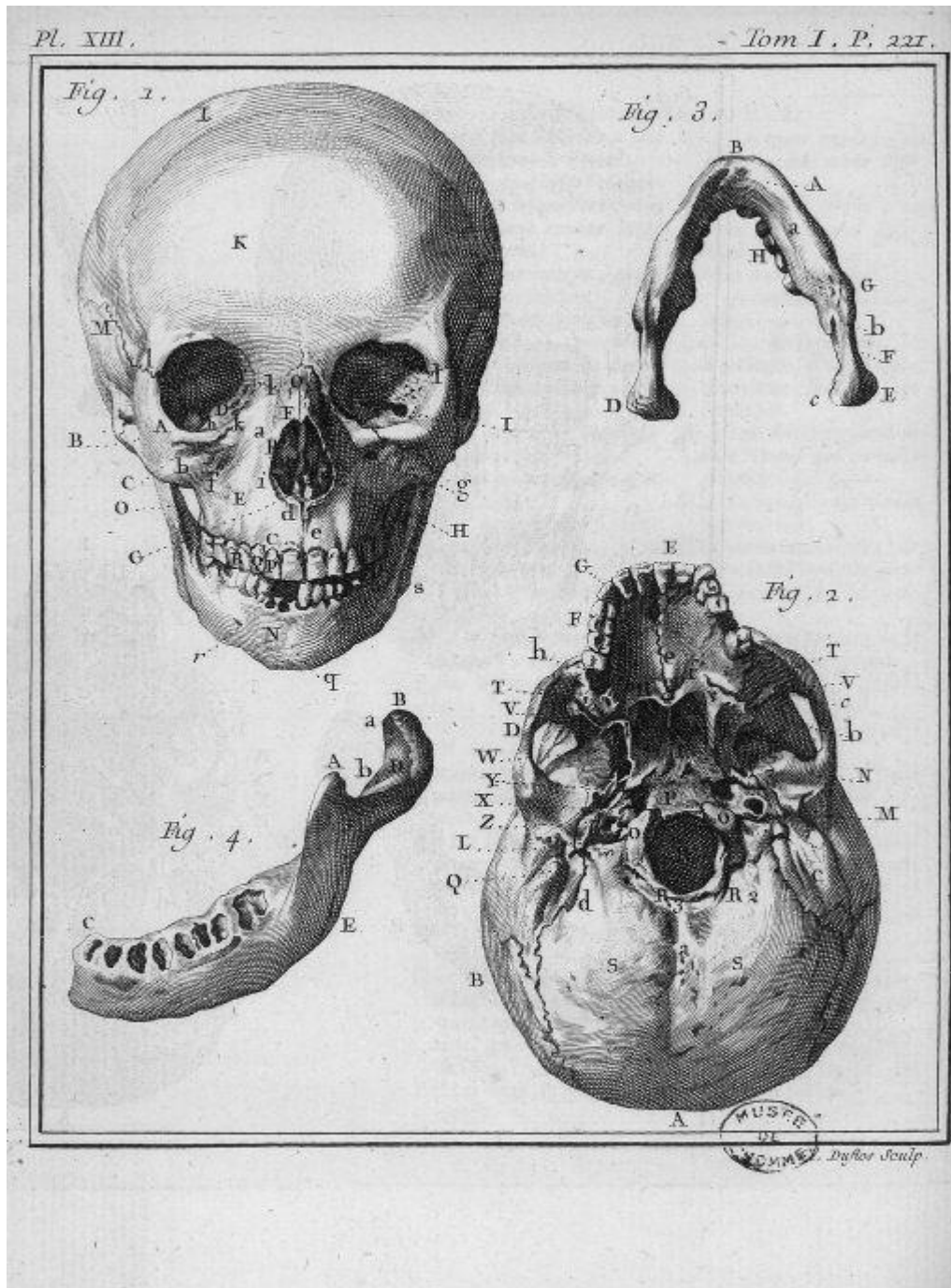


# COMPLEMENT D'INFORMATION AUX ETUDIANTS DE PMF

SERVICE D'ODONTOLOGIE - CHU DE CLERMONT FERRAND



Source gallica.bnf.fr / Bibliothèque nationale de France

Rédaction : Paul Fournier

## PRISE EN CHARGE DU PATIENT PRESENTANT UN CANCER VADS

Nécessite une communication pluridisciplinaire. Tout tourne autour du malade quel que soit le temps de la prise en charge de celui ci. Le temps initial est principalement hospitalier, le deuxième temps, post curatif, se tourne vers la prise en charge libérale personnalisée.

RQ : 2 types de patients:

- Tumeurs tête et cou: chirurgie, chimio, radio
- Tumeurs autres: seule la chimiothérapie va modifier notre PEC.

En RCP les tumeurs sont classées TNM : Très important pour l'évaluation de l'atteinte et pour la communication entre les intervenants.

T1 = tumeur de grand axe < à 2cm;  
T2 = tumeur de grand axe entre 2 et 4 cm  
T3 = tumeur de grand axe < à 4cm;  
T4 = tumeur étendue à l'os, aux muscles et à la peau.

N0 = pas de ganglion cervical  
N1 = ganglion unique homolatéral < à 3 cm ;  
N2A = ganglion unique homolatéral entre 3 et 6 cm  
N2B = ganglions multiples homolatéraux < à 6 cm  
N2C = ganglions multiples bilatéraux ou controlatéraux < à 6 cm  
N3 = ganglion(s) supérieur(s) à 6 cm  
Nx = présence de ganglions inconnue

