

Réhabilitation prothétique d'une perte de substance maxillaire résultant d'une chirurgie d'exérèse d'un carcinome épidermoïde

Prosthetic rehabilitation of a maxillary defect resulting from surgical excision of squamous cell carcinoma.

K. Chebbi¹, K. Masmoudi¹, J. Jaouadi¹, A. Bouin², J. Dichamp², MA. Bouzidi¹

1. Service de prothèse totale, clinique hospitalo-universitaire de médecine dentaire de Monastir, Monastir 5000, Tunisie.

2. Service de prothèse maxillo-faciale, hôpital Pitié Salpêtrière, Paris 75013, France.

Correspondance : Dr. Karim Chebbi, E-mail : karimchebbi13@gmail.com

Résumé :

Introduction : Les carcinomes épidermoïdes gingivaux maxillaires représentent 20% des cancers de la cavité orale et de l'oropharynx. Le traitement consiste, dans la majorité des cas, en une chirurgie d'exérèse associée ou non à une radiothérapie et une chimiothérapie. La résection induit des séquelles fonctionnelles et esthétiques parfois très lourdes avec un retentissement psychologique important. **Observation :** Ce travail s'intéresse à présenter les étapes de réhabilitation prothétique chez un patient porteur d'une perte de substance maxillaire suite à l'exérèse d'un carcinome épidermoïde gingivo-maxillaire. **Discussion :** Malgré l'évolution des techniques chirurgicales de reconstruction, la prothèse obturatrice conventionnelle garde toujours sa place dans la prise en charge des pertes de substances maxillaires. Elle permet de restaurer les fonctions manducatrices, de redonner au patient un aspect esthétique satisfaisant et de faciliter la surveillance de la perte de substance. Le choix entre un obturateur rigide et un obturateur souple se fait en fonction de l'étiologie de la perte de substance ainsi que son étendue et de la présence ou non des dents.

Mots clés : Carcinome épidermoïde, perte de substance maxillaire, obturateur, prothèse maxillo-faciale

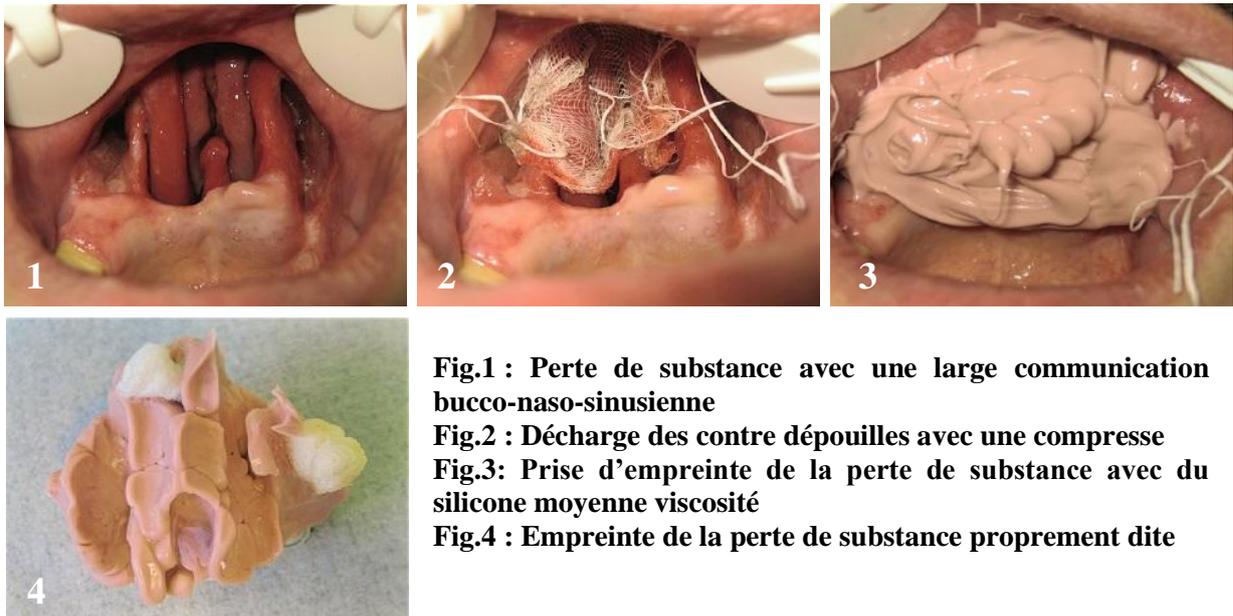
Abstract:

Introduction : Maxillary gingival squamous cell carcinomas account for 20% of cancers of oral cavity and oropharynx. In most cases, treatment consists in a surgical resection with or without radiotherapy and chemotherapy. The resection induced aesthetic and functional sequelae, sometimes very heavy with an important psychological impact. **Observation :** This work focuses on prosthetic rehabilitation steps of a patient with a maxillary defect after excision of squamous cell carcinoma. **Discussion :** Despite the evolution of surgical reconstruction techniques, the use of maxillofacial obturator is still current as it restores the manducatory functions, provides improved aesthetic and facilitates the defect follow up. The choice between a rigid obturator and a flexible obturator is based on the etiology and size of the maxillary defect and the presence or absence of teeth.

Keywords : squamous cell carcinoma, maxillary defect, obturator, maxillo facial prosthesis

Introduction : Malgré l'évolution des thérapeutiques médicales et physiques en cancérologie maxillo-faciale, l'exérèse chirurgicale reste le plus souvent le traitement d'appoint. Les procédés de reconstruction chirurgicale sont malheureusement limités, leurs résultats sont aléatoires et ne permettent pas une surveillance carcinologique aisée. La prothèse obturatrice vient prendre ainsi toute sa place. Il s'agit d'un dispositif prothétique destiné à assurer la fermeture étanche d'une perte de substance maxillaire, de rétablir une fonction et un profil esthétique satisfaisants. L'appareillage dépend de l'étendue de la perte de substance et de l'état des dents restantes.

Observation : Monsieur S.K. âgé de 28 ans a été opéré en 2008 pour un carcinome épidermoïde gingival maxillaire classé T4N0M0. L'exérèse chirurgicale a emporté le procès alvéolaire antérieur de la deuxième prémolaire maxillaire droite (15) jusqu'à la deuxième prémolaire maxillaire gauche (25), l'os basal sous-jacent ainsi que la gencive et la muqueuse de recouvrement correspondants. La perte de substance s'étend en haut vers les sinus maxillaires et la cavité nasale donnant une large communication bucco-naso-sinusienne. Les dents résiduelles sont la 16 et la 17. A trois mois de l'intervention chirurgicale, la cicatrisation est complète avec ré-épithélialisation totale de la perte de substance. (**Fig.1**) Vue l'importance de la perte de substance, il a été décidé de réaliser un obturateur souple destiné à supporter une prothèse partielle amovible en résine retenue par des crochets façonnés au niveau de la 16 et la 17. L'empreinte de la perte de substance a été prise avec du silicone moyenne viscosité après avoir déchargé les contre dépouilles avec des compresses (**Fig.2 ,3,4**).



La coulée de cette empreinte en plâtre blanc a été réalisée après boxage avec de la cire. Sur le moulage, l'obturateur souple est conçu avec du silicone CAF (colle à froid) et comporte au niveau de la paroi inférieure l'empreinte du système de liaison avec la prothèse partielle amovible (**Fig.5a,b**).

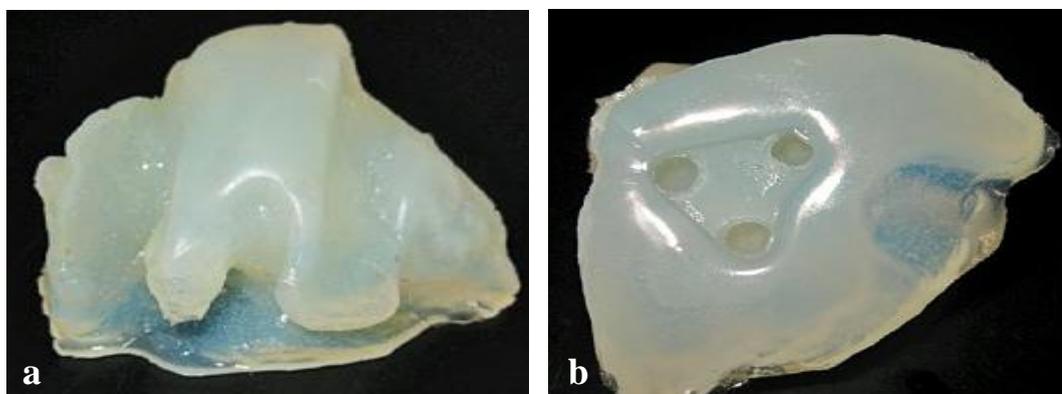


Fig.5 : Obturateur souple : a. Paroi supérieure b. Paroi inférieure

Après polissage, l'obturateur souple a été inséré en bouche (**Fig6a**). Une empreinte préliminaire a été prise obturateur en place avec un porte empreinte du commerce et de l'alginate pour la confection d'un porte empreinte individuel qui a servi à la réalisation d'une empreinte anatomofonctionnelle avec du polysulfure moyenne viscosité. La coulée a été faite avec du plâtre dur. Après l'enregistrement de l'occlusion et l'essayage sur cire, la prothèse partielle amovible a été polymérisée, polie et mise en bouche. Elle est fixée à l'obturateur souple avec un système de liaison type boules en résine (**Fig.6 b,c,d**).

