatrices de malignité joue un rôle primordial. En effet, tout épaississement ou toute infiltration des tissus peut constituer un signe de processus malin.

Repère



Conférences en ligne les plus récentes

Hématurie – Hématospermie

- Hématurie : D^r Thierry Lebeau, urologue, Hôpital Maisonneuve-Rosemont, à Montréal
- Hématospermie : D^r Alain Duclos, urologue, CHUM, à Montréal
- 1 heure de crédits de formation de catégorie 1

La santé des voyageurs et le voyageur malade au retour

- D^{re} Dominique Tessier, médecin de famille, Clinique médicale Quartier Latin, à Montréal
- 2 heures de crédits de formation de catégorie 1

Dernières lignes directrices de la Société canadienne de l'HTA

- D^r Pierre Larochelle, interniste, Institut de recherches cliniques de Montréal, à Montréal
- 1 heure de crédits de formation de catégorie 1

AVC et AIT à l'urgence

- D^r Steve Verreault, neurologue, CHA – Hôpital de l'Enfant-Jésus, à Québec
- 1 heure de crédits de formation de catégorie 1

La périménopause vous donne des chaleurs

- D^{re} Danièle Rousseau, gynécologue-obstétricienne, à Laval
- 1 heure de crédits de formation de catégorie 1

Polypharmacie chez la personne âgée : comment « déprescrire »

- D^r Jean-Pierre Beauchemin, gériatre, Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec, à Québec
- 1 heure de crédits de formation de catégorie 1

www.fmoq.org

Summary

Does Erythroplakia Make You Blush? The main risk factors for oral cancer include alcohol, tobacco and HPV. Malignant tumours are often preceded by a long-term premalignant lesion. Leukoplakia is the most common premalignant tumour and has a low rate of malignant transformation (5%). Erythroplakia is a much rarer type of premalignant lesion and has a high rate of malignant transformation (15-50%). Non-healing ulcers, lesions that bleed easily, and lesions caused by ill-fitting dentures are classic presentations of malignancy. Squamous cell carcinoma accounts for nearly 90% of them. Any suspicious lesion requires a biopsy. In cases of premalignant or malignant lesions, the offending factors (alcohol, tobacco) must be eliminated. A complete examination of the oral cavity requires palpation of any suspicious lesion.

2. Burgess J, Meyers A. Oral Cancer Screening. Medscape; à jour au 25 avril 2012. Site Internet : <http://emedicine.medscape.com/article/2005772-overview> (Date de consultation : le 25 juin 2012).
3. Lee N, Romanyshyn J, Caria N et coll. Benign & Malignant Lesions of the Oral Cavity, Oropharynx & Nasopharynx (chapitre 23). Dans : Lalwani AR, rédacteur. *Current Diagnosis & Treatment: Otolaryngology – Head and Neck Surgery*. 3^e éd. New York : McGraw-Hill ; 2012.
4. Educ'alcool. *La modération en quatre chiffres : 2-3-4-0*. Educ'alcool. Site Internet : <http://educalcoool.qc.ca/alcool-et-vous/sante/la-moderation-en-quatre-chiffres-2-3-4-0> (Date de consultation : le 18 juillet 2012).
5. Müller S. Oral Precancer (chapitre 2). Dans : Werning JW, rédacteur. *Oral Cancer: Diagnosis, Management, and Rehabilitation*. New York : Thieme Medical Publishers ; 2007.
6. Harris CM, Meyers AD. Oral leukoplakia. Medscape; à jour au 17 novembre 2011. Site Internet : <http://emedicine.medscape.com/article/853864-overview>. (Date de consultation : le 28 juin 2012).
7. Steele T, Meyers AD. Premalignant Conditions of the Oral Cavity. Medscape; à jour au 19 août 2011. Site Internet : <http://emedicine.medscape.com/article/1491418-overview> (Date de consultation : le 25 juin 2012).
8. Bouquot JE, Suarez P, Vigneswaran N. Oral precancer and early cancer detection in the dental office – Review of new technologies. *JACD* 2010; 2 (3) : 47-63.
9. Reichart PA, Philipsen HP. Oral erythroplakia – A review. *Oral Oncol* 2005; 41 (6) : 551-61.
10. Parke R, Yoo GH, Jacobs JR et coll. Head and Neck Cancer (chapitre 6). Dans : Pasha R, rédacteur. *Otolaryngology Head & Neck Surgery: Clinical Reference Guide*. 2^e éd. San Diego : Plural Publishing ; 2005. p. 231-95.
11. Hawkins RJ, Wang EE, Leake JL. Preventive Health Care. 1999 Update: Prevention of Oral Cancer Mortality. The Canadian Task Force on Preventive Health Care. *J Can Dent Assoc* 1999; 65 (11) : 617.
12. Brocklehurst P, Kujan O, Glenny AM et coll. Screening programmes for the early detection and prevention of oral cancer. *Cochrane Database Syst Rev* 2010; 11 : CD004150.
13. Bickley LS, Szilagy PG. *Bate's Guide to Physical Examination and History Taking*. 9^e éd. Philadelphie : Lippincott Williams & Wilkins ; 2007. p. 193-5.