

Année 2006

N° 20:

**PRISE EN CHARGE ODONTOLOGIQUE  
EN CANCEROLOGIE  
DES VOIES AERO DIGESTIVES SUPERIEURES**

**BILAN DE LA  
PREMIERE ANNEE DE CONSULTATION DANS  
LE SERVICE D'ORL DU CHU DE NANTES**

**THÈSE POUR LE DIPLOME D'ÉTAT DE  
DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE**

*présentée  
et soutenue publiquement par*

**BLERY Pauline  
Née le 24 août 1980**

*le 13 juin 2006 devant le jury ci-dessous*

**Président** Monsieur le Professeur GIUMELLI Bernard  
**Assesseur** Monsieur le Professeur LABOUX Olivier  
**Assesseur** Monsieur le Professeur DANIEL Alain  
**Assesseur** Monsieur le Professeur BEAUVILLAIN DE MONTREUIL Claude

Directeur Monsieur le Docteur MALARD Olivier  
Codirectrice Mademoiselle le Docteur LEROUXEL Emmanuelle

# SOMMAIRE

SOMMAIRE.....	2
I - INTRODUCTION.....	4
II - RAPPELS.....	5
A – Epidémiologie [3, 8, 16, 19, 26].....	5
B - Facteurs de risque [3, 17, 33, 39, 40, 41] .....	5
C Histologie [3, 16, 26, 36] .....	6
D Sémiologie [3, 24, 36] .....	6
E Examens clinique et complémentaires [3, 8, 14, 26, 36].....	6
F Classification TNM [15].....	7
G Thérapeutiques .....	9
1 - Les traitements carcinologiques [3, 8, 26, 36, 44] .....	9
2 - Les effets secondaires et les conséquences des traitements carcinologiques [3, 5, 6, 7, 20, 21, 35, 36] .....	9
3 - Les traitements odontologiques [4, 6, 9, 10, 23, 25, 28, 29, 30, 31, 38, 42] .....	10
H Surveillance et survie [2, 3, 19, 22, 26, 27] .....	13
III - PATIENTS ET METHODES.....	13
A - La consultation odontologique[13, 25, 32, 34, 43] .....	13
B Patients et méthodes.....	15
1 - Biométrie.....	15
2 - Antécédents .....	15
3 - Facteurs de risque .....	16
4 - La maladie .....	16
5 - Thérapeutiques .....	18
6 - Thérapeutiques odontologiques.....	18
IV - RESULTATS.....	19
A - Biométrie .....	19
1 Age.....	19
2 Sexe.....	20
B Antécédents .....	21
1 - Médicaux.....	21
2 - Chirurgicaux.....	22
3 - Traitements .....	22
C Facteurs de risque .....	23
1 - Tabac.....	23
2 - Alcool .....	23
3 - Autres.....	23
D La maladie.....	24
1 - Localisation tumorale .....	24
2 - Classification histologique.....	26
3 - TNM .....	27
E Thérapeutiques .....	29
1 - Chirurgie .....	29
2 - Radiothérapie.....	29
3 – Chimiothérapie .....	30
F Thérapeutiques odontologiques .....	30
1 - Motifs de consultation .....	30
2 - Consultation .....	33
3 - Intervention chirurgicale odontologique .....	34
4 - Hospitalisation.....	34
5 - Centre de soins dentaires.....	35
6 - Suivi des patients.....	36
V – DISCUSSION.....	37

V- CONCLUSION - PERSPECTIVES .....	41
VI- REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	42
Annexes .....	47

## I - INTRODUCTION

*« J'ai la sensation que toute ma personne est désormais organisée autour de ce trou, de cette béance qu'on ne sait combler » [11]*

*« Le jour vînt où enfin, les fondations ayant été jugées suffisamment solides, on me posa une prothèse, un morceau de caoutchouc qui me fit office de palais, séparation de fortune entre la bouche et les sinus. La circulation redevînt normale et la langue trouva matière à s'appuyer pour prononcer de premières paroles intelligibles.» [11]*

La survenue d'un cancer des Voies Aéro-Digestives Supérieures est actuellement responsable d'une mortalité élevée, les séquelles des traitements pour obtenir la guérison peuvent entraîner une dégradation de la qualité de vie des patients d'un point de vue fonctionnel, esthétique et social.

Les thérapeutiques anti-cancéreuses (chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie) entraînent des séquelles et des effets secondaires nombreux, désagréables, voire invalidants, au niveau de la cavité buccale. En l'absence de soins odontologiques appropriés, les conséquences peuvent être fortement préjudiciables.

Il appartient alors à tous les professionnels de santé d'intervenir afin de diminuer les effets indésirables des traitements anti-cancéreux.

Le rôle de l'odontologiste se place à tous les stades du traitement et du suivi de la maladie, en pré, per et post-thérapeutique.

D'après les mesures édictées par le Plan Cancer et les recommandations de la Haute Autorité de la Santé, la concertation multidisciplinaire est fortement conseillée afin de faciliter la transmission des informations et la prise en charge des patients. La communauté médicale actuelle a parfaitement intégré la nécessité de cette prise en charge pluridisciplinaire des patients, par le biais de réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP), auxquelles les odontologistes ne participent actuellement que très rarement.

Le CHU de Nantes s'est montré précurseur en mettant en place, en 2004, au sein du service d'O.R.L. une consultation ouverte à l'odontologie pour les patients atteints d'un cancer des V.A.D.S. Cette consultation permet une prise en charge globale et consensuelle des patients.

Bien que cette consultation n'en soit qu'à ses balbutiements, ce travail se propose d'en établir un premier bilan.

Dans une première partie, sont rappelées quelques généralités concernant les cancers des V.A.D.S., les différents traitements anti-cancéreux ainsi que les traitements odontologiques recommandés.

La deuxième partie est consacrée à la description de l'étude réalisée.

La troisième partie présente les résultats de cette étude et se propose de répondre aux questions : quel est le rôle d'un odontologiste au sein d'une équipe pluridisciplinaire de cancérologie des V.A.D.S. et comment améliorer la prise en charge, le confort et la qualité de vie des patients atteints d'un cancer des V.A.D.S. au moment du diagnostic et dans le suivi après leur traitement ?

## II - RAPPELS

Un cancer est le résultat de la prolifération incontrôlée de cellules anormales, qui ont la capacité d'envahir les tissus sains environnants et de donner des métastases à distance.

Sous le terme de cancer des Voies Aéro-Digestives Supérieures, sont désignés les cancers de la cavité buccale, de l'oropharynx, du nasopharynx, de l'hypopharynx, du larynx et de l'œsophage supérieur. Y sont ajoutés les cancers des glandes salivaires, du massif facial et des fosses nasales.

### A – EPIDÉMIOLOGIE [3, 8, 16, 19, 26]

Les cancers des V.A.D.S. représentent 12% des cancers en France.

Ils arrivent en quatrième position après les cancers de la prostate, du poumon et du colon. Ils représentent 12% des causes de décès par cancer chez l'homme et 1,5% chez la femme.

Ils se répartissent de façon non homogène selon les localisations :

- cavité buccale : 30%
- oropharynx : 25%
- hypopharynx : 10 à 15%
- larynx : 30%.

Ils touchent principalement les hommes, avec un sex-ratio de 9 pour 1, qui tend à diminuer du fait de la féminisation de l'intoxication alcoolo-tabagique.

Un pic de fréquence de survenue d'un cancer des V.A.D.S. est observé entre 45 et 65 ans, 66% survenant avant 65 ans.

### B - FACTEURS DE RISQUE [3, 17, 33, 39, 40, 41]

§ L'intoxication éthylo-tabagique constitue un facteur de risque pour les cancers des V.A.D.S. excepté pour les cancers des fosses nasales, du massif facial et des glandes salivaires.

Le tabac constitue surtout un facteur de risque pour les cancers de la cavité buccale et de l'endolarynx par action directe des composants carcinogènes sur les muqueuses [41].

L'alcool avec le tabac constitue surtout un facteur de risque pour les cancers de la cavité buccale, de l'oropharynx, et de l'hypopharynx [3].

La synergie des effets délétères du tabac et de l'alcool a été mise en évidence.

Le risque relatif de survenue d'un cancer de la cavité buccale ou du pharynx est multiplié par 2 à 5 en cas de consommation d'alcool et par 15 en cas de consommation simultanée de tabac et d'alcool [17, 39].

L'alcool perméabiliserait les muqueuses aux toxines du tabac [17].

§ Il existe d'autres facteurs de risque tels que :

les poussières de bois et le cuir (pour les cavités naso-sinusiennes)

- l'amiante [33]

le virus Epstein-Barr qui favorise les cancers du cavum

les facteurs génétiques qui augmentent le risque de cancers du cavum, notamment en Extrême-Orient et au Maghreb

les lésions pré-cancéreuses

la mauvaise hygiène bucco-dentaire [40]

l'arsenic

les infections par Human Papilloma Virus...

## C HISTOLOGIE [3, 16, 26, 36]

Sur le plan macroscopique, la lésion cancéreuse peut se présenter sous une forme bourgeonnante, ulcérate, infiltrante ou mixte. Les lésions indurées, sont d'autant plus suspectes qu'elles saignent au contact.

Sur le plan microscopique, il s'agit dans 95 % d'un carcinome épidermoïde, qui peut être plus ou moins différencié. D'autres types histologiques, plus rares, tels que des carcinomes glandulaires (adénocarcinomes, carcinomes adénoïdes kystiques, muco-épidermoïdes...), des hémopathies (lymphomes malins hodgkiniens ou non, plasmocytomes), des sarcomes peuvent aussi être observés.

## D SÉMIOLOGIE [3, 24, 36]

Les signes cliniques d'un cancer ORL sont nombreux, et le plus souvent détectés tardivement, les patients consultant avec retard.

Les symptômes fonctionnels varient selon la localisation cancéreuse. Il peut s'agir au niveau laryngé d'une dysphonie ou d'une dyspnée ; au niveau pharyngé d'une simple gêne, d'une douleur (prenant parfois la forme d'une otalgie réflexe), d'une dysphagie ou d'une odynophagie. Dans d'autres localisations il peut s'agir également d'une obstruction nasale, d'une déviation ou d'une diminution de la protraction linguale.

Lorsque ce type de symptômes persiste plus de trois semaines, il y a lieu de suspecter un cancer ORL d'autant plus si le patient présente des facteurs de risque.

La présence d'une lésion qui peut être bourgeonnante, ulcérate, infiltrante ou mixte ainsi que le caractère induré de cette lésion et le saignement au contact de cette lésion constituent les signes cliniques suggérant la présence d'un cancer des V.A.D.S.

Une adénopathie cervicale métastatique (du fait de la très forte lymphophilie des principaux cancers des V.A.D.S.) est un signe clinique fréquent au moment du diagnostic qui justifie un examen ORL complet.

## E EXAMENS CLINIQUE ET COMPLÉMENTAIRES [3, 8, 14, 26, 36]

Un examen clinique complet de toute la sphère ORL est pratiqué à l'aide d'abaisse-langue, d'un miroir, d'un nasofibroscope. Un examen cervical bilatéral est également pratiqué.

Cet examen est complété par un examen clinique de la cavité buccale, aidé d'un panoramique dentaire, à visée pré-thérapeutique. Il doit apprécier l'état bucco-dentaire, et rechercher la présence d'une lésion pré-cancéreuse ou d'une deuxième localisation.

Un examen clinique général est aussi pratiqué à la recherche d'une insuffisance respiratoire ou cardio-vasculaire ; d'une altération de l'état général se manifestant par une asthénie, un amaigrissement, une anorexie ; des signes cliniques de métastases viscérales, évoquées par une anomalie des examens neurologique, osseux et hépatique. L'état nutritionnel du patient est également apprécié par la quantification de la perte de poids récente, et le calcul de l'Index de Masse Corporelle (IMC).

Un examen pan endoscopique (examen sous anesthésie générale de toute la sphère aéro-digestive) précise la localisation exacte de la lésion, son extension, ses dimensions ainsi que l'opérabilité de la tumeur : ses éléments sont indispensables pour poser l'indication thérapeutique et apprécier l'opérabilité de la tumeur. Des biopsies multiples à visée anatomopathologique sont effectuées. Un schéma daté du jour de l'examen est effectué rendant compte de l'observation endoscopique.

Les examens complémentaires sont basés sur l'imagerie médicale, à l'aide de la tomodensitométrie (TDM) et éventuellement de la résonance magnétique (IRM). Ils permettent d'apprécier les limites tumorales, l'envahissement osseux et ganglionnaire. Une radiographie pulmonaire est également indispensable.

Au terme de ces examens clinique et para-cliniques, la classification TNM est précisée, l'indication thérapeutique et une éventuelle indication opératoire sont posées au décours d'une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) regroupant les chirurgiens ORL, les radiothérapeutes, les chimiothérapeutes.

## F CLASSIFICATION TNM [15]

La classification TNM est une classification internationale établie d'après l'Union Internationale Contre le Cancer [1987] qui permet de préciser l'indication thérapeutique et l'extension tumorale. Cette classification est essentielle, elle a une valeur pronostique majeure. (Tableau I)

	T Site tumoral primitif	N Adénopathie	M Métastase
0	Pas de tumeur primitive	Pas d'adénopathie	Pas de métastase
IS	Carcinome in situ		
1	Tumeur ≤ 2 cm	Adénopathie homolatérale unique ≤ 3 cm	Métastase à distance unique
2	2 cm < Tumeur ≤ 4 cm	N2a 3 cm < adénopathie ≤ 6 cm homolatérale unique N2b adénopathie ≤ 6 cm homolatérales	Métastases à distance

		multiples N2c adénopathie ≤ 6 cm bilatérale ou controlatérale	
3	Tumeur > 4 cm	Adénopathie > 6 cm	
4	Extension tumorale aux muscles, à l'os, aux cartilages, à la peau.		
X	Non classable	Non classable	Non classable

Tableau I. Classification TNM des cancers buccaux et oropharyngés d'après l'UICC

## G THÉRAPEUTIQUES

### *1 - Les traitements carcinologiques [3, 8, 26, 36, 44]*

Le traitement décidé à la suite des examens clinique et complémentaires tient compte du stade TNM, de l'état général, d'un éventuel avis anesthésique, de l'âge et des antécédents du patient. La proposition thérapeutique est exposée au patient ainsi qu'à ses proches, si le patient le désire. Le malade est honnêtement informé de sa maladie et des propositions issues de la RCP : les principes de la prise en charge lui sont exposés en détails. Il est essentiel, avant de débiter le traitement, que le patient en accepte les modalités et y adhère.

