

RENDRE LE SOURIRE APRÈS UN CANCER ORAL, C'EST POSSIBLE !

URREA JUAN V (1), SALHI L (2), LAMY M (1)

RÉSUMÉ : Les traitements des cancers de la cavité buccale peuvent gravement altérer la fonction et l'esthétique, et participer, ainsi, à réduire considérablement la qualité de vie des patients. Le rôle des dentistes spécialisés en prothèse dans la prise en charge pluridisciplinaire de ces patients est essentiel, tant en matière de rééducation orale que de planification prothétique et sa réhabilitation ultérieure. Dès lors, ces dentistes devraient être impliqués dans le parcours de soins afin de façonner et d'esquisser la réhabilitation bucco-dentaire en amont de la chirurgie reconstructrice et, *in fine*, rendre le sourire aux patients.

MOTS-CLÉS : *Cancer buccal - Réhabilitation bucco-dentaire - Prothèse - Pluridisciplinaire*

BRING BACK A SMILE AFTER ORAL CANCER, IT'S POSSIBLE !

SUMMARY : Treatments for oral cancer can seriously impair the function and the aesthetic, and thus contribute to a significant reduction in the quality of life of affected patients. The role of prosthetic dentists in the multidisciplinary management of these patients is essential both in oral rehabilitation and in prosthetic planning and subsequent rehabilitation. Therefore, these dentists should be involved in the care pathway in order to shape and design the further oral rehabilitation prior to reconstructive surgery and ultimately make the patient smile again.

KEYWORDS : *Oral cavity cancer - Prosthodontic rehabilitation - Multidisciplinary*

INTRODUCTION

Au niveau mondial, les cancers de la cavité buccale, comprenant les cancers de la lèvre, de la langue et de la bouche, représentent, annuellement, plus de 355.000 cas diagnostiqués et plus de 177.000 décès (1).

Leur prévalence varie entre les différents pays, les groupes d'âge, le genre, la race et les groupes ethniques (2). Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), en Belgique, 992 cas ont été diagnostiqués en 2020, les hommes étant 2,5 fois plus touchés que les femmes, et la moyenne d'âge, au moment du diagnostic, se situant entre 55 et 65 ans. Les principaux facteurs de risque sont le tabagisme et l'alcoolisme (3). Néanmoins, au cours de ces trois dernières décennies, une augmentation de la prévalence des cancers buccaux associés au papillomavirus humain (HPV) a été observée chez des patients plus jeunes (4).

Plus de 90 % de ces tumeurs sont des carcinomes épidermoïdes (5). En fonction de leur pronostic et de leur classification TNM (T : envahissement tumoral, N : envahissement ganglionnaire, M : dissémination métastatique), ils seront traités par une chirurgie primaire, associée ou non à de la radiothérapie et à de la chimiothérapie.

Bien que les techniques chirurgicales de lambeaux micro-anastomosés ou celles, plus récentes et expérimentales, d'implants phos-

phocalciques (impression 3D) contribuent à la reconstruction de la fonction et de l'esthétique oro-faciale, les chirurgies d'exérèse restent néanmoins très mutilantes pour le patient. Les séquelles peuvent être importantes, tant sur le plan esthétique avec la perte ou l'altération de structures anatomiques telles que le maxillaire, la mandibule, la langue, la lèvre..., que sur le plan fonctionnel avec la perte de la capacité à mastiquer, parler ou déglutir.

En outre, les conséquences psycho-sociales après traitement doivent être prises en considération. En effet, associées à l'augmentation du taux de survie (2), les altérations fonctionnelles et esthétiques entraînent une diminution de l'estime de soi et une désocialisation, risquant de plonger le patient dans une profonde détresse psychologique (6).

Il est donc primordial d'améliorer et de maintenir la qualité de vie de ces patients si sensibles. Une des conditions pour y parvenir est d'obtenir une réhabilitation bucco-dentaire réussie, c'est-à-dire, un rétablissement de la mastication, de la phonation, de la déglutition et de l'esthétique oro-faciale (7). Pour optimiser les chances de succès d'un tel challenge, une évaluation des possibilités de réhabilitation bucco-dentaire devrait être établie en amont des traitements chirurgicaux, par une planification de traitements prothétiques qui serviront de base à la réhabilitation orale post-chirurgicale (8).