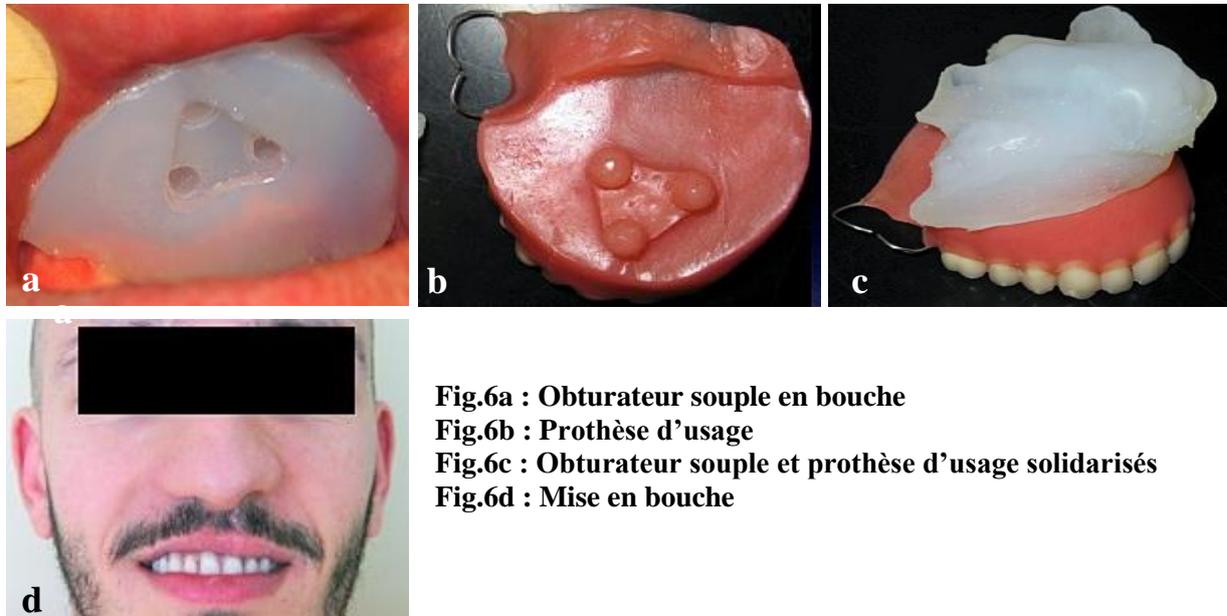


Fig.6a : Obturateur souple en bouche

Fig.6b : Prothèse d'usage

Fig.6c : Obturateur souple et prothèse d'usage solidarisés

Fig.6d : Mise en bouche

Le patient est revu pour contrôle de la perte de substance et de la prothèse obturatrice tous les 6 mois. Une ré-épithélialisation du site indiquant une cicatrisation totale a été remarquée au bout de 6 mois, cependant une fuite des liquides de la cavité orale jusqu'aux fosses nasales a été notée suite au vieillissement de l'obturateur souple déjà réalisé. Sa correction nécessite une sur-empreinte avec soit le silicone light soit la résine à prise retardée. Une clé en plâtre a été réalisée, l'obturateur souple devenu poreux est éliminé et un nouveau sera confectionné par injection du silicone CAF.

Discussion : Le traitement des carcinomes épidermoïdes de la cavité buccale entraîne souvent le recours à des chirurgies d'exérèse mutilantes^[1] avec des séquelles esthétiques, psychologiques et fonctionnelles importantes^[2]. La prise en charge des pertes de substances maxillaires qui en résultent doit s'efforcer à rétablir les fonctions manducatrices (respiration, phonation, mastication et déglutition), l'esthétique ainsi que l'intégration sociale^[3]. Cette réhabilitation peut être soit chirurgicale, soit prothétique. Il existe peu d'études comparatives entre les deux techniques. Le choix entre les deux doit être toujours le résultat d'une réunion de concertation pluridisciplinaire^[4]. Bien que certains facteurs puissent guider l'indication thérapeutique, la décision doit toujours se faire au cas par cas, toujours dans l'optique d'assurer une qualité de vie optimale au patient^[2]. Parmi ces facteurs nous citons l'étiologie de la perte de substance, son étendue, l'âge du patient, ses antécédents médicaux, sa personnalité, ses exigences esthétiques et l'expérience technique de l'équipe médicale^[5].

