



SOMMAIRE

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
-------------------	---

PREMIERE PARTIE : ETUDE BIBLIOGRAPHIQUE

I- <u>DEFINITIONS</u>	4
I-1 PROTHESE MAXILLO-FACIALE (PMF)	4
I-2 PERTE DE SUBSTANCE ACQUISE (PSA)	4
I-3 PERTES DE SUBSTANCE CONGENITALES (PSC)	5
II- <u>HISTORIQUE</u>	5
III- <u>ACTIVITES DE LA PROTHESE MAXILLO-FACIALE</u>	13
IV- <u>PROFIL PSYCHOLOGIQUE ET PRISE EN CHARGE DU PATIENT PRESENTANT UNE PERTE DE SUBSTANCE MAXILLO-FACIALE OU CORPOREL</u>	15
V- <u>ETIOLOGIE</u>	18
V-1 PERTES DE SUBSTANCE ACQUISES	18
V-1-1 CAUSES TUMORALES	18
V-1-2 CAUSES TRAUMATIQUES	20
V-1-3 CAUSES INFECTIEUSES	20
V-1-4 CAUSES IATROGENES	22
V-2 PERTES DE SUBSTANCE CONGENITALES	22
V-2-1 FACTEURS ENVIRONNEMENTAUX	23
V-2-2 FACTEURS GENETIQUES	24
VI- <u>CONSEQUENCES DES PERTES DE SUBSTANCE</u>	24
VI-1 BRIDES CICATRICIELLES ET INTERFERENCES FIBREUSES	24
VI-2 LESIONS NERVEUSES	24
VI-3 PERTES DE SURFACES D'APPUI	25
VI-4 LATERODEVIATIONS ET TROUBLES DE L'ARTICULE DENTAIRE	25
VI-5 INCIDENCES FONCTIONNELLES	25
VI-6 INCIDENCES ESTHETIQUES	26
VI-7 PROBLEMES INFECTIEUX	26
VI-8 REPERCUSSIONS PSYCHOLOGIQUES ET RELATIONNELLES	26
VII- <u>EQUIPE SUPPLEANT LA CHIRURGIE ET LA PROTHESE</u>	27
VII-1 INFIRMIER : RELATION D'AIDE	27
VII-2 KINESITHERAPEUTE	27

VII-3 ODONTOLOGISTE ET RADIOTHERAPIE	28
VII-3-1 SEQUELLES BUCCALES DES IRRADIATIONS.....	29
VII-3-2 RÔLE DE L'ODONTOLOGISTE DANS LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT IRRADIE.....	30
VII-3-2-1 Prévention des ostéoradionécroses.....	31
VII-3-2-2 Soins en terrain irradié.....	34
VII-3-2-2-1 L'anesthésie.....	34
VII-3-2-2-2 L'endodontie	34
VII-3-2-2-3 La Prothèse fixée.....	34
VII-3-2-2-4 La Prothèse amovible	34
VII-3-2-2-5 La Chirurgie odontologique en terrain irradié.....	35
VII-3-2-2-5-1 L'implantologie	35
VII-3-2-2-5-2 La parodontologie.....	36
VII-3-2-2-5-3 Les extractions dentaires	36
VII-3-2-3 Surveillance.....	37
VII-4 SOPHROLOGUE	37
VIII- <u>PROTOCOLE DE PRISE EN CHARGE DES PERTES DE SUBSTANCE</u>.....	38
VIII-1 PERTES DE SUBSTANCE ACQUISES	38
VIII-2 PERTES DE SUBSTANCE CONGENITALES	39

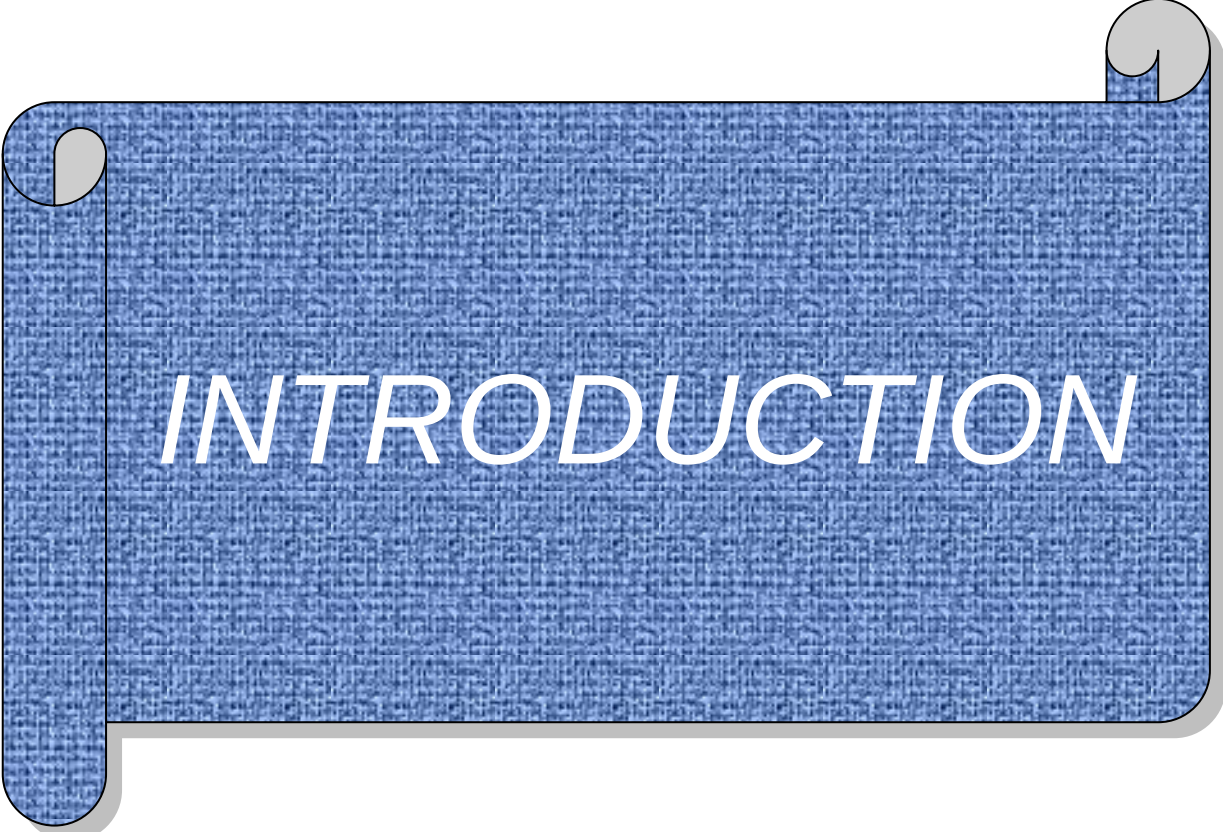
DEUXIEME PARTIE :

**ENQUÊTE AUPRES DES PRATICIENS HOSPITALIERS PRENANT EN CHARGE LES PERTES DE
SUBSTANCE MAXILLO-FACIALES DANS LA REGION DE DAKAR.**

I-<u>JUSTIFICATION ET OBJECTIF DE L'ETUDE</u>	42
I-1 JUSTIFICATION.....	42
I-2 OBJECTIF	42
II- <u>INTERET</u>.....	42
III- <u>MATERIEL ET METHODE</u>.....	44
III-1 MATERIEL.....	44
III-2 METHODOLOGIE.....	44
III-2-1 TYPE ET CADRE DE L'ETUDE	44
III-2-2 CONSTITUTION DE L'ECHANTILLON.....	44

III-2-3 DUREE DE L'ETUDE	44
III-2-4 CONDUITE DE L'ENQUETE	44
III-2-5 DESCRIPTION DES VARIABLES.....	45
III-2-6 PROCEDURE DE COLLECTE DES DONNEES	45
III-2-7 ANALYSE DES DONNEES	45
III-2-8 CONTRAINTES DE L'ETUDE	45
IV-<u>RESULTATS</u>.....	46
V- <u>COMMENTAIRES</u>.....	52
CONCLUSION.....	61
BIBLIOGRAPHIE.....	65
ANNEXE	70

« Esprit saint de Dieu assiste moi »



INTRODUCTION

La prothèse maxillo-faciale (PMF), discipline odontologique, bénéficie pourtant d'un enseignement trop confidentiel dans les facultés d'ici et d'ailleurs et le plus souvent de façon uniquement théorique. C'est en milieu hospitalier qu'elle est la plus exercée en s'incorporant le plus souvent dans une structure multidisciplinaire cervico maxillo-faciale.

Nous ne pouvons plus dans ce cas parler de prothèse maxillo-faciale mais de réhabilitation et prothèse maxillo-faciale, notion introduite par Benoist et maintenant admise par tous, du fait que l'intervention de la PMF doit s'inscrire du début jusqu'à la fin de la prise en charge du patient tant au niveau pré chirurgical que post et tant au niveau pré radiothérapique que post radiothérapique. [13]

Les progrès de la chirurgie, avec l'apport des lambeaux pédiculés cutanés ou myo cutanés, amenèrent dans un premier temps les chirurgiens à vouloir tout réparer naturellement étant entendu que les indications de lambeaux micro anastomosés permettaient des interventions plus audacieuses. Malheureusement, les résultats fonctionnels et esthétiques de certaines opérations souvent très mutilantes peuvent être moins bons que ceux d'une prothèse ou d'une épithèse. Les séquelles de la chirurgie peuvent rendre parfois impossible tout appareillage post chirurgical surtout quand celui-ci est différé, révélant ainsi l'absence de communication et de prise en charge intégrée. [13]

La PMF a, elle aussi, progressé, en particulier, avec l'introduction de nouveaux matériaux et l'apparition de l'implantologie intra et extra orale ainsi que l'approche chirurgicale de plus en plus soucieuse de l'avenir du patient et du devenir de la lésion.

Les pertes de substance des maxillaires posent des problèmes de réhabilitations complexes et l'approche multidisciplinaire entre chirurgiens ORL, plasticiens, odontologistes, radiothérapeutes, psychiatres, orthophonistes, assistants (es) sociaux (les), kinésithérapeutes, prothésistes y est impérative.

Le but est de proposer au malade le meilleur mariage de l'ensemble de nos disciplines intervenant dans la région cervico-faciale. La participation du prothésiste est primordiale, car elle permet de répondre à des problèmes complexes que les autres disciplines n'ont pas pris en charge.

Cependant en Afrique subsaharienne, particulièrement au Sénégal, le manque de collaboration entre les différentes spécialités intervenant dans la prise en charge des pertes de substance retarde la réhabilitation, la rendant difficile voire parfois impossible.

La réhabilitation des pertes de substance maxillo-faciales (PSMF) doit être précoce avec une étroite collaboration entre les divers intervenants en y incluant l'équipe paramédicale et tout ceci au sein d'une équipe synergique, afin de décider, d'un commun accord, du schéma thérapeutique idéal pour la restauration des fonctions et de l'esthétique du patient pour une réintégration socio-professionnelle convenable.

L'objectif de notre travail porte sur l'étude du rôle et de la place de la PMF en posant la problématique de la prise en charge prothétique des pertes de substance maxillo-faciales dans les centres hospitaliers publics de Dakar.

La première partie de ce travail s'appuie sur une étude bibliographique faite de rappels sur les activités de la PMF, les étiologies et les conséquences des PSMF, la place de la PMF en réhabilitation maxillo-faciale, le profil psychologique et social du patient, et la composition d'une équipe de prise en charge de cette pathologie.

La deuxième partie de l'étude est constituée par la méthodologie et les résultats de l'enquête menée auprès des spécialistes hospitaliers de la ville de Dakar intervenant dans la gestion des pertes de substance maxillo-faciales. Nous terminons par des propositions faites aux décideurs de la santé et aux praticiens des spécialités concernées.

***PREMIERE PARTIE :
ETUDE BIBLIOGRAPHIQUE***

I- DEFINITIONS

I-1 PROTHESE MAXILLO-FACIALE (PMF) [21]

La prothèse maxillo-faciale est à la fois l'art et la science de la reconstruction artificielle du massif facial dans les cas de pertes de substance acquises ou de malformations congénitales.

Le principal objectif de cette discipline tend vers une réhabilitation à la fois fonctionnelle, esthétique et psychologique.

Elle se situe à un carrefour entre des spécialités médico-chirurgicales et odontologiques ayant pour souci principal de redonner au patient une vie relationnelle acceptable et une intégration sociale optimale.

Son rôle et sa fonction ne peuvent se concevoir que dans le cadre d'une collaboration avec la chirurgie cervico-faciale, dans les cas fréquents de gestes d'exérèse étendue, laissant des pertes de substance à reconstruire où alternativement chirurgie et prothèse doivent intervenir. Ici, ces deux disciplines ne sont pas en « compétition » ; mais bien au contraire, elles sont mises en œuvre en complémentarité, dans un souci de prise en charge optimale des patients.

Dans une autre approche, on ne peut nier son rôle éminemment fonctionnel dans le sens, d'abord, d'une préparation tissulaire au geste chirurgical et ensuite, dans le sens d'une rééducation mettant en œuvre des techniques dynamiques qui ont pour but d'atténuer ou de récupérer une fonction altérée par un geste chirurgical ou par les effets secondaires d'un traitement complémentaire tel la radiothérapie. Ici, apparaît la prise en charge des problèmes de brides cicatricielles ou de fibroses post radiques liés aux limitations de l'ouverture buccale dans le cadre des désordres cranio mandibulaires.

I-2 PERTE DE SUBSTANCE ACQUISE (PSA)

Les pertes de substance des mâchoires se définissent comme des destructions osseuses acquises aboutissant à une solution de continuité permanente des tissus (cutanés, musculaires, osseux et muqueux) de la mandibule ou des maxillaires [1]. (Fig.1)

Les étiologies des pertes de substance sont le plus souvent tumorales (malignes, bénignes), traumatiques (balistique et les accidents de la voie publique), infectieuses et toxiques. [11]



Figure 1 : Perte de substance acquise. [LD]

I-3 PERTES DE SUBSTANCE CONGENITALES (PSC) [19]

Ce sont des malformations congénitales induites par des défauts de coalescence des feuilletts embryonnaires. (Fig.2)

Elles résultent d'un défaut d'accolement des bourgeons faciaux maxillaire et fronto-nasal pour les fentes labio-alvéolaires et des processus palatins des bourgeons maxillaires et du septum nasal pour les fentes vélopalatines. Ces anomalies de fusion des bourgeons faciaux, toujours très stables topographiquement, se produisent entre les 4^e et 7^e semaines, au moment de la formation du palais primaire et entre le 6^e et 12^e semaines pour le palais secondaire.



Figure 2 : Perte congénitale de substance. [LD]

II- HISTORIQUE [5]

La prothèse maxillo-faciale est probablement la plus ancienne des disciplines concernant la réhabilitation du corps humain. Ceci ne doit pas étonner puisque le visage, mode d'expression de la personnalité a, de tout temps, été l'objet d'une sollicitude particulière de la part de l'Homme.

Pourtant cette spécialité reste une des plus jeunes puisqu'elle est en constant remaniement en raison des progrès techniques qui ne cessent de se développer et de techniques de plus en plus élaborées.

L'idée de traiter, ou plus simplement de cacher certaines disgrâces corporelles par des procédés artificiels, doit probablement remonter à la plus haute antiquité. Il semble néanmoins que les premiers témoignages de restauration prothétique datent du

troisième millénaire avant notre ère. Le bois, la corne, l'ivoire, l'argile, la peau animale, furent employés pour dissimuler certaines anomalies faciales; le crin le chanvre ou des bandelettes de tissus furent utilisés pour maintenir en place des fragments de maxillaires déplacés.

Dans l'antiquité, c'est dans les tombeaux de l'ancienne Egypte que les archéologues découvrirent à la fin du XIX^{ème} siècle des pièces cosmétiques en or et en argent ayant manifestement la forme d'un organe de la face.

Cependant, la plupart des égyptologues s'accordent à penser que bon nombre de ces pièces furent placées « post mortem », probablement dans un but religieux, lors de l'embaumement des momies.

Peut-on dans ce cas parler déjà de prothèse? Probablement pas puisque le terme de prothèse implique l'idée de remplacement.

Néanmoins, de nombreuses reconstitutions primitives, pratiquées couramment à cette époque seraient peut-être à l'origine des premières reconstitutions, comme le laisse supposer la découverte d'épithèse, en métal d'or et d'argent. Par contre, des attelles métalliques dentaires en or, que l'on date de 2500 ans avant l'ère chrétienne, ont été retrouvées à Gizeh et formellement identifiées.