Cette responsabilité appartient principalement au dentiste spécialisé en prothèse. Cet article a pour but de mettre en évidence la nécessité de l'intégrer, dès le début du processus, à l'équipe pluridisciplinaire en charge du traitement de ces cancers buccaux.

(1) Service de Prothèse amovible, Prothèse implantaire et Occlusion, CHU Liège, Belgique.

(2) Service de Parodontologie, Chirurgie bucco-dentaire et Chirurgie implantaire, CHU Liège Belgique.

Figure 1. (a) Altération des plans anatomiques de référence après exérèse d'un carcinome épidermoïde du plancher buccal, aggravé d'une ostéoradionécrose mandibulaire. (b) Vue radiographique de la perte du plan anatomique mandibulaire

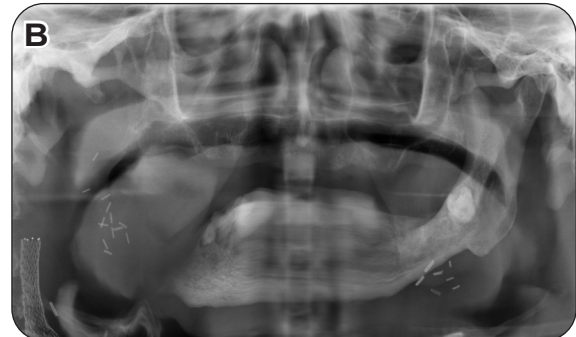


Figure 2. (a) Perte de repères dentaires suite à une pelvi-mandibulectomie interruptrice gauche. (b) Vue radiographique d'une chirurgie de reconstruction par lambeau libre de péroné.



PLANIFICATION DES TRAITEMENTS PROTHÉTIQUES ET RÉHABILITATION ORALE POST-CHIRURGICALE

Jusqu'à ce jour, la rééducation prothétique a lieu après un traitement oncologique, sans concertation préalable entre l'équipe médicale en charge de celui-ci et le dentiste spécialiste en prothèse. Cependant, après les chirurgies d'exérèse, différentes modifications entravent l'élaboration, la pose et le maintien de la pro-

Figure 3. Bride cicatricielle consécutive à l'exérèse chirurgicale d'un carcinome épidermoïde oral de la joue.

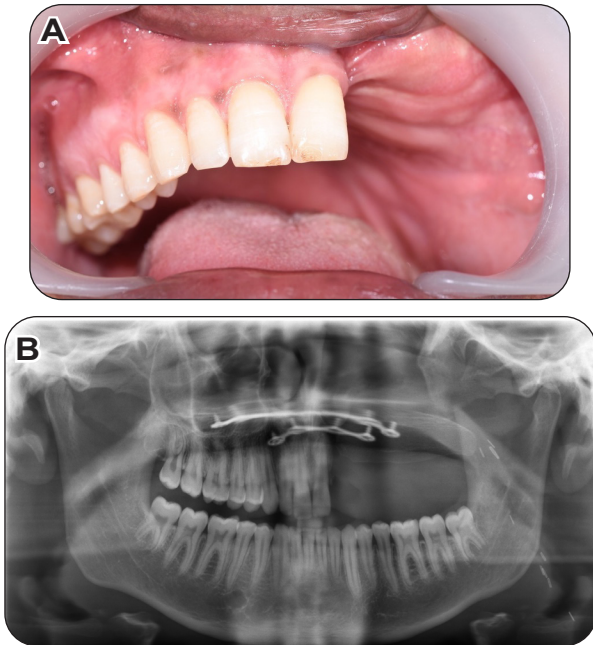


thèse dentaire. Les plus fréquemment rencontrées sont : l'altération des plans anatomiques de référence (Figures 1a et b), l'absence de repères dentaires (Figures 2a et b) et la présence de brides cicatricielles (Figures 3 et 4)

La radiothérapie, comme traitement initial ou secondaire, induit le risque d'une hyposialie, d'une augmentation des infections dentaires (caries et parodontites), d'une ostéoradionécrose (ORN) et d'un trismus plus ou moins sévère. Ensemble, ces complications constituent des obstacles supplémentaires aux réhabilitations prothétiques (9).