Les propositions thérapeutiques reposent essentiellement sur la chirurgie, la radiothérapie et la chimiothérapie, dans une séquence bien définie.

La chirurgie permet l'exérèse (dite carcinologique) de la tumeur à distance de ses limites associée à un éventuel curage ganglionnaire fonctionnel ou radical, uni ou bilatéral, qui peut être de principe (patients N0) ou de nécessité (N positif) et varie en fonction des localisations tumorales. L'exérèse peut être telle qu'elle nécessite parfois une reconstruction par des lambeaux locaux, régionaux, pédiculés ou libres.

Différentes techniques chirurgicales sont mises en œuvre selon la localisation tumorale. Au niveau de la cavité buccale et de l'oropharynx ce sont la pelvectomie, la pelvimandibulectomie non interruptrice ou interruptrice, la bucco-pharyngectomie-transmandibulaire (BPTM) ; la pharyngectomie et la laryngectomie qui peuvent être partielles ou totales concernant le pharynx et le larynx.

La chirurgie peut avoir lieu d'emblée. Elle peut faire suite à une chimiothérapie néo-adjuvante (en situation d'échec de la préservation d'organe) ou à une radiothérapie (chirurgie dite « de rattrapage »).

Deux types de radiothérapie peuvent être utilisées : la radiothérapie externe et la curiethérapie.

La radiothérapie externe délivre des doses de rayonnements allant de 50 à 75 grays, au niveau de la localisation tumorale et des aires ganglionnaires, par des séances quotidiennes de 2 grays, pendant 5 à 7 semaines selon la dose totale délivrée.

Elle peut être utilisée en traitement exclusif, concomitante à la chimiothérapie ou en adjuvant à la chirurgie.

La curiethérapie est une irradiation interstitielle au contact de la tumeur par le biais de fils d'iridium 192, le plus souvent. Elle permet une irradiation plus ciblée et de délivrer un débit de doses plus important, de l'ordre de 10 grays par jour. Elle permet de délivrer des doses d'environ 70 grays en cas de curiethérapie exclusive. Les indications sont précises et concernent certaines tumeurs localisées de l'oropharynx et de la cavité buccale.

La chimiothérapie est basée sur l'utilisation du 5 Fluoro uracile et des dérivés des sels de platine. Elle peut être utilisée en induction afin d'éviter une chirurgie mutilante en cas de réponse favorable (pour le larynx et l'hypopharynx), en concomitance avec la radiothérapie, ou en traitement palliatif.

### *2 - Les effets secondaires et les conséquences des traitements carcinologiques [3, 5, 6, 7, 20, 21, 35, 36]*

Les effets secondaires des thérapeutiques en cancérologie des V.A.D.S. sont nombreux au niveau de la cavité buccale et des glandes salivaires.

La chirurgie peut entraîner des pertes de substances maxillaires et vélares, ayant des effets néfastes au niveau des fonctions élémentaires telles que la phonation, la respiration, la déglutition et la mastication.

Les pertes de substances mandibulaires entraînent des troubles esthétiques et fonctionnels. Les troubles sont majorés en cas de mandibulectomie interruptrice et se traduisent par des troubles de l'articulé dentaire, une latéro-déviations mandibulaire, ainsi qu'une asymétrie faciale.

Les complications de la radiothérapie sont multiples :

cutanées (épithélite sèche ou exsudative)

muqueuses (radiomucite se manifestant par des douleurs intenses ; dysphagie allant jusqu'à l'aphagie nécessitant alors la mise en place d'une sonde naso-gastrique)

musculaires (sclérose musculaire pouvant entraîner une limitation de l'ouverture buccale, et un aspect « cartonné » des tissus)

vasculaires (sténoses vasculaires secondaires)

salivaires (à une dose supérieure à 50 grays, il y a destruction irréversible des glandes salivaires entraînant une asialie)

dentaires (l'asialie peut provoquer des caries serpiginieuses, apparaissant 4 à 6 mois après le traitement radiothérapique, sur toutes les dents restantes, ayant comme caractéristiques une grande agressivité et une rapidité d'évolution, pouvant aller jusqu'à la destruction totale des dents)

osseuses.

Les complications osseuses sont de loin les plus sérieuses des complications postradiques. Une ostéite postradique peut s'observer principalement dans le territoire mandibulaire, lorsque les doses d'irradiation dépassent 50 grays. Elle peut être spontanée ou traumatique. L'incidence de l'ostéoradionécrose croît considérablement lorsque les doses dépassent 60 grays et que la durée et le fractionnement de la radiothérapie sont courts. Elle se manifeste de façon précoce ou tardive, avec une évolution bénigne ou grave, le plus souvent sous forme de douleurs, avec une mise à nu de l'os, parfois des hémorragies ; le mécanisme est basé sur l'ischémie, l'infection, l'hypoxie, l'hypocellularité et l'hypovascularisation de l'os. Le traitement est avant tout préventif puis chirurgical dans les formes constituées [5, 20, 35].

Les conséquences de la chimiothérapie sur les muqueuses de la sphère oro-faciale résultent de la cytotoxicité des molécules utilisées. Les traitements entraînent des mucites débutant une dizaine de jours après l'administration des drogues. Les symptômes peuvent aller de la simple gêne à des douleurs intenses nécessitant une modification du traitement ou une hospitalisation. Une xérostomie prolongée peut être observée. Des infections des muqueuses peuvent survenir, qui peuvent être bactériennes, fongiques, virales ou parasitaires.

Au niveau général, les effets secondaires de la chimiothérapie sont de deux types : une toxicité systémique notamment à l'origine d'infections pouvant entraîner une septicémie favorisée par la pan cytopénie, ou l'aplasie et une toxicité spécifique (cardiaque, rénale) due au cumul des drogues chimiothérapiques.

### 3 - Les traitements odontologiques [4, 6, 9, 10, 23, 25, 28, 29, 30, 31, 38, 42]

Les effets secondaires et les conséquences des thérapeutiques carcinologiques au niveau de la cavité buccale sont nombreux et dans certains cas très invalidants, d'où la nécessité d'une prise en charge de ces patients par un odontologiste tout au long du traitement et de leur vie.

Toute prise en charge pour un cancer ORL nécessite un examen bucco-dentaire préalable. Cet examen est avant tout clinique, aidé d'une radiographie panoramique dentaire. La motivation et la coopération du patient, le contexte psychologique et social ainsi que le degré d'intoxication alcoolo-tabagique sont également pris en compte. Cet examen doit permettre de conduire à la remise en état de la cavité buccale, préalable indispensable à tout commencement de traitement carcinologique.

Dans un passé encore récent, en cas de radiothérapie, l'attitude observée était mutilante. En effet, toutes les dents situées dans les futurs champs d'irradiation étaient extraites sous anesthésie générale ou sous anesthésie loco-régionale, avec régularisation des crêtes osseuses et sutures hermétiques, en observant un délai minimum de trois semaines avant l'irradiation.

Dorénavant, l'attitude est plus conservatrice, les dents délabrées sont extraites et les dents saines même situées dans les champs d'irradiation sont conservées ; cela est rendu possible grâce à la fluorothérapie qui renforce l'émail. Toutefois, si l'hygiène et la motivation du patient sont absentes, les dents situées dans les champs seront extraites.

Un détartrage est effectué, ainsi que des soins conservateurs si nécessaires, les traitements endodontiques douteux sont repris.

Une empreinte à l'alginat des arcades dentaires est effectuée. Elle permet la réalisation au laboratoire de prothèse de gouttières de fluoration, qui sont les négatifs des arcades, en plastique thermoformé et qui permettent de porter le gel fluoré. Le gel à très haute concentration de fluor (Fluogel®) est mis au fond des gouttières qui sont positionnées sur les arcades pendant une quinzaine de minutes, après brossage ; ce gel sature les couches superficielles de l'émail en fluor et permet la transformation des hydroxyapatites en fluoroapatites et protège ainsi les dents de l'asialie post-radique. Le port quotidien et à vie des gouttières est indispensable à une bonne protection dentaire.

En cas de curiethérapie, la remise en état de la cavité buccale suit le même principe. Des protections plombées peuvent être réalisées, ce qui diminue les doses distribuées aux tissus sains voisins (surtout le tissu osseux) par l'interposition de plomb et l'éloignement tissulaire.

En cas de chirurgie, les conséquences sont parfois handicapantes, d'ordre fonctionnel, esthétique et psychologique.

La chirurgie touchant le maxillaire avec ou sans altération vélaire peut entraîner une communication bucco-nasale ayant un lourd retentissement sur les fonctions de déglutition, phonation, mastication. L'obturateur permet au patient de retrouver une certaine autonomie et une vie sociale quasi normale. La mise en place d'une prothèse obturatrice peut être faite de façon immédiate, lors de l'intervention chirurgicale ou de façon transitoire, quelques jours après l'intervention. La fabrication de prothèses immédiates nécessite la réalisation d'une empreinte à l'alginat des arcades dentaires. Sur les moulages en plâtre issus des empreintes, le tracé de la future prothèse est défini, en accord avec le chirurgien, en fonction des limites de l'exérèse chirurgicale. La prothèse est ensuite adaptée en fin d'intervention par adjonction de matériaux plastiques, type silicone, et laissée en place. Elle est contrôlée et modifiée si nécessaire dans les jours et semaines suivants l'intervention [10, 29, 42].

La chirurgie mandibulaire peut interrompre ou non la continuité de la mandibule. En cas de chirurgie interromptrice, la mandibule est déviée du côté de la résection. Des appareils-guides sont alors réalisés afin d'éviter (ou du moins limiter) la latéro-déviatation mandibulaire qui peut être définitive en l'absence de prise en charge. Ces appareils sont des prothèses munies d'un volet qui permet de retrouver une occlusion stable. Ils prennent appui sur les dents restantes [31]. Un patient édenté ne peut bénéficier d'un tel appareillage, excepté si un cerclage mandibulaire est réalisé, technique plus complexe [38]. Ce sont des appareils de rééducation, à porter lors de séances de kinésithérapie active, qui participent à l'amélioration de la mastication et de la déglutition et facilitent la mise en place de prothèses fonctionnelles.

Enfin l'odontologiste peut intervenir en cas de chirurgie du massif facial en réalisant des prothèses faciales, appelées épithèses.

Avant toute chimiothérapie, la remise en état de la cavité buccale est également nécessaire, d'autant plus que les soins sont déconseillés pendant les cures de chimiothérapie. Il est indispensable de supprimer tous les foyers infectieux, les épines irritatives et de veiller à ce que le patient soit très rigoureux concernant son hygiène buccale. Le port de prothèses doit être limité pendant les cures pour ne pas entraîner de blessures pouvant augmenter les mucites.

En cours et après traitements carcinologiques, les patients sont suivis pour s'assurer de l'hygiène, du port des gouttières de fluoration et des prothèses, de l'étanchéité des soins conservateurs, et de l'absence de complication des traitements.

Les soins conservateurs sont effectués normalement dans les zones non irradiées. Si les soins conservateurs sont effectués dans les zones irradiées, des précautions s'imposent : détartrage juxta-gingival uniquement, utilisation de pâtes non abrasives pour le polissage, absence d'actes de parodontologie, anesthésie sans vasoconstricteurs et non traumatisants, endodontie de préférence en une séance sous antibioprophylaxie, les Ciments Verre Ionomères sont préférés aux composites pour la restauration pour un meilleur contrôle des limites [6, 23].

Les avulsions dans les champs d'irradiation sont envisagées en dernier recours, lorsque la conservation de la dent est compromise. Elles se font de manière classique dans les zones non irradiées, et avec des précautions indispensables dans les zones irradiées pour diminuer le risque d'ostéoradionécrose. Elles sont réalisées sous antibiothérapie à large spectre jusqu'à cicatrisation complète de la muqueuse, le plus souvent sous anesthésie générale, avec pose éventuelle d'une sonde naso-gastrique pour éviter la contamination du site opératoire, avec régularisation des crêtes, mise en place d'un pansement hémostatique ou d'une colle biologique, et sutures hermétiques. L'anesthésie générale n'est pas obligatoire, mais elle est fortement conseillée, notamment pour les dents mandibulaires.

Les patients sont ensuite pris en charge pour la réhabilitation prothétique, en respectant un délai minimum de régénération muqueuse et après « autorisation » donnée par le radiothérapeute. Les prothèses sont effectuées de manière conventionnelle, en insistant sur leur caractère atraumatique. Certains praticiens utilisent des bases molles. Les prothèses fixées sont réalisées avec des limites juxta-gingivales. La prothèse apporte au patient un soutien fonctionnel, esthétique, phonatoire et psychologique.

Des contrôles au minimum tous les six mois sont ensuite effectués. Ils permettent de mettre en évidence une éventuelle récurrence ou deuxième localisation, vérifier l'hygiène buccale et le port des gouttières de fluoration, dépister le plus précocement les lésions carieuses et motiver le patient à une abstinence d'alcool et de tabac.

## H SURVEILLANCE ET SURVIE [2, 3, 19, 22, 26, 27]

Les cancers des V.A.D.S. nécessitent une surveillance systématique et à vie, du fait du risque de récurrence locale élevé. L'apparition de métastases (de l'ordre de 15 à 25%) ou d'une deuxième localisation (de l'ordre de 10 à 25%) demeure assez fréquente.