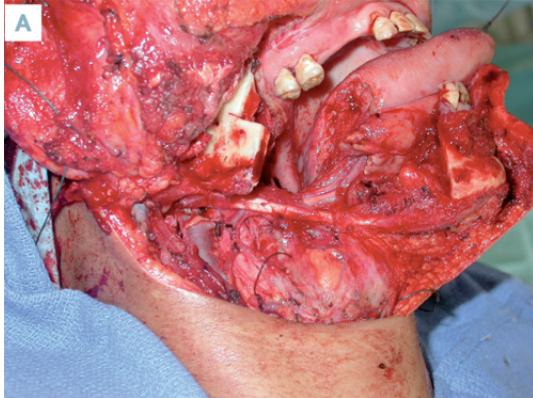
M0 = absence de métastase à distance  
M1 = présence de métastase(s) à distance.  
Mx = présence de métastases inconnue.

### LA CHIRURGIE CARCINOLOGIQUE :

Le traitement des cancers VADS est toujours chirurgical. C'est LE SEUL traitement. Il comprend une chirurgie d'exérèse large (la tumeur + 1 cm de marge dans tous les axes). C'est très délabrant, ça se discute en terme de qualité de vie post op et de comorbidités.

Les seules limites sont l'envahissement de la carotide primitive, l'atteinte para vertébrale, l'atteinte de la base du crâne, et enlever l'ensemble de la base de langue. (Car cela oblige à la trachéotomie définitive pour protéger les poumons.)

**Rien ne doit arrêter l'exérèse ni dents ni os ni nerfs. On reconstruit après.**



Le traitement chirurgical comprend presque toujours un curage des chaînes ganglionnaires uni ou bilatéral.

- Pour les chirurgies n'intéressant pas la cavité buccale:

Il faut faire une RECB non spécifique, avec soins conservateurs et DET.

- Pour les chirurgies entraînant une perte de substance de la CB :

Idem, mais les chirurgies tête et cou vont influencer notre prise en charge prothétique. On va discuter de la sauvegarde de certaines dents. Il faut conserver un environnement osseux aux dents que l'on souhaite préserver.