Le « Susruta Samhitâ », second grand traité de médecine indienne, que l'on date de l'époque védique, c'est-à-dire des premières monarchies, 1500 avant J-C., recueil de copies et d'interprétations des cours et leçons de médecine aryenne, fait état de reconstitutions de la pyramide nasale au moyen d'un lambeau cutané prélevé sur la région frontale. L'Inde punissait l'adultère de l'amputation du nez et l'on y coupait couramment les oreilles et les mains en guise de punition. Nul doute que l'échec de telles reconstructions chirurgicales, ou l'impossibilité matérielle de plasties réservées à un petit nombre, aient permis certaines reconstitutions par prothèse.

POPP(1939), qui a particulièrement étudié les anciennes dynasties chinoises, relate la découverte de prothèses faciales en bois, cire, terre cuite et même en métal recouvert de laque, qu'il a datées du III^{ème} siècle avant J-C.

Les textes latins restent discrets sur les éventuelles restaurations maxillo-faciales, CELSE dans son traité « De Re Medica », qui date du début de notre ère, mentionne la réduction, puis la contention de la fracture de la mâchoire par la ligature au fil de crin des dents proches du foyer. On y trouve également la description d'opération de remodelage du nez, des lèvres et des oreilles. Ce souci de l'esthétique, comme on peut le

constater dans tout l'art romain, devait être une préoccupation majeure de l'époque puisque l'on a retrouvé sur certaines inscriptions les termes de « medicus ocularis » mais aussi ceux de « faber ocularis », c'est-à-dire littéralement fabricant d'yeux, ce qui laisse à penser que cette profession était déjà reconnue dans l'antiquité. PLINE, 167 ans avant J-C., relate le cas d'un certain SERGIUS, porteur d'un bras artificiel et qui combattit pendant le siège de la ville de Crémone.

En fait, ce n'est qu'au XVIème siècle que PETRONIUS(1565), et surtout AMBROISE PARE, décrivent véritablement les premières prothèses maxillo-faciales. Dans son traité « Dix livres de chirurgie avec le magasin des instruments nécessaires à ICELLE », qui date de 1564, l'auteur rapporte ses expériences et décrit ses propres techniques qui allaient faire sa renommée. Il traite ainsi les fractures de la mandibule en modifiant la fronde de GALIEN, dont il applique la partie inférieure sur une semelle de soulier placée sous le menton et fixe l'extrémité supérieure au bonnet du malade. Il utilise également les ligatures dentaires grâce à un « fil en double ciré », n'oubliant pas d'associer une alimentation de « coulis d'orge, panade, jus, d'éclanches de mouton et autres semblables, aussi lavement et gargarismes astringents ».

La chirurgie, à cette époque, était souvent mutilante, il imagine divers moyens prothétiques pour corriger ces conséquences néfastes.

Ainsi trouve-t-on la description de prothèses faciales « par artifice d'or, d'argent, de papiers et de linges collés » et maintenus par de petits lacets; des yeux artificiels en or émaillé et de couleur semblable aux naturels, fixés par un système ingénieux de bandelettes de métal passant de part et d'autre de la tête et cachés par les cheveux.

Il obture les perforations de la voûte palatine par des « instruments appelés couvercles pour couvrir et étouper les trous des os au palais de la bouche, soit de cause de vérole ou autrement. Le dit instrument, de matière d'or et d'argent, de figure courbe et non plus épais qu'un écu auquel sera attaché une éponge ». Il réalise également d'ingénieux membres artificiels : mains, bras, jambes articulés, fonctionnant parfaitement et autres appareils tels que le « dilatatoire à ouvrir la bouche » et même une étonnante langue en bois.

Par l'esprit inventif de ses descriptions, par la diversité de ses réalisations, par son humanisme « je le pansay, Dieu le guarit », AMBROISE PARE, qui fut le premier à entrevoir les liens étroits et complémentaires de la prothèse et de la chirurgie, peut être considéré comme le véritable père de la Prothèse Maxillo-Faciale.

Parmi les chirurgiens de la Renaissance, GASPARD TAGLIOCOZZI (1546-1599) améliore la rhinoplastie, déjà pratiquée au XVème siècle par les familles BRANCA en Sicile, VIANCO DI MAIDA et BOÏANO DI TROPEA en Calabre. La technique qui consistait à reconstituer le nez par un lambeau cutané prélevé sur le bras s'appelle aujourd'hui greffe à l'italienne.

Au XVIIIème siècle, FAUCHARD (1678-1761), l'art dentaire acquit ses lettres de noblesse. Parmi les moyens de reconstitution qu'il utilisa, citons ceux qui intéressent les perforations palatines. Ces obturateurs palatins en or ou en argent démontables, composés d'une plaque palatine et de deux ailes mobiles et repliables, recouvertes d'éponge pour ne pas blesser, étaient mis en place et ajustés en bouche à l'aide d'une petite clef. Ces appareils, tout d'abord purement fonctionnels, furent secondairement munis de dents en ivoire dans un but esthétique. Quelques années plus tard, en 1757 BOURDET, améliore la technique en fixant l'obturateur aux arcades dentaires par des crochets latéraux.

Les guerres napoléoniennes apportèrent de nouveaux procédés dans le domaine de la traumatologie maxillo-faciale.

Les grandes mutilations de la face, séquelles des multiples guerres de l'époque, étaient rarement compatibles avec la survie, en raison des risques majeurs d'infection et de gangrène. Ceci explique, dans une certaine mesure, la simplicité des reconstitutions, généralement limitées à un seul organe de la face. Néanmoins, certains praticiens tentèrent une réhabilitation prothétique de ces grandes pertes de substance.

Ainsi, dès 1812, LOUIS GUNEAS, artilleur blessé à la bataille de la Moskova, et auquel une balle avait enlevé une partie de la mâchoire, bénéficia d'une prothèse mentonnière en argent. DELABARRE, en 1820, exécuta également une prothèse complexe de la face du même type.

RIBES en 1818, DUPUYTREN en 1839, BEGIN et LARREY en 1851, publièrent l'observation de J-F. Verney qui perdit la presque totalité de la mandibule à Iéna. La difformité fut appareillée par un double menton artificiel en argent dont l'aspect esthétique satisfaisant n'empêchait pas un écoulement permanent de salive et une alimentation difficile.

Mais le cas le plus spectaculaire reste celui rapporté par WHYMPER, en 1832, pour ALPHONSE LOUIS, natif du Pas-de-Calais et soldat au 2ème régiment d'artillerie. Blessé pendant le siège d'Anvers, il avait perdu le tiers inférieur de la face. A la demande de

FORGET, chirurgien-dentiste, et sur ses directives, un appareil complexe comprenant une mandibule articulée, cachée par un masque, fut réalisé par VERSCHUYLEN. « L'appareil remplaçait le maxillaire complet et était mû par un ressort qui appliquait l'arcade dentaire inférieure contre la supérieure ». Pour faire usage, le patient abaissait avec la main la mentonnière contenant le maxillaire, introduisait les aliments et relâchait l'ensemble. Les différentes pièces, réalisées en argent et peintes, étaient camouflées par de volumineuses moustaches et des favoris et elles étaient maintenues par des lacets de cuir.

Un exemplaire, réplique exacte du modèle original, mais réalisé en cuivre, est conservé au Musée du Département d'Anatomie de l'Université d'Edimbourg, avec l'inscription en français « Inventé et fait par IPA VERSCHUYLEN, orfèvre et ciseleur à Anvers, 1833 ».

Ce n'est véritablement qu'au XIX^{ème} siècle que la Prothèse Maxillo-Faciale devint une discipline autonome. Grâce, d'une part, à la révolution industrielle qui mit sur le marché de nouveaux matériaux beaucoup mieux adaptés aux diverses restaurations, et, d'autre part, à l'intérêt que portèrent certains praticiens de formation odontostomatologique à cette spécialité, complément indispensable de la chirurgie, la Prothèse Maxillo-Faciale fit d'énormes progrès.

Dans le domaine de la prothèse vélo-palatine, DELABARRE, en 1820, introduit l'usage du premier voile articulé en caoutchouc. SNELL, en 1823, mobilise le voile artificiel par la contraction des moignons restants, artifice repris par STEARN en 1840 et SCHANGE en 1841. GAREL, en 1855, construit un obturateur en vulcanite ayant la forme d'un bouton à chemise et KINGSLEY, en 1864, réalise une obturation du pharynx au moyen de deux lames de caoutchouc mou superposées. PRETERRE, en 1867, combine pour la première fois prothèse et rééducation phonétique.

Mais en 1877, SUERSEN bouleverse toutes les idées et révolutionne la prothèse vélo-palatine. La technique jusque-là basée sur la reconstitution du voile en caoutchouc mou n'assurait qu'une étanchéité précaire. SUERSEN, peu soucieux de reconstituer un voile, cherche uniquement à restaurer la fonction en assurant l'obturation du nasopharynx. Mettant à profit l'hypertrophie compensatrice de certains muscles pharyngiens, il confectionne un obturateur rigide en prenant une empreinte fonctionnelle à la gutta-percha.

Les prothèses faciales bénéficièrent, elles aussi, de la découverte de nouveaux matériaux grâce à la révolution industrielle qui mit sur le marché : l'étain coulé expérimenté par ROYCE en 1836, DESJARDIN, LECAUDEY, SCHANGE (1841), LEFOUCOY firent appel au métal peint, en 1851 Goodyear vulgarise le caoutchouc; un autre matériau, le celluloïd dérivé du collodion a été découvert en 1868 par WESLEY HYATT. Les prothèses faciales bénéficièrent également de la mise en œuvre de techniques jusque-là réservées à la prothèse conventionnelle. Comme l'a écrit De MOURGUES, la prothèse faciale n'a commencé à avoir une réelle valeur que lorsqu'on lui appliqua les méthodes de la prothèse dentaire.

En 1878, CLAUDE MARTIN eut l'idée, d'utiliser la céramique, dont la translucidité simulait la peau vivante et donnait l'illusion de la réalité. Sa fragilité et son poids excessif, exigèrent des moyens de fixations solides, et limitèrent ses indications à certaines prothèses nasales et auriculaires. Parmi les multiples moyens de fixation, les procédés externes tels que: colles, ressorts contournant le crâne, lacets ou courroies, en raison de leur commodité, furent probablement les premiers employés. Les montures de lunettes apportèrent un progrès considérable, d'une part en autorisant une fixation solide et durable de la prothèse, d' autre part en permettant une certaine dissimulation des bords de l'épithèse. SCHANGE, vers 1850, et TETAMORE, en 1874, utilisèrent les premiers ce moyen de contention. D'autres procédés plus sophistiqués par agrafes ou vis, passant à travers une perforation pratiquée dans un moignon auriculaire ou bien par pince-ressort prenant appui à l'intérieur des fosses nasales, furent utilisés pour la rétention de prothèses de nez ou d'oreille.

BAILLIF, en 1826, proposa une prothèse obturatrice pour maintenir un nez artificiel. CLAUDE MARTIN, en 1889, utilisa un système de raccordement analogue, en fixant ses nez en céramique à un appareil intra buccal, par l'intermédiaire d'une tige métallique passant à travers une petite perforation pratiquée dans le cul-de-sac gingivo-labial, et soudé au bandeau vestibulaire de la pièce dentaire.

C'est surtout dans le domaine de la prothèse opératoire que CLAUDE MARTIN innova. Jusqu'en 1889, date à laquelle il publia son ouvrage « De la prothèse immédiate appliquée à la résection des maxillaires », la portion d'os enlevée lors de l'intervention n'était pas remplacée. De la même manière, on attendait la guérison de la plaie avant d'appareiller. La latérodéviation inévitable était combattue par l'appareil de PRETERRE, en créant une seconde arcade dentaire artificielle placée en avant des dents naturelles et

articulée avec celles du maxillaire supérieur. Les rétractions cicatricielles étaient distendues par une pression lente et continue obtenue par l'intermédiaire d'appareils lourds garnis de bloc d'étain.

Pour n'avoir pas à faire ces corrections secondaires, CLAUDE MARTIN eut l'idée, dès 1878, d'éviter le déplacement des fragments osseux par le port de prothèse « anté opératoire » à ailettes.

Déjà avant lui, de nombreux chirurgiens interpellés par les troubles fonctionnels et esthétiques des résections portant sur la mâchoire inférieure, avaient tenté d'y remédier, mais sans grand résultat, en interposant : qui un bloc d'ivoire (STANLEY), qui un morceau de plomb (DE GAILLAC), qui une masse de gutta-percha comme OLLIER.

CLAUDE MARTIN alla plus loin en confectionnant une pièce de remplacement en aluminium garnie de caoutchouc et assujettie par des vis dans la surface de section. Un système de canaux creusés dans le corps de l'appareil permettait un lavage quotidien et assurait l'antisepsie. Ces prothèses immédiates, dont la taille et le volume dépendaient de l'importance de la résection, furent secondairement, pour des raisons d'hygiène, fabriquées uniquement en caoutchouc dur à partir de modèles en cire obtenus par le moulage d'un os sec. Le même principe fut appliqué au maxillaire supérieur. Une fois la cicatrisation achevée, la prothèse immédiate provisoire était retirée et remplacée par un appareil définitif mobile pourvu de dents artificielles.

CLAUDE MARTIN toujours dans le cadre de la prothèse immédiate, a proposé de combiner prothèse et chirurgie, et publia en 1878 avec LIETEVANT le premier cas de rhinoplastie sur charpente métallique.

Parmi ses réalisations originales citons :

- Les prothèses de langue ;
- Les obturateurs pharyngiens à double poche d'eau séparée par un étranglement ;
- Son larynx artificiel,

Bon nombre de ses œuvres ont été regroupées au musée de l'Hôtel-Dieu de Lyon où elles sont maintenant réunies et exposées.

La PMF fut indiquée et développée avec les «gueules cassées», époque où la chirurgie réparatrice et reconstructrice du début du XX^{ème} siècle était encore limitée.

Le XX^{ème} siècle voit le développement des prothèses opératoires qui, par leurs possibilités, ont trouvé de multiples applications.

Dès 1893, WEINLECHNER et EISENBERG en Allemagne, restaurent des pertes de substance crâniennes à l'aide de plaques de celluloïd. Sur quatre cas, ils publient deux guérisons. En 1903, SEBILEAU et DELAIR appliquent une prothèse interne de la face, après résection totale de la paroi antérieure du sinus frontal. Un an plus tard, HERMANN expérimente l'aluminium pour une perte de substance de la voûte crânienne. Sans grand succès, DELORME et LEMERLE utilisent, en 1907, l'or et l'argent en couverture d'une craniotomie étendue de la région temporale ou de certaines trépanations larges des os frontaux. DELAIRE, en particulier, se sert d'une plaque en or de 22 carats et 8/10 mm d'épaisseur, perforée de façon à favoriser la pénétration de travées conjonctives, qu'il fixe à l'os à l'aide de coins crochets ou de griffe de même métal.

En 1914, DELBET isole un tendon extenseur adhérent à la première phalange à l'aide d'une fine languette de caoutchouc souple. Dans un autre cas, une lame épaisse du même matériau lui sert à refaire une paroi abdominale effondrée par une volumineuse hernie.

La première guerre mondiale, pourvoyeuse de mutilations faciales, fit faire de nouveaux progrès non seulement à la traumatologie mais aussi à la prothèse faciale. Le caoutchouc vulcanisé, déjà expérimenté depuis de nombreuses années, fit de nouveaux adeptes. Un nouveau procédé fut décrit, en 1910, par l'Allemand HENNING qui utilisait un mélange à base de gélatine et de glycérine, analogue à la pâte pour ovule de pharmacie.

Très rapidement, les techniques de prise d'empreinte ont évolué. Du plâtre à la cire, de la cire aux matériaux thermoplastiques, on est passé aux alginate améliorant ainsi la confection des appareillages réalisés en résine, puis en élastomère de silicone et autres matériaux plastiques souples.

L'apport de ces nouveaux matériaux (résine et silicone souples), les progrès réalisés dans la reconstruction chirurgicale des PSA et l'apparition de l'implantologie intra et extra orale, donnent un essor plus important à cette discipline qui suit constamment les progrès de la science.

III- ACTIVITES DE LA PROTHESE MAXILLO-FACIALE [5]

Ces activités peuvent être classées de la façon suivante :

Les moyens de contention utilisés dans le traitement des fractures. Il s'agit soit de dispositifs qui prennent appui sur les dents, soit d'appareillages plus complexes utilisant des ancrages extra-buccaux.