La surveillance doit être régulière, tous les 2 mois pendant la première année, tous les 3 mois l'année suivante, tous les 4 mois la troisième année, puis tous les 6 mois à vie. Cette surveillance est effectuée sous forme d'une consultation alternée entre les différents intervenants de soins : chirurgien, radiothérapeute, chimiothérapeute [Société Française d'ORL].

Elle comporte un examen clinique et une radiographie annuelle du thorax. Au moindre signe d'alerte ou de suspicion, le recours aux examens complémentaires est nécessaire (pan endoscopie, TDM, IRM,...).

La survie globale à 5 ans toutes localisations et tous stades confondus est inférieure à 50%. La survie moyenne à 5 ans tous stades confondus est de 50% pour le larynx, 30% pour l'hypopharynx, 40% pour la cavité buccale, 30% pour l'oropharynx, 30% pour le cavum, 50% pour l'ethmoïde, 50% pour la loge amygdalienne, 30% pour le voile du palais et 30% pour la langue.

La survie diffère en fonction du stade initial de la tumeur, par exemple au niveau de la loge amygdalienne la survie est supérieure à 70% pour un stade T1 alors qu'elle est inférieure à 50% pour un stade T3.

## III - PATIENTS ET METHODES

### A - LA CONSULTATION ODONTOLOGIQUE[13, 25, 32, 34, 43]

Compte tenu des effets secondaires nombreux et préjudiciables des thérapeutiques anti-cancéreuses au niveau odontologique en l'absence de soins adaptés, une réflexion a été amorcée afin d'améliorer la prise en charge de ces patients au centre de soins dentaires du CHU de Nantes.

Jusqu'alors les patients étaient adressés le plus souvent postérieurement à leur traitement carcinologique ou dans l'urgence (mise en place d'un obturateur par exemple). Aussi, la prise en charge odontologique était plus complexe : multiplicité des intervenants (les médecins ne sachant pas à qui adresser les patients : praticiens traitants ou du centre de soins dentaires), rendez-vous le plus souvent tardifs et manque de temps dans le déroulement du traitement pour la mise en route des traitements odontologiques, enfin difficultés de la communication.

A la suite de cette réflexion, qui s'inscrivait dans une démarche d'amélioration de la prise en charge du patient tout en essayant d'apporter une réponse concrète aux difficultés rencontrées, l'idée d'une consultation odontologique au sein du service ORL est née, ainsi que la participation de l'odontologiste à la RCP.

La nécessité d'une prise en charge précoce et multidisciplinaire est actuellement reconnue et justifiée. C'est ainsi qu'avec l'accord des chefs de service d'odontologie et d'ORL, une

consultation odontologique a été mise en place. Cette consultation a lieu tous les mercredis après-midi au sein du service d'ORL.

Une salle de consultation est mise à la disposition d'un(e) odontologiste pour recevoir les patients qui lui sont adressés par les médecins ORL. Ces patients sont suivis aussi bien en pré-thérapeutique qu'en post-thérapeutique, et peuvent être reçus avant et/ou après traitement carcinologique.

Lors de la consultation, un examen complet de la cavité buccale est effectué, ainsi qu'un panoramique dentaire. Un état des lieux est alors dressé, ainsi qu'un plan de traitement à court, moyen et long terme.

A court terme, l'action se situe à trois niveaux :

- la prise d'empreintes afin d'effectuer des gouttières de fluoration en cas de radiothérapie, des prothèses immédiates ou encore des guides d'occlusion
- la possibilité d'une intervention au moment de l'anesthésie générale au bloc opératoire : extractions dentaires, mise en place de prothèses immédiates, de prothèses obturatrices, prise d'empreintes impossibles au fauteuil
- les contrôles lors de l'hospitalisation du patient.

A moyen terme, il s'agit essentiellement de surveillance axée sur le contrôle des prothèses, des gouttières et des effets secondaires des traitements carcinologiques.

A long terme, la surveillance est toujours nécessaire. A ce stade, il est possible d'entamer la réhabilitation bucco-dentaire fonctionnelle : conservatrice et restauratrice.

Le mercredi soir se déroule le « staff » de cancérologie ORL, ou RCP. Les chirurgiens ORL, un radiothérapeute, deux chimiothérapeutes, un radiologue et donc désormais un odontologiste sont présents. Lors de cette RCP sont étudiés les dossiers des patients et une décision thérapeutique est prise. Elle est ensuite exposée au patient. Cette consultation multidisciplinaire permet la mise en commun de plusieurs spécialités, et donc compétences, une communication améliorée et ainsi une prise en charge consensuelle du patient.

## B PATIENTS ET MÉTHODES

La consultation a débuté en novembre 2004. Il a été décidé d'en établir un bilan à la suite d'un an d'activité, soit jusqu'à fin novembre 2005.

Un certain nombre de caractéristiques concernant les patients a été analysé, dont voici le détail.

### 1 - *Biométrie*

#### a Age

L'âge des patients a été noté afin d'établir une statistique descriptive de la population prise en charge : la moyenne, l'écart type et les valeurs extrêmes. Il a ensuite été classé par tranches d'âge de 10 ans.

#### b Sexe

Le sexe des patients a été étudié. Pour chaque sexe, il a été noté l'âge moyen, l'écart type et les valeurs extrêmes.

### 2 - *Antécédents*

#### a Médicaux

Tous les antécédents médicaux ont été répertoriés.

Ils ont été classés en antécédents simples ou multiples, ou sans antécédents.

Ensuite ils ont été classés comme suit :

- antécédents pneumologiques (asthme et broncho-pneumopathie chronique obstructive)
- état dépressif
- antécédents cardiaques
- antécédents cancérologiques
- hypertension artérielle
- antécédents hépatiques
- autres (dyslipidémie, hypercholestérolémie, orthopédie, ...).

#### b Chirurgicaux

Les antécédents chirurgicaux ont été classés en absent, simple, ou multiples.

Ils ont ensuite été classés en :

- antécédents cancérologiques
- antécédents ORL
- antécédents orthopédiques
- antécédents de chirurgie générale (appendicectomie, thyroïdectomie, ...)
- antécédents urologiques
- antécédents ophtalmologiques

- antécédents cardiaques
- antécédents pneumologiques
- antécédents gynécologiques.

### c Traitement

Les traitements prescrits aux patients étant très divers, seuls les médicaments ayant un rapport ou une conséquence pour les thérapeutiques ORL ou dentaires ont été consignés : les anti-agrégants plaquettaires et l'aspirine, ainsi que les antalgiques.

## 3 - Facteurs de risque

### a Tabac

La moyenne de la consommation de tabac a été calculée, selon les données fournies par les patients.

La quantification de l'intoxication tabagique se mesure en paquet année, c'est-à-dire le nombre de cigarettes consommées par jour rapporté en nombre de paquet multiplié par le nombre d'années de consommation.

### b Alcool

La moyenne de la consommation d'alcool a été notée.

Elle se mesure en g/jour. Le risque de développer un cancer est d'autant plus important à partir de 40 à 60 g/jour d'alcool pur, ce qui correspond à 2 à 3 verres par jour, 1 verre = 20 g/jour.

### c Autres

Les autres facteurs de risques ont été répertoriés.

## 4 - La maladie

### a Localisation tumorale

La localisation tumorale a été notée en fonction de la classification TNM. Chaque localisation a été divisée en sous-localisations.

La cavité buccale est divisée en six sous-localisations :

- la lèvre, elle-même répartie en
  - lèvre supérieure
  - lèvre inférieure
- commissures labiales
- la muqueuse buccale, divisée en

- muqueuse labiale
- muqueuse jugale
- zone rétro molaire
- muqueuse alvéolaire
- l'os alvéolaire
- supérieur
- inférieur
- le palais dur
- la langue mobile, divisée en
- face supérieure et latérale
- face inférieure
- le plancher buccal.

Pour l'oropharynx, la localisation a été précisée en quatre parois :

- la paroi antérieure, comprenant la base de langue ainsi que la vallécule
- la paroi latérale, comprenant l'amygdale, le sillon amygdalo-glosse et les piliers amygdaliens
- la paroi postérieure
- la paroi supérieure comprenant le voile du palais et la luette.

L'hypopharynx est divisé en :

- région rétrocricoaryténoïde
- sinus piriforme
- paroi postérieure de l'hypopharynx.

Le larynx est divisé en 3 étages :

l'étage supra glottique, comportant :

- la margelle composée de :

l'épiglotte supra hyoïdienne

les plis ary-épiglottiques

les aryténoïdes

- le vestibule, composé de :

bandes ventriculaires

l'épiglotte infra hyoïdienne

l'étage glottique, composé des :

cordes vocales

commissure antérieure

commissure postérieure

l'étage infra glottique.

## b Classification histologique

Le type histologique de la tumeur a été analysé. La fréquence de chaque type a ainsi pu en être rapportée.

## c TNM

La classification TNM a été précisée selon les références de l'UICC [15].

## 5 - Thérapeutiques

### a Chirurgie

Le traitement carcinologique chirurgical a été analysé selon l'intervention chirurgicale effectuée sur le site tumoral et le lit ganglionnaire, la réalisation ou non d'une trachéotomie, le type de reconstruction éventuellement pratiqué.

### b Radiothérapie

Il a été noté si une radiothérapie a été effectuée ou non, son type ainsi que la dose délivrée. Il a aussi été précisé si une radiothérapie antérieure avait été pratiquée.

### c Chimiothérapie

Il a été rapporté la réalisation éventuelle d'une chimiothérapie, et son contexte : chimiothérapie d'induction, concomitante ou palliative.

## 6 - Thérapeutiques odontologiques

### a Motif de consultation

Le motif de consultation odontologique a été détaillé, suivant le traitement à effectuer. Les patients ont été adressés par leur médecin ORL.

### b Consultation

Il a été noté le nombre de patients vus en consultation, le nombre de consultations par patient, et ensuite il a été précisé le traitement effectué lors de ces consultations.

### c Interventions chirurgicales odontologiques

Les interventions odontologiques au bloc opératoire ont été rapportées et détaillées, (nombre et motif de l'intervention).

### d Hospitalisation

Les consultations qui ont eu lieu pendant l'hospitalisation des patients ont été comptabilisées et décrites.

#### e Consultation au centre de soins dentaires

Certains patients ont nécessité une consultation au centre de soins dentaires, qui a été analysée et détaillée (nombre de consultations et motif de l'intervention).

#### f Suivi des patients

Le suivi des patients a été étudié. Il a été noté si les patients ont été suivis au centre de soins dentaires ou revus en consultation en ORL ou s'ils ont été adressés à leur chirurgien-dentiste traitant.

### IV - RESULTATS

De novembre 2004 à novembre 2005, cinquante quatre patients ont été reçus à la consultation (deux patients convoqués ne se sont pas présentés à leur rendez-vous). Tous les patients ont été inclus dans l'étude.

#### A - BIOMÉTRIE

##### 1 Age

Sur les 54 patients reçus en consultation, l'âge moyen était de 59 ans ( $\pm$  12 ans).

Les valeurs extrêmes allaient de 34 à 79 ans.

La figure 1 représente le nombre de patients par tranches d'âge de 10 ans, la tranche d'âge la plus représentée étant celle des 60-70 ans. (Figure 1)

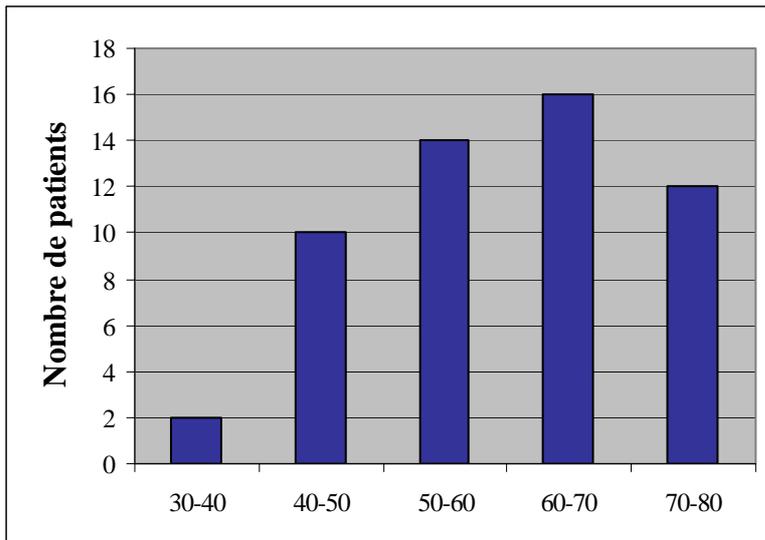


Figure 1. Répartition des patients par tranches d'âge de 10 ans.

## 2 Sexe

La population étudiée était composée de 47 hommes (87%) et de 7 femmes (13%), soit un sexe ratio de 7 pour 1.

L'âge moyen des hommes était de 58 ans ( $\pm 12$ ), les deux extrêmes étant de 34 et 79 ans. L'âge moyen des femmes était de 60 ans ( $\pm 12$ ), les deux extrêmes étaient 44 et 73 ans. (Figure 2)

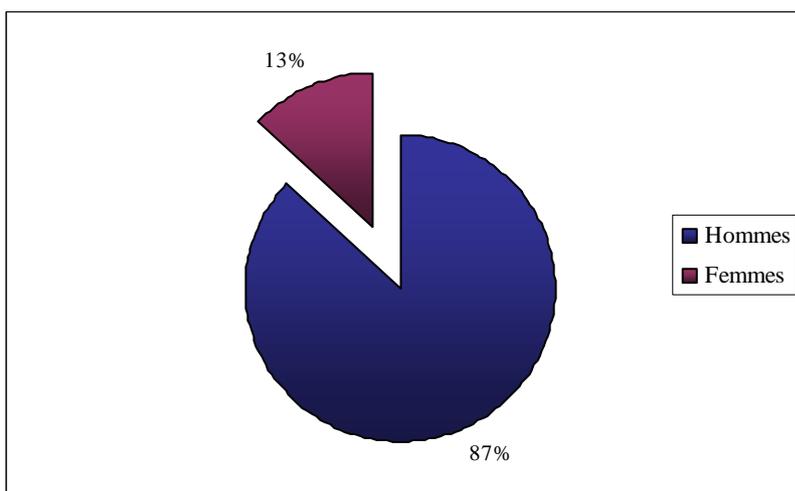


Figure 2. Répartition des patients par sexe

## B ANTÉCÉDENTS

### 1 - Médicaux

8 patients (15%) ne présentaient pas d'antécédents médicaux, 12 patients (22%) présentaient un antécédent unique et 34 patients (63%) présentaient des antécédents médicaux multiples (Figure 3).