Les pertes de substances maxillaire et mandibulaire, avec parfois atteintes du revêtement cutané, vont générer :

- Des troubles de la respiration au niveau du maxillaire.
- Des problèmes de déglutition.
- Des problèmes de phonation avec une modification des cavités de résonances et de la mobilité de la langue.
- Des problèmes de mastication par perte de dents.
- Des problèmes esthétiques par perte du support osseux ou cutané.

Tout ça va avoir une incidence sur le psychisme, avec un repli sur soi

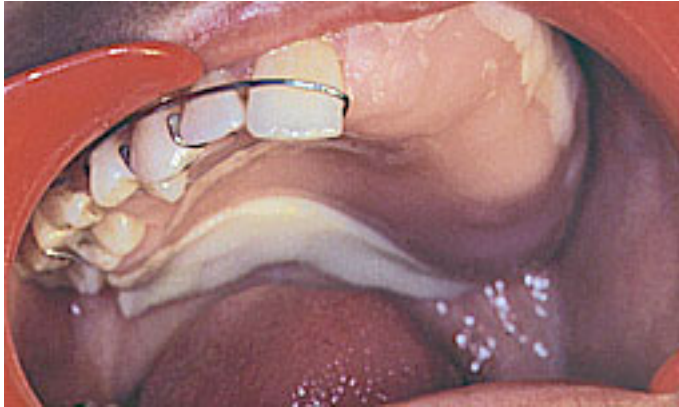
Stade pré-thérapeutique:

- Dépistage, orientation et prise en charge du patient cancéreux.
- Préparer les temps transitoires et d'usages. Actes de soins conservateur, actes prothétiques, actes parodontaux et chirurgicaux suivant les champs envisagés.
- Il est important d'avoir des documents initiaux+++ . Moulage, photos, radio.

Stade post thérapeutique:

Temps transitoire et d'usage.

Au bloc, il faut envisager de mettre immédiatement une prothèse transitoire, avec un obturateur en silicone sur une plaque palatine avec des crochets sur les dents conservées. L'obturateur est modelé au bloc, à la forme de la cavité d'exérèse.



**L'objectif de la prothèse immédiate et transitoire est de protéger le site opératoire, et de guider la cicatrisation.** Parfois le corps comble grâce à la prothèse transitoire et donc on a pas de prothèse définitive car elle n'est plus nécessaire. Pour cela il faut diminuer progressivement l'obturateur.

On peut faire des obturateurs souples ou en résine. Souple ça dure bien moins longtemps, mais ça permet d'exploiter des contre dépouilles. Chez l'édenté total, on va utiliser un obturateur auto rétentif en silicone souple, qui accroché à la prothèse totale résine, va permettre de tenir l'ensemble.

On remplit la cavité de silicone, on met par dessus l'appareil avec des cavaliers, des rétentions... On peut aller jusqu'au plancher de l'orbite, donc il faut faire attention à pouvoir le sortir par la bouche. Si il y a beaucoup de volume, on peut utiliser une plaque thermo formé d'orthopédie pour faire une structure vide. Dans ce cas on fait donc deux éléments (obturateur et prothèse) c'est plus facile à sortir.

On réalise d'abord l'obturateur (solidarisé ou indépendant en fonction du volume de perte) pour retrouver une forme de cavité buccale anatomique. Une fois que l'obturateur est réalisé, on fait la prothèse.

Pour ce qui est des pertes vélaires, l'approche est inverse. C'est la prothèse dentaire qui va servir de base à la réalisation de l'obturateur (de Suersen ou Schiltsky)

Souvent on va se retrouver sur des tissus respiratoires qui supportent mal les pressions des prothèses, donc il faut augmenter la surface pour diminuer les