Actuellement, les patients sont uniquement pris en charge par un dentiste spécialisé en parodontologie afin de diminuer ces risques en assurant l'élimination des foyers infectieux dentaires et des pathologies parodontales. Ce spécialiste participe à la concertation oncologique multidisciplinaire (COM) réunissant les services de chirurgie cervico-faciale, de radiothérapie et d'oncologie médicale, organisée en vue d'optimiser et de synchroniser la prise en charge thérapeutique du patient. Parallèlement, si le délai

Figure 4. (a) Bride cicatricielle consécutive à une maxillectomie d'exérèse d'un myxome du sinus maxillaire. (b) Vue radiographique de la reconstruction par un lambeau libre micro-anostomosé d'omoplate.



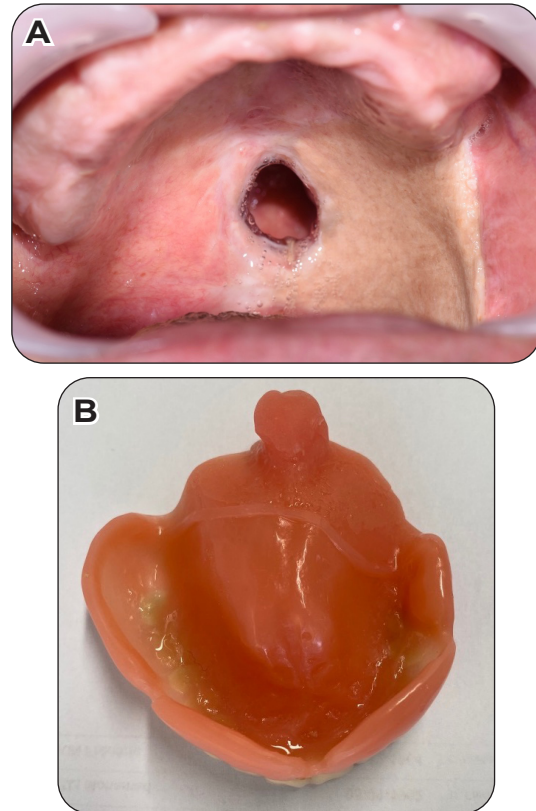
de traitement le permet, une consultation entre le service de parodontologie et celui de prothèse est réalisée, afin de planifier une reconstruction prothétique ultérieure.

Cette intrication de consultations risque de ralentir la prise en charge générale du patient, autant que de diminuer la qualité de la réhabilitation bucco-dentaire à venir. Van Huizen et coll. (10) ont pourtant démontré qu'une réflexion pluridisciplinaire systématique dès le 1^{er} jour, intégrant la consultation du dentiste spécialisé en prothèse, accélère les procédures de diagnostic et les délais de traitement des patients.

Lors de cette première consultation, le dentiste peut effectuer des empreintes intra-orales, des photographies, des enregistrements de l'occlusion dentaire et obtenir des informations sur la fonction et la phonation du patient qui pourront s'avérer très utiles lors de la réhabilitation prothétique ultérieure. Les attentes du patient, son profil psychologique, sa compréhension des traitements, ses compétences à maintenir une hygiène bucco-dentaire suffisante, sont également pris en compte.

Sur base de tous ces renseignements et des traitements envisagés, le dentiste étudie les différentes possibilités de réhabilitation : prothèse complète, avec ou sans possibilité de placement d'implants dentaires, prothèse partielle dentoportée, prothèse obturatrice (Figures 5a et b).

Figure 5. (a) Communication bucco-nasale consécutive à l'exérèse d'un double carcinome épidermoïde synchrone (épiglotte et région intermaxillaire gauche). (b) Prothèse obturatrice pour cette communication bucco-nasale.



Les empreintes réalisées avant le traitement chirurgical et la radiothérapie permettent d'obtenir des répliques de la bouche du patient, sans la difficulté d'être confronté à un important trismus post-radique ou post-chirurgical. Ces répliques peuvent, par exemple, servir à l'élaboration de gouttières de fluorisation, indispensables pour la protection des dents résiduelles après une radiothérapie. Des gouttières de protection dentaires peuvent aussi être confectionnées afin d'éviter les risques de morsures du nouveau lambeau. Dans les cas des traitements chirurgicaux, la résection peut être extrapolée sur ces modèles par les chirurgiens. L'approche permet de fabriquer des dispositifs tel un «conformateur» (Figure 6). Cet outil permet de guider, de modeler, de maintenir et de protéger les résultats obtenus lors de l'intervention chirurgicale, optimisant les chances de réussite d'une réhabilitation bucco-dentaire ultérieure.