La prothèse obturatrice dont le but est de combler par un appareillage approprié les pertes de substance acquises des maxillaires. Celle-ci sont habituellement d'origine chirurgicale et succèdent à l'exérèse ou l'électrocoagulation d'une tumeur.

Ces prothèses sont essentiellement fonctionnelles, elles doivent rétablir l'alimentation et la phonation qui sont toujours gravement perturbées. (Fig.3)



Figure 3: Prothèse obturatrice rigide. [LD]

La prothèse de reconstruction mandibulaire, qui est une endoprothèse destinée à assurer le remplacement de la portion de mandibule, dont la suppression est d'origine chirurgicale ou plus rarement traumatique.

Ces prothèses peuvent se substituer complètement à l'os qu'elles remplacent sur une partie de sa longueur ou bien elles assurent la contention d'un greffon osseux pendant la période nécessaire à la consolidation. (Fig.4)



Figure 4 : Orthopantomogramme d'une attelle mandibulaire. [LD]

La prothèse vélo-palatine qui a pour but essentiel de recloisonner les cavités faciales, la restauration de la phonation et l'éviction des fausses routes alimentaires chez les sujets porteurs d'une division palatine ou vélaire. Elle a parfois un rôle esthétique lorsqu'elle concourt à la remise en état de l'articulé ou au soutien de la lèvre et des joues.



Figure 5 : Plaque vélo palatine de SUERSEN. [LD]

Les prothèses de contention ou de correction utilisées dans le traitement chirurgical des malformations des maxillaires. Il s'agit de l'étude préalable des corrections sur les moulages avant les ostéotomies et du maintien de cette correction après l'intervention chirurgicale orthognatique. Ce groupe comprend également les appareils-guides et les appareils-mobilisateurs.

La prothèse plastique faciale qui doit s'efforcer de rendre inapparente les mutilations faciales importantes telles que les amputations du nez ou du pavillon de l'oreille. Elle est essentiellement esthétique. Il faut lui rapprocher certaines prothèses cosmétiques des membres (de la main notamment) qui relèvent des mêmes techniques.

La prothèse porte-rayonnement destinée à maintenir, au contact d'une tumeur, les agents ionisants nécessaires à son traitement. Ce type de prothèse est complété par les appareils protecteurs de radiations destinés à mettre les tissus sains à l'abri du rayonnement radioactif ionisant.

La prothèse oculaire occupe une place à part, en France, elle n'est pas habituellement réalisée dans les services de prothèse maxillo-faciale, mais par les ophtalmologistes. Cependant, il est fréquemment fait appel à la prothèse faciale comportant la restauration complète du globe oculaire.

A côté de ces activités essentielles, on construit, dans un service de prothèse maxillo-faciale, nombre d'appareillages divers destinés à compléter l'acte chirurgical ou à guider la cicatrisation comme par exemple :

- la plaque à maintenir des lambeaux muqueux ou cutanés ;
- la prothèse d'approfondissement des vestibules ;
- les appareils de distension de tissus ou de dilatation d'orifice cicatricielles ;
- les plaques de protection pour les pertes de substance crâniennes

Cette liste n'est pas limitative et montre bien le rôle, à la fois fonctionnel et esthétique que la prothèse maxillo-faciale est appelée à jouer. Il en existe un troisième dont l'importance ne saurait être sous estimée, c'est le rôle social de réintégration.

La suppression du déficit fonctionnel, le rétablissement d'une morphologie faciale, à défaut d'être parfaite, permet quand elle est normale au malade de se réinsérer dans la société, de reprendre une activité professionnelle et ce qui est très important pour son rétablissement.

IV- PROFIL PSYCHOLOGIQUE ET PRISE EN CHARGE DU PATIENT PRESENTANT UNE PERTE DE SUBSTANCE MAXILLO-FACIALE OU CORPOREL [5,23]

Il existe trois types de comportement observé chez des patients porteurs d'une perte de substance maxillo-faciale ou corporelle acquise:

- Le sujet polarise son attention sur sa mutilation, il y pense constamment et est persuadé que l'anomalie qu'il présente attire immédiatement les regards de son entourage. Paradoxalement, cette attitude est surtout fréquente chez les porteurs d'une mutilation de faible importance comme l'amputation partielle du pavillon de l'oreille ou celle d'un doigt, voire d'une phalange. Le patient s'efforce de la dissimuler par une attitude qui n'est pas naturelle, ce qui ne fait qu'aggraver son complexe. De tels patients sont difficiles à appareiller. Certes, ils acceptent de se plier aux exigences et aux soins que nécessite le port de leur prothèse mais ils attendent d'elle plus qu'elle ne peut leur donner.
- Lorsqu'il s'agit d'une grande mutilation, souvent consécutive à l'exérèse d'une tumeur maligne, le malade accepte plus facilement la mutilation en raison probablement du fait qu'elle est inévitable et que c'est sa seule chance de guérison. La prothèse dans ces cas, est acceptée sans difficulté puisqu'elle apporte la récupération de la fonction et une amélioration de la morphologie.

L'adaptation est d'autant plus rapide que la perte de substance était plus grande et entraînait un déficit fonctionnel plus important.

- Enfin, certains malades n'acceptent pas leur infirmité, le port d'une prothèse leur paraît inutile parce que celle-ci, si parfaite soit-elle, ne leur permettra pas de retrouver intégralement leur état antérieur. En réalité, cette attitude est très rarement rencontrée, dans ce cas il faut user de persuasion, obtenir que le patient accepte au moins de faire un essai.

Mise en œuvre de la prise en charge.

Quelle soit d'origine tumorale, congénitale, traumatique ou toxi-infectieuse, la perte de substance engendre une perturbation de la perception du schéma corporel, une altération du sentiment d'identité et génère, de ce fait, une anxiété.

Cette anxiété est une des expressions de la souffrance du sujet mutilé et nécessite une prise en charge, notamment quand il s'agit de perte de substance d'origine carcinologique.

Les stratégies d'adaptation que privilégie le sujet sont celles qui favorisent la dissimulation, le repli sur soit, l'isolement social et familial.

Un des premiers objectifs de la prise en charge est d'agir sur les facteurs intra physiologiques et extra personnels pouvant déstabiliser la personne; le deuxième objectif est d'offrir à la personne un espace et des moyens pour s'adapter, se reconnaître et éventuellement s'accepter.

Moments :

❖ *A l'annonce de la maladie*

Selon la personnalité du sujet, les attentes et comportements diffèrent. En revanche, le sentiment d'anxiété est une constante invariable.

Parfois, le patient est en attente d'informations très précises à propos de la chirurgie, de l'anesthésie, du temps d'hospitalisation, de la confection de la prothèse, etc. Il a besoin d'explications détaillées sur le déroulement des opérations. Cependant, ces interrogations traduisant un besoin de maîtrise peuvent, déclencher une attitude de « coping vigilant » (stress extrême).

A l'opposé, certains patients, résignés, subissent les événements sans aucune forme d'implication.

D'autres préfèrent consulter différents spécialistes ou montrent un refus catégorique du traitement chirurgical avec départ l'hôpital la veille de l'intervention.

Quoi qu'il en soit, la diversité des réactions observées signe une souffrance profonde et oblige le soignant à s'adapter à la personne malade.

❖ *Pendant l'hospitalisation*

En préopératoire, l'une des ambitions thérapeutiques est que l'évolution de la maladie va être stoppée par la chirurgie et les traitements secondaires. Le facteur extra personnel qui peut induire ou renforcer cette croyance, dépend de la qualité de l'information donnée par le chirurgien. L'état d'anxiété fait place à la peur, peur de ne pas se réveiller, peur de souffrir, etc.

En post opératoire, le facteur intra psychologique essentiel est la prise de conscience de la modification de l'image corporelle consécutive à l'acte chirurgical. Associé aux facteurs intra psychologiques tels que la douleur et à la perturbation du sommeil, il entraîne un état d'épuisement avec risque d'effraction des lignes de résistance.

❖ *Après l'hospitalisation*

De retour à son domicile, dans un centre de rééducation ou en maison de retraite, le patient passe, par une phase d'isolement consécutive à la gêne engendrée par l'attention qu'il susciterait à chacune de ses sorties. Il est victime du regard discriminant de la société. Ainsi, on peut comprendre combien il est important d'accompagner le patient dans cette nouvelle épreuve; les liens avec le milieu médical ne doivent pas s'interrompre afin de ne pas générer chez le malade un sentiment d'abandon.

❖ *A la consultation de prothèse maxillo-faciale*

Plusieurs situations peuvent se présenter :

Le patient a bénéficié d'une consultation en prothèse maxillo-faciale avant l'intervention chirurgicale et d'un accompagnement pendant l'hospitalisation.

Après la chirurgie et la radiothérapie les informations ont souvent été déformées ou oubliées quand vient le temps de la réhabilitation maxillo-faciale. Le spécialiste de PMF doit faire face à une double exigence : celle d'attendre la stabilisation tissulaire et celle de satisfaire au mieux le besoin du patient de camouflage de la plaie béante sur son visage ou de palier les troubles fonctionnels de déglutition, mastication et phonation.

La personne a subi l'exérèse tumorale, le traitement de radiothérapie, et n'a pas bénéficié de proposition de réhabilitation. Elle consulte sur proposition d'un tiers. Cette perspective est une nouvelle étape dans l'histoire du malade et de sa maladie et est, de ce fait, génératrice d'émotions et d'anxiété. La qualité de l'information concernant la prothèse doit être pertinente. Au préalable, des soins de kinésithérapie et de mécanothérapie doivent être prescrits dans le cadre d'une préparation tissulaire à la mise en place de la prothèse ultérieure ce qui retarde pour autant la réhabilitation.

V- ETIOLOGIE

V-1 PERTES DE SUBSTANCE ACQUISES

L'étiologie des PSA peut être classée en 4 catégories : tumorale, traumatique, infectieuse et iatrogène.

V-1-1 CAUSES TUMORALES

Elles demeurent l'étiologie prépondérante dans la réhabilitation en prothèse maxillo-faciale. Une étude multicentrique dans différents pays a montré que les tumeurs des voies aéro-digestives supérieures (VADS) représentent 5 à 7% de la totalité des cancers et demeurent pour certains pays un problème majeur de santé publique [1].

Dans une étude réalisée par KPEMISSI et al. les tumeurs mandibulaires représentent 19,95% des tumeurs oto-rhino-laryngologiques et cervico-maxillo-faciales [12]. Les tumeurs des VADS occasionnant une PSA peuvent être bénignes ou malignes :

Les tumeurs bénignes répertoriées ayant occasionné une exérèse tumorale avec PSIM sont dominées par l'améloblastome avec une proportion de plus de 74%. Le traitement de ces tumeurs est chirurgical, radical d'emblée avec, souvent, résection interromptrice de l'os mandibulaire, ou moins agressif et plus conservateur : le curetage et l'énucléation.

Les tumeurs bénignes rencontrées aux maxillaires (myxomes, kystes) sont rares mais peuvent dans certains cas être localement trop agressives, leur traitement chirurgical aboutit à des PSA considérables avec communications inter cavitaires [12].

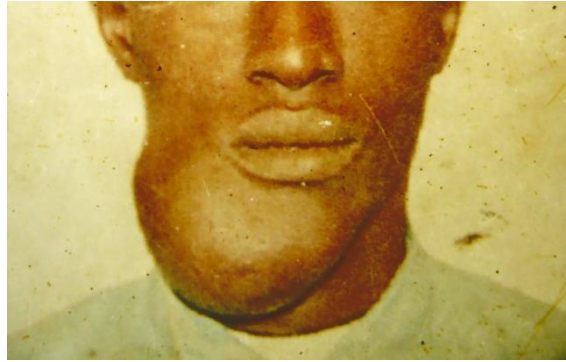


Figure 6: Améloblastome mandibulaire. [LD]

Les tumeurs malignes : elles demeurent l'étiologie prépondérante dans la réhabilitation en PMF. Selon KPEMISSI et al environ 27,12% des tumeurs mandibulaires sont malignes (Fig.7) [8, 12]. Ces tumeurs sont dominées par les carcinomes épidermoïdes dans 90% des cas [3].

Aux maxillaires, les carcinomes épidermoïdes sont les tumeurs les plus fréquentes au niveau de la voûte palatine et des gencives maxillaires, (Fig.) [8].

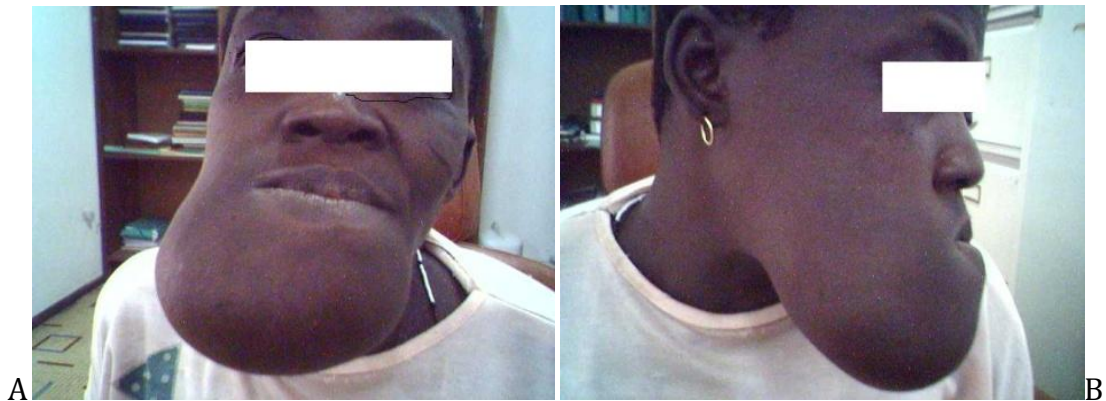


Figure 7 : Tumeur mandibulaire droite. A : Vue de face ; B : Vue de profil [12]



Figure 8 : Tumeurs maxillaires gencive et voute palatine. [7]

V-1-2 CAUSES TRAUMATIQUES

En traumatologie maxillo-faciale, les PSAM peuvent faire suite à des accidents du travail, de la voie publique (AVP), domestiques ou sportifs : on parle de traumatologie civile. La traumatologie de guerres et balistiques (tentative d'autolyse et d'homicide) peut aboutir à des PSAM complexes, d'autant plus que les projectiles des armes modernes sont de plus en plus petits mais avec une vitesse importante entraînant des délabrements complexes [7].

V-1-3 CAUSES INFECTIEUSES [11, 7, 2]

Les kystes, l'actinomyose, la syphilis, la tuberculose, les infections mycosiques (notamment chez des patients immunodéprimés) ou encore du noma en sont les principales causes.

Il peut s'agir d'infections sur un terrain d'immunodépression comme les nécroses osseuses dues à la syphilis et la tuberculose chez les patients atteints par le SIDA ou les patients transplantés. Le virus de l'herpès peut provoquer des nécroses alvéolaires, les infections mycosiques comme l'aspergillose ou la mucormycose et le VIH.

Le noma (Fig.9) est une infection qui mérite une attention plus particulière en raison des lésions qu'elle génère. Les patients qui y survivent (10 à 30%) présentent une perte de substance maxillo-faciale responsable de perturbations morphologiques, fonctionnelles et esthétiques. Dans nombre de pays de l'Afrique subsaharienne concernés par cette affection, le personnel nécessaire à la réparation de ces séquelles est très insuffisant et le plateau technique très pauvre. La chirurgie constitue le procédé de réparation de choix de ces mutilations. Néanmoins, la réhabilitation prothétique d'attente occupe une place prépondérante dans la prise en charge de cette maladie en Afrique occidentale au sud du Sahara où la réparation chirurgicale est confrontée à des problèmes d'ordre technique, économique et socioculturel. (Fig. 10, 11, 12, 13)



Figure 9 : Perte de substance labio-jugale en vue exo-buccale de face et de profil. [2]



(a)



(b)

Figure 10 : Extrados des prothèses dentaires : maxillaires (a) et mandibulaire (b). [2]



Figure 11 : Prothèse dentaire en bouche vue de profil. [2]



Figure 12 : Eléments de l'épithèse solidarisés aux prothèses dentaires. [2]



Figure 13 : Prothèse en place : vue de face et de profil. [2]

V-1-4 CAUSES IATROGENES

Des cas d'ostéoradionécrose ont été répertoriés, ils sont exceptionnels avec une incidence 20 à 30 fois moins importante aux maxillaires qu'à la mandibule grâce à la vascularisation de l'os et à ses qualités mécaniques, on peut rarement encore avoir des PSA induites par des dérivés arsénieux ou par le traitement aux biphosphonates [11].