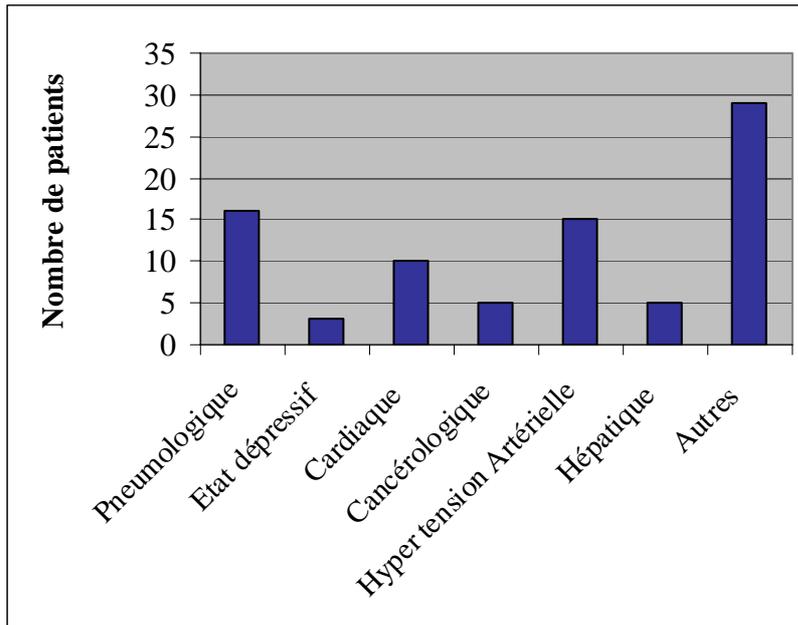


Figure 3. Antécédents médicaux de la population étudiée.

Les 5 patients présentant des antécédents cancérologiques avaient été soignés préalablement par radiothérapie ou chimiothérapie pour un cancer des V.A.D.S.

## 2 - Chirurgicaux

L'analyse des antécédents chirurgicaux montre que 13 patients (24%) ne présentaient pas d'antécédents chirurgicaux, 16 patients (30%) présentaient un antécédent simple et 25 patients (46%) présentaient des antécédents chirurgicaux multiples (Figure 4).

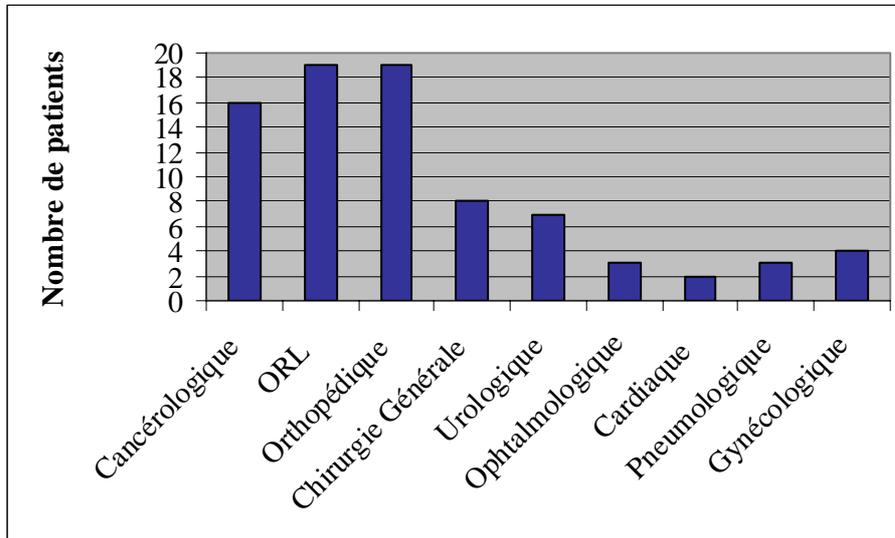


Figure 4. Antécédents chirurgicaux de la population étudiée.

Parmi les 16 patients ayant été soignés pour un antécédent cancérologique, 12 ont été suivis pour une localisation tumorale au niveau des V.A.D.S. traitée par chirurgie.

## 3 - Traitements

Selon les données recueillies dans les dossiers des patients, 29 patients (54%) ne prenaient pas de traitement médicamenteux.

Parmi les 25 patients (46%) qui prenaient un traitement, 6 (11%) d'entre eux étaient traités par des antalgiques et 10 (19%) par des anti agrégants plaquettaires.

## C FACTEURS DE RISQUE

L'analyse des facteurs de risque a mis en évidence que 38 patients (70%) présentaient des facteurs de risque éthylique ou tabagique, dont 30 (55%) présentaient des facteurs de risque multiples.

### *1 - Tabac*

L'intoxication tabagique a été retrouvée chez 37 patients (69%).  
La consommation moyenne de tabac était de 41 PA, calculée d'après une consommation qui avait pu être estimée chez 29 patients.

### *2 - Alcool*

L'intoxication alcoolique a été notée pour 30 patients (55%).  
La consommation moyenne d'alcool était de 103 g/jour, calculée d'après une consommation qui avait pu être estimée chez 15 patients.

### *3 - Autres*

En ce qui concerne les autres facteurs de risque, 3 patients (5,5%) ont été exposés aux poussières de bois et 3 à l'amiante (5,5%).

## D LA MALADIE

### 1 - Localisation tumorale

Les localisations tumorales sont exposées dans la figure 5.

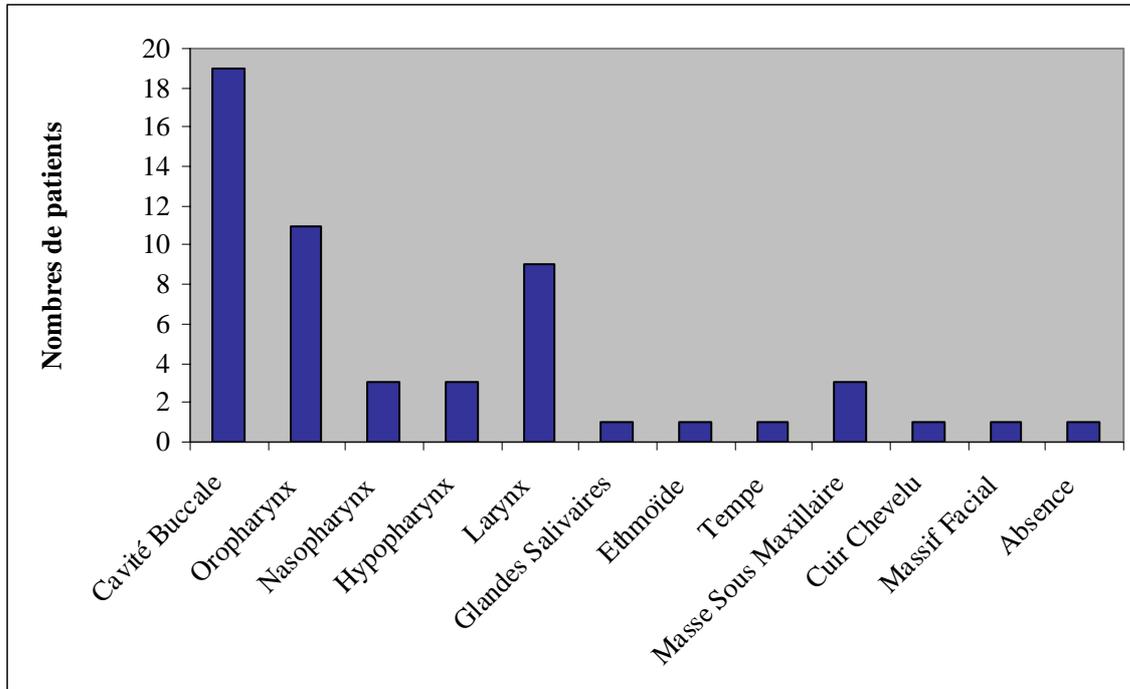


Figure 5. Localisations tumorales.

Dans 19 cas (35 %), les tumeurs étaient localisées au niveau de la cavité buccale. Sur 12 des cas concernés, 5 (9%) étaient situés à la langue, 5 (9%) sur les muqueuses (muqueuse jugale 1 fois, muqueuse alvéolaire 1 fois, muqueuse rétro molaire 3 fois), 2 cas (3 %) au niveau du palais dur. Les 7 autres localisations (13%) concernaient le plancher buccal.

Les atteintes de l'oropharynx représentaient 11 des cas (20%). Pour 5 patients (9%) concernés, les tumeurs étaient localisées sur les amygdales palatines dont 1 avec une extension au voile du palais et 1 avec une extension au sillon amygdalo-glosse. Le sillon amygdolo-glosse et le voile du palais étaient concernés 1 fois. La paroi postérieure de l'oropharynx et la vallécule étaient chacune atteintes 2 fois (4%).

9 localisations (17%) concernaient le larynx : les cordes vocales étaient touchées dans 3 cas (6%) sur 6, l'épiglotte était atteinte dans 2 cas (4%), le plan glottique 1 fois, les plis ary-épiglottiques 1 fois, et les cordes vocales 1 fois. Les 2 sous-localisations manquantes n'étaient pas précisables donc classées sans précision au niveau du larynx.

Les affections du nasopharynx (toutes situées sur la paroi post-supérieure) et de l'hypopharynx représentaient chacune 3 cas (6%) (dont 1 au sinus piriforme et 1 à la paroi postérieure).

Les ganglions sous-maxillaires étaient également atteints dans 3 cas (6 %), il s'agissait d'adénopathies métastatiques sans que la porte d'entrée ait été retrouvée.

La présence d'une tumeur était retrouvée dans 1 cas au niveau des glandes salivaires, de l'éthmoïde, du cuir chevelu, du massif facial et 1 localisation temporale cutanée.

Le cas particulier d'une patiente qui ne présentait pas de cancer au niveau des V.A.D.S., mais souffrait de bronchiolite oblitérante qui avait nécessité une trachéotomie, est relevé.

## 2 - Classification histologique

La classification histologique est exposée dans la figure 6.

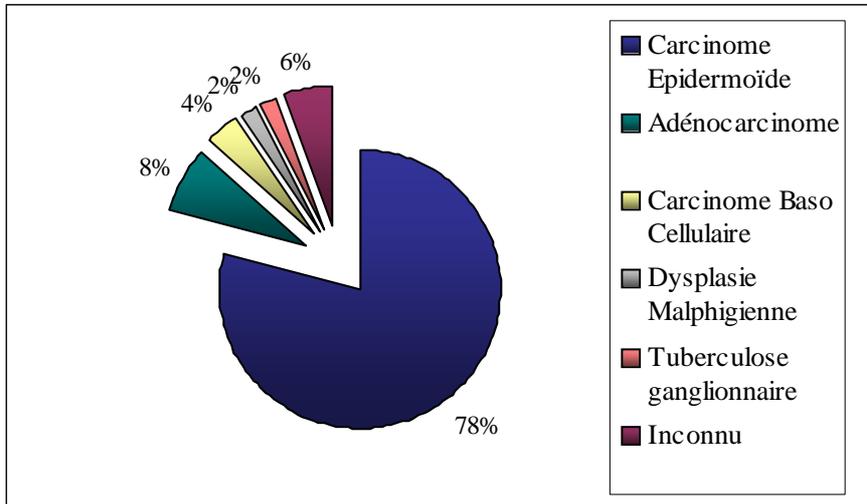


Figure 6. Classification histologique.

Les carcinomes épidermoïdes étaient largement prédominants (42 cas, 78%). Le cas de la patiente n'ayant pas été soignée pour un cancer des V.A.D.S. est également rapporté ici, sous le terme « inconnu ».

### 3 - TNM

Selon la classification TNM, il a été mis en évidence que la majorité des patients pris en charge étaient soignés pour un carcinome classé T2 (18 patients ; 33%), N0 (24 patients ; 44%), M0 (40 patients ; 74%).

Les résultats détaillés sont présentés dans les figures 7, 8 et 9.

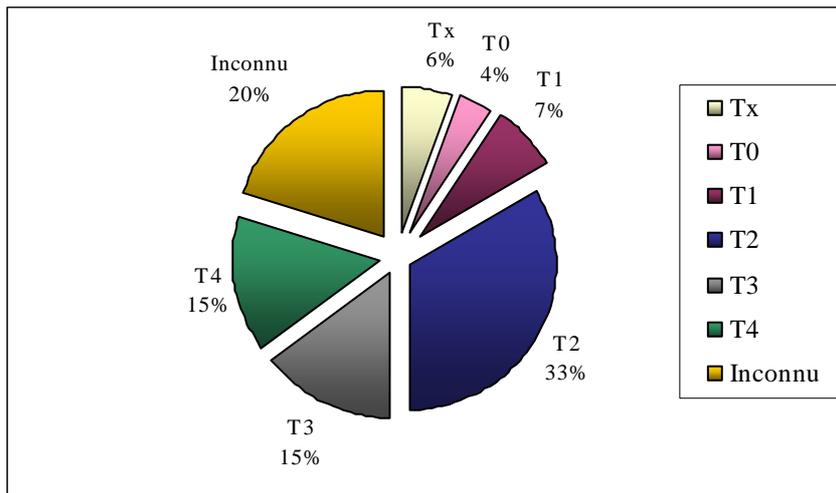


Figure 7. Classification TNM, Tumeur.