Ces dispositifs sont déjà fréquemment utilisés dans des services de référence en oncologie orale, comme l'Institut Gustave Roussy à Villejuif en France (11).

Figure 6. Placement d'un conformateur en per-opératoire après maxillectomie



Cette planification permettra également de réaliser des guides chirurgicaux afin d'optimiser le positionnement des implants en regard de la reconstruction prothétique envisagée afin d'éviter les risques d'inadaptation entraînant instabilité et inconfort.

CONCLUSION

Après un cancer de la bouche et ses traitements, la réhabilitation bucco-dentaire constitue une des principales conditions à l'amélioration de la qualité de vie des patients.

Dans ces cas complexes, seule une planification prothétique, la plus précise possible, permettra de relever le défi de rétablir les fonctions masticatoire, phonétique et esthétique des patients. Cette planification des reconstructions prothétiques fait partie des responsabilités du dentiste spécialisé en prothèse. À ce titre, sa consultation devrait être intégrée dans la consultation pluridisciplinaire dès le premier jour de la prise en charge des patients souffrant d'un cancer de la bouche.

L'essor des techniques 3D dans le diagnostic, la planification et la réhabilitation orale offre des perspectives pour le traitement et le bien-être des patients. L'imagerie et l'impression 3D faciliteront la collaboration entre chirurgien et dentiste en charge de la réhabilitation orale et diminueront donc significativement les délais d'intervention pour les traitements. Elles permettront, à terme, de réaliser des prothèses, des conformateurs, des guides chirurgicaux et implantaires, sans nécessité de réaliser des empreintes intra-orales, souvent techniquement compliquées et parfois douloureuses pour le patient.

BIBLIOGRAPHIE

1. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, et al. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin* 2018;**68**:394-424.
2. García-Martín JM, Varela-Centelles P, González M, et al. Epidemiology of oral cancer. In: *Oral cancer detection: novel strategies and clinical impact*. New York:Springer Publishing;2019:81-93.
3. Wiedenmann F, Liebermann A, Probst F, et al. A pattern of care analysis: Prosthetic rehabilitation of head and neck cancer patients after radiotherapy. *Clin Implant Dent Relat Res* 2020;**22**:333-41.
4. Pytynia KB, Dahlstrom KR, Sturgis EM. Epidemiology of HPV-associated oropharyngeal cancer. *Oral Oncol* 2014;**50**:380-6.
5. Ettinger KS, Ganry L, Fernandes RP. Oral cavity cancer. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am* 2019;**31**:13-29.
6. Koga S, Ogino Y, Fujikawa N, et al. Oral health-related quality of life and oral hygiene condition in patients with maxillofacial defects: A retrospective analysis. *J Prosthodont Res* 2020;**64**:397-400.
7. Pace-Balzan A, Shaw RJ, Butterworth C. Oral rehabilitation following treatment for oral cancer. *Periodontol 2000* 2011;**57**:102-17.
8. Vosselman N, Alberga J, Witjes MH, et al. Prosthodontic rehabilitation of head and neck cancer patients. Challenges and new developments. *Oral Dis* 2021;**27**:64-72.
9. Wong HM. Oral complications and management strategies for patients undergoing cancer therapy. *Scientific World Journal* 2014;**2014**:581795.
10. Van Huizen LS, Dijkstra PU, Van Der Laan BFAM, et al. Multidisciplinary first-day consultation accelerates diagnostic procedures and throughput times of patients in a head-and-neck cancer care pathway, a mixed method study. *BMC Health Serv Res* 2018;**18**:820.
11. Sarrazin G, Margainaud JP, Kolb F. Surgical stents in prosthetic rehabilitation after carcinological surgery. *Rev Odont Stomat* 2009;**38**:83-98.

Les demandes de tirés à part doivent être adressées au Dr V. Urrea Juan, Service de Prothèse amovible, Prothèse implantaire et Occlusion, CHU Liège, Belgique.
Email : Urrea_vero@hotmail.com