V-2 PERTES DE SUBSTANCE CONGENITALES [22]

La lèvre et le palais primaire se développent 5 à 7 semaines après la conception et le palais secondaire achève sa formation 8 à 12 semaines après la conception. Les fentes buccales représentent un groupe hétérogène de malformations. Ces malformations proviennent essentiellement de facteurs tant environnementaux que génétiques, isolés

ou associés, perturbant le processus embryologique complexe pendant cette phase critique du développement.

Les fentes labio-palatines peuvent être observées dans la plupart des syndromes connus, d'origine chromosomique ou à transmission mendélienne. Lorsqu'un examen clinique soigné permet d'exclure une forme syndromique, la majorité des cas isolés de fentes labio-palatines est alors réputée d'origine multifactorielle. Les risques de récurrence de fente labiale et de fente palatine isolée dépendent de la gravité de la fente, du nombre de cas dans la famille, du sexe de l'enfant concerné et, dans les cas d'une fente labiale avec ou sans fente palatine, du taux de prévalence de cette anomalie dans la population.

V-2-1 FACTEURS ENVIRONNEMENTAUX

Plusieurs médicaments et agents environnementaux peuvent contribuer à l'apparition des fentes buccales, voire en augmenter le risque. Néanmoins, l'effet tératogène de ces éléments reconnus responsables de l'apparition de ce type d'anomalie n'est pas systématique en cas d'exposition minime. Parmi ces produits, rentrent la phénytoïne, l'acide valproïque et la thalidomide, ainsi que des expositions environnementales communes telles que l'alcoolisme et le tabagisme maternels, les herbicides tels que la dioxine. Des études ont montré que la dioxine et l'acide rétinoïque présentent un grand risque d'effet tératogène chez la souris et probablement chez l'Homme.

Le facteur environnement a été reconnu depuis longtemps. WARKANY et coll. [22] associent la malnutrition aux fentes buccales. Des études épidémiologiques impliquent le rôle de ces facteurs environnementaux dans les fentes, surtout dans les régions où le niveau socio-économique est bas. Aux philippines, trois études rapportent des incidences élevées de fentes labio-palatines de l'ordre de 2/1000 dans la population indigène. Des études complémentaires rapportent une incidence moins élevée de 1,2/1000 dans des villes à plus haut niveau socio économique telles que Manille, Hawaï et en Californie. Ainsi, la nutrition ou l'exposition à un environnement toxique peut contribuer directement à l'incidence des cas de fentes. L'étiologie est beaucoup plus évidente chez les populations pauvres.

V-2-2 FACTEURS GENETIQUES

L'étiologie génétique des fentes buccales non syndromiques est très complexe. En 1998, CROEN et coll. [22] évoquent le rôle de la génétique dans les fentes relaté par FOGH-ANDERSEN déjà en 1942 et l'existence de différence entre l'étiologie génétique des fentes de la lèvre avec ou sans atteinte du palais dur et celle des fentes du palais mou relatée par FRASER en 1955. En 2002, des études menées au Canada sur l'interaction entre les génotypes à risque et les facteurs environnementaux ont aboutit à des résultats limités.

Actuellement, grâce au progrès de la technologie et à l'accessibilité à la séquence du génome humain, la science est capable d'identifier les facteurs génétiques pouvant être responsable des fentes buccales et leur interaction avec les facteurs environnementaux. Toutefois, le mécanisme demeure toujours inconnu.

VI- CONSEQUENCES DES PERTES DE SUBSTANCE [7, 24]

VI-1 BRIDES CICATRICIELLES ET INTERFERENCES FIBREUSES

Dans les PSA mandibulaires, les tissus muqueux et cutané sont presque toujours intéressés : suture du revêtement cutané ainsi que suture intra buccale sont réalisées. La cicatrisation s'accompagne d'une rétraction fibreuse ; elle se manifeste environ 15 jours après l'opération. Elle s'installe progressivement et induit des déplacements mandibulaires et des déformations. Les déplacements induits sont irréductibles à la main ; les appareillages agissant par traction ou pression ont parfois beaucoup de difficultés à vaincre la rétraction.

Ces déformations par rétraction cicatricielle sont importantes à connaître car elles sont les plus difficiles à traiter. Lors de l'exérèse des tissus mous, la glossopexie est souvent pratiquée, il en résulte une amputation du vestibule lingual à l'origine d'une déstabilisation de la prothèse lors des mouvements , même réduits, de la langue .

Il en est de même de l'insertion des vestibules jugaux ou labiaux qui sont peu profonds et perdent leurs valeurs stabilisatrices et rétentives.

VI-2 LESIONS NERVEUSES

Lors de l'exérèse tumorale, le nerf mandibulaire homolatéral à la résection peut être sectionné ; le nerf lingual peut lui aussi être concerné. Il s'en suit des préjudices fonctionnels et esthétiques importants.

VI-3 PERTES DE SURFACES D'APPUI

Les surfaces recherchées pour assurer la rétention, la stabilisation et la sustentation des futures prothèses sont difficilement exploitables après résection.

VI-4 LATERODEVIACTIONS ET TROUBLES DE L'ARTICULE DENTAIRE

Abandonnée à elle-même, une PSA mandibulaire aboutit toujours à des déformations importantes qui s'installent très rapidement après la chirurgie d'exérèse et en l'absence de traitement préventif.

La résection mandibulaire, avec les désinsertions musculaires qu'elle implique, entraîne un déséquilibre de la statique mandibulaire, une déviation de la partie mandibulaire restante vers le côté opéré et un trouble de l'occlusion plus ou moins important.

VI-5 INCIDENCES FONCTIONNELLES

A la mandibule, elles sont plus ou moins invalidantes selon l'étendue de la résection, l'ampleur de la déviation, la présence de brides cicatricielles, les sutures endobuccales bridant la langue à la joue ou au plancher, la xérostomie postradique, la diminution de la mobilité linguale, la suppression de remparts alvéolaires, la disparition des éléments de soutien du plancher buccal. Les altérations fonctionnelles concernent la mastication, la phonation, la respiration, l'élocution et l'esthétique. Une héli parésie de la lèvre inférieure ainsi qu'une incompétence labiale peuvent être observées. Toute la vie de relation du sujet est affectée, il se retrouve en situation de handicap et souvent il se considère comme l'objet de stigmatisation.

Aux maxillaires, on observe:

L'élocution: la communication bucco-naso-sinusienne entraîne une fuite d'air par les narines et ceci octroie une consonance nasale aux phonèmes alors que les consonnes explosives et constructives deviennent impossibles à prononcer.

L'alimentation: les troubles observés sont ici en rapport avec la fuite nasale des aliments, la limitation de l'ouverture buccale post-chirurgicale avec l'hypo et l'asialie découlant de l'atrophie glandulaire ainsi que la difficulté de mastiquer.

La respiration: Elle est difficile car les infections à répétition découlant des fuites nasales vont entraîner une rhinopharyngite chronique, une hypertrophie des amygdales

palatines et pharyngiennes qui vont plus ou moins obstruer les voies aériennes supérieures.

Des problèmes ophtalmiques : l'os maxillaire intervient dans la constitution du plancher de l'orbite et du canal lacrymal, son exérèse entraîne une exposition à l'air inspiré du canal lacrymal qui devient le siège d'une inflammation chronique responsable du larmoiement de l'œil homolatéral.

VI-6 INCIDENCES ESTHETIQUES

Les cicatrices cutanées sous mentales, sous mandibulaires, et latérales du cou sont témoins de l'incision réalisée. Une aplasie tégumentaire se produit du côté réséqué du fait de la disparition du relief osseux et des tissus mous en regard ; les paresthésies, l'incontinence labiale, la déviation mandibulaire sont également particulièrement préjudiciables à l'apparence.

Le manque de soutien des joues et/ou des lèvres, en cas de résection de l'os sous-jacent entraîne leur affaissement avec création de fortes asymétries, et une détérioration importante de l'esthétique du patient.

VI-7 PROBLEMES INFECTIEUX

Une infection chronique des cavités sinusiennes peut s'installer en cas de communication bucco-sinuso-nasale. Souvent, la gravité est inversement proportionnelle à la taille de la perte de substance.

VI-8 REPERCUSSIONS PSYCHOLOGIQUES ET RELATIONNELLES

Le complexe maxillo-facial est le siège de la mimique, des organes de l'olfaction, de la vision, de l'audition et de la gustation ; les voies respiratoires et digestives y prennent leur origine. Ceci confère à cette région anatomique une importance fonctionnelle, psychologique et relationnelle majeure. Toute mutilation affecte profondément les patients et les rend vulnérables et isolés de leur environnement social.

La face est la partie la plus exposée dans la vie de relation, c'est aussi à prime abord, par elle que l'on est reconnu... sans compter qu'il véhicule l'image que l'on a de soi c'est-à-dire l'Ego.

VII- EQUIPE SUPPLEANT LA CHIRURGIE ET LA PROTHESE

VII-1 INFIRMIER : RELATION D'AIDE [23]

La relation d'aide est une relation professionnelle dans laquelle une personne doit être assistée pour opérer son ajustement personnel à une situation à laquelle elle ne s'adaptait pas normalement. Ceci suppose que l'aidant est compétent, c'est-à-dire capable de comprendre le problème et d'aider la personne à évoluer dans le sens d'une meilleure adaptation.

La relation d'aide consiste en la prise en charge de la souffrance physique : problèmes de soins des plaies ; nettoyage des prothèses immédiates et d'usage ; primo-contact avec le personnel soignant.

Le soin relationnel est basé sur l'écoute de la personne, dans son langage, ses demandes ou besoins immédiats, sur l'observation de son comportement (non verbal).

VII-2 KINESITHERAPEUTE [9]

La solution de continuité de l'arc mandibulaire provoque une déviation de sa posture et de sa cinématique vers le côté réséqué, ce qui compromet les fonctions de déglutition, mastication, et phonation. Cette déviation est majorée par la fibrose musculaire liée à la radiothérapie cervico-faciale adjuvante.

Une rééducation précoce, combinant mécanothérapie et exercices spécifiques de kinésithérapie, est nécessaire pour limiter, voire prévenir, les troubles fonctionnels.

Les exercices réalisés avec un kinésithérapeute, en collaboration avec l'odontologiste et par le patient lui-même, visent à retrouver un degré d'ouverture compatible avec l'alimentation solide. Ils visent, également, à permettre au patient d'acquérir un contrôle volontaire, puis réflexe de la latérodéviation de sa mandibule, permettant ainsi son recentrage, notamment en occlusion.

Le traitement chirurgical des tumeurs malignes pelvi-linguales à composante osseuse nécessite une pelvi-mandibulectomie, avec résection d'une partie du corpus et/ou du ramus mandibulaires, sans reconstruction osseuse possible dans certains cas. Cette résection modifie alors considérablement la statique et la cinématique mandibulaire.

Pour limiter les conséquences de la résection mandibulaire, plusieurs thérapeutiques sont à la disposition du chirurgien et de l'odontologiste. L'ouverture buccale peut être améliorée par des exercices de type sauterelle RAINIER, BENOIST ou

simplement par l'empilement d'abaisse-langues. Le guidage de la mandibule vers une occlusion proche de la normale peut être assuré par un plan de guidage controlatéral à la résection, soit fixé en palatin à une prothèse amovible maxillaire, soit fixé en vestibulaire à une prothèse bivalve mandibulaire. La mécanothérapie ne suffit pas toujours, à elle seule, pour corriger l'ensemble de ces troubles. La kinésithérapie maxillo-faciale permet d'obtenir une amélioration plus rapide et plus durable par la récupération d'une souplesse et d'une amplitude articulaire.

VII-3 ODONTOLOGISTE ET RADIOTHERAPIE [16, 17]

La radiothérapie, base fondamentale du traitement anti-tumoral induit des séquelles buccales majeures. Afin de limiter les complications bucco-dentaires supplémentaires, il est impératif de voir le patient avant son traitement carcinologique. Il s'agit de l'étape de la mise en état bucco-dentaire (MEBD).

Ensuite, le patient est vu dans le cadre d'une surveillance post radiothérapique, qui est systématique et établie ad vitam aeternam. Elle permet de dépister des localisations cancéreuses secondaires, de surveiller le bon état bucco-dentaire du patient et la survenue éventuelle d'une ostéo-radionécrose.

La radiothérapie externe est la plus souvent utilisée en ORL ; la curiethérapie ou endoradiothérapie n'est indiquée que dans des cas précis. Le patient irradié au niveau cervico-facial présente des particularités physiopathologiques bucco-dentaires tels que le tarissement salivaire, la fibrose de l'os et des tissus de revêtement buccaux ainsi que la fragilité de ces tissus face aux agressions mécaniques et chimiques. Ces modifications induisent des complications éventuelles parmi lesquelles l'ostéo-radionécrose et la carie post-radique. L'ostéo-radionécrose est un risque latent qui peut se manifester à tout moment dès lors que l'os a été irradié. Ce risque est majoré en cas d'extraction dentaire ou d'ulcération muqueuse d'où la nécessité d'établir des règles de bonnes pratiques en terrain irradié et d'anticiper les dégradations dentaires par une mise en état buccale préradiothérapique.

En générale, pour une lésion ORL, une radiothérapie fractionnée est réalisée avec une dose de 70 grays environ, en 6 à 7 semaines, 5 séances par semaine à hauteur de 2 grays par séance.

Les champs d'irradiation au niveau ORL ayant une répercussion bucco-dentaire sont répertoriés dans le Tableau. Ce tableau n'a qu'une valeur indicative. Avant

d'entreprendre des soins dentaires en terrain irradié, le praticien doit s'informer des limites précises des champs d'irradiation. Ces données sont fournies par le dossier technique du patient relatant l'anamnèse. Pour permettre une transmission de ces données, le radiothérapeute peut délimiter les champs d'irradiation sur la radiographie panoramique.

Tableau : Zones d'irradiation en fonction de la localisation tumorale [16].

	Inc/can <i>Inc/can</i>	prémol <i>premol</i>	molaires <i>molars</i>	parotides <i>parotids</i>	glandes sublinguales <i>sublingual glands</i>	glandes ss – mandibulaires <i>submandibular glands</i>
Cavité buccale / <i>Oral cavity</i>	X	X	X	X	X	X
Oropharynx / <i>Oral pharynx</i>		X	X	X	X	X
Rhinopharynx / <i>Nasal pharynx</i>			X	X		
Hypopharynx / <i>Laryngeal pharynx</i>			X	X		
Larynx / <i>Larynx</i>						X
Aires ganglionnaires cervicales <i>Cervical ganglion areas</i>			X		X	X

VII-3-1 SEQUELLES BUCCALES DES IRRADIATIONS

Elles sont diverses et on peut citer :

❖ L'hyposialie

Elle se manifeste dès lors que les glandes salivaires majeures reçoivent une dose d'irradiation supérieure ou égale à 35 grays. Son intensité peut être modérée à forte. Elle provoque à moyen terme de nombreuses altérations buccales parmi lesquelles :

- des troubles de l'élocution dus à une bouche pâteuse et des muqueuses collantes.

- des troubles de la déglutition par imprégnation insuffisante du bol alimentaire. Les patients modifient alors leurs habitudes alimentaires : ils boivent beaucoup, cuisinent des plats en sauce, mangent peu à, perdent l'appétit par lassitude. Ces troubles de la déglutition peuvent entraîner l'amaigrissement et à terme conduire à la dépression. Des substituts alimentaires liquides doivent être prescrits au patient.

- des désordres muqueux : les muqueuses buccales n'étant plus aussi bien humidifiées par la salive, elles deviennent plus fragiles, plus érythémateuses, plus sujettes au développement mycosique et à des lésions rouges traumatiques.

■ des désordres dentaires

Le rôle protecteur de la salive est très nettement perturbé. C'est d'abord son rôle biochimique antibactérien qui est altéré étant donné que son pH et son taux d'IgAs sont diminués aussi. Puis, la faiblesse mécanique du brossage entraîne une augmentation de la plaque dentaire. Le patient voit après la radiothérapie son risque carieux augmenter.

❖ Dysgueusie ou agueusie

La perte du goût peut être temporaire ou permanente. Elle peut provoquer la perte de désir de s'alimenter. Le praticien doit être vigilant et à l'écoute des plaintes de son patient pour le diriger vers les unités compétentes : le nutritionniste ou le psychologue.

❖ Limitation de l'ouverture buccale

La fibrose musculaire déclarée à la suite de la radiothérapie provoque une limitation de l'ouverture buccale de modérée à intense (quelques mm). De là, découle une multitude de complications et de restrictions dans la vie quotidienne de ces patients. Il s'agit d'abord de l'impossibilité de s'alimenter avec des mets de consistances normales. Dans ce cas, le patient choisit l'alimentation hyper liquide, ou dans les cas plus sévères, la sonde nasogastrique ou encore la gastrotomie.