D'une manière générale, la réhabilitation par prothèse obturatrice est l'approche la plus commune pour le traitement des pertes de substance maxillaires^[6]. Elle a beaucoup d'avantages tels que la simplicité de mise en œuvre, la diminution de la durée d'hospitalisation postopératoire et le caractère amovible qui permet de contrôler la plaie opératoire^[7]. Malheureusement, la prothèse obturatrice présente certains inconvénients, certains auteurs ont souligné des problèmes phonatoires (voix nasonnée) et des fuites

salivaires et alimentaires chez les patients appareillés par prothèse obturatrice^[8] ainsi qu'une difficulté de maintenir une bonne hygiène au niveau de la perte de substance^[9].

Dans le cas présenté, malgré la présence de dents (16,17) qui est en faveur d'un obturateur rigide, l'indication d'un obturateur souple s'impose étant donné que nous sommes en présence d'une perte de substance de grande étendue. L'obturateur souple va exploiter les zones de contre dépouilles pour assurer et sa propre rétention et la rétention de la prothèse amovible en plus de la rétention assurée par les crochets sur la 16 et 17.

L'obturateur souple est confectionné avec du silicone CAF^[6]. Ce matériau a l'avantage d'être de manipulation facile et de faible poids spécifique ce qui lui donne une certaine souplesse utilisant ainsi les contre dépouilles de la perte de substance comme moyen de rétention^[2]. L'inconvénient majeur de l'obturateur souple est son vieillissement au bout de 6 à 8 mois devenant ainsi poreux et non élastique^[4] ce qui nécessite sa reprise^[9].

Plusieurs matériaux ont été décrits, pour la prise d'empreinte d'une perte de substance maxillaire. Les alginates sont indiqués en cas de perte de substance de grande étendue. Le support est un porte empreinte du commerce^[4]. Certains auteurs préconisent les élastomères de silicone et les résines à prise retardée pour leur caractère élastique^[4].

En cas d'indication d'un obturateur souple, l'empreinte doit enregistrer les contre dépouilles de la perte de substance nécessaires à la rétention. Selon J.Dichamp, une empreinte fiable d'une perte de substance maxillaire doit enregistrer 0,8mm à 10mm des contre dépouilles antérieure et postérieure^[8].

Références :

1-Singh N, Dhiman RK, Kumar D. Prosthodontic rehabilitation of extraoral and intraoral maxillofacial defects. *Med J Armed Forces India.* 2015;71(Suppl 2):556-59.

2-Bentahar O, Pomar P, Fusaro S, Benfdil F, Aguenou A, Abdedine A. Prothèses obturatrices après maxillectomie: bases fondamentales et thérapeutiques. *EncyclMed Chir.* 2008;28:560-70.

3-Hindle I, Downer MC, Speight PM. The epidemiology of oral cancer. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 1996;34:471-76.

4-Dholam KP, Sadashiva KM, Bhirangi PP. Rehabilitation of large maxillary defect with two-piece maxillary obturators. *J Cancer Res Ther.* 2015;11(3):664.

5-Karthikeyan S, Balu K, Devaki V, Ajay R. A simple method of enhancing retention in interim hollow bulb obturator in a case of an acquired palatal defect. *J Pharm Bioallied Sci.* 2015;7(Suppl 2):782-85.

6-Chen C, Ren W, Gao L, Cheng Z, Zhang L, Li S. Function of obturator prosthesis after maxillectomy and prosthetic obturator rehabilitation. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2015;6:177-83.

7-Maire F, Kreher Ph, Toussaint B, Dolivet G, Coffinet L. Appareillage après maxillectomie : Indispensable facteur d'acceptation et de réinsertion. *Rev Stomatol Chir Maxillofac.* 2000; 101(1): 36-38.

8-Ali R, Altaie A, Nattress B. Rehabilitation of Oncology Patients with Hard Palate Defects Part 3: Construction of an Acrylic Hollow Box Obturator. *Dent Update.* 2015;42(7):612-20.

9-Rogers SN, Lowe D, Fisher SE. Health-related quality of life and clinical function after primary surgery for oral cancer. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2002;12:11-18.

***Revue Méditerranéenne
d'Odonto - Stomatologie***