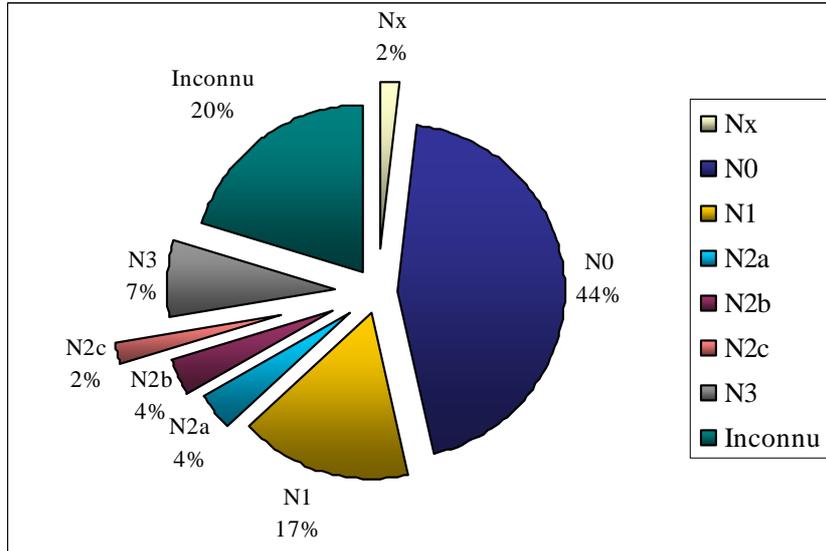


Figure 8. Classification TNM, Adénopathie.

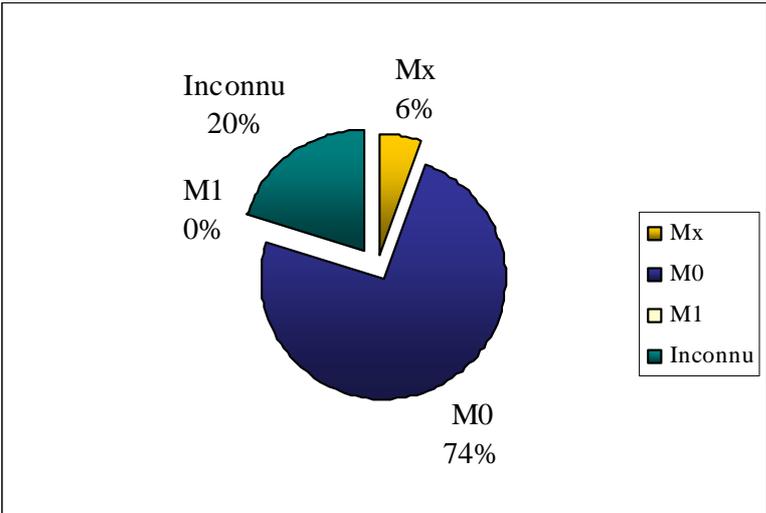


Figure 9. Classification TNM, Métastase.

## E THÉRAPEUTIQUES

### 1 - Chirurgie

Les données recueillies concernant le traitement chirurgical montrent que 44 des patients (81%) ont bénéficié d'une chirurgie carcinologique.

4 patients (7%) ont été récusés par l'anesthésiste pour altération de l'état général incompatible avec le geste chirurgical envisagé.

Le type d'intervention chirurgicale pratiquée est exposé dans la figure 10.

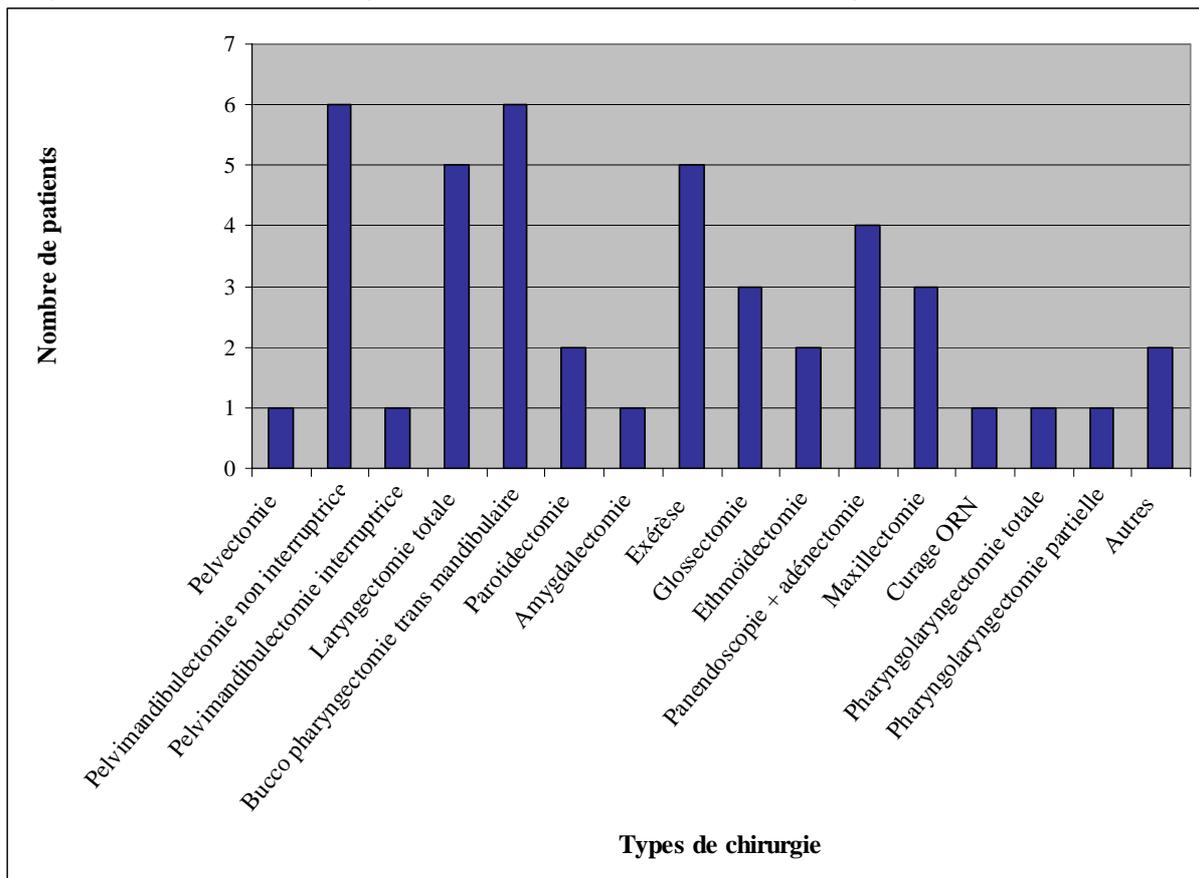


Figure 10. Nature de l'intervention chirurgicale.

Sous le terme « autres », il s'agissait d'une cordectomie au laser pour un patient et d'une reconstruction par lambeau pour améliorer une insuffisance vélaire pour un autre patient.

25 des patients (45%) avaient bénéficié d'un curage ganglionnaire, 10 (19%) ont eu besoin d'une trachéotomie temporaire et 11 (20%) ont nécessité d'une reconstruction par lambeau musculo-cutané.

### 2 - Radiothérapie

Pour 8 patients (15%) il n'y pas eu de recours à un traitement radiothérapique et pour 2 autres patients (4%) la donnée n'a pu être retrouvée.

L'étude des dossiers a mis en évidence que 41 patients (76%) ont bénéficié d'une radiothérapie externe, 4 (7%) d'une curiethérapie.

La dose moyenne de rayonnements délivrée était de 59 Grays ( $\pm$  10 Grays).

Il est aussi noté que 9 patients (17%) avaient bénéficié d'une radiothérapie antérieure, dont 8 pour une localisation précédente au niveau des VADS.

### *3 – Chimiothérapie*

L'analyse des données a montré que 31 patients (57%) n'avaient pas bénéficié de chimiothérapie.

23 patients (43%) ont bénéficié d'une chimiothérapie, pour 20 patients (37%) sous la forme d'une chimiothérapie concomitante à la radiothérapie, et pour 3 patients (6%) sous la forme d'une chimiothérapie d'induction.

## F THÉRAPEUTIQUES ODONTOLOGIQUES

### *1 - Motifs de consultation*

Les motifs de consultation odontologique en ORL sont exposés dans la figure 11.

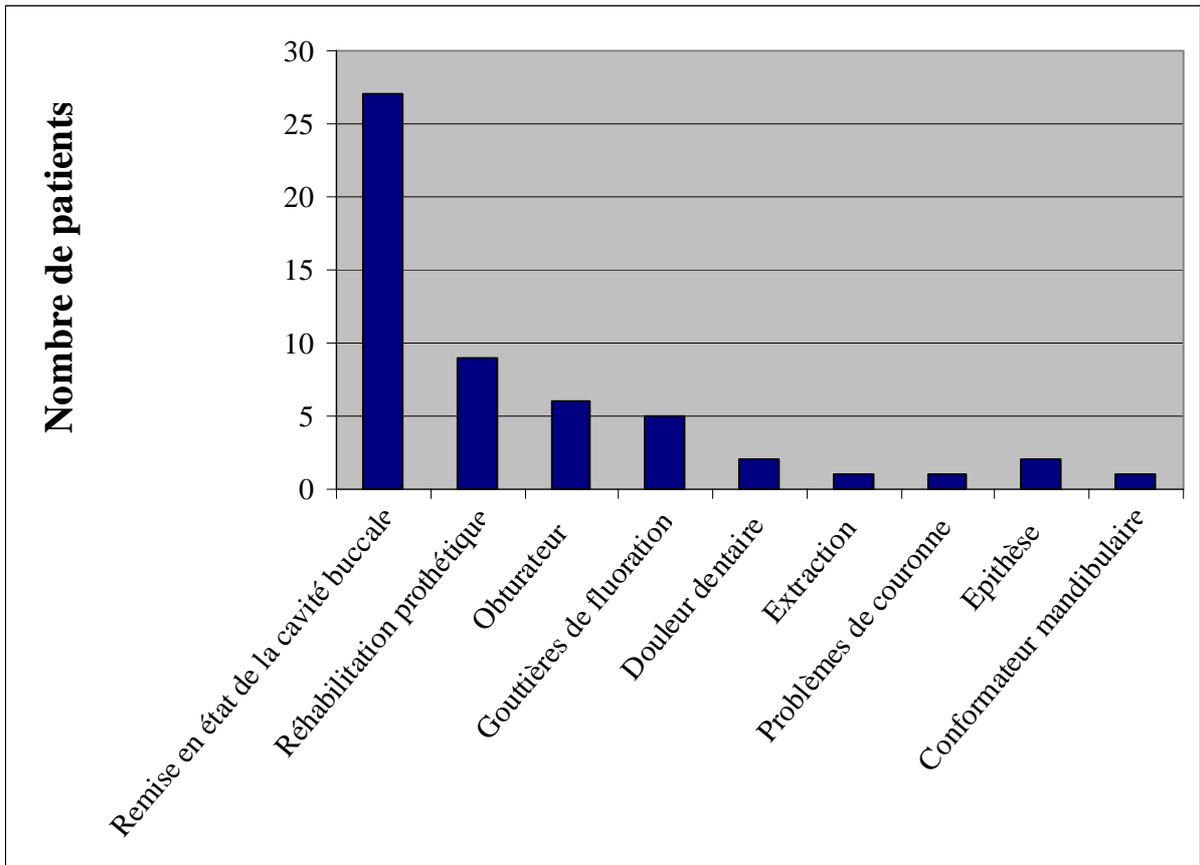


Figure 11. Motifs de consultation odontologique en ORL.

27 patients (50%) ont été adressés pour un bilan odontologique ou une remise en état de la cavité buccale.

9 patients (17%) ont été adressés pour une réhabilitation prothétique, après leur traitement carcinologique.

6 patients (11%) ont été pris en charge pour la réalisation d'un obturateur, palato vélaire mis en place dans 2 cas au bloc opératoire, maxillaire mis en place en consultation dans 2 cas, au niveau de l'orifice de la trachéotomie pour 1 cas (perte d'étanchéité au niveau de l'orifice entraînant une gêne). 1 patient a été adressé pour la réalisation d'un obturateur palatin à la suite d'une insuffisance de la chirurgie réparatrice.

5 patients (9%) ont été examinés afin de réaliser des gouttières de fluoration, dont 4 cas en pré traitement radiothérapique.

2 patients (4%) ont été pris en charge pour une douleur dentaire, 1 pour un problème prothétique (couronne fixée gênante), 1 pour réaliser des extractions dentaires, 1 pour la réalisation d'un conformateur mandibulaire.

De plus, 2 patients (4%) ont été adressés pour réaliser des épithèses, 1 nasale (pré-chirurgicale) et 1 au niveau de l'œil gauche (post-chirurgicale). Ces deux patients ont été adressés à des praticiens spécialistes de ces techniques.

## 2 - Consultation

Le nombre total de consultations réalisées dans le service d'ORL était de 58.

Les patients ont en moyenne été vus une fois dans le service d'ORL, deux patients ont été vus deux fois, et un patient a été reçu à trois reprises.

Les actes réalisés lors de la première consultation sont présentés dans la figure 12 ci dessous.

