



HAL
open science

Prise en charge du patient âgé fragile édenté complet atteint d'un cancer au maxillaire

Maéva Collet

► **To cite this version:**

Maéva Collet. Prise en charge du patient âgé fragile édenté complet atteint d'un cancer au maxillaire. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01666264

HAL Id: dumas-01666264

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01666264>

Submitted on 18 Dec 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITÉ NICE-SOPHIA ANTIPOLIS
FACULTÉ DE CHIRURGIE DENTAIRE
24 Avenue des Diabes Bleus, 06357 Nice Cedex 04

**PRISE EN CHARGE DU PATIENT AGE FRAGILE EDENTE COMPLET
ATTEINT D'UN CANCER AU MAXILLAIRE**

Année 2017

Thèse n°42-57-17-41

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant
la Faculté de Chirurgie Dentaire de Nice

Le 21 Décembre 2017

Par

Madame Maëva COLLET

Née le 17 Novembre 1992 à Nice

Pour obtenir le grade de :

DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE (Diplôme d'État)

Examineurs :

Madame le Professeur	Claire LASSAUZAY	Présidente du jury
Madame le Docteur	Nathalie BRULAT-BOUCHARD	Assesseur
Monsieur le Docteur	Olivier LAPLANCHE	Assesseur
<u>Madame le Docteur</u>	<u>Marie-Hélène ORSINI-ORLANDUCCI</u>	<u>Directrice de thèse</u>
Madame le Docteur	Leonor CERETTI	Membre invité



CORPS ENSEIGNANT

56^{ème} section : DEVELOPPEMENT, CROISSANCE ET PREVENTION

Sous-section 01 : ODONTOLOGIE PEDIATRIQUE

Professeur des Universités : Mme MULLER-BOLLA Michèle
Maître de Conférences des Universités : Mme JOSEPH Clara
Assistant Hospitalier Universitaire : Mme PIERRE Audrey

Sous-section 02 : ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE

Professeur des Universités : Mme MANIERE-EZVAN Armelle
Assistante Associée-Praticien Associé : Mme OUEISS Arlette
Assistant Hospitalier Universitaire : M. BUSSON Floriant

Sous-section 03 : PREVENTION, EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE, ODONTOLOGIE LEGALE

Professeur des Universités : Mme LUPI-PEGURIER Laurence
Assistant Hospitalier Universitaire : Mme SOSTHE Anne Laure
Assistant Hospitalier Universitaire : Mme BORSA Leslie

57^{ème} section : SCIENCES BIOLOGIQUES, MEDECINE ET CHIRURGIE BUCCALE

Sous-section 01 : PARODONTOLOGIE

Maître de Conférences des Universités : M. CHARBIT Yves
Maître de Conférences des Universités : Mme VINCENT-BUGNAS Séverine
Assistant Hospitalier Universitaire : M. BORIE Gwenaël
Assistant Hospitalier Universitaire : M. RATHELOT Benjamin

Sous-section 02 : CHIRURGIE BUCCALE, PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE, ANESTHESIE ET REANIMATION

Professeur des Universités Associées : Mme MERIGO Elisabetta
Maître de Conférences des Universités : M. COCHAIS Patrice
Maître de Conférences des Universités : M. SAVOLDELLI Charles
Assistant Hospitalier Universitaire : M. PAUL Adrien

Sous-section 03 : SCIENCES BIOLOGIQUES

Professeur des Universités : Mme PRECHEUR-SABLAYROLLES Isabelle
Maître de Conférences des Universités : Mme RAYBAUD Hélène
Maître de Conférences des Universités : Mme VOHA Christine

58^{ème} section : SCIENCES PHYSIQUES ET PHYSIOLOGIQUES ENDODONTIQUES ET PROTHETIQUES

Sous-section 01 : ODONTOLOGIE CONSERVATRICE, ENDODONTIE

Professeur des Universités : Mme BERTRAND Marie-France
Professeur des Universités : M. MEDIONI Etienne
Professeur Emérite : M. ROCCA Jean-Paul
Maître de Conférences des Universités : Mme BRULAT-BOUCHARD Nathalie
Maître de Conférences Associé des Universités : M. CEINOS Romain
Assistant Hospitalier Universitaire : M. MORKOWSKI-GEMMI Thomas
Assistant Hospitalier Universitaire : Mme DUVERNEUIL Laura
Assistant Hospitalier Universitaire : M. GANDJIZADEH GHOUCHANI Mir-Payam

Sous-section 02 : PROTHESES

Professeur des Universités : Mme LASSAUZAY Claire
Maître de Conférences des Universités : M. ALLARD Yves
Maître de Conférences des Universités : M. LAPLANCHE Olivier
Maître de Conférences des Universités : Mme POUYSSEGUR-ROUGIER Valérie
Assistant Hospitalier Universitaire : Mme CERETTI Leonor
Assistant Hospitalier Universitaire : M. OUDIN GENDREL Antoine
Assistant Hospitalier Universitaire : M. SABOT Jean-Guy
Assistant Hospitalier Universitaire : M. SAMMUT Arnaud

Sous-section 03 : SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Professeur des Universités : M. BOLLA Marc
Professeur des Universités : M. MAHLER Patrick
Maître de Conférences des Universités : Mme EHRMANN Elodie
Maître de Conférences des Universités : M. LEFORESTIER Eric
Assistant Hospitalier Universitaire : Mme AZAN Cindy

Remerciements aux Membres du Jury

A Madame le Professeur Claire LASSAUZAY

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur d'accepter la présidence de mon jury.
Je vous adresse toute ma reconnaissance pour votre enseignement et votre savoir clinique d'une qualité exceptionnelle.
Recevez ce travail comme la marque d'une profonde admiration et de ma sincère reconnaissance.

A Madame le Docteur Marie-Hélène ORLANDUCCI

Praticien Hospitalier

Je vous remercie sincèrement d'avoir accepté de diriger mon travail.
Le temps passé à travailler à vos côtés m'a permis de voir votre investissement, votre professionnalisme et votre détermination auprès des patients. Vous m'avez permis de prendre conscience de l'importance de la prise en charge des personnes âgées.
Je vous suis infiniment reconnaissante pour l'aide et le soutien que vous m'avez apportés pour cette thèse.
Veuillez trouver dans ce travail l'expression de ma gratitude et de mon profond respect.

A Madame le Docteur Nathalie BRULAT-BOUCHARD

Maître de Conférences des Universités - Praticien Hospitalier

Votre présence en ce jour particulier est pour moi un honneur, mais aussi une joie. Je vous remercie pour le savoir que vous avez su nous transmettre au cours de ces cinq dernières années. J'ai beaucoup appris à vos côtés comme étudiante à la faculté puis comme étudiante en clinique et enfin comme « monitrice » en travaux pratique d'odontologie conservatrice.
Veuillez trouver dans cette thèse, l'expression de mon plus grand respect.

A Monsieur le Docteur Olivier LAPLANCHE

Maitre de Conférences des Universités - Praticien Hospitalier

Vous m'avez fait l'honneur de siéger dans ce jury de thèse.
Depuis les premières années vous avez su me faire profiter de votre enseignement de qualité et votre admirable expérience clinique.
Veuillez trouver dans ce travail, l'expression de ma reconnaissance et de tous mes remerciements.

A Madame le Docteur Leonor CERETTI

Assistant Hospitalier Universitaire

C'est avec beaucoup de plaisir que je vous compte parmi les membres de ce jury.
Votre bonne humeur, votre patience, votre gentillesse et tous vos précieux conseils m'ont permis d'avancer en clinique sereinement.
Un grand merci pour votre soutien amical et professionnel.
Que ce travail soit l'expression de ma plus grande reconnaissance.

Table des matières

Introduction.....	8
PARTIE 1 - Le diagnostic : Rôle de l'équipe soignante	11
I. Consultation au cabinet dentaire.....	11
1. Entretien	11
2. Examen clinique exobuccal	13
3. Examen clinique endobuccal	13
4. Examens complémentaires	13
II. Prise en charge en service spécialisé	15
1. Bilan endoscopique	15
2. Bilan d'imagerie	16
3. Classification TNM.....	16
4. Bilan de l'état général et pré-thérapeutique	17
PARTIE 2 – Démarche préalable aux choix thérapeutiques	19
I. Critères cliniques	19
1. Cancer de stade I et de stade II débutant.....	19
2. Cancer de stade III et de stade IV	20
3. Cancer inopérable	20
4. Abstention thérapeutique.....	20
II. Critères liés aux spécificités du patient âgé.....	20
III. Réunion de concertation pluridisciplinaire.....	21
IV. Dispositif d'annonce.....	23
PARTIE 3 - Traitements, réhabilitations et suivi du patient.....	25
I. Traitements d'une tumeur maligne au maxillaire	25
1. Chirurgie	25
1.1. Maxillectomie.....	25
1.2. Classification des pertes de substance maxillaires.....	25
1.3. Conséquences des pertes de substance maxillaires	26
1.3.1. Conséquences fonctionnelles	26
1.3.2. Conséquences esthétiques.....	26
2. Radiothérapie	27
2.1. Principe de la radiothérapie	28
2.2. Conséquences de la radiothérapie sur la cavité buccale.....	28

Avant la radiothérapie.....	30
Pendant la radiothérapie	31
Après la radiothérapie	31
3. Chimiothérapie	31
II. Réhabilitation du patient âgé après maxillectomie	32
1. Réhabilitation chirurgicale.....	32
1.1. Généralités	32
2. Réhabilitation prothétique.....	33
2.1. Généralités	33
2.2. Rôles de la prothèse obturatrice.....	33
2.3. Différents types de prothèses obturatrices chez l'édenté complet.....	34
2.3.1. Prothèse immédiate	34
2.3.2. Prothèse transitoire	34
2.3.3. Prothèse d'usage	35
2.4. Aide à la rétention : les implants ostéo-intégrés	41
2.5. Avantages et inconvénients de la PMF.....	42
3. Réhabilitation mixte	43
III. Suivi des patients.....	43
Conclusion.....	45
Références bibliographiques.....	47
Annexes.....	54

Table des illustrations

Figures

Figure 1 : Déroulement d'une réunion de concertation pluridisciplinaire	22
Figure 2 : Thérapeutiques en cancérologie ORL ^[1]	24
Figure 3 : Asymétrie faciale	27
Figure 4 : Bride cicatricielle	27
Figure 5 : Rétraction labiale	27
Figure 6 : Ouverture buccale limitée	29
Figure 7 : Echec d'une reconstruction chirurgicale.....	32
Figure 8 : Photos illustrant les étapes de réalisation d'une prothèse obturatrice immédiate et transitoire	36
Figure 9 : Obturateur autostable ^[103]	38
Figure 10 : Obturateur en résine souple.....	38
Figure 11 : Obturateur en résine rigide.....	38
Figure 12 : Obturateur évidé ^[16]	39
Figure 13 : Photos illustrant le cas d'un patient réhabilité par une prothèse obturatrice implanto stabilisée.....	41
Figure 14 : Photos illustrant une perte de substance maxillaire obturée par des débris alimentaires.....	42
Figure 15 : Photos illustrant une réhabilitation mixte	43

Tableaux

Tableau 1 : Synthèse des signes d'appels cliniques et radiographiques de malignité pour un cancer des VADS ^[1, 26, 27]	14
Tableau 2 : Stadification des cancers buccaux ^[55]	19
Tableau 3 : Description des obturateurs rigides et souples ^[8]	40
Tableau 4 : Avantages et inconvénients d'une prothèse maxillo-faciale ^[8]	42

Abréviations

ECG : Electrocardiogramme

HAS : Haute Autorité de Santé

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

IRM : Imagerie par Résonance Magnétique

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ORL : Oto-Rhino-Laryngologie

ORN : Ostéoradionécrose

PAC : Prothèse Amovible Complète

PDS(M) : Perte De Substance (Maxillaire)

PEI : Porte-Empreinte-Individuel

PMF : Prothèse Maxillo-Faciale

RCP : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire

TDM : Tomodensitométrie

TEP : Tomographie par Emission de Positron

TNM : Tumor Node Metastase

TSH : Thyréostimuline

UCOG : Unité de Coordination en Oncogériatrie

UICC : Union Internationale Contre le Cancer

VADS : Voies Aéro-Digestives Supérieures

VAS : Voies Aériennes Supérieures

VDS : Voie Digestives Supérieures

Introduction

Les tumeurs du maxillaire sont des cancers de la cavité buccale qui font partie des cancers des Voies Aéro-Digestives Supérieures (VADS). Ces dernières regroupent les Voies Aériennes Supérieures (VAS) et les Voies Digestives Supérieures (VDS).

Pour rappel, le maxillaire est un os pair, médian et symétrique participant au massif facial supérieur. Il compose, l'arcade dentaire supérieure, la partie inférieure de l'orbite osseuse, la face latérale des fosses nasales ainsi que le palais dur. Il s'articule avec les os du massif facial supérieur : os palatin, os zygomatique, os lacrymal, cornet nasal inférieur, nasal et vomer. Il est creusé d'une cavité pneumatique, le sinus maxillaire. Au niveau des os du crâne, le maxillaire s'articule avec l'os frontal, l'os sphénoïde et l'os ethmoïde [12]. L'os maxillaire est au carrefour des voies aéro-digestives supérieures qui ont un rôle primordial dans la déglutition, la respiration, la phonation et la mastication. Ce sont des fonctions essentielles pour la qualité de la vie des patients. Par conséquent le dépistage précoce et la prise en charge de ces cancers se révèlent indispensables [1, 2, 9, 12, 54].

Les tumeurs de l'os maxillaire peuvent avoir deux origines : les tumeurs à point de départ buccal et les tumeurs à point de départ nasosinusal qui s'étendent secondairement en direction du maxillaire. Ces deux types de tumeurs ont des caractéristiques différentes sur le plan étiologique et clinique. Dans ce travail, seules les tumeurs maxillaires à point de départ buccal sont considérées [27].

D'un point de vue **épidémiologique**, les cancers des VADS se situent au 6^{ème} rang des décès par cancers chez l'homme et au 10^{ème} rang chez la femme, en 2015 en France. On a recensé plus de 14 706 nouveaux cas et 3788 décès de cancers des VADS en 2015. Les tumeurs de la cavité buccale représentent la 5^{ème} localisation cancéreuse et 25% des cancers des VADS en France. Les régions anatomiques les plus touchées sont le plancher de la langue et la langue mobile. Les tumeurs du palais sont plus rares, elles représentent 5 à 12% des néoplasies de la cavité buccale. L'âge médian de découverte est de 61 ans chez l'homme et 63 ans chez la femme. L'incidence du cancer augmente régulièrement au cours de la vie. Cette pathologie concerne surtout le sujet âgé, toutefois un rajeunissement de la population atteinte (non (ou peu) alcool-tabagique) est observé [46, 59].

La France est le pays d'Europe le plus touché par les cancers des VADS. C'est un problème de santé publique majeur, d'autant plus qu'il existe une disparité entre le Nord et le Sud. C'est un des cancers ayant la plus forte inégalité sociale (ex : un homme sans diplôme est trois fois plus exposé qu'un homme diplômé) [46, 96].

Un grand nombre de facteurs influence le taux de survie et augmente la morbi-mortalité de ces cancers. Plus le patient est âgé et présente un mauvais état de santé général avec des comorbidités associées, moins le taux de survie est important. Chez les personnes de plus de 75 ans, la survie à 5 ans est de 23% chez l'homme et 35% chez la femme. À 10 ans, la survie passe à 11 % chez l'homme et 32 % chez la femme [46].

Ce taux de survie dépend également de l'arrêt ou non de la consommation alcool-tabac et des complications viscérales associées mais aussi de la précocité de la prise en charge carcinologique, de la durée d'évolution de la symptomatologie clinique, de la localisation du site tumoral et du stade de la tumeur. En ce qui concerne les pays de l'Europe de l'ouest, c'est la France qui a le taux de survie le plus faible. Ce taux n'a pas connu d'augmentation depuis plus de 30 ans [1, 2, 22, 23, 46, 59].

Le **facteur de risque** le plus important est l'alcoolo-tabagisme. Avec le tabac, le risque de survenue de cancer au niveau de la cavité buccale est multiplié par quatre. Plus le tabagisme est ancien et important, plus le risque de cancer augmente. Le seuil critique d'augmentation significatif du risque semble se situer autour de 20 Paquets/Année. Indépendamment de la dose, c'est surtout la durée de l'intoxication qui a une influence sur le risque [6, 24, 56].

L'alcool a un effet synergique avec le tabac et, favorise de plus la pénétration des agents carcinogènes de la fumée dans la muqueuse. Ensemble ils multiplient par 15 les risques de survenue d'un cancer au niveau de la cavité buccale [97]. Toutefois 5% des cancers des VADS surviennent aussi sur un terrain non-fumeur [24, 56].

Un autre facteur de risque notable est le genre. De manière générale, le taux d'incidence des cancers de la cavité buccale est moins élevé chez les femmes (2%) que chez les hommes (15%). Mais, depuis quelques années, la tendance s'inverse, les femmes ayant de plus en plus une conduite à risque, la possibilité de développer un cancer des VADS est plus importante. Chez les hommes ce risque semble diminuer [59].

Avec l'âge, le risque de développer un cancer des VADS augmente. Au 1^{er} janvier 2017 selon l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE), les personnes âgées de plus de 60 ans représentent 25,3 % de la population française, et celles de plus de 75 ans 9,1%. Une personne est dite « âgée » à partir de 60 ans, selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Le vieillissement de la population est un fait majeur de nos sociétés modernes. Il est lié à la fois à l'entrée des « baby-boomer », dans le troisième âge et à l'allongement de l'espérance de vie [73, 75].

La dénutrition fréquemment rencontrée chez le sujet âgé est un facteur de risque mineur comparé à la consommation associée d'alcool et de tabac.

Le défaut d'hygiène buccodentaire est rencontré chez quasiment tous les patients âgés. Or, des études ont montré qu'il est courant de retrouver chez les patients atteints d'une tumeur de la cavité buccale, une mauvaise hygiène dentaire, un mauvais état parodontal ainsi que des infections bucco dentaires chroniques [21, 74].