Si les patients ont du mal à s'alimenter, ils ont encore plus de mal à garder leur cavité buccale propre. La brosse à dent passe difficilement dans toute la bouche. Les patients doivent utiliser toutes les astuces de nettoyage à savoir le jet hydropulseur, la brosse à dent pédodontique, les brossettes interdentaires, les bains de bouche à la chlorexidine Glycothymoline et au bicarbonate de soude. La complexité et la durée du nettoyage découragent malheureusement souvent le patient ce qui favorise très rapidement la dégradation de l'état buccodentaire. Encore une fois, la surveillance par l'odontologiste nécessaire.

VII-3-2 RÔLE DE L'ODONTOLOGISTE DANS LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT IRRADIÉ

Le patient irradié est très fragilisé physiquement et psychologiquement après le traitement anti tumoral. Il doit être surveillé et pris en charge pendant plusieurs mois après la déclaration de sa maladie. Au niveau buccodentaire, ce patient présente un risque carieux accru et un risque de nécrose osseuse nouveau.

Le risque d'ostéoradionécrose (ORN) est appréhendé avant le début du traitement lors de la MEBD. Cette étape permet aussi de mettre en place la fluoruration qui en assurant la protection de la denture assure, à terme, le maintien de l'intégrité des bases osseuses. Le maintien de la bonne santé buccodentaire se fait de 2 manières :

- par des visites fréquentes chez son chirurgien-dentiste traitant qui prend en charge les soins et les restaurations prothétiques. Certaines précautions sont à observer lors des soins mais en aucun cas, elles n'empêchent une prise en charge conventionnelle,

- par un suivi régulier dans le service d'Odontologie spécialisé, voué au dépistage cancéreux et à la chirurgie en terrain irradié.

VII-3-2-1 Prévention des ostéoradionécroses

❖ Hygiène stricte

Il est indispensable que le patient irradié soit conscient des risques encourus au niveau buccodentaire pour comprendre la nécessité d'une hygiène buccale stricte. Un brossage dentaire après chaque repas est conseillé, complété systématiquement une fois par jour par la fluoruration. De plus, si le nettoyage est insuffisant ou difficile, l'utilisation d'un hydropulseur, de brossettes interdentaires et de bains de bouche est recommandée.

❖ Mise en état buccale modulée préradiothérapique

Aujourd'hui, la mise en état buccale avant radiothérapie est établie en fonction de plusieurs critères :

- le champs d'irradiation et la dose de rayons,
- l'état dentaire,
- l'implication du patient face à son hygiène buccodentaire,
- l'urgence du traitement anticancéreux,
- le profil psychologique du patient,
- le pronostic.

La systématisation des extractions à titre préventif en territoire devant être irradié est abandonnée pour de multiples raisons : une extraction dentaire est un traumatisme pour l'os, elle doit présenter plus d'avantages que de risques. Ensuite, la réhabilitation prothétique peut être très compliquée et insuffisante lorsque les patients ont subi au préalable une chirurgie buccale (pelvimandibulectomie interruptrice ou non, maxillectomie). C'est pourquoi, dans la mesure du possible, une attitude conservatrice sera privilégiée. Toute dent non infectée et restaurable doit être maintenue sur l'arcade

pour la réalisation des prothèses, dans l'objectif d'une mastication normale. Enfin, l'annonce d'extractions dentaires chez un patient récemment pris en charge dans le cadre d'un cancer peut être considérée comme " la nouvelle de trop ".

La réflexion s'oriente uniquement sur les dents en futur terrain irradié à risque d'ORN :

- Dans le cas d'un patient ayant une bonne hygiène buccodentaire et un état dentaire satisfaisant, la mise en état buccale n'est pas indispensable.
- Dans le cas d'un patient sans hygiène buccodentaire et avec un état dentaire désastreux, on choisira d'appliquer les règles de la mise en état classique à savoir extractions de toutes les dents cariées, infectées, mobiles.
- Dans le cas d'un patient ayant une hygiène buccodentaire perfectible et un état dentaire moyen, les extractions seront réalisées selon les points suivants : dent très délabrée, affaiblie au niveau parodontal (poche parodontale > 5 mm, lésion périapicale développée et installée).

Les reconstitutions métalliques n'ont pas de raison d'être obligatoirement déposées sauf si le radiothérapeute estime la masse métallique et la dose de radiothérapie trop importantes. Les dents enclavées et sous-muqueuses, siège d'un kyste péri-coronaire sont à extraire contrairement aux dents incluses asymptomatiques.

Dans tous les cas, il faut 10 jours au moins de cicatrisation avant radiothérapie en cas d'extraction simple et trois semaines si l'extraction est complexe.

❖ En cas de curiethérapie

Pour limiter l'irradiation des tissus environnants, un système de gouttière ou appareil de protection est fabriqué, avec ou sans plomb. Le simple éloignement mécanique des tissus évite une absorption radioactive néfaste. La dose reçue est inversement proportionnelle au carré de la distance (couche de demi-absorption) (Fig.14).

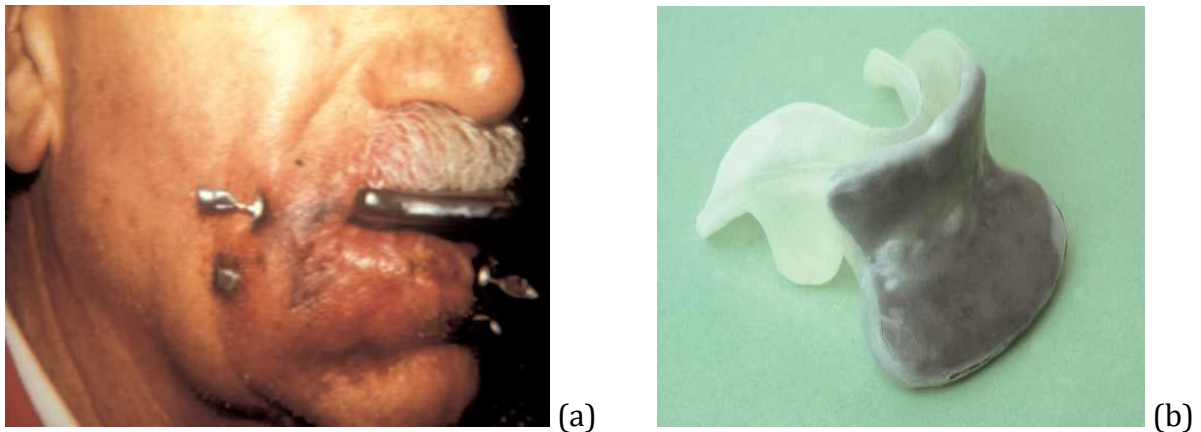


Figure 14 : (a) Matériel radioactif et appareil de protection plombé en place sur une lèvre inférieure. (b) Appareil de protection plombé. [17]

❖ Prévention fluorée

Elle doit intervenir avant le début de la radiothérapie et se poursuit à vie. Dans un premier temps, c'est essentiellement le potentiel bactériostatique du fluor qui est attendu puis très rapidement, c'est son potentiel reminéralisateur qui est recherché. La fluoration est simple à effectuer, elle n'est pas douloureuse et doit s'inscrire dans un nouveau mode d'hygiène bucco-dentaire. Le patient est, en général, très concerné au moment de la radiothérapie et a tendance à se relâcher dès que le traitement anti-tumoral aura pris fin, les délabrements dentaires apparaissent alors. Le patient doit effectuer tous les jours, après le brossage dentaire, une application de fluor à l'aide de gouttières plastiques adaptées à sa denture (Fig.15). Le gel, à une concentration de 5 % (Fluogel®), ne doit pas entrer en contact avec la gencive afin d'éviter les risques de brûlures. Si le patient rencontre des difficultés à mettre en place les gouttières, sa fluoration peut être, temporairement, effectuée au moyen de dentifrice très fluoré (Fluodontyl 1350®).



Figure 15 : Gouttières fluorées. [17]

VII-3-2-2 Soins en terrain irradié

VII-3-2-2-1 L'anesthésie

L'anesthésie locale ou loco-régionale dentaire peut être réalisée à condition de garder à l'esprit que l'intervention en bouche doit être la moins traumatisante possible. Il paraît évident que l'utilisation de vasoconstricteur en terrain irradié est à éviter. L'anesthésie locorégionale doit être préférée à l'anesthésie para-apicale; l'anesthésie intradesmodontale est quant à elle interdite.

VII-3-2-2-2 L'endodontie

Dans le cadre d'une cavité buccale irradiée, l'os et le support parodontal sont beaucoup plus sensibles face à une agression bactérienne. Il faut donc prévenir les complications liées aux traitements radiculaires. L'intervention doit être alors effectuée sous couverture antibiotique selon les protocoles classiques de l'endodontie moderne (sous digue, en un nombre limité de séances). Les produits à base d'arsenic ne doivent surtout plus être utilisés.

La décision de reprise de traitement endodontique est assez délicate du fait de son taux de réussite modéré (60 %). Elle ne doit être réalisée si et seulement si le patient est suivi facilement.

VII-3-2-2-3 La Prothèse fixée

Les prothèses conjointes peuvent être réalisées sans restriction dans la mesure où elles ne sont pas traumatisantes pour la gencive. Les limites de préparations doivent être au maximum juxta-gingivales et les techniques d'empreintes doivent respecter la gencive et le joint cervical sera de préférence de nature céramique-dent.

VII-3-2-2-4 La Prothèse amovible

Elle doit être réalisée avec beaucoup de vigilance après une irradiation. D'abord, un temps de cicatrisation muqueuse de 3 à 6 mois post-radiothérapique doit être observé. La prothèse doit être parfaitement bien tolérée par la muqueuse et la gencive, sinon peut apparaître une dénudation osseuse douloureuse, longue voire impossible à cicatriser, aboutissant fréquemment à une ostéoradionécrose. La conception se fait grâce à la multiplication de crochets de rétention et des taquets occlusaux, des volets linguaux non forcés. La surveillance après mise en bouche est régulière et pointilleuse.

En terrain irradié et en présence d'une prothèse adjointe, le risque de développement d'une mycose buccale est majoré. C'est pourquoi, il est préconisé au

patient des bains de bouche fréquents et quotidiens au bicarbonate de sodium ainsi que le nettoyage de la langue par grattage.

VII-3-2-2-5 La Chirurgie odontologique en terrain irradié

VII-3-2-2-5-1 L'implantologie

Les séquelles des traitements : chirurgie et radiothérapie, imposent des conditions locales qui ne permettent pas toujours de corréliser une réhabilitation prothétique et une fonction manducatrice correcte. L'apport de l'implantologie, domaine en plein essor, paraît donc une alternative tout à fait séduisante pour pallier les difficultés rencontrées chez ces patients souvent édentés, et particulièrement après les chirurgies mandibulaires (hémimandibulectomies).

Mais nous nous trouvons alors confrontés au risque d'ostéoradionécrose. C'est pourquoi l'implantologie après irradiation a longtemps été évitée. Pourtant, depuis quelques années, des praticiens se sont lancés dans cette pratique, insistant sur la possibilité d'une revalidation des fonctions buccales et l'apport d'une meilleure qualité de vie aux patients. Dans ce contexte particulier, il est important de préciser que la pose d'implants en terrains irradiés en dehors d'une structure hospitalière est formellement contre-indiquée.

Il faut insister sur l'importance de la bonne intégration de l'implantologie dans le plan de traitement global du patient, la pose d'implants ne doit pas être considérée comme " une solution miracle " pour résoudre les problèmes prothétiques et devra être retenue si les autres critères de réussite sont déjà réunis.

L'indication de l'implantologie après irradiation est rare à l'heure actuelle, et si des études ont déjà été publiées, le temps de recul est encore court, les protocoles sont encore disparates, en particulier sur le choix d'un dosage d'irradiation qui limiterait l'indication de la pose d'implants. De plus, des imprécisions persistent sur le délai optimal entre radiothérapie et pose d'implants.

Pour les rares cas d'implantologie avant irradiation, il est conseillé de laisser en place les implants et la dépose des suprastructures sera décidée par le radiothérapeute au cas par cas.

VII-3-2-2-5-2 La parodontologie

La parodontologie en terrain irradié se limite à la stabilisation et à la surveillance. Il s'agit donc de réaliser des détartrages, surfaçages aux ultrasons et des irrigations sous-gingivales à la chlorexidine. Etant donné les risques majeurs d'ORN, toute technique chirurgicale parodontale est exclue.

VII-3-2-2-5-3 Les extractions dentaires

Dès lors que le patient a reçu 35 grays de rayonnements X, le risque d'ORN existe. Tout est mis en œuvre pour que ce risque disparaisse. Cette prévention passe par une extraction dentaire sous antibioprophylaxie, par l'utilisation d'une colle biologique cicatrisante et par une technique chirurgicale la moins traumatisante possible.

L'indication d'extraction dentaire doit être bien mesurée car le risque encouru de manière plus directe est l'ORN. L'objectif à atteindre est la cicatrisation alvéolaire clinique à court terme et la cicatrisation osseuse radiologique à moyen et long terme.

Les différents points de prévention seront vus un à un. Pour commencer, la couverture antibiotique est débutée la veille de l'intervention chirurgicale et poursuivie pendant 10 jours. Si la cicatrisation clinique n'est pas satisfaisante dans ces délais, cette prescription doit renouvelée pour 10 à 15 jours supplémentaires.

L'antibiothérapie doit toucher les bactéries aérobies et anaérobies gram + et gram - ; les molécules efficaces sont : amoxicilline métronidazole (Flagyl[®], un comprimé trois fois par jour, Clamoxyl[®] 1 G, deux gélules, deux fois par jour) ou métroramycine (Birodogyl[®], un comprimé deux fois par jour) ou encore amoxicilline acide clavulanique (Augmentin[®] un sachet, trois fois par jour).

Ensuite, une colle biologique hémostatique et cicatrisante, à usage exclusivement hospitalier, est impérativement déposée dans les alvéoles ou surfaces osseuses dénudées irradiées. Le Bérissplast[®], le Biocol[®] et le Tissucol[®] sont souvent utilisés. Elles sont d'origine humaine et bovine. Le principe actif vise à la création immédiate d'un caillot sanguin par apport exogène de thrombine (facteur 2), de fibrinogène, d'aprotinine et de facteur XIII. L'utilisation de ces produits permet la protection mécanique du site d'extraction, la formation du caillot sanguin. Pour être maintenue dans l'alvéole malgré les mouvements physiologiques de déglutition et d'élocution, il faut suturer les berges de l'alvéole, le plus hermétiquement possible. La colle biologique se désagrège spontanément en 4-5 jours environ.

La technique chirurgicale doit éviter dans la mesure du possible les alvéolectomies, favoriser les sutures hermétiques. Ce protocole, basé sur l'antibioprophylaxie et l'utilisation de la colle biologique, permet d'optimiser la cicatrisation alvéolaire et par là même de réduire considérablement le risque d'ostéoradionécrose après extraction dentaire en terrain irradié.

VII-3-2-3 Surveillance

La surveillance est impérative, indispensable et sa durée illimitée. Elle revêt plusieurs aspects :

- une surveillance bucco-dentaire ;
- une surveillance carcinologique ;
- une surveillance psychologique.

En effet, elle permet d'observer l'évolution de l'état bucco-dentaire du patient, de renouveler les conseils d'hygiène et de fluoration, de l'amener à consulter son chirurgien-dentiste.

L'examen minutieux des muqueuses conduit au dépistage des lésions précancéreuses et des deuxième localisations. Dans le premier cas, le praticien a un rôle de prévention qui nécessite une information du patient quant à la dégénérescence potentielle de ces lésions et de leurs facteurs de risque.

Le patient confronté à cette lourde maladie accuse quelquefois des périodes de déprime ou d'angoisse. Lors d'une consultation, le praticien peut ressentir le changement de comportement du patient et lui proposer un soutien psychologique spécialisé.

VII-4 SOPHROLOGUE [23]

La sophrologie est une méthode de relaxation physique et mentale, elle est considérée par son fondateur (Dr CAYCEDO) comme la science de la conscience et des valeurs de l'existence, la conscience étant la force responsable du dynamisme des structures psychologiques de l'être.

Après avoir donné l'information sur la technique et obtenu l'accord de la personne pour la pratiquer, la séance de sophrologie ou sophronisation se déroule en trois étapes.