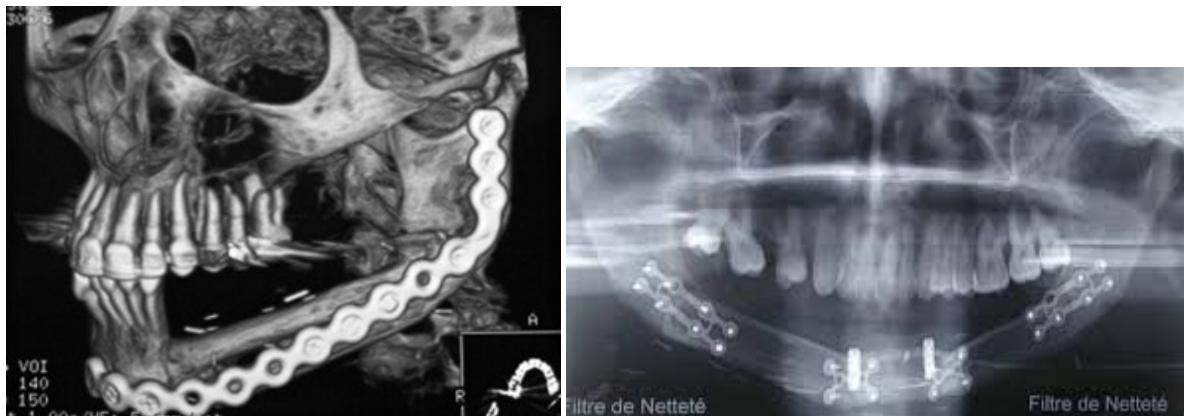
pressions. Il ne faut pas non plus empêcher la respiration et donc ménager des passages pour la respiration par le nez.

C'est à la mandibule que l'on aura le plus de problèmes.

Les mandibulectomies interruptrices non reconstruites, c'est particulièrement délicat à gérer. Sans système de rétention et de stabilisation de la base prothétique, il faut trouver des astuces pour stabiliser en occlusion. On doit faire une prothèse guide en post opératoire car si ça cicatrise en biais, c'est irrattrapable. Il faut favoriser la conservation du moindre élément dentaire.

Les systèmes implantaires posés avant l'irradiation, aident énormément. Avec une possibilité de rétention satisfaisante.

Pour les lambeaux libres, le projet prothétique doit guider la reconstruction osseuse++++ on fait de la mise en charge immédiate sur péroné, la prothèse fait alors ostéosynthèse de celui ci.



## LA CHIMIOThERAPIE

- Pour la chimio tête et cou : On va avoir des chimios peu aplasiantes, **réversibles** après une période de répercussion variable suivant les drogues utilisées avec un phénomène d'accumulation suivant la dose.

- Pour la chimio autre : peuvent être +++ aplasiantes, et peuvent même nécessiter une greffe de moelle.

## **Effets secondaires du traitement :**

### **MUCITE:**

- Grade 0: absence de stomatite
- Grade 1: érythème modérément douloureux, ulcérations indolores
- Grade 2: érythème douloureux, œdèmes ou ulcérations présentes.
- Grade 3: érythème œdème ou ulcérations douloureuses, alimentation solide impossible
- Grade 4: déglutition impossible.

Dès le grade 2 la gastrostomie est envisagée.

Des infections peuvent survenir sur une muqueuse fragilisée et sur un terrain aplasié.

Aphtes et ulcérations de la muqueuse: Il faut mettre en place un traitement local par bain de bouche et vérification des prothèses. Se méfier des vieilles résines poreuses ou des résines de rebasage.

Pour les tumeurs générales, on va avoir un risque de septicémie en cas d'aphtes ou d'ulcérations (car l'aplasie est forte)

On va aussi retrouver des syndromes hémorragiques et une toxicité digestive des médicaments (nausée, vomissement, diarrhées, anorexie...)

### **CAT:**

Examen clinique et radiologique avec recherche des foyers infectieux à cours et long terme. Enseignement de l'hygiène et motivation.

### Avant l'aplasie :

RECB, jusqu'à 10 jours avant la manifestation de l'aplasie, anesthésie normale.

### Pendant l'aplasie :

Hygiène++ soins limités aux gestes d'urgence. On doit traiter les effets secondaires réversibles, bain de bouche au bicarbonate, gel de xylo, antalgiques parfois de grade 2 ou 3, antifongiques...