Les facteurs socio-économiques influencent également le risque de développer une tumeur des VADS. Des études ont révélé que 70% de ces cancers touchent des patients issus de milieu défavorisé. En effet l'accès aux mesures de prévention et de dépistage est plus difficile, les habitudes de vie néfastes telles que le manque d'hygiène bucco-dentaire et un état nutritionnel déficient peuvent accroître le risque de survenue d'un cancer des VADS. Parfois ce facteur s'intègre dans un contexte alcoolo-tabagique. La flore bucco pharyngée participerait à la dégradation de l'éthanol en acétaldéhyde, ce qui augmenterait la concentration locale d'éléments carcinogènes [1, 2, 3, 7, 8, 9].

Dans 5% des cas les cancers des VADS surviennent sur une lésion précancéreuse : leucoplasie, candidose chronique, lichen plan buccal, papillomatose orale floride, érythroplasie [9, 56].

Les tumeurs de la tête et du cou sont des cancers agressifs. Elles entraînent des métastases et les récives sont fréquentes. Seulement un quart des cancers sont découverts chez des patients âgés de moins de 50 ans et dans 70% des cas, la détection de la tumeur est tardive et le cancer déjà avancé. C'est la raison pour laquelle ces cancers ont un mauvais pronostic avec un taux de mortalité élevée (environ 10 500 décès/an) [1].

Le vieillissement atteint de façon inégale les personnes âgées, au même âge certaines sont autonomes et d'autres « dépendantes ».

Les personnes âgées fragiles se situent dans d'un état intermédiaire. Elles sont encore autonomes pour les activités de base de la vie quotidienne, mais peuvent basculer à tout moment dans la dépendance suite à une cascade d'événements indésirables. Cet état de fragilité affecte à la fois leur santé et leur environnement familial.

Une diminution des capacités physiologiques de réserve altère les mécanismes d'adaptation au stress, imperceptible jusqu'au seuil de rupture où elle se manifeste par la perte de l'autonomie fonctionnelle [38, 60, 61, 62].

Il existe une corrélation entre fragilité et majoration du risque de mortalité, de chute, d'hospitalisation, de dépendance, et d'institutionnalisation. Ainsi ces patients « à risque » doivent être identifiés pour être pris en charge précocement de manière à ralentir l'évolution vers la dépendance, améliorer leur qualité de vie ainsi que celle de leur entourage [63].

Ce travail a pour objectif de décrire le rôle de l'équipe soignante dans le dépistage et la prise en charge des cancers des VADS chez la personne âgée fragile, les thérapeutiques mises en place et les différentes solutions existantes pour réhabiliter ces patients présentant un édentement total suite à une maxillectomie.

PARTIE 1 - Le diagnostic : Rôle de l'équipe soignante

Au début de la maladie, le cancer des VADS ne présente pas de symptômes spécifiques. Il peut être détecté au cours d'une consultation chez le chirurgien-dentiste, le stomatologiste, lors d'un examen ORL classique ou bien chez le médecin généraliste [56].

I. Consultation au cabinet dentaire

Le chirurgien-dentiste est souvent le premier à repérer les signes d'alerte lors d'un examen bucco-dentaire. Chez le sujet âgé, la démarche diagnostique est la même que pour les autres patients. La consultation dentaire commence par un entretien approfondi sur la situation médicale du patient, ses habitudes de vie et se poursuit par un examen exobuccal et endobuccal complet. Des examens complémentaires peuvent être prescrits pour aider au diagnostic. Le chirurgien-dentiste a donc un rôle déterminant dans la détection précoce des cancers de la cavité buccale et l'orientation des patients vers un spécialiste en cas de doute ou de suspicion [9, 13, 21, 24, 25].

1. Entretien

Le chirurgien-dentiste voit régulièrement ses patients âgés dans le cadre d'une prise en charge globale. Il est un des premiers spécialistes à pouvoir repérer les signes et les conséquences des variations physiologiques et pathologiques du vieillissement. Sa responsabilité professionnelle l'engage non seulement à déceler les maladies récemment contractées mais aussi à orienter ses personnes vers les spécialistes concernées. Les maladies fréquentes telles que la dépression, la démence ou la malnutrition ne doivent pas être considérées à tort comme de simples signes de sénilité. C'est pourquoi une appréciation multidimensionnelle évaluant le contexte psychologique du patient, son état cognitif, ses difficultés sensorielles et motrices, son niveau de coopération et sa motivation est essentielle pour proposer des traitements en adéquation avec ses capacités [76].

Lors de l'entretien avec une personne âgée, il est nécessaire de ne pas parler trop vite, de formuler des phrases courtes avec des mots simples et d'articuler. Le praticien doit être attentif au langage verbal et non verbal (expression du visage, intonation de la voix, contact visuel, toucher). Il est parfois plus facile pour le patient d'exprimer un sentiment par un comportement non-verbal que le soignant doit savoir identifier. Si le patient est dans l'incapacité de répondre, il faut interroger la famille, les aidants, la personne de confiance, le médecin traitant ou le tuteur afin d'obtenir les informations nécessaires [78].

L'âge n'est pas une contre-indication aux soins dentaires mais il permet de prendre en compte les difficultés de réalisation technique (durée de la séance, ouverture buccale) pour s'adapter aux capacités du patient. Avec l'âge, le risque de développer un cancer des VADS augmente, il est donc nécessaire d'être attentif à tous les signes d'alerte qui pourraient faire suspecter une tumeur [21].

Le chirurgien-dentiste analyse le mode et les conditions de vie du patient pour évaluer le niveau de dépendance et son profil nutritionnel. Si le patient est en perte d'autonomie, la mise en place, le retrait et le nettoyage d'une future prothèse dentaire risque d'être difficile, il faudra alors en avertir son entourage. Le repérage des troubles nutritionnels est également important afin de prévenir le risque de dénutrition [74, 79, 80].

Le praticien détermine également le motif de la consultation. Selon la raison (esthétique, douleur, gêne fonctionnelle..), la prise en charge sera différente. Une personne âgée vit souvent la douleur comme une « normalité », elle peut aussi être réticente à signaler certains symptômes par crainte d'une hospitalisation associée à une évolution inévitable vers la mort. C'est pourquoi il est essentiel lors de l'entretien d'écouter et comprendre les motivations et doléances du patient. En effet aucun symptôme ne doit être attribué au vieillissement physiologique tant qu'une évaluation approfondie n'a pas été effectuée et d'autres étiologies possibles éliminées.

D'un point de vue médical, il est souvent compliqué d'obtenir la liste exhaustive des médicaments (ceux qui sont prescrits et ceux qui sont pris en automédication) en raison de troubles sensoriels (hypoacousie, handicap visuel) ou de déclin cognitif. Il est donc indispensable de confirmer les informations recueillies en joignant le médecin traitant ou la famille afin de déterminer si il y a un risque hémorragique, infectieux, allergique ou médicamenteux.

Le chirurgien-dentiste interroge également le patient sur ses antécédents médicaux, chirurgicaux, ORL et dentaires. Il n'est pas rare qu'un patient âgé omette de préciser qu'il a été traité par biphosphonates ou radiothérapie pour un cancer par exemple [9, 13].

Connaître les habitudes nocives du patient, le tabac en paquet-année, l'alcool en g/jour permet de déceler les facteurs de risques de développer un cancer des VADS. Une consommation moyenne d'alcool de 10g/jour, soit un verre « standard » expose à une augmentation du risque de développer un cancer de façon significative [98, 99]. Concernant le tabac, il n'existe pas de seuil au-dessous duquel fumer ne représente pas de risque. Ce dernier dépend du nombre de cigarettes fumées par jour et de l'ancienneté de l'intoxication.

La dégradation de l'état bucco-dentaire de la personne âgée s'explique par le manque d'hygiène buccale. Les origines des défaillances en matière d'hygiène sont multiples.

- Les **limitations fonctionnelles** au niveau des membres supérieurs liées à certaines pathologies (maladie de Parkinson, atteintes ostéo-articulaires) et les déficits physiologiques comme la diminution de la dextérité et les problèmes de coordination neuro-musculaire ne peuvent que perturber voir compromettre les gestes d'hygiène indispensable.
- Les **systèmes sensoriels déficients**, que ce soit la vision, l'odorat ou le goût, sont aussi moins capables d'informer le patient âgé sur le niveau de propreté de ses prothèses et de sa cavité buccale.
- Il existe aussi une **modification du rôle de détersion de la salive** en raison d'une diminution de la sécrétion salivaire. Cette baisse est due à la prise fréquente de médicaments ayant une incidence sur la sécrétion salivaire.
- Aux problèmes physiques, il faut aussi ajouter un **contexte psychologique particulier**, une fréquente solitude affective, un syndrome dépressif, un repli sur soi associé à un laisser-aller général.
- La **croyance populaire injustifiée** reliant la perte inévitable des dents au vieillissement physiologique de la cavité buccale est aussi en partie responsable de cette faible motivation à l'hygiène [21, 77].

2. Examen clinique exobuccal

Il comprend un [9, 21, 81] :

- Examen de la face : asymétrie, ouverture buccale, examen des innervations sensitives et motrices de la face, examen des téguments.
- Examen du cou : la recherche d'adénopathies cervico-faciale doit être systématique. Une adénopathie unilatérale, indolore, dure, fixée, sans signe inflammatoire local avec parfois des signes de compressions vasculaires doit faire évoquer la possibilité d'une lésion maligne, surtout en cas de contexte éthylo-tabagique. Il est nécessaire de préciser le siège/nombre/taille/consistance/mobilité sur un bilan initial daté afin de le remettre au spécialiste en charge des examens complémentaires.
- Examen fonctionnel : évaluer les fonctions de déglutition, phonation, respiration, et mastication. Pendant le processus de prolifération des cellules cancéreuses, les grandes fonctions des VADS peuvent être perturbées.

3. Examen clinique endobuccal

Lors de l'examen clinique endobuccal, il faut être rigoureux et attentif pour dépister une éventuelle lésion précancéreuse ou une tumeur. Pour cela, l'examen doit être réalisé dans les meilleures conditions possibles : bon éclairage, vision directe voir indirecte si besoin. En effet, plus le diagnostic aura été posé tôt, plus la qualité de vie et la survie du patient seront préservées [9, 13, 95].

- Inspection :

Elle se fait à l'aide d'un abaisse langue ou de deux miroirs pour déplisser les plis de la cavité buccale les uns après les autres. La langue est maintenue avec une compresse pour favoriser l'examen. Cette inspection a pour but de repérer toute masse, douleur ou saignement provoqués [95].

- Palpation :

La palpation des muqueuses permet la détection d'une induration caractéristique des lésions malignes [13].

4. Examens complémentaires

Des radiographies (panoramique dentaire, clichés retro-alvéolaires, cône beam) complètent le bilan initial et permettent de visualiser une zone d'ostéolyse. Dans tous les cas, toute suspicion de malignité doit conduire à une consultation en milieu hospitalier où sera effectué un examen complet des VADS par un ORL spécialisé en oncologie. Le chirurgien-dentiste doit prendre rendez-vous pour son patient en adressant un courrier dans lequel il aura décrit la lésion au préalable [1, 13, 26, 27].

Chez la personne âgée, la douleur souvent vécue comme une « normalité » et les symptômes non spécifiques liées aux cancers de la cavité buccale compliquent et retardent l'établissement du diagnostic. En étant à l'écoute de son patient, le chirurgien-dentiste doit être alerté par certains signes cliniques et radiographiques (tableau 1).

Signes d'appel cliniques	Critères radiographiques de malignité
<ul style="list-style-type: none"> - Douleur (en général peu intense) - <u>Altération de l'état général</u> : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Anorexie ✓ Amaigrissement ✓ Asthénie - <u>Perturbation des fonctions</u> : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Alimentation (dysphagie, dénutrition) ✓ Respiration (dyspnée) ✓ Phonation (dysphonie) - Adénopathies - Otagie réflexe - Trismus - Tuméfaction/déformation osseuse - Mobilité dentaire/ Absence de cicatrisation après avulsion - Saignement - Glossodynie localisée - Ulcération chronique de la muqueuse 	<ul style="list-style-type: none"> - Image mal délimitée à contours flous et irréguliers - Lyse de la corticale sans refoulement ni amincissement - Réaction périostée intense et radiaire (spicules ?) - Envahissement des structures voisines - Lyse alvéolaire péri dentaires (dents flottantes)

Tableau 1 : Synthèse des signes d'appels cliniques et radiographiques de malignité pour un cancer des VADS [1, 26, 27]

II. Prise en charge en service spécialisé

Le patient est orienté en service spécialisé afin de réaliser des examens complémentaires dans le but de poser le diagnostic définitif. Les professionnels impliqués dans la prise en charge du patient sont nombreux : médecin généraliste, oto-rhino-laryngologiste, chirurgien maxillo-facial, stomatologue, oncologue-radiothérapeute, oncologue médical, radiologue, anesthésiste-réanimateur, pathologiste, dermatologue, médecin nucléaire, psychiatre, médecin nutritionniste, médecin algologue, chirurgien-dentiste, addictologue, infirmier, kinésithérapeute, diététicien, orthophoniste, psychologue, assistant social [10].

1. Bilan endoscopique

Lors de cette consultation, le spécialiste programme un bilan endoscopique comprenant une panendoscopie des VADS et un bilan anatomopathologique. En fonction des situations, il est complété par une fibroscopie œsophagienne et bronchique [1, 2, 4, 7, 9, 10, 13, 28, 32, 52, 95].

- **Panendoscopie des voies aéro-digestives supérieures**

L'examen endoscopique des VADS est systématique. Il est réalisé sous anesthésie générale à l'aide d'endoscopes rigides et d'optiques. Il a pour but de déterminer l'étendue de la lésion et rechercher d'éventuelles localisations secondaires (tumeurs synchrones). Une biopsie est faite pour toute zone suspecte sauf si le prélèvement a pu être réalisé directement en consultation spécialisée sous anesthésie locale par un chirurgien-dentiste. Le prélèvement doit être le plus large possible, à la limite zone suspecte/zone saine, en dehors des zones nécrotiques et de taille suffisante. Cette biopsie est une obligation médicolégale [1, 4, 9, 10, 28, 32, 52].

- **Bilan anatomopathologique**

L'échantillon prélevé est ensuite conditionné et adressé à l'anatomopathologiste, accompagné d'informations cliniques suffisantes: identité du patient, site de prélèvement, orientation spatiale, données cliniques. Il est alors étudié afin de confirmer le diagnostic de malignité et de préciser les caractéristiques histologiques de la tumeur (type de tumeur, grade de malignité...) qui sont des facteurs déterminants dans le pronostic du cancer et les choix thérapeutiques. Dans 95% des cas il s'agit de carcinomes épidermoïdes [1, 2, 6, 7, 9, 10, 13, 28, 32, 50].

- **Fibroscopie œsophagienne**

Cet examen est systématique en cas de tumeur du pharynx et/ou d'intoxication alcoolique chronique [1, 2, 6].

- **Fibroscopie bronchique**

Cet examen n'est réalisé qu'en cas de lésion suspecte sur le scanner thoracique [1, 2, 6].

Une fois le bilan endoscopique terminé, on peut déterminer l'extension locale de la tumeur (T) dans le stade TNM.
--

2. Bilan d'imagerie

Le bilan d'imagerie a pour objectif de préciser l'extension tumorale locale, vérifier les aires ganglionnaires cervicales et dépister une éventuelle tumeur synchrone. Il existe plusieurs types d'examens [95] :

- La tomодensitométrie (TDM) cervicofaciale et thoracique avec injection d'iode
- L'imagerie en résonance magnétique (IRM)
- Tomographie par Emission de Positron (TEP) ou PET SCAN
- L'échographie hépatique dans le cadre du patient alcoolique.

Le choix sera déterminé par la localisation tumorale. Dans le cadre des tumeurs de la cavité buccale et de l'oropharynx, la HAS recommande, la TDM cervico-thoracique en première intention et l'IRM de l'oropharynx dans les stades T2-T3 (voir tableau 2) [10].

A la suite du bilan d'imagerie, on peut déterminer si les ganglions lymphatiques ont été ou non envahis (N) et s'il y a présence ou absence de métastases (M).

3. Classification TNM

Dans la classification internationale de 2009 définie par l'Union Internationale Contre le Cancer (UICC), le code T fait référence à la taille et l'extension locale de la tumeur primitive, le code N à l'atteinte des ganglions (Node) et le code M pour les métastases [9,55].

Classification TNM des cancers de la cavité buccale	
Tumeur primitive (T)	Tx : Tumeur primitive non évaluée T0 : Pas de tumeur primitive décelable Tis : Carcinome in situ T1 : Tumeur ≤ 2cm T2 : Tumeur > 2cm et ≤ 4cm T3 : Tumeur > 4cm T4 : Tumeur envahissant les structures adjacentes T4a : La tumeur a envahi la corticale, les muscles profonds extrinsèques de la langue, le sinus maxillaire ou la peau du visage. T4b : La tumeur a envahi l'espace masticateur, les plaques ptérygoïdes ou la base du crâne ou bien elle enveloppe l'artère carotide interne.
Adénopathie (N)	N0 : Absence d'adénopathie N1 : Adénopathie unique, homolatérale ≤ 3cm N2a : Adénopathie unique, homolatérale entre 3 cm et 6 N2b : Adénopathies, multiples, homolatérales ≤ 6 cm N2c : Adénopathies bilatérales ou controlatérales ≤ 6 cm N3 : Adénopathie > 6 cm
Métastase (M)	MX : Bilan non fait M0 : Absence de métastase M1 : Métastases à distance

4. Bilan de l'état général et pré-thérapeutique

Une fois le diagnostic de cancer des VADS établi, le patient est pris en charge par un référent en oncologie, qui programme un bilan pré-thérapeutique.

Ce bilan évalue les comorbidités du patient et permet à l'équipe soignante d'estimer la faisabilité des différentes options thérapeutiques.