- Premier temps est celui de la relaxation ;

- Ensuite vient l'activation pendant laquelle la personne mobilise ses capacités physiques et ses capacités mentales ;
- Le retour à l'état de vigilance normale ou désophrénisation se fait progressivement.

Elle aide celui qui tend à se replier sur lui-même, qui refuse les visites, qui ne sait pas exprimer ou identifier ses émotions.

VIII- PROTOCOLE DE PRISE EN CHARGE DES PERTES DE SUBSTANCE

VIII-1 PERTES DE SUBSTANCE ACQUISES [13, 20]

En Europe, plus précisément en France, la prise en charge des PSA inclut plusieurs spécialités : Prothèse maxillo-faciale, Chirurgie, Orthodontie, Phoniatrie, Otorhinolaryngologie, Orthophonie, Psychologie, Génétique, Assistante sociale.

Illustration d'un protocole de prise en charge par celui de l'INSTITUT GUSTAVE ROUSSY (IGR)

Avant l'intervention, le malade est adressé par le chirurgien qui indique les limites envisagées de la résection maxillaire. Les empreintes sont réalisées et la pièce alvéolo-dentaire devant faire partie de l'exérèse est sectionnée du modèle. Ensuite, une plaque obturatrice est réalisée. Elle sera munie de dents ce qui permet, de restaurer immédiatement l'esthétique, et favoriser le bon positionnement de la prothèse en occlusion la rendant plus équilibrée et fonctionnelle.

En fin d'intervention chirurgicale, la cavité est préalablement tapissée de tulle gras pour éviter toute adhérence et supprimer les fortes contre-dépouilles de la cavité. Celle-ci est alors comblée d'un silicone à empreinte de haute viscosité et la plaque obturatrice, préalablement mise en place. La balle obturatrice provisoire est alors confiée au prothésiste qui en prend l'empreinte au laboratoire, le met en moufle pour réaliser une nouvelle balle obturatrice en silicone cuit d'usage. Ceci doit être réalisé dans un délai de 24 heures. Au 11^{ème} jour, une nouvelle balle obturatrice est mise en place.

Le patient est ensuite suivi régulièrement une fois par semaine pendant toute la période de cicatrisation et pendant une éventuelle radiothérapie ; consultations durant lesquelles il s'avère souvent indispensable de retoucher et aussi de rebaser la prothèse.

Dans un deuxième temps, une fois toutes les suites thérapeutiques stabilisées on procède aux empreintes en vue d'une prothèse buccale d'usage.

VIII-2 PERTES DE SUBSTANCE CONGENITALES [19]

Les divisions labio-maxillaires constituent une dysmorphose congénitale commune dont la prise en charge thérapeutique, qui s'étend de la naissance à la fin de l'adolescence, est multidisciplinaire.

Les calendriers thérapeutiques et les techniques chirurgicales utilisées varient d'une école à l'autre, tout comme le recours au traitement orthopédique préchirurgical dont l'intérêt dans les pays du tiers monde est certain car on ne dispose pas toujours d'un bloc chirurgical.

Buts des plaques vélo-palatines obturatrices

- Eviter l'interposition linguale dans la fente ;
- Diminuer le jetage nasal et supprimer l'utilisation de tétines particulières ;
- Soutenir psychologiquement les parents à travers les rendez-vous ;
- Corriger les difformités des maxillaires et faciliter le geste chirurgical en stimulant la croissance.

Prise d'empreinte

L'empreinte est réalisée :

- A l'état vigile, sans anesthésie locale ou générale ;
- En présence des parents et de préférence de la mère ;
- Sous surveillance oxygénothérapique ;
- A l'aide d'un élastomère de silicone de basse ou haute viscosité (polyvinylsiloxane).



Figure 16 : prise d'empreinte d'une fente unilatérale complète. [LD]

Après prise de l'empreinte, cette dernière est retirée et examinée. La cavité buccale de l'enfant est contrôlée à la recherche d'un éventuel fragment de matériau à empreinte déchiré. L'empreinte est coulée afin d'obtenir un modèle en plâtre à partir duquel la plaque sera réalisée.

Etape de laboratoire

L'épaisseur de la plaque doit être uniforme, les contours de la plaque respectent les freins et brides. La plaque est méticuleusement polie et les bords sont parfaitement arrondis. La couleur rosée du monomère la colore légèrement et permet aux parents de la retrouver plus facilement si l'enfant l'expulse.

Entretien et surveillance

La plaque est portée en continu, 24 heures sur 24. Elle est déposée deux fois par jour pour être brossée avec de l'eau tiède et du savon. La cavité buccale du nourrisson est nettoyée quotidiennement à l'aide d'une compresse imbibée d'une solution d'eau et de bicarbonate de soude afin d'éviter tout développement fongique.



Figure 17 : Plaque en bouche. [LD]

Lors de la pose et des séances suivantes, les éventuels points de compression sont contrôlés. La plaque est parfaitement tolérée dans la grande majorité des cas : l'enfant pleure quand il ne porte pas sa plaque plutôt que l'inverse ! Ce qui fait qu'il ne faut pas que le délai d'attente de la chirurgie soit trop long.

La plaque est renouvelée tous les trois mois environ, selon la croissance maxillaire de l'enfant et des perforations sont effectuées en regard des dents qui font leur éruption.

La réhabilitation maxillo-faciale est beaucoup plus complexe qu'une prothèse dentaire traditionnelle car il s'agit de travailler sur des pertes de substance qu'il faut souvent imaginer et recréer tout en tenant compte du confort du patient, mais elle ne peut être menée à bien par les seuls chirurgiens, odontologistes et prothésistes. D'autres spécialités entrent en ligne de compte [9].

**DEUXIEME PARTIE :
ENQUÊTE AUPRES DES PRATICIENS
HOSPITALIERS PRENANT EN CHARGE
LES PERTES DE
SUBSTANCE MAXILLO-FACIALES
DANS LA REGION DE DAKAR.**

I- JUSTIFICATION ET OBJECTIF DE L'ETUDE

I-1 JUSTIFICATION

La prise en charge des patients qui présentent une pathologie tumorale, infectieuse ou traumatique ayant entraîné une perte de substance acquise maxillo-faciale relève de l'interdisciplinarité plutôt que de la seule pluridisciplinarité du fait de la nécessité de l'existence d'une équipe thérapeutique pluridisciplinaire et interdépendante pour une meilleure réhabilitation et une meilleure réinsertion sociale des patients.

En Europe, plus précisément en France, la prise en charge inclut plusieurs spécialités : prothèse maxillo-faciale, chirurgie, orthodontie, phoniatrie, oto-rhino-laryngologie, orthophonie, psychologie, génétique.

Dans notre sous région, et en particulier au Sénégal, la prise en charge des patients présentant une PSA se fait le plus souvent de façon sectorielle et tardive, où en plus de la négligence de l'aspect fonctionnel de prise en charge, le prothésiste maxillo-facial n'est sollicité qu'en dernier recours.

Il est courant de constater que beaucoup de patients ne sont pas appareillés après la chirurgie. Par ailleurs, ces patients ne bénéficient pas tous d'un suivi bucco-dentaire, de fluorurothérapie, de surveillance de la bonne intégration prothétique, et sont généralement très peu informés des conséquences de l'irradiation de la sphère bucco-faciale.

Le manque dramatique de prothésiste maxillo-faciale et des autres spécialités connexes ne facilitent pas la prise en charge.

I-2 OBJECTIFS

- Etudier la nature et la qualité de la prise en charge des PSMF ;
- Promouvoir l'amélioration de la prise en charge des patients souffrant d'une PSMF dans la région de Dakar.

II- INTERET

L'intérêt de notre étude réside dans le fait que :

- la qualité des rapports interdisciplinaires est un sujet peu abordé dans la littérature ;

- au Sénégal, c'est la première fois qu'une étude portant sur la qualité de la prise en charge des patients dans le cadre des pertes de substance maxillo-faciales est réalisée;
- les progrès de la PMF, en particulier, avec les nouveaux matériaux et l'apparition de l'implantologie intra et extra orale offrent des procédés de réhabilitation très satisfaisants aussi bien sur le plan fonctionnel qu'esthétique. De plus, l'efficacité des prothèses conformatrices en chirurgie plastique guidant la cicatrisation vers le résultat espéré n'est plus à démontrer. Tous ces moyens conjugués permettent, dans des cas complexes de réhabilitation maxillo-faciale post traumatique, après chirurgie carcinologique et en cas de malformation congénitale de reconstruire des pertes de substances avec des résultats qui ne pouvaient être envisagés il y a encore quelques années ;
- dans nos hôpitaux, l'absence d'intégration thérapeutique au sein d'une équipe pluridisciplinaire entraîne une prise en charge sectorielle, tardive, non concertée et toujours au détriment du patient;
- nous nous devons d'offrir une meilleure prise en charge de nos malades;
- la kinésithérapie, les soins infirmiers, la sophrologie, l'assistance sociale, la psychothérapie, et l'odontologie doivent intégrer l'équipe décisionnelle pour favoriser une collaboration étroite entre spécialistes de la sphère cervico-céphalique;
- il faut amener le radiothérapeute à contacter en routine l'odontologiste afin de lui spécifier la nature des soins souhaités lors de la mise en état bucco-dentaire;
- il faut favoriser la prise de décision consensuelle sur l'attitude à prendre en ce qui concerne l'avenir des dents avant d'entreprendre l'irradiation ;
- faire connaître aux spécialistes de la sphère ORL les possibilités de facilitation et de restauration qu'offre l'Odontologie en général et plus particulièrement la PMF ;
- la transmission de données médicales entre les différents intervenants médicaux ainsi que les intervenants non médicaux doit être facilitée, il en va de la traçabilité du malade au sein du même hôpital;
- il faut favoriser le décloisonnement intellectuel et architectural des spécialités prenant en charge les patients.

III- MATERIEL ET METHODE

III-1 MATERIEL

Le questionnaire comporte 14 questions. Certaines questions, au nombre de 4, invitent l'interrogé à commenter ou expliciter le choix de sa réponse.

III-2 METHODOLOGIE

III-2-1 TYPE ET CADRE DE L'ETUDE

L'enquête s'est déroulée à Dakar, sur un échantillon réduit en vue d'une étude qualitative, descriptive de la situation de travail existant réellement dans les services hospitaliers de la commune.

Le « qui interrogé » est constitué de praticiens hospitaliers prenant en charge les patients ayant des pertes de substance maxillo-faciales, à savoir : les chirurgiens maxillo-faciaux, les chirurgiens ORL, les plasticiens, les stomatologistes, les odontologistes et les radiothérapeutes.

III-2-2 CONSTITUTION DE L'ECHANTILLON

Les questionnaires ont été adressés à des praticiens exerçant dans des établissements hospitaliers publics.

Le choix de l'établissement a été orienté en fonction de la présence d'un service de chirurgie de la face et du cou, d'un service d'odontologie et de radiothérapie.

III-2-3 DUREE DE L'ETUDE

L'étude est effectuée sur une durée de 34 jours, du 17 Mai 2013 au 19 Juin 2013 et elle a porté sur les différentes structures hospitalières de Dakar :

- CHU Aristide Le Dantec (CHUALD) ;
- Hôpital Général de Grand-Yoff (HOGGY) ;
- Hôpital principal de Dakar (HPD) ;
- CHU Fann (CHUF) ;
- Hôpital militaire de Ouakam (HMO) .

III-2-4 CONDUITE DE L'ENQUETE

Tous les questionnaires ont été remis en mains propres, accompagnés d'une lettre de recommandation (voir annexe) sur la nature du travail réalisé, sollicitant une

participation par réponse anonyme. Les praticiens interrogés n'étaient pas prévenus au préalable de l'enquête.

L'élaboration de cette recherche a comporté les étapes suivantes :

- élaboration de questionnaire et validation ;
- recueil des données ;
- analyse des résultats.

III-2-5 DESCRIPTION DES VARIABLES

Les informations recueillies portaient sur :

- l'organisation de la consultation pluridisciplinaire (acteurs médicaux et non médicaux présents, participation de l'odontologiste) ;
- la perception de la place et du rôle de l'odontologie par les autres professions de la santé travaillant dans la sphère cervico-faciale.

III-2-6 PROCEDURE DE COLLECTE DES DONNEES

Tous les questionnaires ont été remis aux praticiens par l'étudiante ou parfois par le biais du secrétariat de la structure visitée. Par la suite toutes les données ont été collectées puis saisies.

III-2-7 ANALYSE DES DONNEES

Le logiciel Excel a servi pour le dépouillement de l'enquête, l'analyse statistique des données et la présentation des graphiques.

III-2-8 CONTRAINTES DE L'ETUDE

La recherche bibliographique a constitué la première étape indispensable à toute recherche. Dans notre problématique, la recherche bibliographique s'est avérée peu fructueuse car, peu d'auteurs se sont penchés à la nécessité de la constitution d'une équipe pluridisciplinaire lors de la prise en charge des patients porteurs de PSMF.

La majorité des questionnaires ont nécessité un deuxième rendez-vous donnant le temps au médecin de remplir la fiche vu les horaires très chargés de ces derniers.

IV-RESULTATS

➤ Caractéristique de la population d'étude

La population est constituée de 07 chirurgiens dentistes (41%), 06 chirurgiens ORL (35%), 03 chirurgiens maxillo-faciaux (18%), et 01 Radiothérapeute (6%) soit au total 17 praticiens ayant entre 07 et 30 années d'exercice.

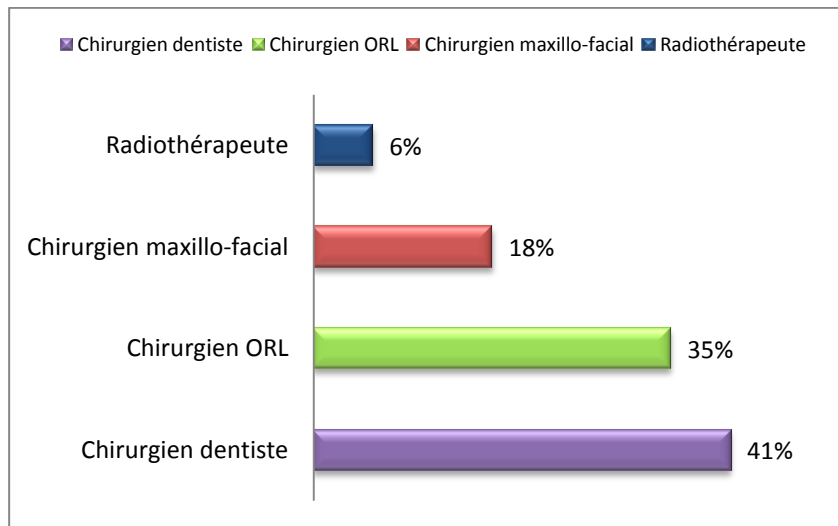


Figure 18 : Représentativité des différentes spécialités médicale.

➤ Existence d'une équipe pluridisciplinaire dans l'institution visitée

La réponse est oui pour 11 praticiens (65%) de l'échantillon et non pour 06 praticiens (35%).

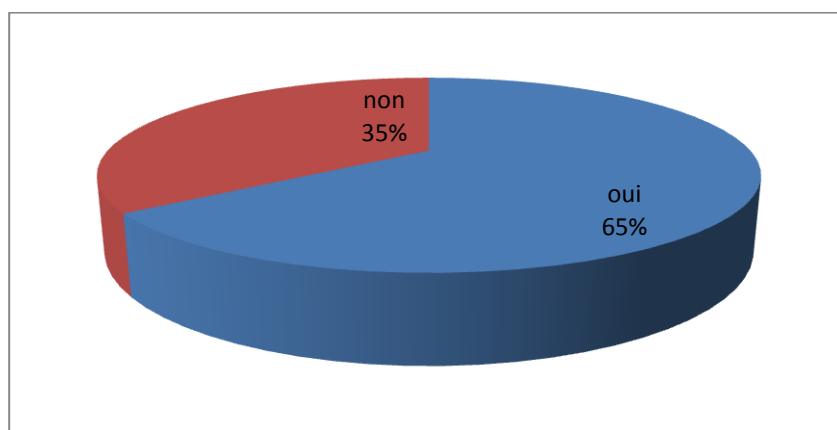


Figure 19 : Existence d'une consultation multidisciplinaire.