Attention aux interactions, anesthésique local / méthotrexate et adrénaline / procarbazine.

### Après l'aplasie :

Soins suivant un protocole classique. Surveillance vers le retour à la normalité sans apparition de lésion suspecte. La chimio a très peu de répercussions une fois que le traitement est fini. Contrôles des constantes sanguines pour tout acte chirurgical.

Polynucléaires >1500 et plaquettes > 75000.

| COMPLETE BLOOD COUNT                  |       | NUMÉRATION FORMULE SANGUINE |     |
|---------------------------------------|-------|-----------------------------|-----|
| <b>HEMOGRAMME</b>                     |       |                             |     |
| NUMERATION GLOBULAIRE                 |       |                             |     |
| Hématies . . . . .                    | 0.000 | /mm <sup>3</sup>            |     |
| Hémoglobine . . . . .                 | 14,2  | g/dl                        |     |
| Hématocrite . . . . .                 | 42,2  | %                           |     |
| Volume moyen glob . . . . .           | 85,3  | f1                          |     |
| T.C.M.H. . . . .                      | 28,7  | pg                          |     |
| C.C.M.H. . . . .                      | 33,6  | g/dl                        |     |
| Ind.de distribution . . . . .         | 13,1  |                             |     |
| Leucocytes . . . . .                  | 6.900 | /mm <sup>3</sup>            |     |
| <b>FORMULE SANGUINE</b>               |       |                             |     |
| Polynucléaires neutrophiles . . . . . | 66,9  | %                           | 461 |
| Polynucléaires éosinophiles . . . . . | 3,2   | %                           | 22  |
| Polynucléaires basophiles . . . . .   | 1,0   | %                           | 6   |
| Lymphocytes . . . . .                 | 20,9  | %                           | 144 |

De plus en plus de patients devant suivre ou ayant suivi une chimiothérapie fréquenteront nos cabinets. Il faut placer nos interventions suivant les stades du traitement carcinologique en respectant la hiérarchie thérapeutique. Coordination importante avec l'équipe carcino.

#### LA RADIOTHERAPIE :

Si radio hors champs tête et cou : n'as aucune incidence.

Pour la curiethérapie (rare) on peut faire des gouttières plombées et des ouvre bouche pour éloigner et protéger les tissus.

La radiothérapie externe à des effets réversibles sur la CB et les revêtements cutanés. (Radiomucite, radiodermite, perte du goût, œdème post radiques, xerostomie)

On as surtout des séquelles **irréversibles**: asialie, difficulté d'alimentation, trismus, ostéite, jabot, zones imberbes...

**A la différence de la chimiothérapie, la radiothérapie a donc des effets irréversibles, mais ceux ci sont localisés et non pas généraux.**

#### L'asialie :

Pour les GSA, ont peut espérer une récupération de la salive, mais comme la parotide est très irradiée, le volume salivaire ne sera pas retrouvé

Fluocaril bi fluoré gel 2000 à prescrire avec la gouttière. (Ce n'est pas la même chose que le dentifrice...)

L'eau de vichy (= eau avec du bicarbonate) ça aide un peu pour la xérostomie.

#### Salive artificielle :

- Artisial
- Aequasyal
- Bio extra gel

#### Traitement de fond :

- Salagen, mais cher ++
- Chlorhydrate de pilocarpine 2,5 mg, à ne pas donner avec glaucome ou HTA, ça fait suer et pleurer, il faut augmenter progressivement.
- Surfallem mais l'efficacité est douteuse.
- Lactose: gélules de 2,5mg. Commencer à 3 gélules par jour puis jusqu'à 6 par jour à 6 semaines.

La xerostomie va favoriser les candidoses++

Il ne faut pas voir des candidoses partout. La langue noire ce n'est pas une candidose, ce sont des papilles longues qui captent tous les colorants.

On ne fait jamais de bain de bouche antifongique si la candidose n'est pas avérée.