- **Bilan dentaire**

En fonction des équipes soignantes, le dentiste en charge du bilan dentaire est différent du praticien responsable de la Prothèse Maxillo-Faciale (PMF) ainsi que du dentiste référent. Les traitements du cancer de la cavité buccale (chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie) sont souvent à l'origine de complications bucco-dentaires. C'est pourquoi, ce bilan est un préalable indispensable avant toute thérapeutique pour repérer en amont les soins nécessaires [1, 9].

- **Bilan nutritionnel**

Il est donc essentiel, dès le diagnostic, d'instaurer une prise en charge nutritionnelle adaptée à chaque patient. Elle sera réévaluée à tous les stades de la maladie, et intégrée au parcours de soin. Elle participe à la réussite du projet thérapeutique et au maintien de la qualité de vie.

Chez le patient âgé, la dénutrition est un risque fréquent que le patient soit hospitalisé, en institution ou à son domicile. Ses conséquences sur la santé générale sont multiples et dramatiques :

- Affaiblissement de l'organisme par épuisement des réserves entraînant parfois des chutes et une invalidité
- Déficit immunitaire - le risque infectieux augmente pour le patient âgé dénutri
- Temps de convalescence multiplié par 4
- Toxicité médicamenteuse accrue
- Risque de mortalité multiplié par 8

Avant même la mise en place d'un traitement, des études ont montré que 30 à 50% des patients âgés atteints de cancer de la tête et du cou étaient dénutris. Ce phénomène est d'autant plus marqué dans le cas des cancers des VADS, en raison de la localisation de la tumeur.

Les thérapeutiques mises en œuvre pour lutter contre le cancer s'accompagnent souvent d'une aggravation de la dénutrition dont les conséquences sont l'altération de la qualité de vie, l'augmentation de la mortalité, du risque de survenue de complications post-opératoires, de toxicités de la chimiothérapie et de la radiothérapie.

Suite au bilan nutritionnel, des prescriptions de compléments alimentaires oraux sont souvent proposées. Les compléments sont nombreux et variés sur le marché mais souvent mal tolérés par les personnes âgées quand ils se présentent sous forme de crèmes ou de liquides, ne stimulant pas l'appétit et provoquant souvent des troubles intestinaux. Il existe des biscuits hyperprotéinés qui ont montré leur efficacité pour redonner de l'appétit et du poids, tout en simplifiant le travail des soignants [21, 29, 30, 31].

- **Bilan cardiovasculaire**

Un électrocardiogramme (ECG) et une échographie cardiaque sont réalisés avant une chimiothérapie ou selon le terrain/clinique [1, 10]. En effet certains médicaments de la chimiothérapie ont une toxicité orientée vers des organes précis comme le cœur. Il est donc nécessaire de s'assurer que cet organe fonctionne de façon satisfaisante avant d'administrer certains médicaments [28, 44].

- **Bilan respiratoire**

Avant toute chirurgie partielle laryngée, une exploration fonctionnelle respiratoire est réalisée en préopératoire [1, 10].

- **Le bilan biologique**

Un bilan préopératoire complet adapté aux antécédents médicaux du patient ainsi qu'au projet thérapeutique est nécessaire [1, 10].

- **Consultation gériatrique spécialisée**

La consultation gériatrique s'adresse de façon systématique aux patients de plus de 75 ans et, à la demande du chirurgien en fonction des comorbidités et de l'appréciation clinique pour les patients de moins de 75 ans. Le rôle du gériatre est d'évaluer de manière globale le patient (état mental, comorbidités, mobilité et autonomie, médicaments, nutrition, douleur, grandes fonctions, contexte social, qualité de vie). Ce bilan participe à l'évaluation du pronostic de la maladie, guide la prise en charge ultérieure du patient et représente un préalable à la décision thérapeutique. Une fois cette évaluation terminée, un plan de soin gériatrique est défini. Ce dernier accompagne le patient âgé pendant l'ensemble de la prise en charge de son cancer.

Dans les centres en disposant, il est recommandé de s'appuyer sur les Unités de Coordination en OncoGériatrie (UCOG). L'oncogériatrie permet à une personne âgée atteinte de cancer de bénéficier d'une prise en charge qui lui est spécifique : elle met en œuvre les traitements préconisés habituellement pour traiter sa maladie tout en les adaptant à son état de fragilité et sa santé. L'oncogériatrie rassemble des spécialistes du cancer et des spécialistes des personnes âgées. Elle répond à l'importance, la diversité et la complexité des enjeux qui gravitent autour de leur prise en charge, tant du point de vue éthique que du point de vue social et économique [10, 34].

PARTIE 2 – Démarche préalable aux choix thérapeutiques

A l'heure actuelle, il existe trois moyens thérapeutiques, pour traiter les tumeurs de la cavité buccale : la chirurgie, la radiothérapie et la chimiothérapie. Le chirurgien-dentiste doit connaître les grands principes de ces traitements afin de gérer les effets indésirables sur la sphère orale et ainsi assurer une prise en charge bucco-dentaire adaptée.

Les propositions thérapeutiques sont discutées lors d'une Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) et se basent sur des critères à la fois cliniques et spécifiques au patient.

I. Critères cliniques

L'équipe médicale dispose d'une liste de critères cliniques pour orienter le choix thérapeutique :

- L'organe concerné
- La nature exacte de la lésion (type histologique)
- L'extension locale (présence ou non d'une autre tumeur primitive dite synchrone)
- L'extension à distance (présence de métastases ?)
- Le grade (degré d'agressivité)
- Le bilan d'opérabilité
- Le stade TNM

Mais le choix d'une thérapeutique dépend principalement de la classification TNM préalablement établie [1, 3, 9, 13, 51].

Cette classification, permettant de séparer les tumeurs en différents stades, a une incidence tant sur le choix de la thérapeutique à adopter que sur le pronostic.

La classification TNM et la stadification tumorale constituent donc le meilleur indicateur.

Stade I	T1	N0	M0
Stade II	T2	N0	M0
Stade III	T3	N0	M0
	T1	N1	M0
	T2	N1	M0
Stade IV	T3	N1	M0
	T4	N0/N1	M0
	T quelconque	N2/N3	M0
	T quelconque	N quelconque	M1

Tableau 2 : Stadification des cancers buccaux (en fonction de la classification TNM) [55]

1. Cancer de stade I et de stade II débutant

Dans la majorité des cancers de stade I et II, le traitement associe chirurgie et radiothérapie. L'exérèse reste tout de même le traitement prioritaire puis suit le traitement par radiothérapie. Il est rare d'observer une radiothérapie de première intention.

Il existe parfois des situations favorables (faible risque de récurrence) où la chirurgie seule peut s'avérer suffisante.

Le taux de guérison pour les stades I est estimé à plus de 90% [1, 3, 9, 13].

2. Cancer de stade III et de stade IV

Dans les cas de stade III et IV, l'association chirurgie-radiothérapie a démontré les meilleurs résultats.

Lorsque le patient a des ganglions cervicaux envahis (trois ou plus), le risque de récurrence est important. La situation étant défavorable, le recours à la chimiothérapie associée à la radiothérapie doit être envisagé. On parle de radiochimiothérapie concomitante post-opératoire. Cette association augmente le taux de survie mais augmente également les effets secondaires, les complications et la morbidité.

Le taux de guérison pour les stades IV est inférieur à 10% [1, 3, 9, 13].

3. Cancer inopérable

Les tumeurs non opérées (inextirpables ou sur terrain non opérable) sont traitées soit par radiochimiothérapie soit par radiothérapie et cétuximab (Erbix®), soit par radiothérapie seule.

Le cétuximab appartient à une classe de médicaments appelés anticorps monoclonaux. Il agit en se fixant aux cellules cancéreuses, ce qui permet de réduire la croissance de la tumeur et d'accélérer la mort des cellules cancéreuses [1, 3, 9, 13].

4. Abstention thérapeutique

Si l'état de santé du patient est dégradé ou si la tumeur est trop importante, la chirurgie carcinologique n'est pas envisagée. Des soins palliatifs spécialisés sont alors essentiels pour aider le patient en fin de vie. Des analgésiques pour lutter contre la douleur, un suivi nutritionnel et une aide ou une hospitalisation à domicile sont mis en place si nécessaire [1, 3, 9, 13].

En conclusion :

Dans la plupart des cas, le chirurgien préfère opérer le patient, même si les risques sont importants. En effet les cancers ORL font partie des cancers les plus invasifs et destructeurs, il faut donc tout essayer pour limiter l'évolution tumorale. La chirurgie semble être le traitement le mieux supporté par les personnes âgées. En revanche la chimiothérapie n'est pas indiquée car elle est toxique et peu efficace.

II. Critères liés aux spécificités du patient âgé

La décision thérapeutique est également prise en fonction des critères spécifiques du patient, c'est-à-dire son état de santé général, son âge (facteur déterminant dans l'intégration de la prothèse), ses capacités cognitives, son niveau de dépendance et ses souhaits (respect de l'autonomie du patient).

III. Réunion de concertation pluridisciplinaire

Une fois toutes les informations réunies, le dossier du patient est présenté par le médecin référent à ses confrères lors d'une RCP.

Cette réunion, qui est obligatoire en France, a pour but de définir le traitement le plus approprié au patient en tenant compte de tous les éléments du dossier (fig.1). Elle réunit tous les acteurs de la prise de charge du patient [9, 10, 33, 35, 37] :

- Chirurgien maxillo-facial
- Oncologue médical
- Anesthésiste
- Radiothérapeute oncologue
- Gériatre
- Chirurgien-dentiste

Cette décision collégiale reste toujours délicate à prendre et doit tenir compte des principes fondamentaux de la bioéthique, qui sont [70, 71, 72, 84] :

- Le respect du principe d'autonomie :

D'après la loi du 4 Mars 2002 relative au droit des patients, le consentement éclairé n'est pas un objectif mais plutôt un moyen de respecter la personne malade. Le respect de son autonomie suppose que toutes les solutions thérapeutiques doivent pouvoir être abordées et discutées. Le patient est une personne libre de décider de son bien et celui-ci ne peut lui être imposé contre sa volonté [70, 82].

- Le respect du principe de bienfaisance :

Ce principe concerne le bien-être d'autrui. L'action entreprise doit être utile et avoir un rapport bénéfice/risque positif. Dans 95% des cas, il n'y a pas de conflit, les préférences du patient sont conformes à son intérêt médical. Mais s'il existe un conflit, c'est le principe d'autonomie qui l'emporte sur le principe de bienfaisance [70, 82].

- Le respect du principe de non-malfaisance :

Le principe de non-malfaisance est l'obligation de ne pas nuire et de ne pas blesser. Ce principe réclame d'épargner au patient un préjudice moral ou physique qui ne ferait pas sens pour lui. Par exemple l'obstination déraisonnable : si le patient est atteint d'une affection incurable, les traitements ou opérations ne feront qu'aggraver le processus d'altération de sa santé. Depuis le 22 Avril 2005, la loi sur les malades en fin de vie impose aux médecins d'épargner toute obstination déraisonnable [70, 82].

- Le respect du principe de justice :

Ce principe consiste à délivrer des soins de manière équitable à tous les patients, mais dans la mesure où les ressources allouées au secteur de la santé ne sont pas indéfiniment extensibles, parler des maladies en termes de coûts ne peut plus être un tabou. Les formules rituelles et convenues selon lesquelles « la santé n'a pas de prix », « le médecin n'est pas un comptable » deviennent « difficilement tenable » [85]. Et même si le facteur économique prend de plus en plus d'importance, on peut se demander s'il n'y a pas quelque chose de contre-nature dans le fait de le mettre au même rang que les trois autres principes éthiques [82, 83].

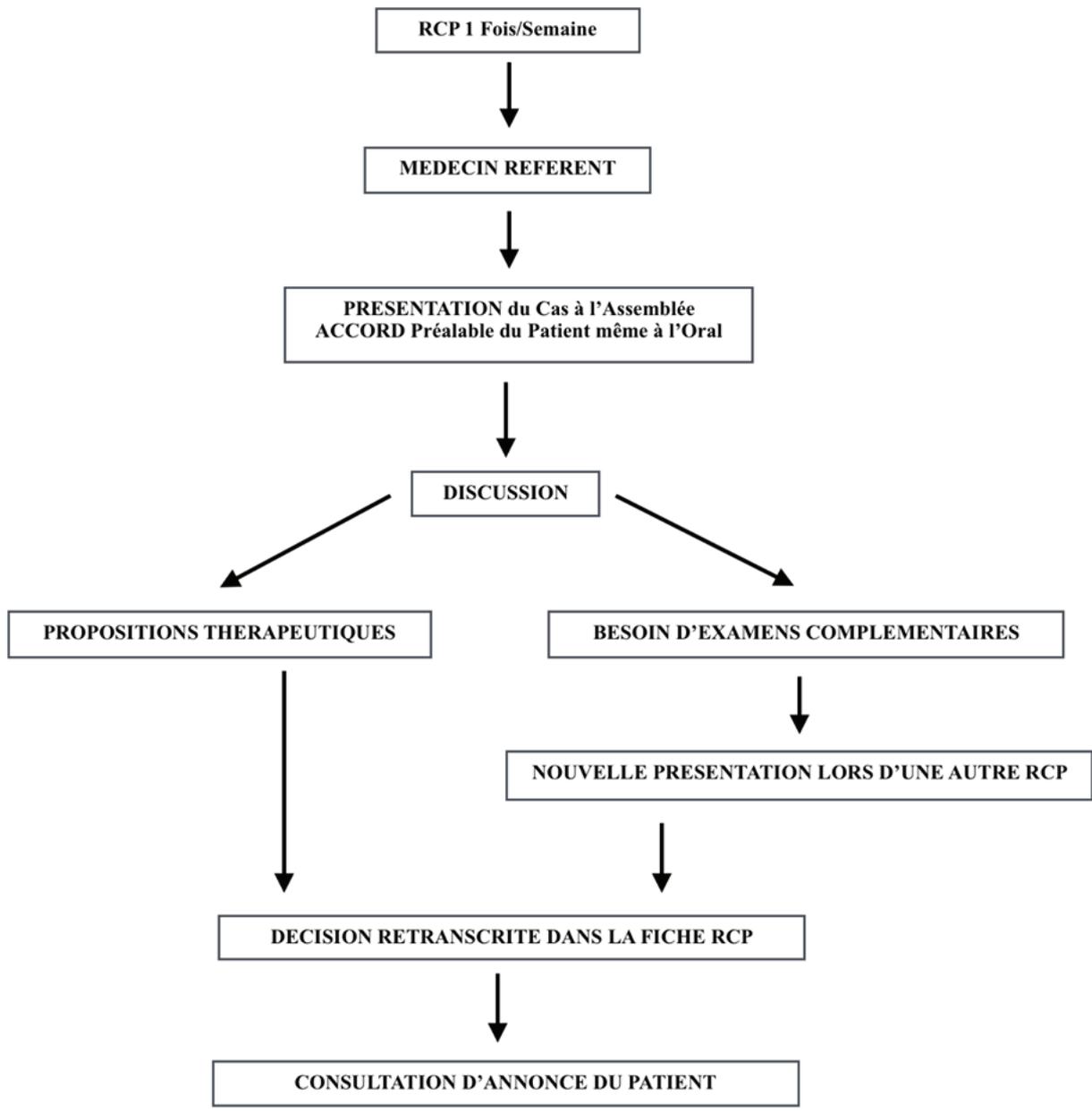


Figure 1 : Déroulement d'une réunion de concertation pluridisciplinaire

IV. Dispositif d'annonce

À l'issue de la RCP, une stratégie thérapeutique est définie et une consultation réservée à l'annonce de la maladie est programmée.

« L'annonce d'un cancer doit s'inscrire dans le cadre du dispositif d'annonce défini dans la circulaire n° DHOS/SDO/2005/101 du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie [10, 104].

Ce dispositif vise à offrir au patient dans cette situation difficile les meilleures conditions d'information, d'écoute et de soutien.

Ce dispositif s'articule autour de quatre temps [10, 104] :

- 1) Un temps médical, sous forme d'une ou plusieurs consultations, comprenant l'annonce du diagnostic et de la proposition de stratégie thérapeutique avec ses variantes éventuelles définie lors de la RCP.

Comme tout autre malade atteint du cancer, la personne âgée doit être placée au cœur de sa prise en charge ; c'est à elle que revient la décision finale. Malheureusement, la dépendance ou le déclin cognitif ne permettent pas toujours à certains patients âgés de comprendre ou de prendre des décisions qui les concernent. Les médecins se tournent alors vers la personne de confiance (désignée en amont par le patient), la famille ou le tuteur. L'équipe médicale peut aussi se référer aux « directives anticipées ».

Cette proposition de traitement est expliquée et proposée au patient. Une fois obtenu le consentement éclairé du patient, un programme personnalisé de soins (PPS) lui est remis dans lequel toutes les informations ont été recueillies.

- 2) Un temps d'accompagnement soignant (en général un infirmier) vise, entre autres, à écouter le patient, reformuler ce qui a été dit en consultation médicale, donner des informations sur le déroulement des soins, repérer ses besoins et l'orienter vers des associations de patients ou vers d'autres professionnels (assistant social, psychologue).
- 3) L'accès à une équipe impliquée dans les soins de support pour améliorer la prise en charge pendant la maladie et après (ex : arrêt du tabac ...)
- 4) Un temps d'articulation entre les équipes de soins impliquées (hospitalières et libérales). Il est indispensable que le médecin traitant soit informé en temps réel. Il reste un interlocuteur privilégié du patient et doit être associé au parcours de soins.

L'enjeu, à travers la mise en place de ce dispositif d'annonce, est de réussir un accompagnement adapté du patient et de son entourage afin de les aider à assumer l'entrée dans la maladie. L'enjeu pour les professionnels est de parvenir à un travail de liaison et de coordination entre les différents professionnels concernés [10, 104].

La figure 2 fait la synthèse de la démarche préalable aux choix thérapeutiques.