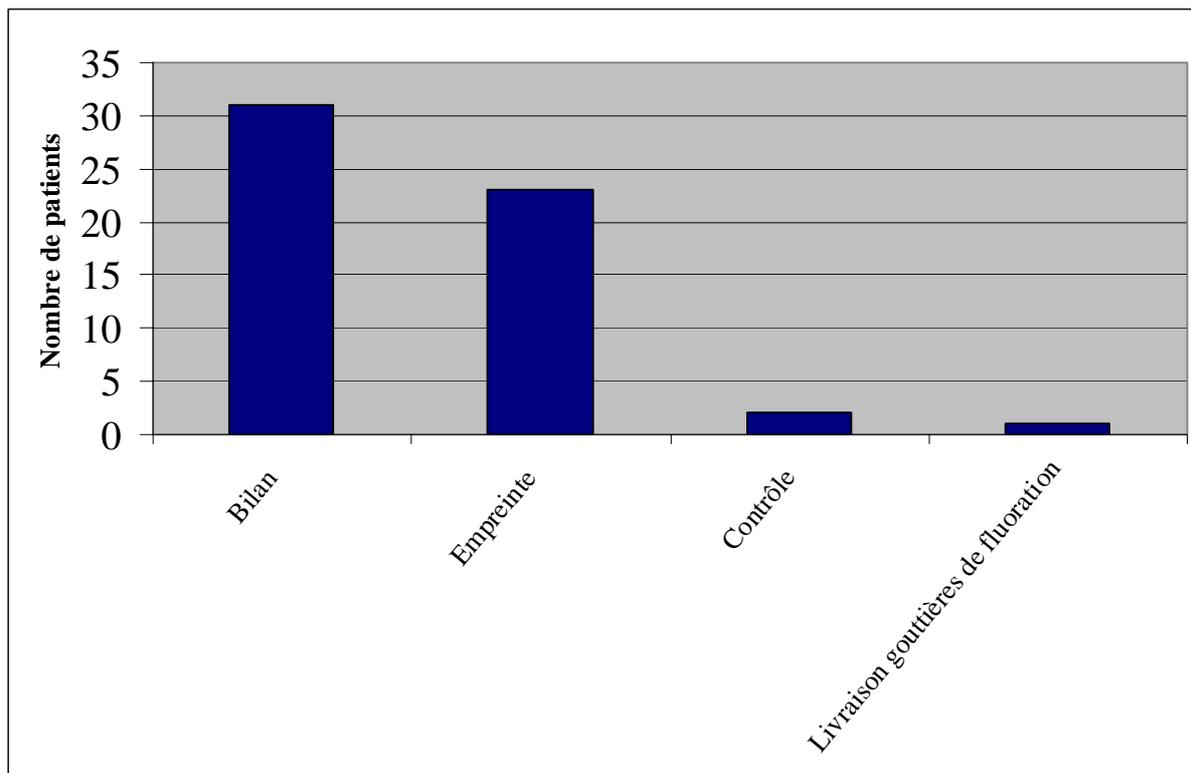


Figure 12. Nature de la consultation en ORL.

Pour 31 patients (57%), lors de la consultation en ORL, un bilan a été effectué, soit un état des lieux complet de la cavité buccale et l'élaboration d'un plan de traitement. Cela signifie qu'aucun acte technique n'a été réalisé lors de cette consultation.

Pour 23 patients (43%) des empreintes à l'alginat, uni ou bi maxillaires ont été effectuées afin de réaliser des gouttières de fluoration (13 cas), des obturateurs (3 cas), des prothèses immédiates (2 cas), des empreintes primaires (1 cas). Les empreintes ont été faites afin de réaliser des prothèses immédiates avec guide d'occlusion ainsi que des gouttières de fluoration dans 2 cas, dans 1 cas pour réaliser un obturateur avec un guide enfin dans 1 autre cas pour réaliser des gouttières de fluoration ainsi qu'un obturateur.

2 patients (4%) ont été pris en charge pour un contrôle de cicatrisation après extractions dentaires et 1 pour la livraison de gouttières de fluoration accompagnée d'une prescription de Fluogel® avec les conseils d'utilisation.

### 3 - Intervention chirurgicale odontologique

La prise en charge odontologique des patients a nécessité une intervention au bloc opératoire dans 9 cas (17%), lors de la chirurgie carcinologique ou d'une panendoscopie.

Les motifs de cette intervention sont présentés dans la figure 13.

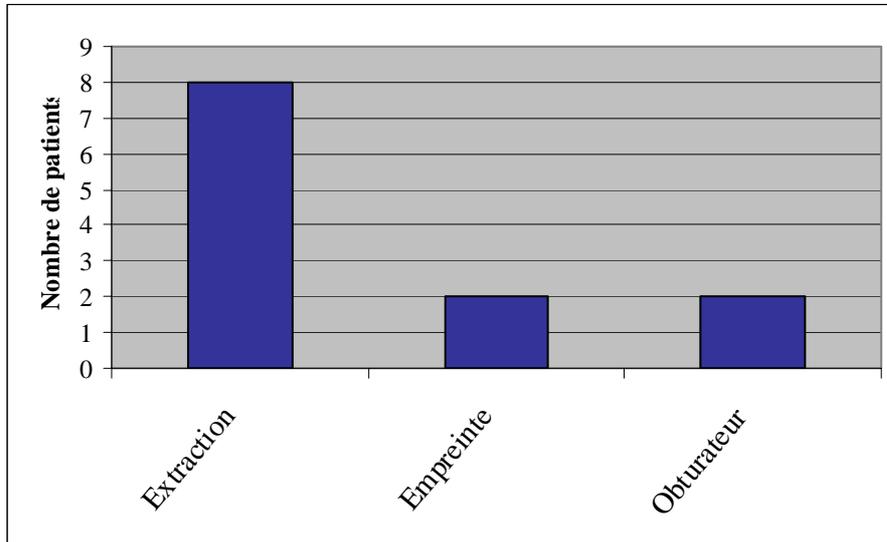


Figure 13. Motifs de l'intervention au bloc opératoire.

Pour 8 patients (15%) des extractions dentaires ont été réalisées au bloc opératoire.

Pour 2 patients (4%) qui présentaient une limitation sévère de l'ouverture buccale, des empreintes à l'alginat ont été prises.

Pour 2 patients (4%), un obturateur immédiat a été réalisé.

### 4 - Hospitalisation

Pour 16 patients (30%) une consultation a été nécessaire pendant leur hospitalisation dans le service d'ORL.

Le nombre total de consultations réalisées en hospitalisation est de 21, 13 patients ayant été vus 1 fois, 1 patient a été vu 2 fois et 2 patients ont été vus 3 fois.

Les motifs de ces consultations sont exposés dans la figure 14.

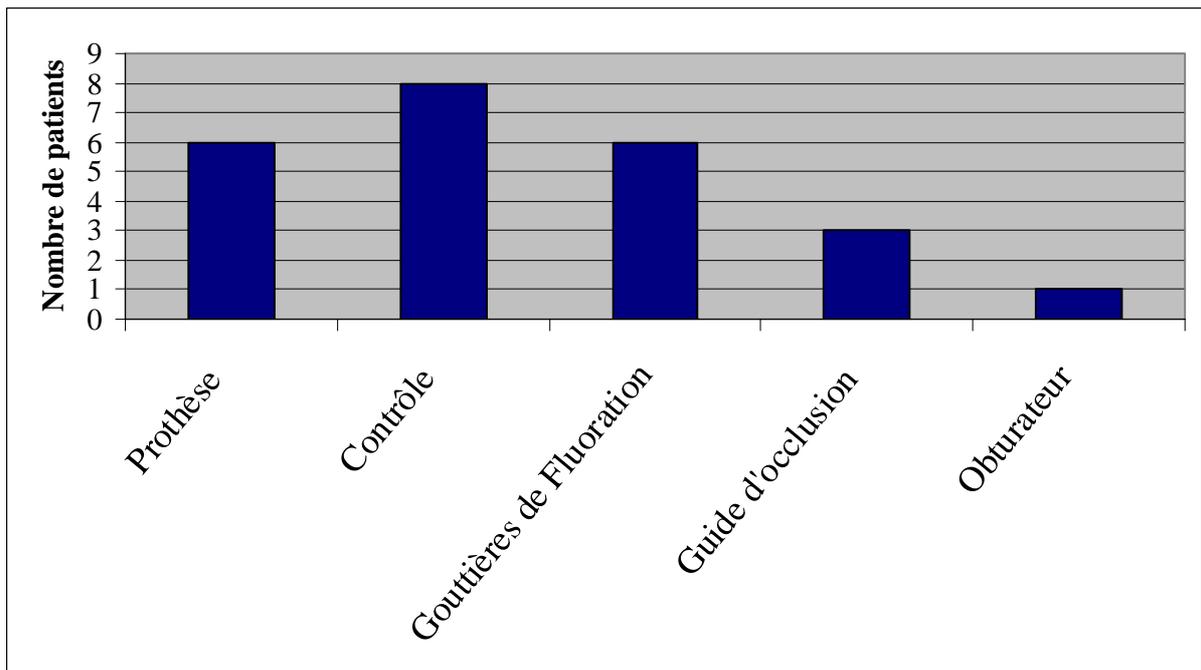


Figure 14. Motifs de l'intervention en hospitalisation.

Pour 4 patients (7%), la consultation a consisté à la livraison des prothèses immédiates avec guide d'occlusion dans 3 cas.

Pour 1 patient, le motif de consultation était l'adaptation des anciennes prothèses et pour 1 autre patient le rescellement d'une prothèse fixée tombée lors de l'intervention sous anesthésie générale.

Pour les 8 patients (15%) ayant été vus pour un contrôle lors de leur hospitalisation, 5 (9%) ont été vus après des extractions dentaires, 2 (4%) pour le contrôle de prothèses immédiates et 1 pour contrôler un obturateur.

8 patients (15%) ont été vus pour délivrer des gouttières de fluoration.

### 5 - Centre de soins dentaires

14 patients (26%) ont bénéficié d'une prise en charge au centre de soins dentaires.

9 patients ont été pris en charge 1 fois, 4 patients 2 fois et 1 patient a été pris en charge 4 fois.

Les motifs de cette prise en charge au centre de soins dentaires sont présentés dans la figure 15.

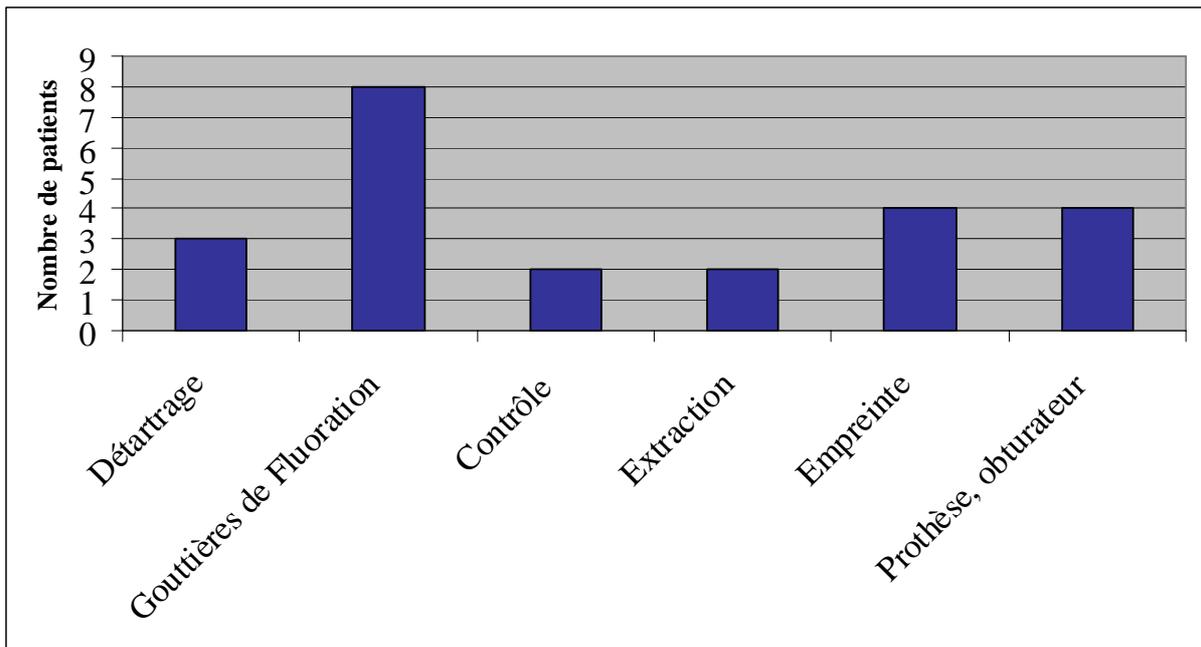


Figure 15. Motifs de la prise en charge au centre de soins dentaires.

3 patients (6%) ont été vus pour effectuer un détartrage, 1 de ces patients a aussi bénéficié du contrôle de son obturateur, 1 autre de la livraison de gouttières de fluoration et le dernier d'empreintes bi maxillaires pour effectuer les gouttières de fluoration, ce patient sera revu une deuxième fois pour la livraison des gouttières.

4 patients (7%) ont été vus pour la livraison de gouttières de fluoration, à la suite des empreintes effectuées lors de la consultation en ORL.

2 patients (4%) ont subi des extractions sous anesthésie locale et ont été revus en contrôle par la suite.

Pour 4 patients (7%), des empreintes (2 bi-maxillaires pour des gouttières de fluoration, 1 faciale pour réaliser un masque facial, 1 mandibulaire pour la réalisation d'un conformateur) ont été réalisées.

3 patients (6%) ont été pris en charge pour leur prothèse ou obturateur : 1 pour la livraison de prothèses immédiates, 1 pour le contrôle de ses prothèses immédiates, 1 autre pour le contrôle de son obturateur.

## 6 - Suivi des patients

Sur l'année d'étude, 8 patients (15%) ont présenté une récurrence et 5 autres (9%) sont décédés.

3 patients ont été adressés à des confrères, 1 pour un avis implantaire, 2 pour la réalisation d'épithèses faciales et 5 ont été adressés à leur praticien traitant.