#### Traitement de la candidose:

- Miconazole: 1 pastille par jour pendant 14 jours
- Ou Daktarin 1 cuillère dose 3 fois par jour pendant 7 jours.
- Et paroex pendant 14 j.

#### **Le trismus post radique :**

C'est une séquelle très invalidante, gêne l'alimentation, la déglutition et la phonation. Cela va compliquer notre prise en charge prothétique. Il va falloir envisager des portes empreintes démontables et des prothèses à étages.

Il faut essayer de donner au patient des exercices d'ouverture/fermeture. Ça concerne tous les muscles du champ!

Importance de la mobilisation et de la kine lorsque l'atm et les muscles élévateurs et abaisseurs sont dans les champs. Cette mobilisation est à commencer dès la fin de la radio.

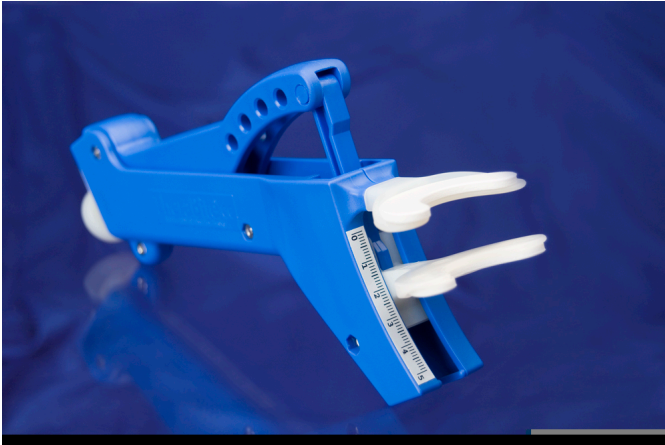
Le mobilisateur standard c'est "la sauterelle" en métal. Sinon il existe le Therabite ou l'appareil de Reinier. Avec des résultats variable.

On peut faire tout en même temps. Ils sont complémentaires dans leur action.

Il faut le faire plusieurs fois par jour.

Et puis il y a les appareillages individuels qui nécessitent de prendre une empreinte: appareil de Voreaux ou de Benoît.





### **L'odontonecrose**

La dent devient molle petit à petit, et marron, voire noire.

Souvent sous la gencive la dent est intacte, ça ne concerne que la couronne. On peut donc faire des inlay-core/couronnes.

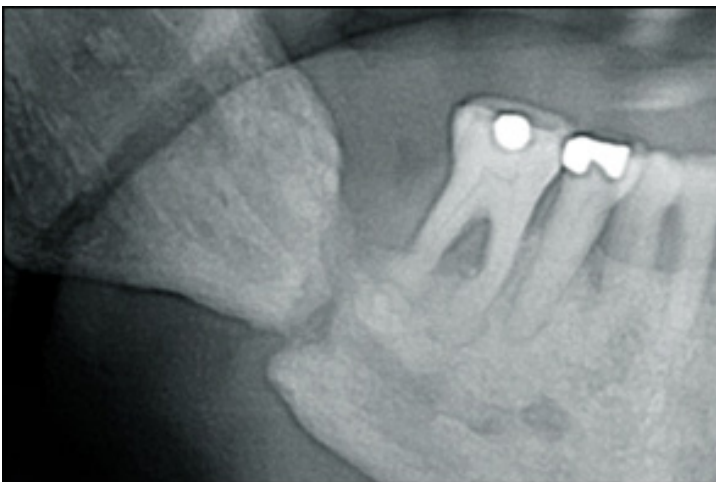
### **L'osteoradionecrose (ORN)**

C'est l'effet le plus redoutable, on a peu de solution.

Les ATB évitent juste la surinfection. Les lambeaux ne vont pas prendre dessus.

L'évolution à terme c'est la fracture spontanée de la mandibule, qui va nécessiter une reconstitution. Or nous sommes sur un terrain irradié.