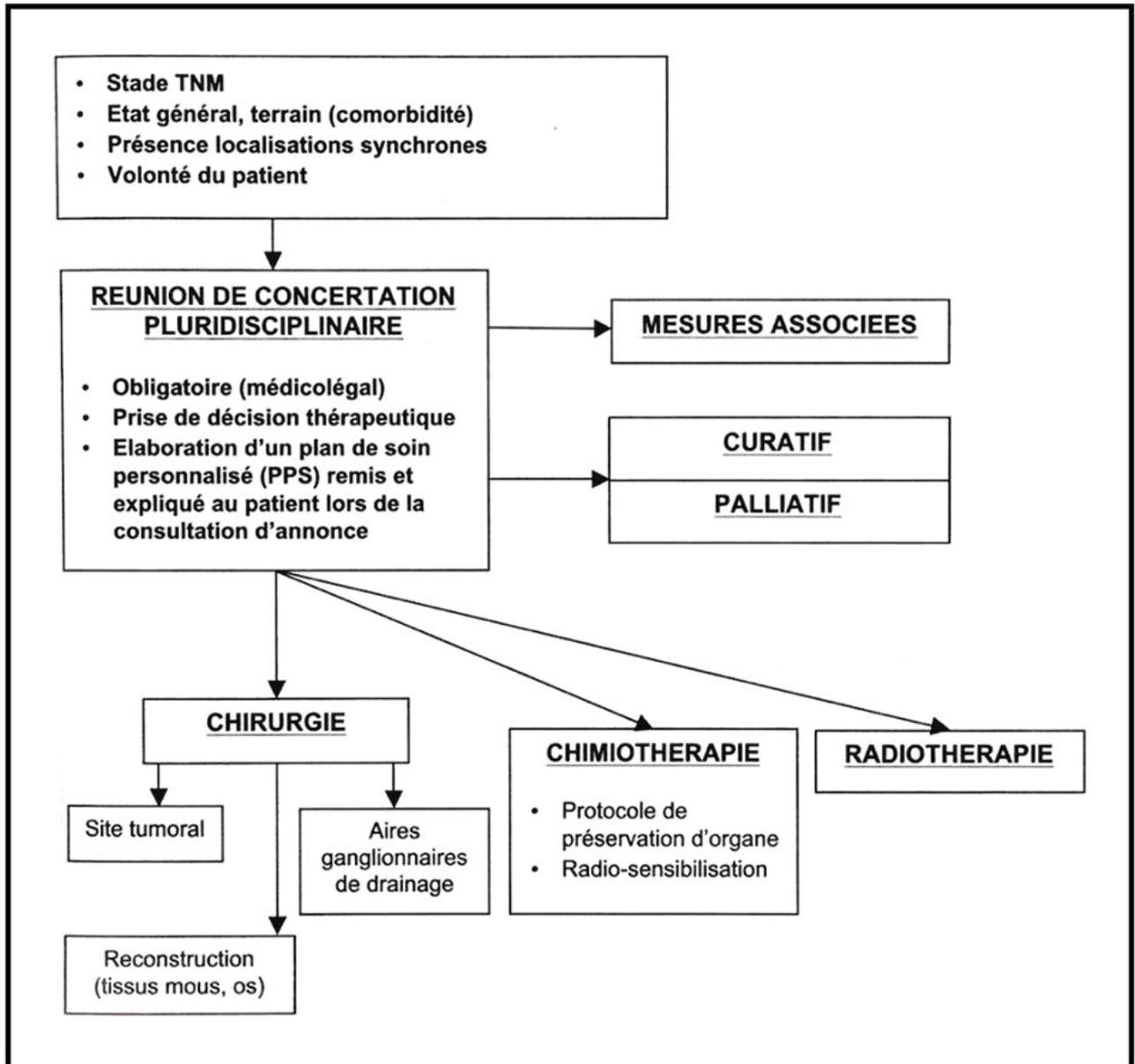


Figure 2 : Thérapeutiques en cancérologie ORL d'après Guillere Sevestre L et al. [1]

PARTIE 3 - Traitements, réhabilitations et suivi du patient

I. Traitements d'une tumeur maligne au maxillaire

1. Chirurgie

Depuis les vingt dernières années, la chirurgie des cancers de la cavité buccale a beaucoup évolué. L'amélioration des techniques a rendu cette chirurgie de moins en moins invasive en privilégiant un accès par voie orale [88]. Une grande majorité des centres anticancéreux utilisent les nouvelles techniques de reconstruction, comme par exemple, les lambeaux libres micro anastomosés. L'évolution de l'imagerie favorisant une estimation plus précise de l'extension tumorale permet de poser des indications plus affinées. C'est pourquoi la chirurgie est définie comme le traitement de choix des tumeurs de la cavité buccale [9, 11, 13, 36].

1.1. Maxillectomie

Une maxillectomie est une résection plus ou moins totale du maxillaire pouvant être associée à la résection des structures anatomiques voisines également atteintes par la tumeur entraînant le plus souvent, une communication bucco-naso-sinusienne.

L'exérèse monobloc est un principe de chirurgie carcinologique pour optimiser les chances de réséquer complètement la tumeur, c'est-à-dire avec des marges saines et suffisantes. Plus le stade de la tumeur est avancé, plus la chirurgie est mutilante et s'accompagne d'importantes séquelles fonctionnelles [11].

1.2. Classification des pertes de substance maxillaires

Il existe de nombreuses classifications concernant les Pertes De Substance Maxillaire (PDSM). Pour évaluer l'étendue des PDSM, la classification de *Pomar et al., 2008*, (Annexe 1) associe la topographie du défaut, l'état de la denture et le pronostic de la réhabilitation prothétique [13, 16] :

« Dans le sens transversal, la PDSM est désignée par un chiffre romain. Chaque classe représente des subdivisions selon l'étendue dans le sens vertical

- **Classe I** : une PDSM médiale conservant l'arcade alvéolodentaire chez le denté ou l'édenté partiel et conservant l'arcade alvéolaire chez l'édenté complet.
- **Classe II** : une PDSM encastrée. Elle peut intéresser le prémaxillaire (a) ou le secteur latéral (b) ; les dents postérieures ou la tubérosité maxillaire étant conservées. Le fait que la cavité d'exérèse soit délimitée par des éléments anatomiques susceptibles de participer à l'équilibre de la prothèse participe favorablement à améliorer le pronostic prothétique.
- **Classe III** : ablation de tout l'hémipalais avec éventuellement résection de tout le prémaxillaire.

- **Classe IV** : maxillectomie totale bilatérale.

Pour les classes I, II et III, il faut préciser s'il s'agit d'un édenté partiel ou d'un édenté complet.

Dans le sens vertical : .

On désigne par les lettres i, m et s les atteintes correspondant respectivement à l'infrastructure, la mésostructure et la suprastructure du massif facial supérieur.

- i (infrastructure) : en présence d'une communication bucco-naso-sinusienne avec conservation de la corniche zygomatolabiale et de l'épine nasale antérieure ;
- m (mésostructure) : quand la PDSM emporte la corniche zygomatolabiale et/ou l'épine nasale antérieure ; le plancher orbitaire étant conservé ;
- s (suprastructure) : une PDSM intéressant la suprastructure avec résection du plancher orbitaire. Si l'ablation conserve le contenu orbitaire, une reconstruction par un lambeau est indispensable, sous peine d'exposer le patient à une énophtalmie majeure associée à une diplopie invalidante» [16].

1.3. Conséquences des pertes de substance maxillaires

La localisation maxillo-faciale de la perte de substance induit inévitablement des préjudices esthétiques et fonctionnels perturbant la vie sociale et affective du patient [8, 12, 16].

1.3.1. Conséquences fonctionnelles

- ✓ Troubles de la mastication : provoqués par une atteinte de la fonction de déglutition dus à des problèmes d'étanchéité à l'origine de fuites plus ou moins sévères (incompétence labiale, communications bucco-naso-sinusiennes, incompétence vélaire) et perte d'ancrages dentaires (perte d'une partie de l'arcade dentaire) [8,12,16].
- ✓ Troubles phonatoires : dus au problème d'étanchéité (rhinolalie ouverte) et éventuelles lésions musculaires (perte de fonction des lèvres) [8,12,16].
- ✓ Cas sévères : troubles respiratoires et problèmes ophtalmologiques (si atteinte orbitaire associée) [8,12,16].
- ✓ Problèmes d'hygiène bucco-nasale responsables d'infections sinusiennes à répétition [8,12,16].

1.3.2. Conséquences esthétiques

Une perte de substance isolée au maxillaire peut avoir un retentissement morphologique, modeste voir nul. En revanche, l'atteinte des « structures piliers » provoque une dépression importante des parties molles à l'origine de déformation intéressant la pyramide nasale ou les orbites [8, 12, 16].

- ✓ Collapsus de l'étage moyen de la face avec affaissement de la lèvre supérieure du nez, de la joue et du rebord orbitaire aboutissant à une altération morphologique du patient.
- ✓ Perte de soutien des paupières et du globe qui peut aboutir à une énoptalmie avec abaissement du globe et à un ectropion.
- ✓ Edentement partiel ou complet
- ✓ Cicatrices
- ✓ Brides cicatricielles, interférences fibreuses sont souvent observées (fig.3, 4)
- ✓ Rétraction labiale (fig.5)
- ✓ Incompétence labiale (fig.5)



Figure 3 : Asymétrie faciale

Figure 4 : Bride cicatricielle

Figure 5 : Rétraction labiale

Synthèse :

La chirurgie carcinologique au maxillaire est le moyen le plus sûr de retirer la tumeur mais au prix de nombreux préjudices pour le patient. Cette intervention provoque des troubles fonctionnels et morphologiques importants. Ces séquelles sont difficiles à supporter pour le patient, altérant l'image de soi et la qualité de vie. Pour éviter l'isolement, la dépression et le repli sur soi, la prise en charge pluridisciplinaire du patient est primordiale. Il faut le plus rapidement possible mettre en place une réhabilitation prothétique et une prise en charge psychologique.

La personne âgée fragile est encore plus vulnérable que tout autre malade atteint d'un cancer. L'équipe soignante doit être attentive à ce que le patient ne bascule ni dans la dépendance, ni dans une spirale de « laisser-aller » conduisant à la mort autrement appelé « syndrome de glissement » dont l'élément déclencheur serait l'intervention chirurgicale.

2. Radiothérapie

La radiothérapie intervient principalement en complément de la chirurgie pour éliminer les cellules tumorales résiduelles mais elle peut aussi être utilisée avant le geste chirurgical pour diminuer la taille de la tumeur. Elle est parfois préconisée en association

avec la chimiothérapie pour traiter des tumeurs non opérables en raison de mutilations prévisibles trop importantes. Elle peut également être palliative à visée antalgique, lors de la présence de métastases [39].

2.1. Principe de la radiothérapie

Le principe de la radiothérapie est l'application à des fins thérapeutiques de radiations ionisantes capables de provoquer une altération de l'ADN cellulaire des cellules cancéreuses. Les cellules saines touchées par le faisceau subissent également des modifications mais elles sont plus aptes à s'auto-réparer que les cellules cancéreuses. La dose d'irradiation délivrée est mesurée en gray (Gy). Pour les tumeurs touchant le maxillaire, la dose reçue est généralement de 1,8 à 2,2 Gy par jour, à raison de cinq jours par semaine pour une dose totale délivrée en fin de traitement pouvant varier de 45 à 70 Gy en fonction de la taille de la tumeur, soit un total de 5 à 7 semaines de traitement [9, 13, 39].

2.2. Conséquences de la radiothérapie sur la cavité buccale

Après une radiothérapie, le patient peut subir de nombreux effets indésirables concernant tous les tissus présents dans le champ d'irradiation. Ils peuvent survenir précocement pendant la radiothérapie ou, tardivement après la radiothérapie et peuvent être réversibles ou irréversibles [9, 18, 19, 20, 92].

✓ Hyposialie

L'hyposialie est une diminution quantitative de la salive. Il se produit également une modification qualitative par acidification du pH, une variation du taux d'immunoglobulines et de mucines, et un épaissement de la salive.

L'hyposialie représente une des séquelles majeures de la radiothérapie en raison de l'irradiation des glandes salivaires et notamment celle de la glande parotide homolatérale à la tumeur du maxillaire. Jusqu'à 50 Gy, l'hyposialie est modérée et la gêne fonctionnelle mineure. En revanche à partir de 60 Gy, l'hyposialie est sévère et peut même aller jusqu'à l'asialie totale. A cette dose, l'atteinte des glandes salivaires est définitive.

Cette complication peut être aggravée par l'existence d'un déficit salivaire antérieur à l'irradiation, à la prise de médicaments sialoprives, à des pathologies impliquant les glandes salivaires (diabète, syndrome de Gougerot-Sjögren) [40].

➤ Conséquences de l'hyposialie

L'hyposialie provoque une perturbation de la mastication par défaut d'imprégnation du bol alimentaire et une gêne à l'élocution du fait de la sensation de bouche pâteuse et de muqueuse collante. La réhabilitation prothétique amovible est également plus difficile, car l'absence de salive compromet sa rétention [9, 40, 89].

L'hyposialie entraînant une baisse du pH buccal et une modification de la salive (altération de l'action bactéricide) expose au développement :

- De candidoses bucco-pharyngées aiguës et chroniques
- De caries dentaires
- De parodontites
- D'une langue villeuse

✓ **Ostéoradionécrose**

L'ostéoradionécrose (ORN) est la complication la plus redoutée et la plus grave de la radiothérapie. Il s'agit d'une nécrose de l'os, secondaire aux radiations ionisantes utilisées à des fins thérapeutiques, après avoir écarté l'hypothèse d'une récurrence cancéreuse.

Les tissus irradiés sont soumis à la loi des « trois H », à savoir hypocellularité, hypovascularisation et hypoxie. Le potentiel de défense et de cicatrisation osseuse est donc fortement diminué [100].

Le risque est plus faible au maxillaire qu'à la mandibule, en raison d'une meilleure vascularisation. L'ORN peut être causée par des traumatismes tels que : des prothèses dentaires mal adaptées, un brossage iatrogène, une mauvaise hygiène bucco-dentaire (fréquente chez le patient âgé), des avulsions et soins dentaires invasifs. C'est pourquoi il est primordial de réaliser un bilan bucco-dentaire avant la mise en route du traitement [90].

✓ **Dysgueusie**

Une dysgueusie est une perte ou une altération du goût due à l'irradiation des bourgeons du goût mais aussi à l'hyposialie et à l'acidité buccale. Elle accentue l'inappétence déjà souvent présente chez un sujet âgé, ce qui représente un facteur de risque de dénutrition. C'est un phénomène réversible qui disparaît habituellement dans les 2 à 3 mois après la fin du traitement [9, 13].

✓ **Limitation de l'ouverture buccale**

Le champ d'irradiation ne se limite pas seulement à la tumeur. Il englobe souvent les muscles masticateurs et l'articulation temporo-mandibulaire, entraînant une fibrose elle-même responsable d'une limitation de l'ouverture buccale appelée aussi trismus.

Ce trismus a de nombreuses répercussions sur le langage, la mastication, ainsi que sur l'hygiène buccale du patient rendue difficile. La réhabilitation prothétique devient difficile voire impossible à réaliser dans certains cas (fig.6). Ce phénomène est irréversible mais une mécanothérapie précoce et une kinésithérapie faciale active permettent de réduire la survenue et l'importance des trismus [18].



Figure 6 : Ouverture buccale limitée (insertion du PEI à l'aide d'une précelle)

✓ **Conséquences sur l'organe dentaire**

En cas d'hyposialie, la salive ne joue plus son rôle protecteur. La survenue de caries d'évolution rapide essentiellement au niveau du collet des dents est alors observée (colorations noirâtres de la dentine, effritement de l'émail). On parle de polycaries ou « dents d'ébène » [93].

✓ **Mucite**

Les mucites causées par la radiothérapie sont appelées radiomucites. Elles surviennent à partir de 30 Grays et se caractérisent par une desquamation de l'épithélium buccal entraînant des ulcérations voire des hémorragies en fonction de la dose reçue. Le patient peut ressentir de simples douleurs ou, dans le pire des cas, ne plus pouvoir s'alimenter ce qui peut conduire à la mise en place d'une sonde nasogastrique [9, 13, 39].

✓ **Rôle du chirurgien-dentiste**

Les complications bucco-dentaires peuvent être en partie prévenues par une mise en état préalable de la denture du patient : les foyers infectieux sont éradiqués lorsqu'ils sont situés dans le champ d'irradiation [9]. La prise en charge bucco-dentaire avant, pendant et après la radiothérapie est indispensable quelles que soient les modalités de l'irradiation, après concertation avec le radiothérapeute [9, 13, 41, 42, 43, 57, 69].

Avant la radiothérapie

La prise en charge dentaire comporte plusieurs étapes :

- 1) **Un examen clinique et radiologique** pour évaluer l'état bucco-dentaire, l'état des prothèses éventuelles, le niveau d'hygiène bucco-dentaire, bien souvent dégradés chez un sujet âgé [21]. Ces examens doivent être effectués le plus tôt possible pour avoir le temps de réaliser les soins dentaires avant le début du traitement.
- 2) **Une motivation à l'hygiène** : les techniques de brossage des dents et des muqueuses sont reprises avec un dentifrice fluoré et des bains de bouche alcalins pour neutraliser l'acidité buccale.
- 3) **Une mise en état de la cavité buccale** :
Les soins dentaires comprennent un détartrage, le traitement des caries, la suppression des foyers infectieux et des traumatismes dentaires et prothétiques, l'adaptation et la vérification des prothèses.

Avant tout geste chirurgical, le chirurgien-dentiste doit se mettre en relation avec le radiothérapeute. Les avulsions sont indiquées pour les dents situées dans le champ d'irradiation si elles sont mobiles, présentent une lésion carieuse importante ou porteuses d'une lésion apicale dont le traitement endodontique ne permettrait pas une guérison rapide. Les dents se révélant être un obstacle à la réhabilitation prothétique sont extraites. Les dents totalement incluses et les implants ostéo-intégrés sont laissés en place.

Les avulsions doivent être suivies d'une régularisation de crête et de sutures. Le délai optimal à respecter entre les extractions et le début de la radiothérapie est de 3 semaines.