De plus 24 patients (44%) sont actuellement pris en charge au centre de soins dentaires lors de la vacation « des patients irradiés » pour leur réhabilitation fonctionnelle, conservatrice et restauratrice.

## V – DISCUSSION

Apprécier les résultats de cette année de consultation odontologique au sein du service ORL semble être une gageure. La petite population concernée, les modalités de recueil des données, le manque de recul quant aux effets attendus limitent la puissance de cette étude. L'intérêt premier de ce travail est de donner une première évaluation, un an après la mise en place d'une consultation odontologique « avancée », destinée à prendre en charge des patients atteints de cancers des V.A.D.S.. Cette consultation s'intègre dans une prise en charge multidisciplinaire du patient.

D'après le travail d'Hervé Moizan [32], l'odontologiste est absent de 62% des consultations pluridisciplinaires d'oncologie des V.A.D.S.. 42% des praticiens prenant en charge des patients atteints de carcinomes des V.A.D.S. estiment que la présence d'un odontologiste au sein d'un comité de cancérologie serait peu utile (27%) ou inutile (15%).

Dans ce contexte, les équipes d'odontologie et de cancérologie ORL du CHU de Nantes se sont interrogées sur la possibilité de la mise en place de cette consultation. Cependant, nous pouvons avancer que le rôle de l'odontologiste est avant tout d'agir en faveur de l'amélioration, ou du moins la limitation de la détérioration, de la qualité de vie du patient qui est interdépendante du « manger, boire, parler, sourire, ne pas souffrir » pour Moizan [1, 37, 45].

C'est ainsi que, grâce à la motivation des intervenants, la consultation odontologique a pu voir le jour en novembre 2004.

Le bilan de la consultation porte sur une année d'activité, ce qui peut sembler court pour étayer de manière consistante le bilan à effectuer, dans la perspective d'apprécier la réalité de l'amélioration de la qualité de la prise en charge du patient ; notamment au regard des effets ultérieurs liés à l'intervention de l'odontologiste dans la consultation multidisciplinaire mise en place.

La survenue éventuelle d'une récurrence, d'une deuxième localisation, d'une pathologie intercurrente, d'un décès, par exemple, ne peut être vérifiée du fait de l'analyse limitée dans le temps.

En terme de survie également, le manque de recul ne permet pas d'apporter de conclusions suffisamment pertinentes.

De plus, la prise en charge odontologique à un an se situe encore au plan de traitement à moyen terme, ce qui signifie que la réhabilitation fonctionnelle n'a été entamée que pour un faible nombre de patients.

La collecte d'informations a été effectuée à partir des dossiers cliniques des patients. Ceux-ci étaient parfois insuffisamment renseignés, ne permettant pas de disposer de l'ensemble des données cliniques du patient : les antécédents médicaux, les traitements précédents dans un autre centre hospitalier, les facteurs de risque et la classification TNM faisaient parfois défaut. La saisie manuelle des informations constitue également une source sinon d'erreurs, du moins de manquements ou d'oublis. Néanmoins, malgré ces lacunes, des conclusions peuvent être tirées de cette étude.

Dans une même logique d'amélioration de la prise en charge, la réalisation d'une enquête auprès des patients, des praticiens ORL, des différents intervenants de santé (radiothérapeutes, chimiothérapeutes, anesthésistes,...) et du personnel soignant du service d'ORL a été envisagée. Elle avait pour but d'apprécier avec plus d'acuité encore les différents points de la prise en charge, pour corriger au besoin les faiblesses et améliorer le bénéfice du patient. Cette enquête n'ayant pu être réalisée dans le cadre de cette étude, fera

l'objet d'un travail ultérieur, qui dressera un nouveau bilan de la consultation avec un recul supplémentaire.

Ces propos ne veulent en aucun cas diminuer la qualité du travail engagé au service du patient à l'occasion de cette démarche nouvelle. Le traitement des données recueillies et leur analyse permettent d'affirmer que celle-ci s'inscrit dans une dynamique réelle d'amélioration de la qualité de la prise en charge du patient : le caractère pluridisciplinaire de celle-ci en est un des aspects les plus marquants [1, 12, 13, 25, 32, 34, 43].

Les résultats corroborent ceux de la littérature scientifique qui s'y rapporte.

Les éléments de biométrie concordent avec les données classiquement publiées. La tranche d'âge la plus représentée, celle des 60-70 ans, suivie par celle des 50-60 ans offrent une moyenne d'âge similaire. Pareillement il est possible de remarquer que 61% des patients ont été traités avant 65 ans [3, 8, 16, 19, 26].

Le sex-ratio observé de 7 pour 1 se rapproche de celui de la littérature (9 pour 1). L'écart constaté peut peut-être s'expliquer par le faible nombre de patients composant l'étude.

Néanmoins, il est possible de remarquer que la population féminine est atteinte plus tardivement que celle des hommes, contrairement à ce qui est observé couramment [3, 8, 16, 19, 26]. Cela peut être dû au fait que la population étudiée ici ne se compose pas uniquement de patients atteints de carcinomes épidermoïdes des V.A.D.S., comme la plupart des études citées en référence dans la littérature.

Les antécédents d'intoxication alcoolo-tabagique sont les facteurs de risque manifestement les plus répandus : 72% des cas dans notre étude, quand bien même ce pourcentage paraît inférieur à celui de la littérature. Les habitudes addictives et les moyennes de consommation ont été calculées sur la base des déclarations des patients, qui pouvaient s'avérer inférieures à la réalité [18, 33, 39, 40, 41]. De plus, le fait de la prise en charge de patients non atteints de carcinomes épidermoïdes des V.A.D.S. (massif facial, peau, glandes salivaires) peut expliquer cette différence.

Les pourcentages obtenus à la suite de l'analyse des localisations tumorales semblent concordants avec ceux de la littérature, excepté pour le larynx dont le pourcentage inférieur peut s'expliquer par l'éloignement plus important du larynx de la cavité buccale et donc la moindre intervention odontologique pour ces localisations [3, 8, 16, 19, 26].

Nous obtenons un pourcentage de 78% de carcinomes épidermoïdes, taux faible comparé aux 95% habituellement retrouvés. Cela peut s'expliquer par l'inclusion dans cette étude de tumeurs dont l'histologie principale ne correspond pas à des carcinomes épidermoïdes (massif facial, cutané, absence de tumeurs, lésion pré-cancéreuse). Après exclusion de ces histologies différentes, le taux de carcinomes épidermoïdes est de 91% qui est plus concordant avec les données habituellement publiées [3, 16, 26, 36].

En ce qui concerne les autres antécédents médicaux et chirurgicaux, aucune corrélation évidente avec la survenue d'un cancer des V.A.D.S. ne peut être avancée, comme c'est le cas avec l'intoxication alcoolo-tabagique retrouvée.

Quelle est la portée réelle de cette prise en charge odontologique et quelles leçons tirer de cette année d'activité ?

Les patients ont été reçus à la demande de leur médecin ORL. La difficulté première a été de faire accepter au patient l'intérêt d'une consultation odontologique pour leur prise en charge d'un cancer des V.A.D.S. Pour certains la consultation s'est déroulée peu de temps après l'annonce de leur maladie, la nécessité d'une consultation par un chirurgien-dentiste était d'autant plus incomprise. Certains patients se sont donc montrés sceptiques lors de notre premier rendez-vous. Les actes techniques ont tout de même généralement été acceptés, faisant suite à des explications claires et précises de l'objectif de notre intervention. Par la suite la majorité des patients se sont montrés satisfaits de notre thérapeutique et de la prise en charge complémentaire ORL-odontologie : meilleure communication entre les intervenants de soins, prise en charge globale du patient, limitation des rendez-vous et des déplacements (rendez-vous odontologiste le même jour que le rendez-vous d'anesthésie pré-opératoire, ou avec le chirurgien ORL). Ces éléments vont dans le sens d'une amélioration de la prise en charge en limitant les déplacements du patient.

Les patients ont été adressés pour un motif de consultation précis qui a été respecté et réalisé. Chaque patient a bénéficié au minimum d'un bilan bucco-dentaire et de conseils (hygiène, alimentation, prothèses,...).

Pour tous les patients ayant été traités par radiothérapie des gouttières de fluoruration et une remise en état de la cavité buccale préalable au début du traitement radiothérapeutique ont été réalisées.

Nous remarquons que 5 patients avaient été adressés pour la réalisation de gouttières de fluoruration et que 17 patients en ont bénéficié.

L'évaluation de la satisfaction des patients n'ayant pas été réalisée, les résultats suivants sont discutés à partir des impressions exprimées par les patients.

Quatre patients ont bénéficié d'un obturateur maxillaire ou vélaire et un au niveau de l'orifice de la trachéotomie. Ces prothèses obturatrices ont amélioré aussi bien les fonctions élémentaires (déglutition, alimentation, phonation, diminution des fuites,...) pour deux cas, que les suites post-opératoires (reprise de l'alimentation accélérée, déglutition normale, phonation compréhensible rapidement) pour les deux cas d'obturateurs posés lors de l'intervention chirurgicale. Nous constatons un échec après la pose de l'obturateur de l'orifice de trachéotomie et le sixième patient adressé pour la réalisation d'un obturateur est actuellement en cours de traitement au centre de soins dentaires.

Trois patients ont bénéficié d'appareils guide qui leur ont permis de retrouver un guidage fonctionnel et ainsi une occlusion stabilisée et donc une absence de déviation mandibulaire. Quatre patients ont bénéficié de prothèses immédiates ce qui leur a permis de conserver une alimentation et une socialisation normales.

Concernant le suivi odontologique, les patients qui nécessitaient une réhabilitation fonctionnelle, conservatrice et restauratrice, sont actuellement pris en charge au centre de soins dentaires ou par leur praticien traitant.

17 patients n'ont pas été revus depuis plus de six mois ; il leur avait été conseillé de consulter leur praticien traitant tous les six mois ou de prendre rendez-vous au centre de soins dentaires.

Notons aussi que la présence hebdomadaire d'un odontologiste au sein du service d'ORL a permis la prise en charge y compris non programmée de patients ainsi qu'une sensibilisation accrue aux traitements odontologiques et à l'intérêt de ces traitements pour les intervenants de santé.

Cette consultation s'inscrit donc dans une démarche d'amélioration et d'assurance qualité, parfaitement conforme et en accord avec les mesures du Plan Cancer. Ces mesures ont été édictées par la Mission Interministérielle de Lutte contre le Cancer et avec la circulaire du 22

février 2005 de la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins relative à l'organisation des soins en cancérologie. Cette circulaire met en avant l'intérêt voire la nécessité d'une prise en charge globale et continue du patient, basée sur la concertation pluridisciplinaire amenant à l'établissement d'un programme personnalisé de soins. L'odontologie intervient dans cette circulaire en apportant des soins de support qui sont définis comme l'ensemble des soins et soutiens nécessaires aux patients tout au long de la maladie. La consultation odontologique doit donc se poursuivre et chercher encore à améliorer la prise en charge du patient et ainsi sa qualité de vie.

## V- CONCLUSION - PERSPECTIVES

Cette démarche a été engagée dans un souci d'amélioration de la qualité de vie du patient, en corrélation avec l'amélioration de sa prise en charge ; démarche d'amélioration continue de la qualité des pratiques professionnelles et des soins prodigués au patient en référence aux orientations préconisées par la Haute Autorité de la Santé.

Quelques lacunes ont été observées, la non évaluation de tous les éléments du travail, le suivi des patients... Malgré cela il semble que l'objectif premier de cette consultation soit pleinement rempli.

La consultation a été ouverte et elle a fonctionné de manière pluridisciplinaire. Cinquante-quatre patients ont bénéficié d'une prise en charge odontologique à la suite de la consultation et nombre d'entre eux se sont montrés satisfaits des traitements effectués qui ont pu leur permettre de conserver les fonctions essentielles, une esthétique et une socialisation correctes : une qualité et un confort de vie appréciables.

Ce premier bilan est à compléter par une évaluation du travail effectué, par le biais d'un questionnaire qualité et d'un questionnaire de satisfaction auprès des patients, ainsi qu'auprès des praticiens et du personnel du service d'ORL et des autres intervenants de santé. Le questionnaire qualité auprès des patients, par des questions simples sur les fonctions et l'esthétique notamment, pourra mettre en évidence si cette prise en charge multidisciplinaire, globale et continue améliore la qualité de vie du patient.

Les actes techniques réalisés sont également à évaluer. Les gouttières de fluoruration, les prothèses sont-elles portées ? Améliorent-elles le quotidien du patient ? Le patient demeure-t-il dans une démarche d'abstinence, d'hygiène bucco-dentaire et de suivi des soins ?

La question du suivi odontologique est également importante. Faut-il instituer un suivi régulier, bi annuel, dans le service d'ORL ? Lors du rendez-vous de surveillance post-thérapeutique par les médecins ou indépendamment ? Au centre de soins dentaires ? En cabinet libéral par un chirurgien-dentiste traitant ?

Un très faible nombre de patients atteints d'un cancer des V.A.D.S. et soignés au CHU de Nantes a été pris en charge lors de la consultation odontologique et dans son suivi : ne faudrait-il pas alors encore la développer et l'étendre (centres hospitaliers, pôles régionaux de lutte contre le cancer, centres de coordination en cancérologie) en référence aux mesures du Plan Cancer ?

Compte tenu des résultats apportés par cette étude, il est possible de conforter le rôle de l'odontologiste, et que son intervention, qui se situe à tous les niveaux de la prise en charge du patient, du diagnostic au suivi à long terme, apporte au patient une amélioration de sa qualité de vie.