L'ORN est provoquée dans 60% des cas par des avulsions, trauma ou infections dentaires. Elle est mandibulaire dans 80% des cas. Car la vascularisation est moindre et l'irradiation supérieure.



### **Signes:**

Douleurs, halitose, trismus, fistule, fracture. (=signes infectieux)

### La prévention de l'ORN:

Identification de la zone irradiée, temps écoulé depuis la radio (mais le risque est a vie) et dose reçue.

### Risque élevé si la dent est :

- Dans le champ
- Mandibulaire.
- Postérieure
- Si la dose d'irradiation est entre 45 et 70 Gray on a un risque de moins de 5%
- A partir de 70 Gray de 5 à 20 % selon les auteurs.

Attention, le risque ne diminue pas avec les années. Ça aurait peut être même tendance a augmenter.

### Avant irradiation:

- RECB
- Bilan clinique et radiologique
- Évaluer le plan de traitement suivant: l'état de conscience buccale du malade, la compliance, l'espérance de vie.
- Empreintes pour réalisation de gouttières de fluoration. Il ne pourra pas les utiliser pendant la radiothérapie car c'est très douloureux.
- Avulsions des dents suspectes.
- Cicatrisation de 3 semaines est idéale avant le début de la radio
- Les dents incluses asymptomatiques sans communication avec la CB seront conservées.
- Les implants asymptomatiques seront conservés

### RQ : Quelles dents avulser ??

- A l'intérieur des champs, toute dent mobile, fortement cariée, porteuse d'une lésion apicale ou parodontale (furcation+++)
- Les dents de sagesse sont toujours sources de problèmes, à cause de la mucite et des tissus qui gonflent. Donc on les avulse tout le temps.
- On ne retire pas les dents qui sont dans la grande proximité de la tumeur.

### Après irradiation:

- RECB de ce qu'il reste et suivi carcinologique.
- Port de la gouttière de fluoration 15 minutes par jour et à vie.
- Hors des champs tout est envisageable sous ATB,

- Dans le champ, détartrages, soins conservateurs et endos, sont possibles sous digue et ATB
- En cas de blessure prothétique, on dépose la prothèse amovible, on met des ATB jusqu'à cicatrisation, **si à 3 semaines ça ne cicatrise pas, risque de reprise carcino+++**, faire biopsie.

#### Avulsion dentaire en territoire irradié :

- Il est important d'avoir le courrier du radiothérapeute avec la cartographie des champs et des doses. Il est mieux de l'avoir en couleur
- Sous ATB, à débiter 24h avant et jusqu'à cicatrisation muqueuse.
- Anesthésie sans vaso, contre indication à l'anesthésie intra septale, intraosseuse et intra ligamentaire.
- Fermeture de la plaie avec des sutures étanches mais sans tension et des colles biologiques (mais pas sur de l'intérêt). Ces colles étant d'accès exclusivement hospitalier.
- Certains utilisent le PRF, sans preuves.

RQ : En dessous de 45gray on peut poser des implants pour stabiliser une prothèse. Il faut bien prendre le temps de l'ostéo-intégration, affectée par la diminution du turn over osseux. Ca apporte un confort de vie important.

Contrôle clinique et radiologique à 3, 6, 9 mois et 1 ans. Puis tous les 6 mois. Lors de chaque consultation, il faut vérifier que les patients portent bien leurs gouttières

## CONCLUSION

Le choix thérapeutique ne doit pas relever d'une attitude dogmatique. Évaluer le rapport bénéfices/risques en fonction de divers critères (hygiène, état, compliance...)

Le plus important reste la pathologie cancéreuse.

On vit mieux avec quelques dents en moins et une prothèse, plutôt qu'avec la mandibule en moins à cause de l'ostéoradionécrose.

De plus, un patient qui a une récurrence, peut vivre avec sa récurrence. On va pas le guérir, mais il doit vivre longtemps et bien. Grâce à sa prothèse. Le diabète on ne l'a jamais guéri non plus...