Les personnes âgées présentent le plus souvent un état bucco-dentaire délabré par manque de soins et d'hygiène bucco-dentaire. C'est la raison pour laquelle, la prévention du risque d'ORN impose fréquemment d'édenter complètement le sujet âgé [9, 13, 43, 57, 91].

4) Des empreintes afin de réaliser des gouttières de fluoration :

Les caries dentaires post-radiques peuvent être prévenues par une fluorothérapie. Le patient applique un gel fluoré de concentration 5% (Fluocaril Bi-Fluoré 2000 ®) dans des gouttières thermoformées. La durée de l'application est entre 5 et 10 minutes par jour à vie. Cette fluoroprophylaxie transforme les cristaux d'hydroxyapatite de l'émail en fluoroapatite plus résistante à l'action cariogène des acides [9, 91].

Pendant la radiothérapie

- Il est conseillé de ne pas porter de prothèses amovibles durant la radiothérapie et 6 mois après.
- Les extractions dentaires sont vivement déconseillées pendant cette période.

Après la radiothérapie

Le risque d'ORN est permanent chez le patient ayant eu une irradiation des maxillaires avec une dose supérieure à 35 Gy. La prudence s'impose dans la réalisation des actes dentaires. Si des extractions sont nécessaires dans le secteur irradié, il est nécessaire de contacter le radiothérapeute afin de préciser le type de rayonnement, la dose reçue, et l'étendue du champ d'irradiation afin de décider avec son accord d'intervenir ou de s'abstenir [9, 13, 41, 42, 43, 57, 69, 91].

En cas d'extractions, un protocole rigoureux doit être respecté :

- 1) Prescrire systématiquement des antibiotiques avant, pendant et après l'extraction jusqu'à cicatrisation totale de la muqueuse. Pour les dents hors champ d'irradiation, la prise en charge est classique, sans précaution particulière.
- 2) Réaliser une anesthésie locale ou loco-régionale, sans vasoconstricteur avec asepsie rigoureuse. Eviter les anesthésies intra-septales et intra-ligamentaires.
- 3) En cas de difficultés techniques per opératoire : il est judicieux de réaliser une alvéolectomie bien conduite plutôt qu'une extraction laborieuse.
- 4) Régulariser les crêtes
- 5) Poser un pansement alvéolaire si nécessaire
- 6) Réaliser des sutures hermétiques des berges
- 7) Revoir le patient à une semaine pour retirer les fils et contrôler la cicatrisation.

Un suivi continu est nécessaire pendant toute la durée du traitement et même au-delà, pour prendre en charge précocement l'apparition d'éventuelles complications [101].

3. Chimiothérapie

La chimiothérapie a pour objectif d'inhiber la croissance des cellules tumorales au moyen de médicaments cytotoxiques administrés par voie intraveineuse. Ce traitement est peu indiqué dans le cas des personnes âgées car il est mal supporté et peu efficace [9, 13, 43, 44].

II. Réhabilitation du patient âgé après maxillectomie

Face aux délabrements créés par l'exérèse carcinologique, la réhabilitation de la perte de substance est nécessaire. Elle se fait par des moyens chirurgicaux (lambeaux, greffes osseuses) ou par des procédés thérapeutiques mis en œuvre par le chirurgien-dentiste en charge de la prothèse maxillo-faciale. Le choix de la réhabilitation tient compte des habitudes de l'équipe chirurgicale et de la situation clinique [11].

1. Réhabilitation chirurgicale

1.1. Généralités

Les procédés de reconstruction des pertes de substance de la cavité orale sont nombreux (cicatrisation dirigée, suture simple, lambeaux, greffes osseuses).

Si la réhabilitation chirurgicale peut être réalisée en même temps que l'exérèse tumorale, cette solution sera privilégiée, malgré l'allongement de la durée de l'opération. En effet, la fermeture de la communication bucco-sinusienne permet de rétablir l'herméticité des structures anatomiques dans le même temps opératoire, contrairement à la reconstruction chirurgicale secondaire qui impose les inconvénients d'une deuxième intervention et la réalisation d'une prothèse obturatrice provisoire.

La reconstruction chirurgicale améliore la qualité de vie des malades, mais présente des inconvénients: elle nécessite un geste supplémentaire qui peut générer des complications en particulier chez la personne âgée ; les greffes présentent un taux d'échec important surtout sur un site irradié et le risque de rejet augmente avec l'âge; par ailleurs, pour les grandes pertes de substance, le volume de la greffe empêche la réalisation d'une prothèse fonctionnelle (fig.7); enfin, la surveillance carcinologique est plus compliquée et s'effectue par des examens tomodensitométriques [11, 13, 68].

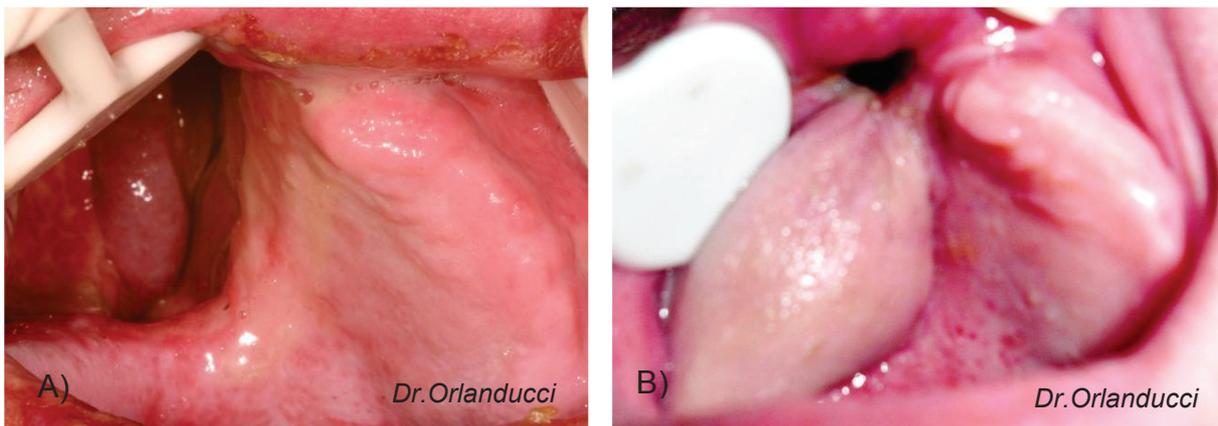


Figure 7 : Echec d'une reconstruction chirurgicale

A) Cicatrisation après la chirurgie d'exérèse

B) Après la chirurgie reconstructrice, persistance d'une communication bucco-sinusienne avec un lambeau volumineux défavorable à la réhabilitation prothétique.

2. Réhabilitation prothétique

Malgré les avancées dans le domaine de la réhabilitation chirurgicale et les progrès de la microchirurgie, la prothèse obturatrice conventionnelle reste la solution de choix pour pallier les conséquences des Pertes De Substances Maxillaire (PDSM). Cet appareillage est primordial d'un point de vue fonctionnel, esthétique et psychologique. La qualité de vie du patient dépend de l'efficacité cette reconstruction en particulier dans le rétablissement de l'herméticité de la cavité buccale et dans la restauration de la fonction de la mastication.

2.1. Généralités

Avant toute réhabilitation, un examen minutieux est réalisé afin d'analyser la situation clinique. La présence de bride cicatricielle, de fibrose, de trismus, d'hyposialie doit être repérée. Le praticien évalue également l'état psychologique du patient âgé, sa motivation et sa coopération pour envisager le traitement prothétique le plus adapté.

La réhabilitation prothétique d'une PDSM est une prothèse dite obturatrice qui se compose d'une plaque palatine et d'un obturateur (ou balle obturatrice). Ce dernier peut être solidarisé à la plaque ou bien dissocié.

Pour les petites pertes de substance, seule une plaque palatine suffit, contrairement aux grandes pertes de substance pour lesquelles une prothèse obturatrice s'impose.

Même si la prothèse maxillo-faciale reste la solution de choix en matière de réhabilitation chez la personne âgée, il arrive dans certains cas de limitation extrême de l'ouverture buccale ou de réflexes nauséeux importants que la prothèse obturatrice soit impossible à réaliser [16, 17, 49, 64].

2.2. Rôles de la prothèse obturatrice

Selon Keyf, les principales fonctions de la prothèse obturatrice sont [8, 66] :

- ✓ Permettre l'alimentation en restaurant l'étanchéité du palais
- ✓ Améliorer les fonctions : mastication/ déglutition/ phonation
- ✓ Permettre au site opéré une cicatrisation dans de meilleures conditions en l'isolant de la cavité buccale
- ✓ Aider à la réorganisation et à la reconstruction du contour palatin et du palais mou
- ✓ Maintenir les pansements chirurgicaux
- ✓ Réduire les hémorragies post-opératoires ou prévenir la formation d'hématomes
- ✓ Améliorer le soutien des lèvres et des joues (rôle esthétique)
- ✓ Atténuer le choc psychologique lié à la mutilation
- ✓ Rendre la communication possible pour une réinsertion sociale plus facile
- ✓ Remplacer les dents manquantes

2.3. Différents types de prothèses obturatrices chez l'édenté complet

On décrit trois types de prothèses obturatrices :

- Immédiates
- Transitoires
- D'usage

2.3.1. Prothèse immédiate

La prothèse obturatrice immédiate correspond à une plaque palatine non fonctionnelle (sauf exigence particulière). Elle est posée le jour de l'intervention, et sert de guide de cicatrisation, de protection du site opératoire et permet au patient de retrouver l'herméticité de la cavité buccale dès le réveil. Sa durée d'utilisation est d'environ 4 à 6 semaines post-opératoire.

La réalisation de cette prothèse impose d'avoir reçu en consultation le patient avant l'opération afin de lui prendre une empreinte maxillaire. Sur le modèle en plâtre issu de cette empreinte, un Porte-Empreinte Individuel (PEI) est confectionné. Le praticien réalise le joint périphérique et l'empreinte anatomo-fonctionnelle de l'arcade maxillaire de manière conventionnelle (fig.8.2).

En collaboration avec le chirurgien maxillo-facial, le tracé des limites de la plaque est dessiné sur le modèle en plâtre, le prothésiste peut alors la confectionner (fig.8.1).

La mise en place de la prothèse immédiate se fait en peropératoire (fig.8.3). Elle nécessite un rebasage qui va investir la Perte De Substance (PDS) et permettre la rétention de la plaque (fig.8.4). Le matériau de comblement est soit du silicone, soit de la résine à prise retardée.

Dans le cas du silicone, l'intrados de la plaque doit être dépoli et enduit d'adhésif en regard de la zone à réséquer afin de permettre la rétention du matériau. Dans le cas de la résine à prise retardée, l'adhésion chimique est suffisante pour la liaison du matériau de comblement à la plaque.

Pour les patients édentés, la plaque est maintenue à l'aide d'adhésif (colle prothétique) du côté non opéré selon l'étendue et la localisation de la PDS [8, 16, 47, 48, 65, 67].

2.3.2. Prothèse transitoire

La prothèse obturatrice transitoire a pour objectifs d'assurer l'étanchéité des PDSM et de préfigurer la future prothèse d'usage. Elle a aussi pour rôle, de rétablir l'esthétique et les fonctions orofaciales.

Cette prothèse est réalisée entre le 20^{ème} et le 40^{ème} jour après l'intervention. Elle fait suite à la radiothérapie et nécessite des modifications suite au remodelage tissulaire. Elle est conservée tout au long de la cicatrisation, soit environ un an.

Les étapes de réalisation d'une prothèse obturatrice transitoire sont les suivantes :

Avant de prendre l'empreinte primaire, une compresse vaselinée, rattachée à un fil dentaire est mise en place dans la zone de contre-dépouille de la PDS (technique papillon ou parachute) (fig.8.5, 8.6). Ainsi, si de l'alginate se déchire au moment de la désinsertion de l'empreinte, des fragments de matériau ne resteront pas coincés dans la cavité.

Un porte-empreinte du commerce est adapté à la bouche du patient si nécessaire (fig.8.7). Puis les empreintes maxillaire et mandibulaire sont prises à l'alginate puis

coulées en plâtre (fig.8.8). Le prothésiste comble la PDS avec de la cire et confectionne un PEI (fig.8.9). Ce dernier permet la réalisation de l’empreinte anatomo-fonctionnelle avec un joint périphérique uniquement du côté non opéré avec un matériau d’empreinte adapté (thiocol, polyether ...) (fig.8.10, 8.11). L’empreinte est coulée et une maquette d’occlusion est réalisée afin de pouvoir enregistrer les relations inter maxillaires. Le praticien note toutes les informations (teinte, forme des dents, rétraction labiale, asymétrie labiale, bride cicatricielle ...) pouvant aider le prothésiste à se rapprocher le plus possible de la situation dentaire initiale avant l’opération. Dans le cas des Prothèses Amovibles Complètes (PAC) obturatrices, les règles du montage des dents diffèrent de celles de la PAC conventionnelle. Les dents antérieures doivent souvent être légèrement lingualées en présence de brides cicatricielles et de rétraction labiale. Les dents postérieures doivent se situer dans l’axe des crêtes maxillaires pour favoriser la stabilité prothétique (fig.8.12). Le plan d’occlusion est décalé vers l’arcade la plus défavorable qui est dans ce cas le maxillaire.

Après validation de l’essayage esthétique et fonctionnel, le montage directeur est envoyé au laboratoire pour être polymériser et pour confectionner l’obturateur rigide transitoire (fig.8.13). Le jour de la pose, la partie obturatrice est rebasée avec une résine à prise retardée (Fitt de Kerr®) ou un silicone (Syllagum®) pour améliorer la cicatrisation, le confort et l’étanchéité (fig.8.14).

Le patient revient en consultation pour des éventuelles retouches et pour changer le matériau de rebasage pendant toute la période de cicatrisation [8, 16, 47, 48, 65, 67].

2.3.3. Prothèse d’usage

Les prothèses obturatrices d’usage sont envisagées une fois la cicatrisation terminée. Elles doivent restaurer l’herméticité de la cavité buccale, être fonctionnelles, légères, stables et rétentives. Or dans le cas de patient âgé édenté complet, ces objectifs sont rarement atteints et le recours à l’implantologie se révèle souvent nécessaire pour assurer la rétention prothétique.

Il existe schématiquement deux types de prothèses obturatrices d’usage qui se distinguent par la nature et le matériau de l’obturateur qui peut être en résine ou en silicone. Toutes les étapes de confection sont les mêmes que pour la prothèse transitoire sauf dans le cas d’un obturateur souple en silicone.

La nature et le matériau de l’obturateur sont choisis par le chirurgien-dentiste en charge de la PMF en fonction de l’étendue et de la localisation de la PDS, de l’anatomie de la crête édentée et des critères spécifiques au patient (âge, dextérité, hygiène bucco-dentaire). Le type d’obturateur peut également être choisi en fonction de la classification des PDSM de Pomar et al. (annexe 2) [8, 16, 47, 48, 65, 67].

En effet une PDS étendue ou une ouverture buccale réduite (si la PDS est accessible) conduisent à réaliser une prothèse avec un obturateur souple en silicone. En revanche un patient âgé présentant une petite PDS ou une ouverture buccale suffisante ou des difficultés de coordination neuro-musculaires ou une hygiène bucco-dentaire limitée font préférer un obturateur rigide solidaire de la prothèse [8].



Dr. Orlanducci

8.1. Modèle primaire avec limites de la plaque dessinée



Dr. Orlanducci

8.2. Empreinte anatomofonctionnelle



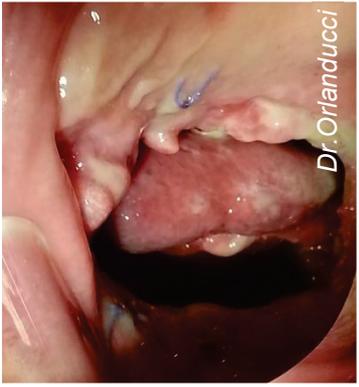
Dr. Orlanducci

8.3. Plaque palatine seule avant rebasage



Dr. Orlanducci

8.4. Plaque palatine rebasée au Syllagum® = Prothèse obturatrice immédiate mise en place au bloc opératoire



Dr. Orlanducci

8.5. Cavité d'exérèse après cicatrisation



Dr. Orlanducci

8.6. Mise en place d'une compresse vaselinée dans la cavité d'exérèse



Dr. Dichamp [103]

8.7 Adaptation du porte-empreinte



Dr. Orlanducci

8.8. Empreinte primaire maxillaire avec technique « parachute »

Figure 8 : Photos illustrant les étapes de réalisation d'une prothèse obturatrice immédiate et transitoire



8.9. Comblement de la PDS avec de la cire



8.10. Joint périphérique à la pâte de Kerr excepté du côté de la maxillectomie



8.11. Empreinte anatomico-fonctionnelle au thioacol



8.12. Montage des dents sur cire



8.13. Polymérisation



8.14. Insertion de la **prothèse obturatrice transitoire** en bouche

(Suite Figure 8) : Photos illustrant les étapes de réalisation d'une prothèse obturatrice transitoire

✓ **Obturbateur souple en silicone dit « autostable »**

Cet obturbateur est indépendant de la prothèse et assure sa propre rétention. La prothèse se positionne sur l'obturbateur via un dispositif de liaison mécanique ou magnétique (fig.9). Elle est alors réalisée comme une PAC classique.

L'avantage de ce type d'obturbateur est d'exploiter parfaitement les zones de contre-dépouille de la PDSM. Les inconvénients sont d'une part la durée de vie limitée du fait de la porosité du silicone et d'autre part la nécessité d'une certaine dextérité pour le mettre en place et insérer la prothèse par-dessus. Ces obturbateurs sont donc peu utilisés chez les personnes âgées.

Concernant son élaboration, au fauteuil, un silicone d'empreinte (par addition Drop Ortho®) est injecté dans la cavité d'exérèse jusqu'à débordement et une compresse est appliquée au palais. Lors de la polymérisation, le silicone étant pris dans la compresse, cela permet une meilleure préhension pour le retirer. Cette empreinte de la PDS est alors coulée en plâtre dur puis passée au paralléliseur pour objectiver les contre-dépouilles favorables à la rétention de l'obturbateur. Le silicone est ensuite injecté directement dans le moulage [47, 64].