➤ **Les personnels de santé devant former l'équipe multidisciplinaire**

- Pour 1 chirurgien maxillo-facial, la pluridisciplinarité se limite au chirurgien maxillo-facial et à 1 technicien de laboratoire de prothèse compétent en PMF.
- Pour 1 odontologiste, il faudrait se référer au service d'ORL de son institution afin de savoir qui compose l'équipe de prise en charge.
- Pour 3 chirurgiens dentistes, la consultation pluridisciplinaire est organisée autour des 3 spécialistes suivants : chirurgien dentiste (spécialisé ou non), technicien supérieur en odontologie, technicien de laboratoire de prothèse.
- Pour 1 chirurgien dentiste questionné dans un centre pour enfant, l'équipe pluridisciplinaire comporte : le chirurgien pédiatrique, l'odontologiste pédiatre, et l'assistant social.
- Pour 1 radiothérapeute, l'équipe se limite au chimio et radiothérapeutes.
- Pour 2 chirurgiens ORL, la pluridisciplinarité débute à partir de deux praticiens, la consultation pluridisciplinaire se réalisant avec le chirurgien dentiste exclusivement.
- Enfin pour 2 autres chirurgiens ORL, l'équipe pluridisciplinaire est constituée de ces derniers et du chirurgien maxillo-facial.
- Seul un praticien dit solliciter l'assistant social pour cette consultation multidisciplinaire.
- Cinq (5) praticiens n'ont pas répondu.

➤ **Existence d'un odontologiste ou prothésiste pouvant réaliser une plaque palatine dans le centre hospitalier visité**

- 10 des praticiens (59%) interrogés disposent dans l'hôpital d'un odontologiste ou d'un prothésiste pouvant réaliser une plaque palatine ;
- 07 praticiens (41%) estiment ne pas en disposer.

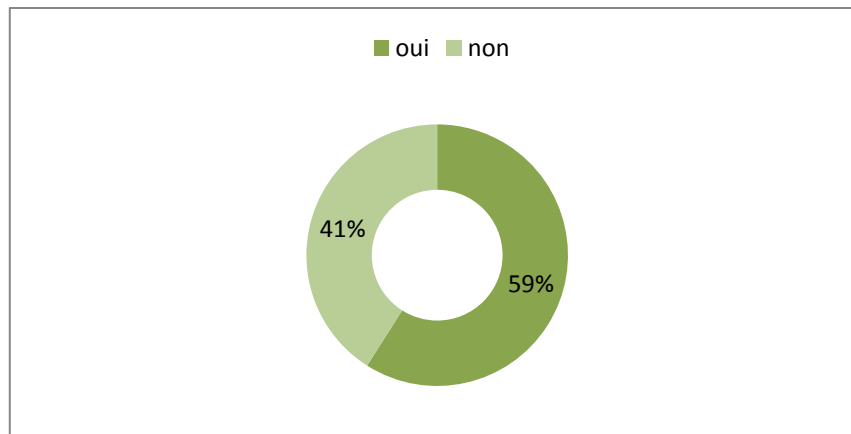


Figure 20 : Présence d'un odontologiste ou prothésiste pouvant réaliser une plaque palatine.

➤ **Présence d'un odontologiste pouvant aider à stabiliser les résultats de la chirurgie**

La réponse est oui pour 09 praticiens (53%) et non pour 08 praticiens (47%).

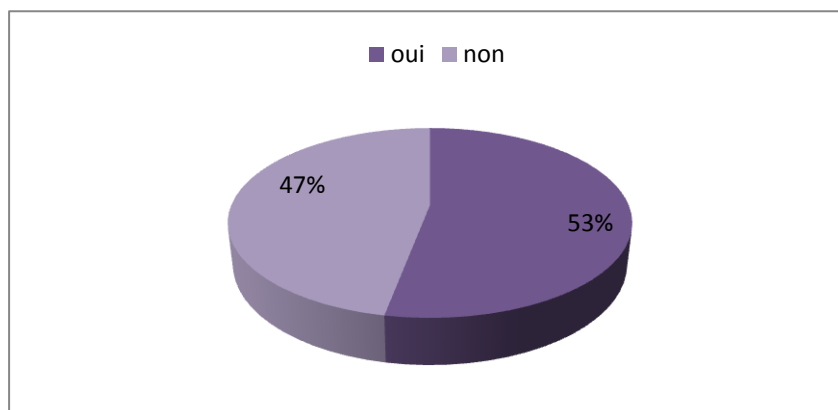


Figure 21 : Présence d'un odontologiste pouvant aider à stabiliser les résultats de la chirurgie.

➤ **Moment auquel l'odontologiste est sollicité**

- 03 praticiens ont recourt à l'odontologiste pendant la phase post chirurgicale ;
- 01 praticien pendant la phase de maintenance ;
- 01 praticien pendant la phase pré opératoire lors de la prise d'empreinte ;
- 01 praticien a répondu stabiliser lui-même ses actes opératoires ;

-01 praticien a répondu ceci adresser les patients au stomatologiste lors du diagnostic, pour préparer la mise en état cavité buccale et programmer les prothèses ;

- 02 praticiens n'ont pas répondu à la question.

➤ **Nécessité de réalisation d'un dispositif de prothèse maxillo-faciale avant / pendant / après la chirurgie et/ ou la radiothérapie**

Nous trouvons 16 praticiens (94%) qui jugent nécessaire de réaliser un dispositif de prothèse maxillo-faciale avant /pendant/ ou après la chirurgie et /ou la radiothérapie. 01 (6%) des praticiens n'ont pas répondu à la question.

➤ **Remède aux impératifs post-chirurgicaux**

Aucune réponse à cette question n'a été donnée.

➤ **Présence d'une unité de radiothérapie dans l'hôpital visité**

Le CHU Aristide Le Dantec est le seul à disposer d'une unité de radiothérapie.

➤ **Réalisation de prothèse de protection**

11 soit 63% des praticiens estiment ne pas en utiliser, seul 06 praticiens soit 37% en disposeraient.

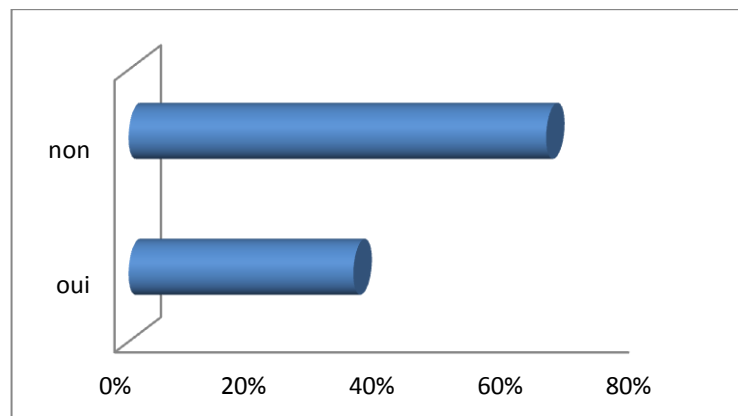


Figure 22 : Réalisation de prothèse de protection.

➤ **Confection de gouttière porte-gel de fluoruration**

11 soit 65% des praticiens disent ne pas en utiliser, seul 06 praticiens soit 35% en disposent.

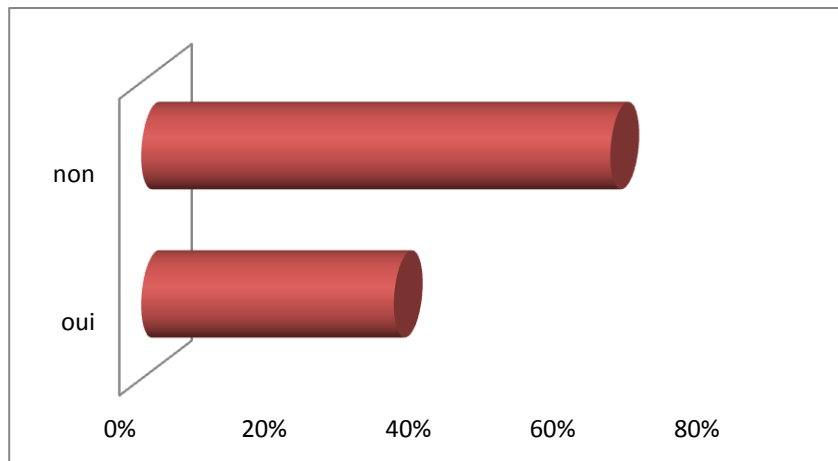


Figure 23 : Confection de gouttière porte-gel de fluoruration.

➤ **Hôpitaux disposant d'une unité de chirurgie des fentes maxillo-faciales**

10 soit 57% des centres hospitaliers visités disposent d'une unité de chirurgie des fentes maxillo-faciales tandis que 07 soit 43% Non.

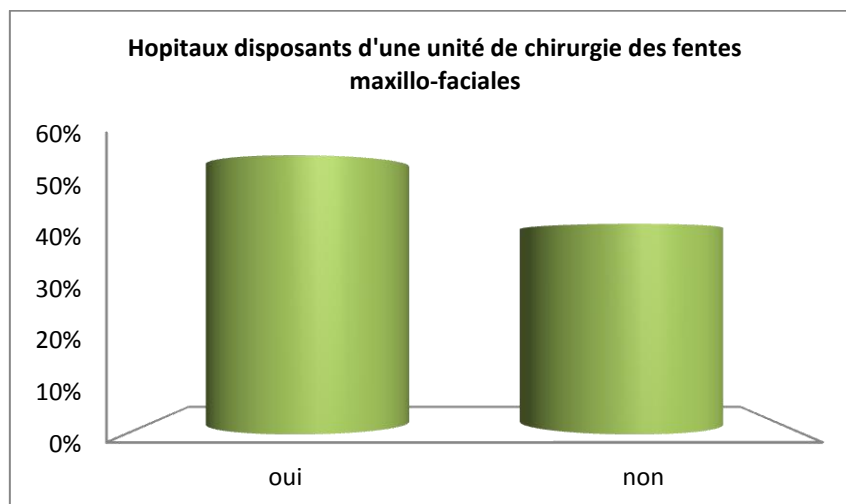


Figure 24 : Hôpitaux disposants d'une unité de chirurgie des fentes maxillo-faciales.

➤ **Sollicitation de l'odontologiste pour la réalisation de plaque de temporisation**

- 11 praticiens soit 65% ne sollicitent pas l'odontologiste pour la réalisation d'une plaque de temporisation ;
- 04 praticiens (23%) le font ;
- 01 praticien soit 6% n'ont pas répondu à la question ;
- 01 praticien soit les 6% restant ne savent pas ce que c'est.

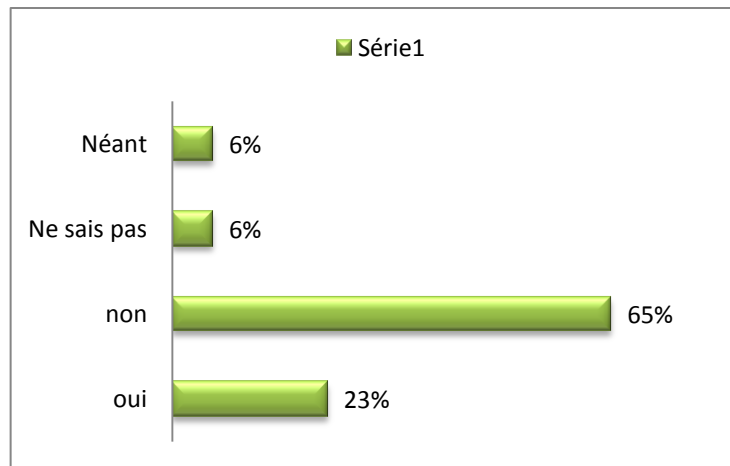


Figure 25 : Sollicitation ou non de l'odontologiste pour la réalisation de plaque de temporisation.

➤ **Besoin d'une unité d'odontologie pour la prise en charge prothétique de pathologies maxillo-faciales**

- 15 soit 88% des praticiens disent avoir besoin d'une unité d'odontologie ;
- 01 soit 6% des praticiens ont répondu avoir déjà dans leur centre hospitalier une unité d'odontologie compétente ;
- 01 soit 6% des praticiens interrogés n'ont pas répondu à la question.

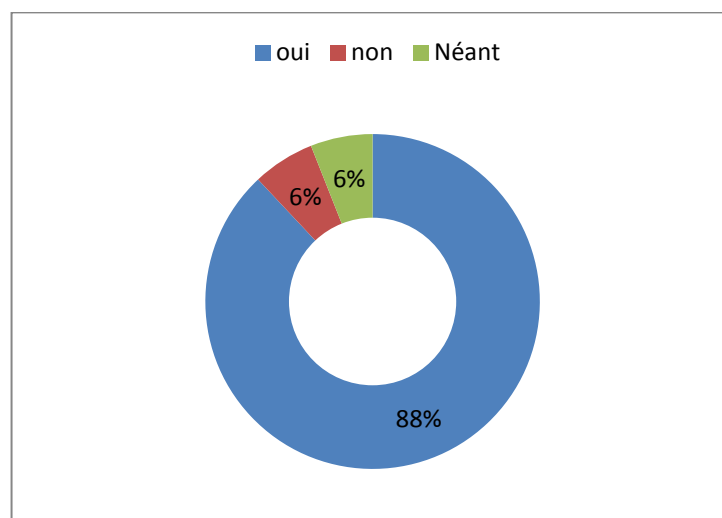


Figure 26 : Besoin d'une unité d'odontologie pour la prise en charge prothétique.

V- COMMENTAIRES

Une perte de substance maxillo-faciale implique une thérapeutique lourde. Le travail en équipe est préférable à une prise en charge parcellaire car il permet une répartition des débats, des réunions scientifiques, des centres d'intérêts et des sujets de recherche avec partage secondaire des connaissances et critique des décisions médicales. La prise en charge multidisciplinaire apparaît essentielle pour garantir une prise en charge optimale.

Notre étude a été réalisée auprès de praticiens prenant en charge les patients souffrant de pathologies ayant occasionné des pertes de substance maxillo-faciales, à savoir. L'enquête a été réalisée à Dakar dans des établissements hospitaliers publics :

- CHU Aristide le Dantec (CHUALD).
- Hôpital Principal (HPD).
- CHU Fann (CHUF).
- Hôpital Militaire de Ouakam (HMO).
- Hôpital Général de Grand Yoff (HOGGY).

Notre travail a consisté à faire un état des lieux des pratiques actuelles avec pour cible les spécialistes de la sphère oro-faciale. Les pratiques sont hétérogènes et leur évaluation nous semble indispensable pour proposer des solutions visant à améliorer pour l'avenir la prise en charge de ces patients. Cette évaluation peut être à la base de prise de décisions rationnelles et objectives à partir des éléments observés dans l'étude. Il y a une nécessité absolue à prendre conscience des enjeux de cette évaluation qui irait dans le sens d'une conduite médicale éthique.

➤ Caractéristiques de la population

La spécialité médicale la plus représentée au sein de l'effectif est constituée par les chirurgiens dentistes, puis les chirurgiens ORL, les chirurgiens maxillo-faciaux et les radiothérapeutes.

Toutes les structures hospitalières visitées sont dotées d'odontologues et d'ORL ce qui fait inférer un défaut de communication réel.

➤ **Existence d'une équipe pluridisciplinaire dans l'institution visitée**

Nous avons constaté que la notion de consultation pluridisciplinaire est très mal comprise et à la limite suscite des hostilités chez certains des praticiens rétifs.

Notre système de prise en charge est défectueux car parasité par la rivalité et les joutes personnels [18]; on est souvent amené à oublier le principal de notre devoir qui est d'être au service des populations et de leur prodiguer les meilleurs soins possibles.

Seul 01 praticien dans notre échantillon dit solliciter l'assistant social et pourtant les facteurs psycho-sociaux associés aux pertes de substance des maxillaires paraissent mériter une évaluation soignée effectuée par un psychiatre averti [18]. La gravité des facteurs psycho-sociaux (taux d'inactivité professionnelle important, enchaînement d'échecs fréquents tant dans la vie scolaire que conjugale ou familiale aboutissant souvent à l'exclusion) nécessite plus qu'un accompagnement psychologique dans le but d'améliorer la compliance du patient au traitement et de diminuer son angoisse [23]. Il convient de noter la nécessité de la participation d'un (e) assistant (e) social (e), de l'aide infirmier (e), de la famille, du diététicien (ne), de l'orthophoniste, du kinésithérapeute... etc. Le constat est que le personnel para-médical est exclu de ces consultations. Lorsqu'il est présent le personnel para-médical participe en qualité d'exécutant d'une prescription médicale alors qu'il doit quelque fois être l'instigateur.

➤ **Les personnels de santé formant l'équipe multidisciplinaire**

La notion d'équipe est mal comprise ou elle est comprise mais non appliquée. La majorité des consultations en pluridisciplinarité se limitent à deux voir trois acteurs et pour la plupart au sein d'un même service et dans la même spécialité.