## VI- REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. ALLISON PJ, LOCKER D ET FEINE JS.  
The relationship between dental status and health-related quality of life in upper aerodigestives tract cancer patients.  
Oral Oncol 1999;35:138-143.
2. BARRY B, PETELLE B, GOLGOLAB K ET GEHANNO P.  
Modalités et fréquence de la surveillance des carcinomes épidermoïdes ORL.  
In : LUBOINSKI B. Cancers des VADS. L'avant et l'après traitement. Quel bilan ? Quel suivi ?  
Paris : EDK, 1999:94-96.
3. BEAUVILLAIN DE MONTREUIL C, LEGENT F ET NARCY P.  
ORL : Pathologie cervico-faciale.  
Paris : Masson, 2003.
4. BENOIST M.  
Réhabilitation et prothèses maxillo-faciales.  
Paris : Prélat, 1978.
5. BLANC JL, CHEYNET F, CHOSSEGROS C ET COLL.  
A propos des ostéoradionécroses mandibulaires.  
In : BRUGÈRE J. La mandibule en cancérologie cervico-faciale. Actualités de carcinologie cervico-faciale.  
Paris : Masson, 1995:141-146.
6. BOROWSKI B.  
Les soins bucco-dentaires du malade cancéreux.  
Paris : Masson, 1986.
7. BROCHARD M.  
Effets secondaires des traitements des cancers de la cavité buccale.  
Thèse : diplôme d'Etat de Docteur en Chirurgie Dentaire, Université de Nantes, 2000.
8. BRUGÈRE J.  
Cancers des Voies Aéro-Digestives Supérieures.  
Paris : Flammarion Médecine Science, 1997.
9. CARON J.  
Les cancers des voies aéro-digestives : traitements prothétiques des pertes de substance acquises des maxillaires.  
Thèse : diplôme d'Etat de Docteur en Chirurgie Dentaire, Université de Nantes, 2001.
10. DOLIVET G, MAIRE F, VERHAEGHE JL ET COLL.  
Principes de traitement des carcinomes de la cavité buccale par association de chirurgie reconstructrice et de prothèse maxillo-faciale simultanée. Illustration par un cas clinique.  
In : JORTAY AM. Réhabilitation anatomique et fonctionnelle après les traitements des cancers bucco-pharyngés.  
Paris : EDK, 1999:103-108.

11. DUGAIN M.  
La chambre des officiers.  
Paris : JC Lattès, 1998.
12. EPSTEIN JB, PARKER IR, EPSTEIN M ET STEVENSON-MOORE P.  
Cancer-related oral health care services and resources : a survey of oral and dental care in Canadian Cancer Centres.  
J Can Dent Assoc 2004;70(5):302-304.
13. FOURCROY PJ, DESMONTS-GOHLER C, DUFOUR X ET COLL.  
Prise en charge de patients atteints de cancer des voies aéro-digestives supérieures. Notre expérience clinique.  
In : LUBOINSKI B. Cancers des VADS. L'avant et l'après traitement. Quel bilan ? Quel suivi ?  
Paris : EDK,1999:47-50.
14. GAUZERAN D.  
Dépistage des cancers de la cavité buccale.  
J Dent Qué 2004;41(4):165-174.
15. HERMANECK P, HUTTER RV, SOBIN LH ET COLL.  
TNM classification of malignant tumours. 4e ed.  
Paris : Springer, 1987.
16. HILL C ET DOYON F.  
La fréquence des cancers en France en 2000 et son évolution depuis 1950.  
Bull Cancer 2005;92:7-11.
17. INSERM  
Alcool : effets sur la santé.  
Paris : Expertise collective, Inserm, 2001.
18. INSERM  
Alcool : dommages sociaux, abus et dépendance.  
Paris : Expertise collective, Inserm, 2001.
19. INSTITUT NATIONAL DE VEILLE SANITAIRE  
La situation épidémiologique des cancers en France dans le rapport de la Commission d'Orientation sur le cancer.  
Paris : Institut National de Veille Sanitaire, 2002.
20. JOLLY DE.  
Osteoradionecrosis, oral health and dental treatment.  
Dent Assist 2004;73:4-7.
21. LACATASUS S, FRANCU L ET FRANCU D.  
Clinical and therapeutical aspects of rampant caries in cervico facial irradiated patients. Rev Med Chir Soc Med Nat Iasi 1996;100(3/4):198-202.
22. LACCOURREYE O, BASSOT V, CHÈNE J ET COLL.  
Surveillance des cancers épidermoïdes ORL. Collections conduites.  
Paris : Doin, 1996.

23. LAURENT E.

Etude rétrospective des soins conservateurs effectués au C.S.T.D. de Nantes sur les patients irradiés pour une affection des V.A.D.S.

Thèse : diplôme d'Etat de Docteur en Chirurgie Dentaire, Université de Nantes, 2001.

24. LEGENT F, FLEURY P, NARCY P ET BEAUVILLAIN C.

ORL : pathologie cervico-faciale.

Paris : Masson, 1996.

25. MAIRE F.

Standards, Options et Recommandations pour une bonne pratique odontologique en cancérologie.

Paris : Fédération Nationale des Centres de Lutte Contre le Cancer, 1999.

26. MARANDAS P.

Cancers des voies aéro-digestives : données actuelles.

Paris : Masson, 2004.

27. MARANDAS P, LE RIDANT AM, STRAMANDINOLI E ET COLL.

Intérêt de la surveillance des cancers du voile du palais.

In : LUBOINSKI B. Cancers des VADS. L'avant et l'après traitement. Quel bilan ? quel suivi ?

Paris : EDK,1999:107-109.

28. MARGAINAUD JP, SARAZIN G ET SARRY B.

Suivi post-thérapeutique après traitement chirurgical et radiothérapie au niveau de la cavité buccale.

In : LUBOINSKI B. Cancers des VADS. L'avant et l'après traitement. Quel bilan ? quel suivi ?

Paris : EDK,1999:179-182.

29. MARGAINAUD JP ET SARRY B.

Prothèse obturatrice après résection du massif facial: intérêt de la prothèse immédiate.

In : JORTAY AM. Réhabilitation anatomique et fonctionnelle après les traitements des cancers bucco-pharyngés.

Paris : EDK, 1998:109-113.

30. MARGAINAUD JP, SARRY B ET SIMART S.

Bilan bucco-dentaire et conduite à tenir en fonction des traitements carcinologiques.

In : LUBOINSKI B. Cancers des VADS. L'avant et l'après traitement. Quel bilan ? quel suivi ?

Paris : EDK,1999:29-32.

31. MEULIEN P, BUCHET I, LACHIVER X ET COLL.

Apport de la prothèse maxillo-faciale dans le traitement des pertes de substance mandibulaire latérales.

In : BRUGÈRE J. La mandibule en cancérologie cervico-faciale. Actualités de carcinologie cervico-faciale.

Paris : Masson, 1995:300-303.

32. MOIZAN H.

Comité de cancérologie des VADS : place de l'odontologiste.

Mémoire : DEA Ethique médicale et biologique, Université René Descartes Paris V, 2001.

33. MUSCAT JE ET WYNDER EL.  
Tobacco, alcohol, asbestos, and occupational risk factors for laryngeal cancer.  
Cancer 1992;69:2244-2251.
34. PECH-GOURG F, JAUSSERAN M, PENCROFFI E ET COLL.  
La prise en charge multidisciplinaire des soins péri-opératoires dans la chirurgie lourde des carcinomes oropharyngés. Le souci fonctionnel.  
In : JORTAY AM. Réhabilitation anatomique et fonctionnelle après les traitements des cancers bucco-pharyngés.  
Paris : EDK, 1998:125-130.
35. PIOT B, HUET P, SOUDAY V ET MERCIER J.  
Prise en charge des ostéoradionécroses mandibulaires associant oxygénothérapie hyperbare et chirurgie : résultats d'une étude rétrospective portant sur 2001.  
In : LUBOINSKI B. Cancers des VADS. L'avant et l'après traitement. Quel bilan ? quel suivi ?  
Paris : EDK,1999:191-197.
36. RENAUD-SALIS JL.  
Standards, Options et Recommandations pour la prise en charge des patients atteints de cancers épidermoïdes de l'oropharynx.  
Paris : Fédération Nationale des Centres de Lutte Contre le Cancer,1999.
37. ROGERS SN, LOWE D, FISHER E ET COLL.  
Health-related quality of life and clinical function after primary surgery for oral cancer. Br J Oral Maxillofac Surg 2002;40:11-18.
38. ROLLAND JG ET MARGAINAUD JP.  
Réhabilitation de la cavité buccale après pelvimandibulectomie non interruptrice.  
In : BRUGÈRE J. La mandibule en cancérologie cervico-faciale. Actualités de carcinologie cervico-faciale.  
Paris : Masson, 1995:288-291.
39. ROTHMAN K ET KELLER A.  
The effect of exposure to alcohol and tobacco on risk of cancer of the mouth and pharynx.  
J Chronic Dis, 1972;25:711-716.
40. ROSENQUIST K.  
Risk factors in oral and oropharyngeal squamous cell carcinoma : a population-based case-control study in southern Sweden.  
Swed Dent J Suppl 2005;179:1-66.
41. SHAM A, CHEUNG LK, JIN LJ ET CORBET EF  
The effects of tobacco use on oral health.  
Hong Kong Med J 2003;9:271-277.
42. TOUSSAINT B, MAIRE F, RENIER S ET COLL.  
Maxillectomie partielle chez l'édenté total : chirurgie et réhabilitation prothétique immédiate.  
In : JORTAY AM. Réhabilitation anatomique et fonctionnelle après les traitements des cancers bucco-pharyngés.  
Paris : EDK, 1998:114-117.
43. SARRY B, MICHLOUSKY S, COLLINEAU M ET COLL.  
Place et rôle de l'odontologie dans la prise en charge des cancers de l'oropharynx et de la cavité buccale : expérience du CHU de Limoges.  
In : BEAUVILLAIN DE MONTREUIL C.H. Cancers de l'oropharynx.

Paris : EDK, 2002:183-190.

44. SAVARY V.

Les carcinomes épidermoïdes de la cavité buccale et de l'oropharynx. Etude rétrospective portant sur 178 cas pris en charge, de janvier 1993 à décembre 1995, dans le service de Stomatologie et chirurgie Maxillo-Faciale de Nantes. Evaluation à 3 ans de recul.

Thèse : diplôme d'Etat de Docteur en Médecine, Université de Nantes, 1999.

45. VAN CANN EM, DOM M, KOOLE R ET COLL.

Health related quality of life after mandibular resection for oral and oropharyngeal squamous cell carcinoma.

Oral Oncol J 2005;41:687-693.

## Annexes

### Liste des abréviations

AG : Anesthésie Générale  
BPCO : BronchopneumoPathie Chronique Obstructive  
BPTM : BuccoPharyngectomie TransMandibulaire  
CE : Carcinome Epidermoïde  
CSD : Centre de Soins Dentaires  
DDS : Dents De Sagesse  
GF : Gouttières de Fluoration  
Gr : Grammes  
HIV : Virus de L'immunodéficience Humaine Acquise  
HTA : HyperTension Artérielle  
IDM : Infarctus Du Myocarde  
IRM : Irradiation par Résonance Magnétique  
ORL : OtoRhinoLaryngologie  
PA : Paquet Années  
PAP : Prothèse Adjointe Partielle  
PAT : Prothèse Adjointe Totale  
RCP : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire  
RECB : Remise en Etat de la Cavité Buccale  
RTE : RadioThérapie Externe  
RGO : Reflux Gastro-Oesophagien  
TDM : TomoDensiTométrie  
VADS : Voies Aéro-Digestives Supérieures

BLERY Pauline – Prise en charge odontologique en cancérologie des voies aéro-digestives supérieures. Bilan de la première année de consultation odontologique dans le service d'ORL du CHU de Nantes. 73 f., tabl., graph., 30 cm.-  
(Thèse : chir. Dent. NANTES ; 2006)

Les cancers des Voies Aéro-Digestives Supérieures, 4<sup>ème</sup> cause de mortalité en France, sont traités par chirurgie, radiothérapie et chimiothérapie, séparément ou en association.

Ces thérapeutiques entraînent des effets secondaires et des séquelles majeurs au niveau de la cavité buccale. En l'absence de soins odontologiques appropriés, ils peuvent s'avérer très préjudiciables et ainsi altérer la qualité de vie du patient, d'un point de vue fonctionnel, esthétique et social.

A partir de ce constat, une consultation odontologique au sein du service d'ORL a été mise en place. Elle a ainsi permis la prise en charge odontologique des patients atteints d'un cancer des V.A.D.S., en pré, per et post thérapeutique carcinologique.

Ce travail se propose d'établir un bilan de la première année de cette consultation : bilan des actes odontologiques effectués, et de préciser ainsi le rôle de l'odontologiste au sein d'une équipe pluridisciplinaire de cancérologie. Ce bilan se propose également d'évaluer les modifications de la qualité de vie du patient au terme de cette consultation. Il s'est avéré qu'une prise en charge précoce et consensuelle des patients incluant une prise en charge odontologique est favorable à la prise en charge globale du patient et ainsi à sa qualité de vie.

Rubrique de classement : PROTHÈSE MAXILLO-FACIALE

Mots clés : Tumeur maligne ORL / Prothèse maxillo-faciale  
Traitement pluridisciplinaire / Soins dentaires  
Qualité de vie

MeSH : Otorhinolaryngologic neoplasms / Maxillo-facial prosthesis  
Dental care / Quality of life

Mots clés Bibliodent : Tumeur maligne ORL / Prothèse maxillo-faciale  
Traitement pluridisciplinaire / Soins dentaires  
Qualité de vie

Jury : Président Monsieur le Professeur GIUMELLI Bernard  
Assesseur Monsieur le Professeur LABOUX Olivier  
Assesseur Monsieur le Professeur DANIEL Alain  
Assesseur Monsieur le Professeur BEAUVILLAIN DE MONTREUIL Claude  
Directeur Monsieur le Docteur MALARD Olivier  
Codirectrice Mademoiselle le Docteur LEROUXEL Emmanuelle

Adresse de l'auteur : 9 rue rubens. 44000 Nantes  
pauline.blery@free.fr