Figure 9 : Obturbateur autostable (photos du Dr.Dichamp [103])

✓ **Obturbateur en résine :**

Il en existe de deux types :

- Les obturbateurs en résine souple (fig.10)
- Les obturbateurs en résine rigide (fig.11)

Les obturbateurs en résine souple sont plus rigides que les obturbateurs en silicone (fig.9) mais ont l'avantage d'avoir une plus grande longévité.



Figure 10 : Obturbateur en résine souple



Figure 11 : Obturbateur en résine rigide

Des études ont montré que les obturateurs en résine sont mieux tolérés que les obturateurs en silicone [86, 87].

Les obturateurs en résine sont dits « monobloc » car ils sont solidaires de la prothèse. En fonction de la taille de la cavité d'exérèse, ils peuvent être pleins ou évidés (chapeauté ou non) pour être plus légers. Le couvercle (ou chapeau) évite l'accumulation de mucus et de dépôts dans l'obturateur.

L'obturateur peut être réalisé dans le même temps que la prothèse (fig.12) ou bien secondairement. L'avantage de ce dernier est de confectionner un obturateur creux d'emblée qui sera ensuite solidarisé à la prothèse par une résine autopolymérisable [16, 47, 64].

Le tableau 3 récapitule les indications, les critères, les avantages et les inconvénients des obturateurs rigides et souples.



Figure 12 : Obturateur évidé d'après Bentahar O et al. [16]

- A) L'obturateur est évidé au niveau de l'intrados*
- B) L'évidement se fait également au niveau de l'extrados, l'avantage étant de préserver les détails de l'intrados de l'obturateur*
- C) Couvercle en résine qui ferme l'obturateur*

Obturbateurs	Rigides en résine	Souple en silicone
Indications	<ul style="list-style-type: none"> - PDS régulières - Patients partiellement dentés (ancrage dentaire satisfaisant) - Petites et moyennes PDS 	<ul style="list-style-type: none"> - Patients édentés avec PDS étendue et/ou trismus - Patients complètement dentés - Patients jeunes - PDS accessible
Critères	<ul style="list-style-type: none"> - Creux pour être le plus léger possible - <u>Peu dentés</u> → obturbateur solidaire d'une plaque palatine en résine avec crochets façonnés - <u>Largement dentés</u> → obturbateur solidaire d'une plaque palatine métallique avec crochets coulés 	<ul style="list-style-type: none"> - Liaison entre la balle de silicone et la plaque résine se fait grâce à un système capteur/aimant ou de rétention mécanique
Avantages	<ul style="list-style-type: none"> - Mise en œuvre simple - Entretien aisé - Evolutif : réparation simple (adapté aux patients vivant loin des centres urbains) - Faible coût 	<ul style="list-style-type: none"> - Exploite parfaitement les zones de contre dépouille de la PDSM - Souple donc tolère une certaine déformation lors du passage de la brèche palatine, tout en reprenant sa forme initiale une fois en place dans la cavité - Non traumatisant pour les muqueuses malgré les mises en place répétées <ul style="list-style-type: none"> - Participe à la stabilité prothétique <ul style="list-style-type: none"> - Poids faible - Dissociation obturbateur/ prothèse adjointe <ul style="list-style-type: none"> - Accepte une ouverture buccale limitée - Confortable - Etanchéité
Inconvénients	<ul style="list-style-type: none"> - Participation limitée à la rétention de la prothèse - Ouverture buccale suffisante indispensable 	<ul style="list-style-type: none"> - Durée de vie limitée du fait de la porosité du silicone (tous les 6 à 8 mois réfection totale de la partie obturatrice) = non évolutif/ rebasage impossible <ul style="list-style-type: none"> - Dexterité manuelle nécessaire - Peu conseillé aux personnes âgées (entretien, mise en place) <ul style="list-style-type: none"> - Coût élevé - Entretien difficile dû à la porosité du silicone/ problème d'hygiène

Tableau 3 : Description des obturbateurs rigides et souples d'après Vigarios E et al. [8]

2.4. Aide à la rétention : les implants ostéo-intégrés

Le manque de rétention est le problème majeur de la PAC obturatrice. Le recours à l'implantologie est donc fortement recommandée pour améliorer le confort, la stabilité et la rétention de ces prothèses et restaurer en partie la fonction de mastication. Le succès de cette thérapeutique réclame une étroite collaboration entre les différents praticiens (chirurgien, oncologue, chirurgien-dentiste, radiothérapeute).

Un bilan pré-implantaire est nécessaire, il comprend une évaluation de l'état général du patient (physique et psychologique), un bilan clinique local et un bilan radiologique. L'équipe pluridisciplinaire analyse le rapport bénéfice/risque pour le patient afin de déterminer la faisabilité du projet thérapeutique [9, 45, 58, 94].

L'implantologie est préconisée dans le cas de grande perte de substance, chez l'édenté total car elle améliore la qualité de vie des patients (fig.13). Cependant elle est formellement contre indiquée dans le cas d'un patient présentant une altération de l'état général, une limitation de l'ouverture buccale, des parafunctions, des récurrences tumorales ou l'apparition de métastases et si la dose d'irradiation est supérieure à 40 Gy.

Ce sont les raisons pour lesquelles chez une personne âgée fragile, la chirurgie implantaire est rarement indiquée [9, 58, 94].

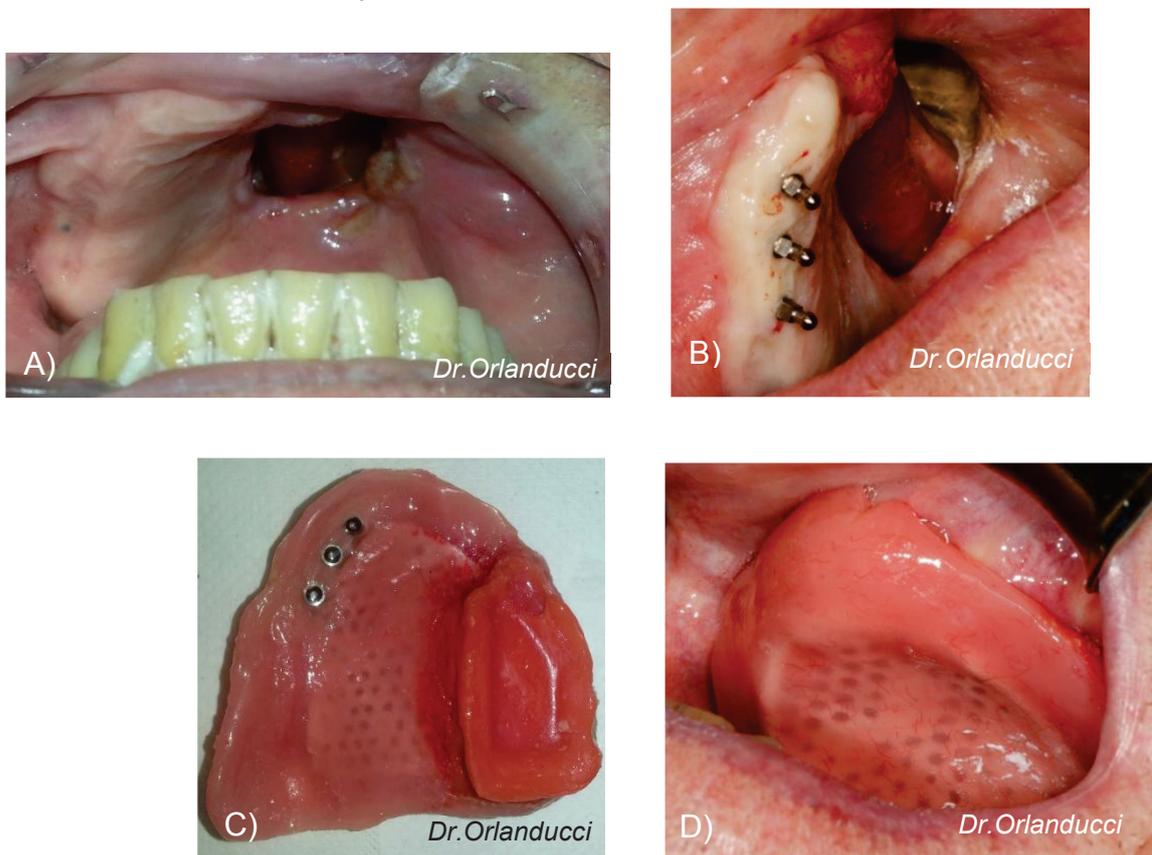


Figure 13 : Photos illustrant le cas d'un patient réhabilité par une prothèse obturatrice implanto-stabilisée

- A) Crête maxillaire saine pour la future pose des implants et cicatrisation du côté de la maxillectomie
- B) Pose de trois implants pour augmenter la rétention
- C) Parties femelles intégrées dans la prothèse obturatrice
- D) Insertion en bouche

2.5. Avantages et inconvénients de la PMF

Les avantages de la réhabilitation prothétique sont sa rapidité de réalisation, le guidage de la cicatrisation et la facilité de la surveillance oncologique par un accès visuel direct du site chirurgical. Les inconvénients résident dans le caractère amovible des prothèses obturatrices, limitant l'étanchéité, la stabilité et le confort. Une hygiène rigoureuse de la prothèse et de la cavité d'exérèse sont indispensables mais insuffisantes la plupart du temps. L'origine de ces défaillances peut être expliquée en partie par les problèmes de santé liés à l'âge (déclin des systèmes sensoriels, déficit cognitif, troubles mnésiques ...) mais aussi par le manque d'information et de formation du personnel soignant. « La santé bucco-dentaire n'apparaît pas comme une priorité surtout quand le personnel est en sous-effectif » [21]. La famille est également mal informée sur les procédures de nettoyage nécessaire à la maintenance d'une bonne hygiène dentaire. Il existe également une certaine réticence et répugnance vis-à-vis de la cavité buccale (fig.14) [21]. Un des autres inconvénients de la PMF est la mise en place de l'obturateur qui nécessite une certaine dextérité, parfois incompatible avec la coordination neuro-musculaire du sujet âgé. Enfin, l'insertion répétée d'une prothèse obturatrice mal adaptée peut conduire à des gênes et des douleurs [8, 16, 17, 48, 53]. Le tableau 4 récapitule les avantages et les inconvénients de la PMF.

Avantages	Inconvénients
Résultat esthétique et fonctionnel rapide Le fait que la prothèse soit amovible permet de surveiller la cicatrisation et le site opératoire Réalisation en ambulatoire Toujours possible même dans les cas où la reconstruction chirurgicale est contre indiquée La prothèse s'adapte à de nombreuses situations cliniques Cout faible	Le fait que la prothèse soit amovible rappelle sans cesse au patient la PDS Problèmes de rétention, d'étanchéité, et d'intégration fonctionnelle Dextérité nécessaire Nécessite une hygiène rigoureuse de la prothèse et de la cavité d'exérèse

Tableau 4 : Avantages et inconvénients d'une prothèse maxillo-faciale [8]

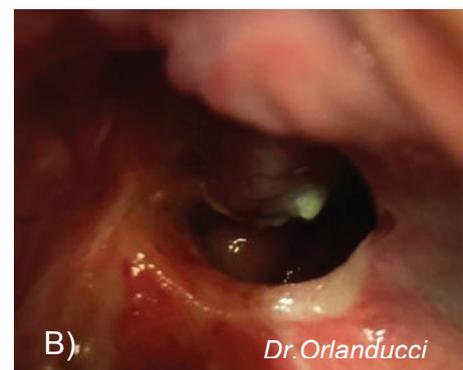


Figure 14 : Personnel soignant non formé pour nettoyer la cavité d'exérèse. Cavité remplie par des débris alimentaires. Port de la prothèse insupportable pour le patient en raison de douleurs et de difficultés de mise en place.

- A) Avant nettoyage de la cavité d'exérèse
 B) Après nettoyage

3. Réhabilitation mixte

D'après l'étude de Rogers (2003), il n'existe pas de différence significative entre la satisfaction des patients ayant été réhabilités par prothèse ou par chirurgie après une maxillectomie [102].

Parfois, la chirurgie réparatrice échoue partiellement et la perte de substance n'est pas totalement recouverte par la greffe. Le recours à une prothèse obturatrice est alors nécessaire mais la situation clinique est rarement favorable.

La position, le volume des lambeaux, la nature des tissus de support ne permettent pas toujours de réaliser des prothèses dans des conditions satisfaisantes. Si le lambeau est peu adhérent, trop volumineux, trop dépressible, la réhabilitation prothétique est souvent compromise (fig.15) [12, 36, 95].

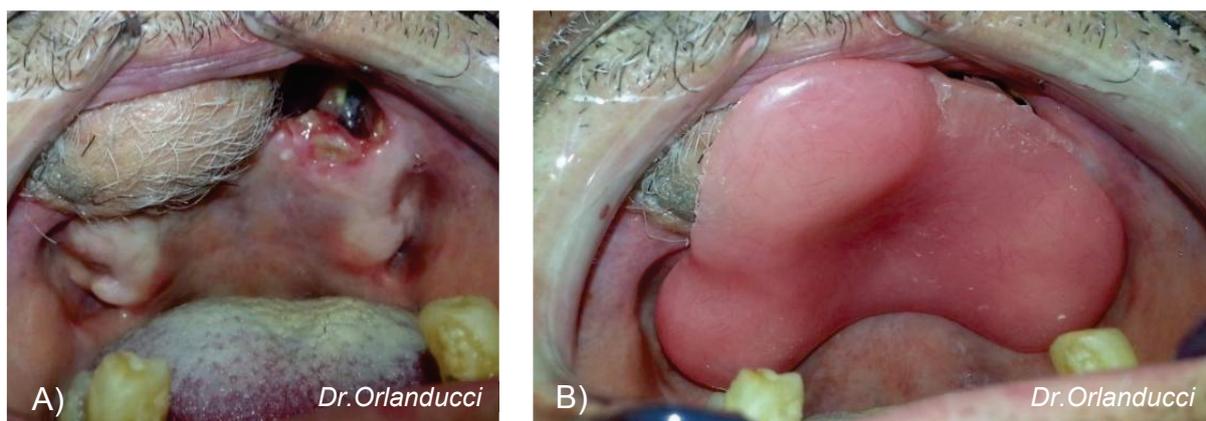


Figure 15 : Photo illustrant une réhabilitation mixte

- A) *Lambeau antébrachial radial volumineux compromettant la mise en place d'une prothèse fonctionnelle (hauteur prothétique disponible insuffisante)*
B) *Mise en place d'une simple plaque palatine*

III. Suivi des patients

Après le traitement d'un cancer des VADS, des études ont montré que plus de 20% des patients développeraient un 2^{ème} cancer des VADS et 10% un cancer bronchique. De même 90% des récurrences surviennent dans les 2 années qui suivent le traitement. La surveillance post-thérapeutique est essentielle et repose sur une étroite collaboration entre les différents spécialistes: chirurgiens, radiothérapeutes, oncologues médicaux et chirurgiens-dentistes qui ont pris en charge le patient.

Le suivi clinique permet de dépister une récurrence, la survenue de métastases ou de tumeurs métachrones (tumeur diagnostiquée après le traitement du cancer primitif) [1, 2, 3, 4, 5, 7, 13, 14, 32].

Le patient est suivi en consultation :

- ✓ Par le chirurgien : pour un examen général ORL avec nasofibroscopie
 - Tous les 2 mois la 1^{er} année
 - Tous les 3 mois la 2^{ème} année
 - Tous les 4 mois la 3^{ème} année

Puis tous les 6 mois les 4^{ème} et 5^{ème} année

Tous les ans à vie (sauf pour les patients sans intoxication alcoolo-tabagique où la surveillance peut être limitée à 5 ans)

- ✓ Par le chirurgien-dentiste : tous les 6 mois, à vie (une fois par an pour un patient totalement édenté)
- ✓ Surveillance annuelle: tous les 6 mois pendant 2 ans puis annuelle
 - Une radiographie pulmonaire une fois par an.
 - Un bilan endocrinien par dosage de la TSH peut également être envisagé une fois par an dans certains types de tumeur, notamment en cas d'irradiation au niveau de l'aire thyroïdienne.
 - En cas de doute, un bilan endoscopique est réalisé et un bilan radiologique orienté est prescrit (échographie, TDM, TEP, IRM, etc.). En particulier, le PET scan est un outil performant dans le cadre de la surveillance carcinologique des cancers de la tête et du cou [10].

La surveillance post-thérapeutique permet d'évaluer l'état général du patient, les séquelles douloureuses et fonctionnelles ainsi que les conséquences psychologiques des traitements et leurs répercussions sur la qualité de vie. Les comorbidités et la fréquente intoxication alcoolo-tabagique justifient une surveillance spécifique coordonnée par le médecin traitant. Lors de chacune de ces consultations, il est nécessaire d'éduquer le patient sur les signes d'alertes qui doivent induire une demande de consultation anticipée (réapparition de douleurs, de gêne à la déglutition, d'une modification de la voix, de gêne à la respiration) [2, 4, 5, 7, 13, 14].

Le suivi est donc un élément capital de la prise en charge des patients traités pour un cancer des VADS. Il doit être systématique et régulier tout au long de la vie.

Conclusion

Les tumeurs malignes de la cavité buccale touchent particulièrement le sujet âgé, elles représentent un enjeu majeur de santé publique. En effet leur détection survient le plus souvent à un stade avancé alors qu'un dépistage et une prise en charge précoce permettraient d'augmenter le taux de survie.

Les cancers du maxillaire sont traités le plus souvent par une chirurgie associée à de la radiothérapie, plus rarement par de la chimiothérapie.

La thérapeutique est décidée lors d'une réunion de concertation pluridisciplinaire durant laquelle chaque spécialiste donne son avis sur la prise en charge proposée. Le patient est au cœur de la discussion, tous les facteurs sont pris en compte y compris les souhaits du patient. Cette décision est lourde de conséquences et soulève en particulier chez le sujet âgé un questionnement éthique :

Suis-je dans la bienveillance ou dans la bienveillance ? Quel est le bénéfice réel pour le patient ? L'abstention thérapeutique n'est-elle pas la meilleure solution ? Les soins envisagés ne risquent-ils pas d'aggraver un état de santé déjà précaire ? La prise en charge est-elle équitable ?

La personne âgée consulte systématiquement un gériatre qui donne un avis sur le choix thérapeutique après avoir estimé la capacité du patient à supporter le traitement et à comprendre les modalités de la prise en charge.

La décision est prise en se référant aux dernières recommandations et en évaluant le rapport bénéfices/risques pour le patient. Le but de cette réunion est de permettre à chacun d'exposer son point de vue sur la situation afin de choisir le traitement le plus adapté. Il est important de distinguer la réussite du traitement local et la réussite du traitement de manière générale. La réussite du traitement local est appréciée par les résultats extemporanés après l'exérèse de la tumeur, alors que la réussite générale du traitement est définie par la guérison du cancer et une qualité de vie acceptable retrouvée. En effet le préjudice causé par la perte de substance maxillaire entraîne des dysfonctions orofaciales majeures ainsi qu'une modification de l'image de soi. Le processus d'acceptation de cette mutilation est alors facilité par la réhabilitation qu'elle soit chirurgicale ou prothétique. Cependant, il arrive dans certaines situations que le traitement soit un succès mais que le patient ne l'intègre pas.

Afin de réduire l'impact des cancers des VADS, il est important d'une part d'augmenter la prévention des facteurs de risque et d'autre part d'insister sur l'éducation des patients aux signes d'appels des tumeurs malignes. Il est également nécessaire de sensibiliser les chirurgiens-dentistes et les médecins généralistes à la détection des lésions précancéreuses. Depuis 2013, les professionnels de santé en charge de ces cancers organisent une semaine de sensibilisation et de prévention appelée « Make Sense Campaign » en Europe avec pour slogan « Prendre le cancer par la gorge ». Cette campagne est destinée à la fois aux patients via des consultations gratuites de dépistage et aux professionnels de santé via une formation.

Malheureusement, à ce jour, tous les chirurgiens-dentistes en charge de la prothèse maxillo-faciale ne font pas partie systématiquement des RCP. Pourtant ils sont le mieux placés pour donner un avis éclairé sur la prise en charge du patient d'un point de vue prothétique, connaissant les difficultés de réhabilitation et d'intégration des prothèses

obturatrices. Quand le patient cumule à la fois des déficits physiologiques liés au vieillissement et des déficiences liés aux conséquences de la chirurgie et de la radiothérapie, les difficultés se multiplient et la réhabilitation peut aboutir à un échec.

En consultation, il n'est pas rare de constater que certains patients ne supportent pas leur prothèse et même après de nombreuses modifications, l'inconfort peut persister et aboutir à un rejet.

Les patients âgés fragiles ayant subi une maxillectomie sont généralement réhabilités grâce à une prothèse obturatrice afin d'éviter une reconstruction chirurgicale. Mais comme ils manquent de dextérité pour les nettoyer et les mettre en place, ils sont donc dépendants de leur entourage ou du personnel soignant qui manquent souvent de temps et de formation adaptée. Par conséquent, la « gestion » de la PMF des patients institutionnalisés est très insuffisante.

La coordination entre les acteurs de la prise en charge du patient et le suivi sont essentiels dans la réussite globale du traitement. Une rupture dans la chaîne des soins peut entraîner des conséquences dramatiques sur le projet de vie du patient âgé fragile. Sa souffrance physique et psychique parfois imperceptibles aux yeux des soignants provoque une altération rapide de son état de santé général pouvant conduire à son décès.

C'est pourquoi, il est nécessaire de comprendre la complexité médicale et psychosociale de la prise en charge du patient âgé fragile atteint d'un cancer au maxillaire pour minimiser les échecs thérapeutiques.

Références Bibliographiques

- 1) Guillere Sevestre L. Chapitre 11. Tumeurs de la cavité buccale, naso-sinusiennes et du cavum, et des voies aéro-digestives supérieures. *ORL-Stomatologie-Maxillo Faciale*. KB Médecine. Paris: Vernazobres-Gregio, 2014. p. (171-89).
- 2) Guiol.J, Espitalier E. Chapitre 11. Tumeurs de la cavité buccale, naso-sinusiennes et du cavum, et des voies aéro-digestives supérieures. Dans: Boyer J, Corre P, Durand N, Espitalier F, Guiol J, Lombard M et al. *ORL - Chirurgie maxillo-faciale - Stomatologie*. Tout en un ecn. Paris: De Boeck Estem, 2014. p. (181-91).
- 3) Collège hospitalo-universitaire français de chirurgie maxillo-faciale et stomatologie. Chapitre 6. Tumeurs de la cavité buccale. *Chirurgie maxillo faciale et stomatologie*. 3^{ème} édition. Paris: Elsevier Masson, 2014. p. (185-207).
- 4) Gouhier P. 2015. Chapitre 4. Cancer des VADS. *ORL Stomatologie Chirurgie maxillo-faciale*. Juste pour l'ECN. Paris : Ellipses, 2015. p. (83-93).
- 5) Rocher N, Bailleux S. Chapitre 18. Tumeurs de la cavité buccale, naso-sinusiennes et du cavum, et des voies aéro-digestives supérieures. *ORL Stomatologie Ophtalmologie*. Collection des conférenciers (2ed). Paris: Elsevier Masson, 2013. p. (73-6).
- 6) Lebreton C, Leconte M. Chapitre 5. Tumeurs de la cavité buccale et des voies aéro-digestives supérieures. *ORL Stomatologie Chirurgie maxillo-faciale*. ECN en poche. Paris: Ellipses, 2011. p. (51-4).
- 7) Durié S, Plance T, Kuchcinski G. 2011. Chapitre 9. Tumeurs de la cavité buccale et des voies aérodigestives supérieures. *ORL – Stomatologie - Chirurgie Maxillo-faciale*. Inter Memo. Paris :Vernazobres-Greco, 2011. p.(145-93).
- 8) Vigarios E, Destruhaut F, Pomar P, Dichamp J, Toulouse E. *La prothèse maxillo-faciale*. CdP (Mémento), 2015.
- 9) Fekia A, Abi Najm S, Descroix V, Gauzerand D, Gourmet R, Guichard M et al. *Le chirurgien dentiste face au cancer*. Paris: Association Dentaire Française; 2008.
- 10) Collège de la Haute Autorité de Santé. Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique Cancer des voies aérodigestives supérieures. Guide - Affection longue durée, 2009 Novembre [En ligne]. Disponible: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_892164/fr/ald-n-30-cancer-des-voies-aero-digestives-superieures
- 11) Jegoux F, Le Breton A, Henry J.S. *Chirurgie des cancers de la cavité buccale: exérèse et réparation*. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Techniques chirurgicales - Tête et cou, 10(1):1-25, 2015.
- 12) Boutault F, Paoli J-R, Lauwers F. *Reconstruction chirurgicale des pertes de substance des maxillaires*. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Chirurgie orale et maxillo-faciale, 1-18, 2005.
- 13) Tarragano H, Illouz B, Moyal F, Missika P, Ben Slama. *Cancers de la cavité buccale- Du diagnostic aux applications thérapeutiques*. CdP (JPIO), 2008.
- 14) Société Française d'Oto-Rhino-Laryngologie et de Chirurgie de la Face et du Cou. Actualisation de la recommandation de 2005 sur le suivi post-thérapeutique des carcinomes épidermoïdes des VADS de l'adulte. *Recommandation pour la pratique clinique*, 2015 [En ligne]. Disponible: https://www.orlfrance.org/wpcontent/uploads/2017/06/reco_suivi_post_therapeutique_carcinomes_epidermoïdes_adulte_2015.pdf.

- 15) Réseau Régional de Cancérologie Onco Nord Pas de Calais. Cancers des voies aéro-digestives supérieures. Référentiel Nord Pas de Calais, 2015 [En ligne]. Disponible: <http://media.onco-npdc.fr/referentiel-regional-vads-vf2-20221.pdf>.
- 16) Bentahar O, Pomar P, Fusaro S, Benfdil F, Aguenau A, Abdenine A. Prothèses obturatrices après maxillectomie: bases fondamentales et thérapeutiques. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Chirurgie orale et maxillo-faciale, 2-166-B-58, 2008.
- 17) Destruhaut F, Toulouse E, Noirrit-Esclassan E, Hennequin A, Vigaros E, Pomar P. Apport de la prothèse maxillofaciale dans le traitement des pertes de substance maxillofaciale. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Médecine Buccale, 3(1):1-13, 2017.
- 18) Kielbassa A, Hinkelbein W, Hellwig E, Meyer-Luckel H. Radiation-related damage to dentition. *Lancet Oncol*, 2006;7(4):325-35.
- 19) Merigot A, Chatel C. Irradiation cervico-faciale : répercussion sur le milieu buccal. *Rev Odont Stomat (SOP)*, 2005;34:155-69.
- 20) Merigot A, Chatel C. Irradiation cervico-faciale (2ème partie) : rôle de l'odontostomatologiste. *Rev Odont Stomat*, 2005;34:279-91.
- 21) Pouyssegur V, Mahler P. Odontologie gériatrique Optimiser la prise en charge au cabinet dentaire. CdP (Guide clinique); 2010.
- 22) Laronde DM, Hislop TG, Elwood JM, Rosin MP. Oral cancer: just the facts. *J Can Dent Assoc*, 2008;(74):269-72.
- 23) Moriniere S. Epidémiologie des carcinomes des voies aéro-digestives supérieures. *Revue du Praticien*, 2006;(56):1637-41.
- 24) Barthelemy I, Sanna Just JP, Revol P, Mondie JM. Cancers de la cavité buccale - Préambule, épidémiologie, étude clinique. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Médecine buccale, 3(1):1-13, 2008.
- 25) Collège national des enseignants-chercheurs de gériatrie. Item 126. UE 5 - La personne âgée malade : particularités sémiologiques, psychologiques et thérapeutiques. *Gériatrie*. 3^{ème} édition. Paris: Elsevier Masson, 2014. p. (85-97).
- 26) Dondelinger R. Chapitre 7. La personne âgée malade : particularités sémiologiques, psychologiques et thérapeutiques. *Gériatrie, Vieillesse Module 5*. KB Médecine. Paris : Vernazobres-Gregg, 2012. p. (97-107).
- 27) Collège hospitalo-universitaire français de chirurgie maxillo-faciale et stomatologie. Cours : Item 154 : Tumeurs maxillo-mandibulaires, 2010-2011. [En ligne]. Disponible : <http://campus.cerimes.fr/chirurgie-maxillo-faciale-et-stomatologie/enseignement/stomatologie7/site/html/cours.pdf>.
- 28) L'Institut National du Cancer (INCa). Les traitements des cancers des voies aéro-digestives supérieures. Collection Guides de référence Cancer info, 2012 Décembre [En ligne]. Disponible: <http://www.e-cancer.fr/content/download/63384/570381/file/Les-traitements-des-cancers-des-VADS.pdf>.
- 29) Senesse P, Bachmann P, Bensadoun RJ, Besnard I, Bourdel-Marchasson L, Bouteloup C, et al. - Société Francophone de Nutrition Clinique et Métabolisme (SFNEP). Nutrition chez le patient adulte atteint de cancer. *Nutrition clinique et métabolisme*. 2012;26(4):149-164.
- 30) Bachmann P, Romero G, Deneuve S, Coti Bertrand P, Guex E, Caldari D et al. Référentiel de pratiques professionnelles : prise en charge nutritionnelle des cancers des voies

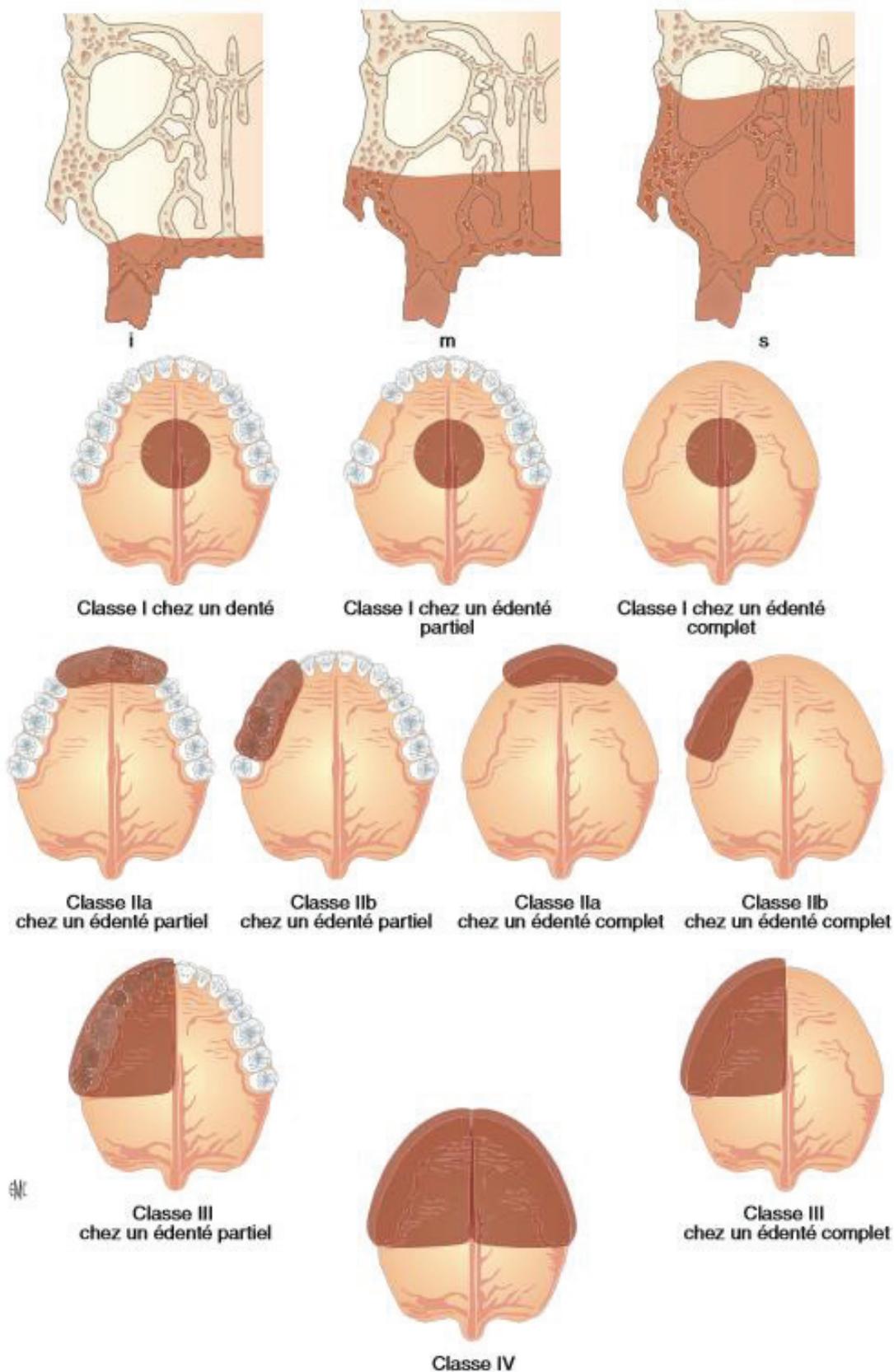
- aérodigestives supérieures. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Nutrition clinique et métabolisme, 28(3):207-15, 2014.
- 31) Bachmann P, Bertrand A, Roux P. Prise en charge nutritionnelle dans les parcours de soins des cancers. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Nutrition clinique et métabolisme, 30(4):399-408, 2016 .
- 32) Hans S, Brasnu D. Cancer ORL : conduite à tenir et traitement. EMC (Elsevier Masson, Paris), Traité de Médecine Akos, 2010;1-7.
- 33) Haute Autorité de Santé. Réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP). Evaluation et amélioration des pratiques, 2014 [En ligne]. Disponible:
https://www.hassante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_1356809
- 34) Lacoste Ferre MH, Hermabessiere S, Jesequel F, Rolland Y. L'écosystème buccal chez la personne âgée. Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil. 2013;11(2):144-50.
- 35) Saint-Jean O. Personnes Agées et Cancer. Collection comprendre et agir, 2016 [En ligne]. Disponible :
<https://www.fondation-arc.org/support-information/brochure-personnes-agees-et-cancer>
- 36) Fistes M, Fauroux MA, Margerit J, Yachouch J, Garre R. Après maxillectomie: reconstruire ou obturer ? 59ème Congrès de la SFMBCB, Lyon, Mai 2012. EDP Sciences; 2012.
- 37) Chastant-Morand MC, Nossintchouk R. Consentement éclairé chez la personne âgée vulnérable. Actualités odonto-stomatologiques, 2001;214:225-233.
- 38) Loones A, David-Alberola E, Jauneau P. La fragilité des personnes âgées : perceptions et mesures. Centre de Recherche pour l'Étude et l'Observation des Conditions de Vie. Cahier de recherche, 2008;(256):5-26.
- 39) Mahé MA, Barillot I, Chauvet B. Guide des procédures de radiothérapie externe et de curiethérapie : présentation de la 2^e édition. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), 18(5-6):356-9, 2014.
- 40) Närhi T, Meurman JH, Ainamo A. Xerostomia and hyposalivation : causes, consequences and treatment in the elderly. Drugs Aging, 1999; 15(2):103-16.
- 41) Chaux-Bodard AG, Gourmet R, Montbarbon X. Postradiation dental extractions. J Oral Maxillofac Surg, 2004;105:269-273.
- 42) Maire F, Borowski B, Collangettes D, Farsi F, Guichard M, Gourmet R et al. Standards, Options et Recommendations for good practices in dentistry for head and neck cancer patients. Bull Cancer, 1999; 86(7-8):640-65.
- 43) Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé. Recommandations de bonne pratique bucco-dentaire, prescriptions des antibiotiques en pratique bucco-dentaire, 2011 [En ligne]. Disponible:
http://ansm.sante.fr/content/download/5297/52416/version/12/file/Reco-Prescription-des-antibiotiques-en-pratique-buccodentaire_Septembre2011.pdf.
- 44) Vedrine L, Le Moulec S, Chargari C, Fagot T, Bauduceau O. Chimiothérapie des cancers de la cavité orale. EMC (Elsevier Masson, Paris), Médecine Buccale, 3(1):1-12, 2007.
- 45) Margerit J, Pomar P, Oussaid M. Rétention en prothèse maxillofaciale. EMC (Elsevier Masson, Paris), Médecine buccale, (4):1-10, 2009.

- 46) INCa. Les cancers en France, Les Données, 2015 [En ligne]. Disponible: <http://www.e-cancer.fr/Actualites-et-evenements/Actualites/Publication-de-l-edition-2015-des-Cancers-en-France>
- 47) Benfdil F, Bentahar O, Benamar A, Aguenou A, Ahmed A. Prise en charge des pertes de substance maxillaires. Intérêt des résines à prise retardée. *Actualités Odonto-Stomatologiques*, 2008;241:75-84.
- 48) H. Rokhssi, M. Azhari M, Benfdil F, Merzouk N, Bentahar O. Intérêt de la réhabilitation prothétique immédiate après exérèse maxillaire. *Rev Odont Stomat*, 2016;45:275-289.
- 49) Bray E, Giumelli B. Quelques principes de prothèse maxillo-faciale. *Réalité clinique*, 2014;35:501-505.
- 50) Collège hospitalo universitaire de chirurgie maxillo-faciale et stomatologie – Cours: Items 145, 141: Tumeurs de la cavité buccale, 2010-2011 [En ligne]. Disponible : <http://campus.cerimes.fr/chirurgie-maxillo-faciale-et-stomatologie/enseignement/stomatologie6/site/html/cours.pdf>.
- 51) Graff F, Caprio D, Cortese S, Dolivet G, Gangloff P, Kaminsky MC et al. Carcinome épidermoïde de la cavité buccale, 2017 [En ligne]. Disponible : <http://oncologik.fr/telecharger-pdf/carcinome-epidermoide-de-la-cavite-buccale>.
- 52) Société Française d’Oto-Rhino-Laryngologie et de Chirurgie de la Face et du Cou. Organisation du parcours initial de soins en cancérologie des VADS. Recommandation pour la pratique clinique. *EMC (Elsevier Masson SAS, Paris)*, 132(4):196-200, 2015 .
- 53) Destruhaut F, Toulouse E, Noirrit-Esclassan E, Hennequin A, Vigarios E, Pomar P. Apport de la prothèse maxillofaciale dans le traitement des pertes de substance maxillofaciale. *EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Médecine buccale*, 28-720-C-10, 2017.
- 54) Gaudy JF, Gorce T. Chapitre 1: Os maxillaire: morphologie et sinus maxillaire [En ligne] : *EMC*. Disponible : http://www.em-consulte.com/getinfoproduit/471379/extrait/chapitre_471379.pdf.
- 55) Union Internationale Contre le Cancer (UICC) - TNM Classification internationale des tumeurs malignes. New-York : Willey-Liss, 2002. p. 238.
- 56) Lescaillies G, Ernenwein D, Toledo R. Cancers de la cavité buccale: dépistage et facteurs de risque. *EMC (Elsevier Masson, Paris), AKOS (Traité de Médecine)*, 1-8, 2010.
- 57) Savignat M, Lartigau E, Vi S, Libersa P. Compliance des patients irradiés pour le port des gouttières de fluoruration : incidence sur la carie dentaire. *Med Buccale Chir Buccal*, 2007;13:77-81.
- 58) Gunepin M , Derache F, Cathelinaud O, Blade JS, Risso JJ, Blatteau JE et al. Intérêts de l'oxygénothérapie hyperbare en prévention de l'échec implantaire chez le patient irradié. *Médecine Buccale- Chirurgie Buccale*, 2012;18:143-153.
- 59) Institut National du Cancer. Les cancers en France en 2016 - L'essentiel des chiffres et des faits, 2016 [En ligne]. Disponible : <http://www.e-cancer.fr/Actualites-et-evenements/Actualites/Les-cancers-en-France-en-2016-l-essentiel-des-faits-et-chiffres>
- 60) Rolland Y. Cours sur La personne âgée "fragile" [En ligne]. Faculté de Toulouse, Octobre 2013. Disponible : http://www.medecine.ups-tlse.fr/du_diu/2016/2/ONCO_GERIATRIE_Octobre_2013.pdf.

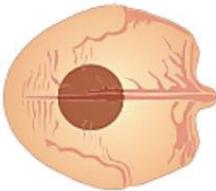
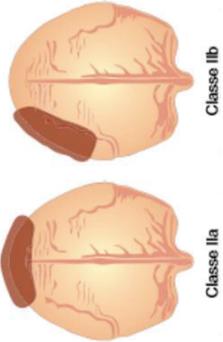
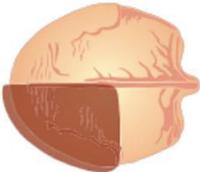
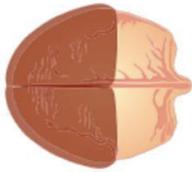
- 61) Michel JP. Rapport: Importance du concept de fragilité pour détecter et prévenir les dépendances «évitable» au cours du vieillissement, 2014. [En ligne]. Disponible : http://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2014/05/Rapport-Fragilit%C3%A9_Commission-XIII-Handicap_12-Mai-14.pdf.
- 62) Moriceau M, Weber C. Cancer chez la personne âgée : démarche oncogériatrique et dépistage des patients fragiles pour une prise en charge optimale. Médecine & Hygiène | « InfoKara », 2007;22(2) :49-55.
- 63) Dusquene F. Chapitre 28 :Vulnérabilité de la personne âgée. Conférences : personne âgée en structures d'urgence, 2011 [En ligne]. Disponible : https://sofia.medicalistes.fr/spip/IMG/pdf/Vulnerabilite_de_la_personnes_agee.pdf.
- 64) Achhab I. La prothèse maxillo-faciale au sein d'un centre de lutte contre le cancer. EDP Sciences, 2012;258:175-191.
- 65) Cardelli P, Bigelli E, Vertucci V, Balestra F, Montani M, De Carli S et al. Palatal obturators in patients after maxillectomy. Oral and Implantology, 2014;7(3): 86–92.
- 66) Chena C, Ren W, Gao L, Chengc Z, Zhang L, Lia S et al. Function of obturator prosthesis after maxillectomy and prosthetic obturator rehabilitation. Brazilian Journal of Otorhinolaryngology, 2016;82(2):177-83.
- 67) Toulouse E, Pomar P, Pradines M, Soulet H. De la prothèse dentaire à la prothèse maxillo-faciale : la prothèse obturatrice. Prothet Dent, 1997;125:11-5.
- 68) Marandas P, Germain M, Margainaud JP, Hartl D, Kolb F. Chirurgie des tumeurs malignes du plancher buccal : exérèse et réparation. Encycl Méd Chir (Elsevier SAS, Paris) Techniques chirurgicales, Tête et cou, 46-20, 2006.
- 69) Association Francophone pour les Soins Oncologiques de Support (AFSOS). Radiothérapie et soins bucco dentaires, 2010 [En ligne]. Disponible: <http://www.afsos.org/fiche-referentiel/radiotherapie/>.
- 70) Beauchamp T, Childress J. Principles of Biomedical Ethics. 4e éd., New York, Oxford : Oxford University Press. 1994.
- 71) Englehardt HT. The foundation of bioethics. New York, Oxford : Oxford University Press. 1996 ;1 vol., XVIII-446 p.3.
- 72) Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture. Déclaration universelle sur la bioéthique et les droits de l'homme, 2006 [En ligne]. Disponible: <http://www.unesco.org/new/fr/social-and-human-sciences/themes/bioethics/bioethics-and-human-rights/>.
- 73) World Health Organization. Définition de la personne âgée, 2002 [En ligne]. Disponible: <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/>.
- 74) Veyrune JL, Lassauzay C, Nicolas E, Hennequin M. Considérer le risque de dénutrition chez les personnes âgées. Réalité clinique, 2005;15:361-373.
- 75) INSEE. Les personnes âgées, 2005 [En ligne]. Disponible: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1371789>
- 76) Besimo C.E . L'évaluation multidimensionnelle gériatrique dans la pratique dentaire-Outils d'examen médical, 2015 [En ligne]. Disponible : https://www.sso.ch/fileadmin/upload_sso/2_Zahnaerzte/5_Alterszahnmedizin/Screening-Broschu__re_f.pdf.

- 77) Ruquet M, Hüe O, Tosello A. « Le sujet âgé » : spécificités odonto-stomatologiques et examen clinique. EDP Sciences, 2012;257:73-87.
- 78) Arlet P, Nicodeme R, Delpapa PA, Trappe F, Hanaire-Broutin, Cadroy S. Cours Item n° 1: La relation médecin-malade. L'annonce d'une maladie grave. La formation du patient atteint de maladie chronique. La personnalisation de la prise en charge médicale. Faculté de Médecine de Toulouse, 2001.
- 79) Miller C, Morvan C, Parmentier P, Lasfargues JJ. Nutrition et santé bucco-dentaire : rôle du chirurgien-dentiste. Revue du Comité National d'Hygiène et Science, 2005;3:40-43.
- 80) Tosello A, Niviere C, Ruquet M, Andrieu I. La dénutrition chez les personnes âgées. Cah Prothèse, 2006;134:41-50.
- 81) Monnet O, Cohen F, Lecoroller T et al. Adénopathies cervicales. EMC (Elsevier Masson, Paris), Journal de Radiologie, 89(7-8):1020-36, 2008.
- 82) Le Coz P. Les principes éthiques et les émotions dans la décision médicale. MTP, 2009;12(6):383-9,.
- 83) Loi n°2005-370 du 22 avril 2005, relative aux droits des malades et à la fin de vie. Paris, Journal Officiel, 2005, Vol. 95.
- 84) Beauchamp TL, Childress J. Principles of biomedical ethics. 5th ed. New-York, Oxford : Oxford University Press; 2001.
- 85) Avis du Comité consultatif national d'éthique. La formation en éthique médicale [En ligne]. 2004; (84):16-8. Disponible: www.ccne-éthique.fr.
- 86) Kanazawa T, Yoshida H, Furuya Y, Shimodaira K. Sectional prosthesis with hollow obturator portion made of thin silicone layer over rein frame. J Oral Rehabil, 2000;27(9):760-4.
- 87) Detrait C, Postaire M. Prothèse maxillo-faciale chez le patient totalement édenté. Cah Prothese, 2002;119:17-28.
- 88) Thariat J, Jegoux F, Pointreau Y, Fayette J, Boisselier P, Blanchard P et al. Advances in head and neck cancers on behalf of the french intergroup ORL and Gortec. Bull Cancer, 2013;100:983-97.
- 89) Koïta ID. Hyposialie et asialie: le cas particulier du syndrome de Gougerot-Sjöröen [Thèse d'exercice]. Université de Nantes; 2011.
- 90) Raoul G, Maes JM, Nicola J et al. Ostéoradionécroses des maxillaires (maxillaire et mandibulaire). EMC (Elsevier Masson, Paris), Médecine buccale, 3(1):1-16, 2008.
- 91) Hancock PJ, Epstein J, Robins Sadle G. Traitements buccodentaires en rapport avec la radiothérapie de la tête et du cou. J Can Dent Assoc, 2003;69(9):585-90.
- 92) Stojan P, Hutcheson KA, Eisbruch A, Beitler JJ, Langendijk JA, Lee AWM et al. Treatment of late sequelae after radiotherapy for head and neck cancer. Cancer Treat Rev, 2017;59:79-92.
- 93) Thariat J, De Mones, Darcourt V, Poissonet G, Dassonville O, Savoldelli C et al. Dent et irradiation: denture et conséquences sur la denture de la radiothérapie des cancers de la tête et du cou. Cancer / Radiothérapie, 2010;14(2) :128-36.
- 94) Kiletzky M. Réhabilitation orale et implants dentaires après un cancer ORL [Thèse d'exercice]. Université de Nancy-I; 2011.
- 95) Grosjean L. Les tumeurs malignes au niveau du maxillaire : prise en charge des patients et qualité de vie après réhabilitation [Thèse d'exercice]. Université de Nancy-I; 2010.

- 96) Menvielle G, Leclerc A, Chastang JF, Luce D. Inégalités sociales de mortalité par cancer en France : état des lieux et évolution temporelle. Institut de Veille Sanitaire. Bulletin épidémiologique hebdomadaire, 2008;(33):289.
- 97) Zeka A, Gore R, Kriebel D. Effects of alcohol and tobacco on aerodigestive cancer risks: a meta-regression analysis. *Cancer Causes Control*, 2003;14: 897-906.
- 98) Allen NE, Beral V, Casabonne D, WanKan S, Reeves GK, Brown A et al. On behalf of the Million Women Study Collaborators. Moderate intake and Cancer Incidence in Women. *J Natl Cancer Inst*, 2009;101:296-30.
- 99) Tramacere I, Negri E, Bagnardi V. et al. A meta-analysis of alcohol drinking and oral and pharyngeal cancers. Part 1: overall results and dose risk relation. *Oral Oncol*, 2010;46:497-503.
- 100) Marx RE, Johnson RP. Studies in the radiobiology of osteoradionecrosis and their clinical significance. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*, 1987;64(4):379-90.
- 101) Bornstein M, Filippi A, Buser D. Radiothérapie de la région cervico-faciale: conséquences intra-orales précoces et tardives. *Rev Mens Suisse odontostomatol*, 2001;111(1):971- 977.
- 102) Rogers SN, Lowe D, Mc Nally D, Brown JS, Vaughan ED. Health-related quality of life after maxillectomy : a comparison between prosthetic obturation and free flap. *J Oral Maxillofac Surg*, 2003;61(2)174-81.
- 103) Dichamp J, Collection du docteur J.Dichamp. Département de prothèse maxillo-faciale UFR de Stomatologie Pitié Salpêtrière UFR de stomatologie et chirurgie maxillo-faciale
- 104) République Française. Circulaire N° DHOS/SDO/2005/101 du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie. NOR : SANH0530076C [document légal].



Annexe 1 : Classification des pertes de substance maxillaires (d'après Pomar et al., 2008) [16]

Classification de Pomar et al. (2008)		
Classe	Localisation de la perte de substance	Type d'obturateur conseillé
Classe I		Obturateur rigide
Classe II		Obturateur rigide
Classe III		Obturateur rigide
Classe IV		Obturateur souple

Annexe 2 : Type d'obturateur conseillé chez l'édenté total (d'après la classification de Pomar et al., 2008) [16]

Serment d'Hippocrate

*En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers
condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate,*

*Je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux
lois
de l'Honneur et de la probité dans l'exercice de La Médecine
Dentaire.*

*Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais
un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun
partage clandestin d'honoraires.*

*Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce
qui se passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et
mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le
crime.*

*Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de
nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer
entre mon Devoir et mon patient.*

*Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès sa conception.
Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes
connaissances médicales contre les lois de l'Humanité.*

*Respectueux et reconnaissant envers les Maîtres, je rendrai à
leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.
Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes
promesses,*

*Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y
manque.*

Approbation – Improbation

Les opinions émises par les dissertations présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, sans aucune approbation ou improbation de la Faculté de Chirurgie dentaire (1).

Lu et approuvé,

Vu,
Nice, le

Le Président du jury,

Le Doyen de la Faculté de
Chirurgie Dentaire de l'UNS

Professeur

Professeur Laurence LUPI

(1) Les exemplaires destinés à la bibliothèque doivent être obligatoirement signés par le Doyen et par le Président du Jury

**PRISE EN CHARGE DU PATIENT AGE FRAGILE EDENTE COMPLET ATTEINT
D'UN CANCER AU MAXILLAIRE**

Thèse : Chirurgie Dentaire, Nice, 2017, n°42-57-17-41

Directrice de thèse : Docteur Marie-Hélène ORSINI-ORLANDUCCI

Mots-clés : Personnes âgées fragiles ; Cancers buccaux ; Maxillectomie ; Prothèse maxillo-faciale ; Réhabilitation ; Prise en charge ; Perte de substance maxillaire ; Edenté complet

Résumé:

Avec le vieillissement de la population, les personnes âgées « fragiles » sont de plus en plus nombreuses. Elles se situent dans un état intermédiaire entre l'autonomie et la dépendance.

Le risque de développer un cancer augmente avec l'âge. Le chirurgien-dentiste doit être vigilant lors de la consultation afin de dépister une éventuelle lésion précancéreuse. Le diagnostic est dans 70% des cas posé pour un cancer déjà avancé en raison d'une symptomatologie non spécifique des tumeurs de la cavité buccale. Ainsi, un rendez-vous en service spécialisé doit être programmé en cas de suspicion de malignité afin de poser un diagnostic le plus rapidement possible. La prise en charge du patient devient alors pluridisciplinaire faisant appel à de nombreux professionnels de santé. L'enjeu est de définir au plus tôt un plan de traitement approprié à chaque patient. Le choix de la thérapeutique est défini lors d'une réunion de concertation pluridisciplinaire en respectant les principes fondamentaux de la bioéthique.

Les principaux traitements proposés sont la chirurgie, la radiothérapie et la chimiothérapie.

La chirurgie apparaît comme le traitement de choix pour les personnes âgées. Toutefois, la perte de substance induite par la maxillectomie a de nombreuses conséquences fonctionnelles et esthétiques pour le patient. Une réhabilitation est alors nécessaire, qu'elle soit chirurgicale ou prothétique.

Ce travail a pour objectif de faire le point sur le rôle de l'équipe soignante dans le dépistage et la prise en charge des cancers des VADS chez la personne âgée « fragile » mais également d'exposer les différentes thérapeutiques et solutions qu'ils existent pour réhabiliter une personne âgée complètement édentée suite à une maxillectomie.