En fait, ce qu'il faut dire c'est que ce n'est pas l'effectif qui fait l'équipe mais plutôt la qualité et la diversité des spécialistes au sein de cette équipe.

➤ **Existence d'un odontologiste ou d'un prothésiste pouvant réaliser une plaque palatine dans le centre hospitalier visité**

Plus de la moitié des praticiens interrogés ont dans leur centre hospitalier au moins un odontologiste ou un prothésiste, pourtant ces derniers ne sont pas sollicités.

➤ **Présence d'un odontologiste pouvant aider à stabiliser les résultats de la chirurgie**

53% des praticiens peuvent solliciter un odontologiste dans leur établissement pour aider à stabiliser les résultats de la chirurgie. La question reste à savoir pourquoi ces derniers ne sont sollicités ni pour confectionner des plaques, ni pour des conformateurs.

➤ **Moment de la prise en charge au cours duquel l'odontologiste est sollicité**

Si plus de la moitié des praticiens peuvent solliciter un odontologiste en post opératoire dans leur établissement, on constate que plus de la moitié de ces praticiens n'ont pas recourt à l'odontologiste bien que cela soit plus profitable pour le patient d'être accompagné du début du traitement jusqu'à la guérison...

➤ **Nécessité de réalisation d'un dispositif de prothèse maxillo-facial**

La quasi-totalité des praticiens jugent nécessaire de réaliser un dispositif de prothèse maxillo-faciale après la chirurgie ou la radiothérapie. La majorité des praticiens sont donc conscients qu'il existe certains dispositifs nécessaires à la thérapeutique de leurs patients. Pour autant, ces mêmes praticiens ne font pas réaliser ces appareils ; la preuve à la question suivante.

➤ **Confection de prothèse de protection et de gouttière porte gel de fluoruration**

Les résultats ont confirmé que les praticiens n'utilisent pas de prothèse de protection avant la radiothérapie ni de gouttière porte gel pour la protection de la denture. Ces deux dispositifs entrant dans la thérapeutique des patients sujets à des cancers des VADS sont indispensables. Les répercussions de la radiothérapie au niveau

du territoire cervico-facial sont nombreuses et s'imposent comme lourdement handicapantes dans la vie quotidienne du patient [16]. Toutes les radiothérapies de la sphère ORL nécessitent une concertation entre radiothérapeute et odontologiste afin de préciser la protection voulue, les limites de l'appareil de protection ainsi que les spécificités lors de la mise en état bucco-dentaire.

Il n'existe aucune consultation spécialisée faisant intervenir un odontologiste chez ces patients où les besoins en soins bucco-dentaires sont considérables et primordiaux [18]. Certains praticiens pensent que l'odontologiste en recevant un patient pour une mise en état bucco-dentaire (sans même une lettre de recommandation) doit pouvoir réaliser les soins sans aucune concertation avec le radiothérapeute ou l'odontologiste.

➤ **Présence d'une unité de radiothérapie dans l'hôpital visité**

Seul le CHU Aristide le Dantec en dispose. Ceci pose avec acuité la qualité du plateau technique offert aux patients atteints de cancers des VADS.

➤ **Hôpitaux disposant d'une unité de chirurgie des fentes maxillo-faciales**

Plus de la moitié des centres hospitaliers visités en disposent. A part quelques mission d'ONG, ce n'est qu'à Albert Royer que la prise en charge concertée des fentes est effective.

➤ **Sollicitation de l'odontologiste pour la réalisation de plaque de temporisation**

La nécessité de la présence au bloc opératoire de l'odontologiste dans le traitement des pertes de substances n'est pas bien perçue. Le patient peut vivre sans obturateurs, sans prothèse dentaires, sans plaques de temporisations il est sauvé, il guérit peut être de son cancer, le reste est secondaire [18].

La prothèse de temporisation ou d'attente est un impératif sous nos latitudes pour plusieurs raisons :

- Le jeune patient arrive à l'hôpital en état de malnutrition avancée or la pose de la plaque peut faciliter l'alimentation en évitant les fausses-routes ;

- Les délais d'attente de la chirurgie sont prolongés du fait que le bloc opératoire n'est tout simplement pas toujours disponible et la majorité des patients viennent de loin.

L'objectif du traitement reste individuel et varie selon l'acteur médical au lieu d'être multidisciplinaire et centré sur les qualités de cette survie [18].

- **Besoin d'une unité d'odontologie pour la prise en charge prothétique de pathologies maxillo-faciales**

La présence d'un odontologiste au sein d'une équipe médicale pluridisciplinaire serait utile pour 88% des praticiens. Seul 6% des praticiens ont répondu non estimant avoir déjà dans leurs centres hospitaliers une unité d'odontologie compétente. 6% des praticiens interrogés n'ont pas répondu à la question.

Nous avons été étonnés de voir quasiment tous les praticiens répondre oui à cette question dans des centres hospitaliers où il existe un service de chirurgie dentaire avec au moins deux praticiens dont aucun n'est sollicité.

Ces praticiens sont donc conscients qu'ils existent des spécificités dentaires qu'ils ne peuvent traiter personnellement.

L'obligation de travail en équipe ou en réseau naît du constat que les professionnels de santé ne disposent pas de compétences universelles [18]. Notre étude confirme le dysfonctionnement de cette consultation pluridisciplinaire.

La création, au sein même de l'hôpital, d'une unité de consultation pluridisciplinaire peut changer positivement le cours des choses mais il faudra que les praticiens acceptent de perdre leur pouvoir de préhension exclusif [18]. Le partage du savoir la concertation entre praticiens, l'écoute des différents points de vue semble être la voie à emprunter. Au sein de cette équipe pluridisciplinaire, la concertation est indispensable, ce d'autant plus qu'il n'existe pas de schémas thérapeutiques applicables : la prise de décision se fait au cas par cas.

L'odontologiste est un acteur médical. Même s'il n'est pas spécialisé en PMF, sa présence est incontournable dans ce contexte si l'on veut améliorer la prise en charge des patients dans leur globalité. Une étude menée par KPEMISSI et Al. à propos de 91 cas de tumeurs mandibulaires a permis d'évaluer l'état bucco-dentaire initial des patients

qui révèle que 48,35% soit 44 patients avaient une douleur mandibulaire ou dentaire, 32,97% soit 30 patients avaient des mobilités dentaires, 21,98% soit 20 patients avaient des difficultés masticatoires, 19,78% soit 18 patients avaient subi des avulsions dentaires, 43,96% soit 40 patients avaient une mauvaise hygiène bucco-dentaire [12]. Les infections dentaires survenant en cours d'irradiation ou après des techniques chirurgicales invasives, la présence de pathologies dentaires chez certaines populations de malades exige une mise en état impérative de la cavité bucco-dentaire avant ou pendant toute autre intervention.

Les enjeux de pouvoir et la pratique sectorielle de la profession ne favorise pas les échanges entre les différents acteurs de la prise en charge. Le praticien aujourd'hui encore « s'approprie » le malade. Les rivalités de disciplines, les joutes personnelles, les intérêts divergents des services contribuent à prendre le malade en otage [18]. Pour un des praticiens questionné, le fait que des odontologistes s'intéressent aux PSM équivalait à de la prétention ou tout simplement à se prendre pour des chirurgiens maxillo-faciaux; un praticien est allé jusqu'à traiter les dentistes de « fou ». Pour ces derniers il n'est en aucun cas envisageable d'organiser une consultation incluant un chirurgien dentiste.

Il est donc urgent de communiquer et d'informer car les spécialités bucco-dentaires sont méconnues des praticiens non odontologistes. On se surprend à voir des confrères stupéfaits à l'idée qu'il existerait des dentistes spécialistes. La bucco-conscience des praticiens doit évoluer vers une acceptation forte des odontologistes dans les équipes médicale [18].

Notre travail s'est orienté exclusivement vers les praticiens hospitaliers pour des raisons de modalités pratiques et d'accessibilité. La difficulté a été de faire remplir les questionnaires à des praticiens actifs, très chargés. On prend conscience de la difficulté extrême de contacter les praticiens et surtout par l'intermédiaire des secrétaires. De plus, la réticence des praticiens à répondre à un questionnaire avec une première impression de jauger leur compétence a rendu la tâche très ardue. Il nous a été impératif de rester neutre dans notre observation et dans l'analyse des pratiques médicales juste pour mettre en exergue que le travail en équipe est indispensable pour une meilleure prise en charge des malades. Les différents acteurs doivent intégrer la notion d'équipe soignante afin d'améliorer la qualité de la prise en charge des patients.

A décharge, on a constaté dans l'étude que les odontologistes eux-mêmes n'étaient pas très au courant de la notion d'équipe ; à part l'ORL, les spécialités sondées sont très souvent orphelines car ayant un effectif très réduit ; il en va de

- la radiothérapie
- la kinésithérapie maxillo-faciale
- l'orthophonie
- et enfin la PMF qui, elle-même, ne compte que 03 spécialistes dont 02 en exercice extra-hospitalier or cette spécialité est exclusivement hospitalière...

A travers cette étude, nous avons voulu attirer l'attention des décideurs en matière de santé que les cancers de la sphère cervico-faciale sont un problème de santé publique [18]; qu'après avoir rétabli du patient, il faut penser à son confort et à sa réintégration dans la société et pour ce faire la constitution d'une équipe constituerait une catharsis dans la prise en charge des patients présentant une PSMF.

PROPOSITION ET COMPOSITION D'UNE EQUIPE-TYPE

✓ **L'infirmier (e)**

La pratique infirmière est une discipline professionnelle basée sur une science évolutive, qui change en fonction de la société, des pathologies émergentes. Le concept de base des soins infirmiers est celui de la personne globale, de la prise en charge holistique de la personne soignée ; de ce fait la participation infirmière est indispensable pour une meilleure prise en charge surtout au niveau de la fluorothérapie, des plaies opératoires, du suivi de l'utilisation des exercices et de la physiothérapie.

✓ **L'assistant (e) social (e)**

Il a pour rôle de :

- analyser la demande sociale du patient;
- analyser la situation sociale, socio-économique et socio-culturelle du patient et de sa famille ;
- organiser des réunions de concertation ;

-aider la famille à résoudre les problèmes concrets.

✓ **La puéricultrice**

Elle a plusieurs rôles :

- accompagnement de la prise en charge d'un enfant par sa famille ;
- soutien à la parentalité ;
- suivi de l'enfant dans son développement et son milieu de vie ;
- éducation nutritionnelle de la mère...

✓ **L'orthophoniste**

Il a pour rôle de dépister et de prévenir les troubles du langage ; mais également d'améliorer le langage si des troubles subsistent déjà malgré le port d'appareillage.

✓ **Le kinésithérapeute**

La solution de continuité de l'arc mandibulaire provoque une déviation de sa posture et de sa cinématique. Une rééducation précoce, combinant mécanothérapie et exercices spécifiques de kinésithérapie est nécessaire pour limiter, voire prévenir, ces troubles fonctionnels qui ont tendance à minorer la qualité et l'amplitude de l'ouverture buccale.

✓ **L'odontologiste**

Son rôle est primordial avant, pendant et après la radiothérapie de la sphère ORL. Même s'il n'est pas spécialisé en PMF sa présence est incontournable dans le contexte des PSMF pour la conservation de résultats chirurgicaux que les brides cicatricielles pourraient hypothéquer.

✓ **Le prothésiste maxillo-facial**

C'est un odontologiste spécialisé en PMF. Il a un rôle primordial dans la prise en charge prothétique des PSMF.

- ✓ **Le chirurgien** (ORL, maxillo-facial, odontologiste spécialisé en chirurgie, stomatologiste)

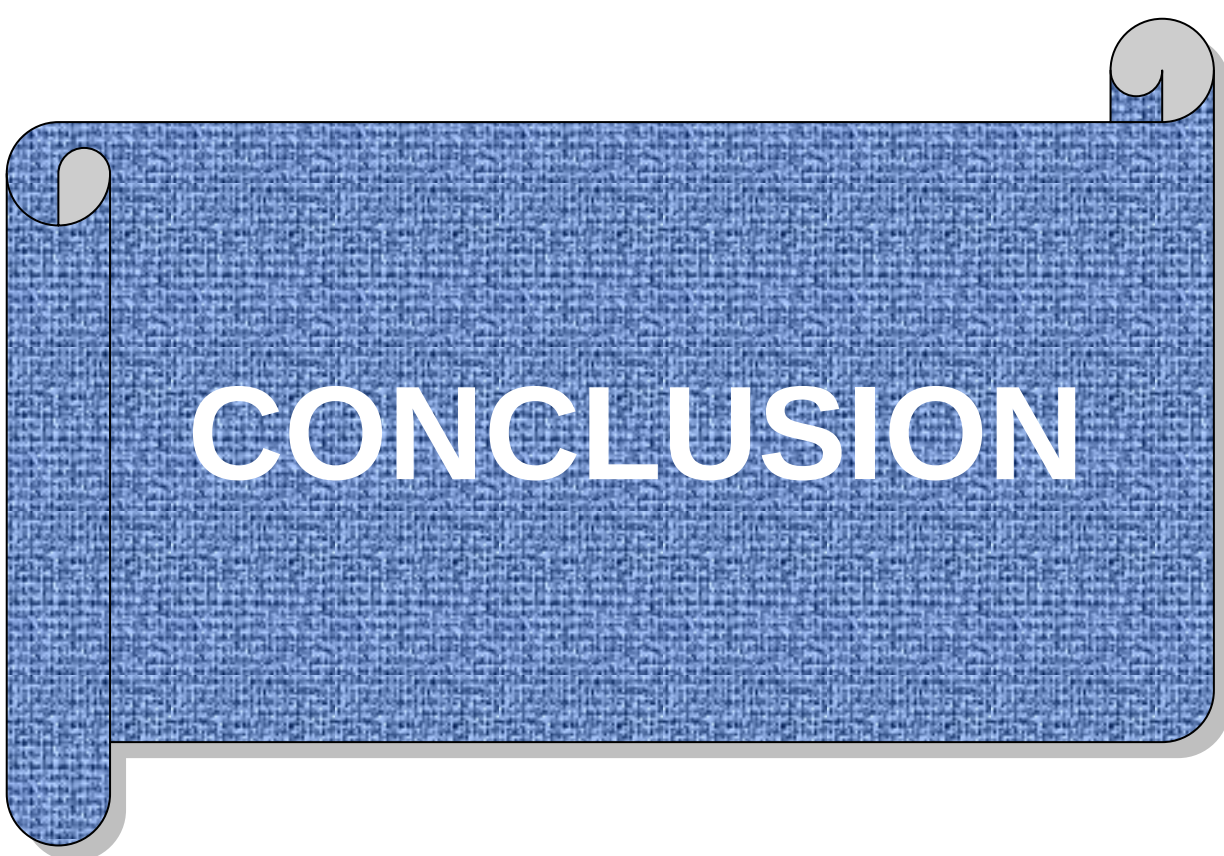
La chirurgie a fait d'innombrables progrès et les lambeaux libres ostéo-myo-cutanés ouvrent de nouvelles possibilités de reconstruction notamment du massif facial, de la mandibule facilitant sa réhabilitation.

- ✓ **Le sophrologue**

La sophrologie est une méthode de relaxation physique et mentale. Elle aide celui qui tend à se replier sur lui-même, qui refuse les visites, qui ne sait pas exprimer ou identifier ses émotions.

- ✓ **Le psychiatre**

C'est un acteur médical spécialisé en psychiatrie qui diagnostique, traite et tente de prévenir les maladies mentales. Il a un rôle important auprès des patients souffrants de PSMF.



CONCLUSION

La prise en charge des patients nécessitant la correction d'anomalies maxillo-faciales, qu'elles soient acquises ou congénitales, doit être une approche multidisciplinaire visant à coordonner les interventions des différents acteurs de la santé à différents niveaux. Cette prise en charge multidisciplinaire concertée est plus efficace que des interventions isolées, additionnelles et non holistiques.

Les pertes de substance maxillo-faciales sont la conséquence de l'exérèse chirurgicale de tumeurs bucco-faciales ou des VADS, des traumatismes, des infections et parfois des actes iatrogènes ; elles peuvent être également la conséquence de malformations congénitales tardivement opérées.

Ces pertes de substance concernent le visage. Le visage (le mot dérive du verbe latin video, videre, vidi, visum : voir) s'investit d'une quadruple dimension : sensorielle, expressive, sociale, et symbolique. C'est la région de l'expression des mimiques de la face, l'interface entre soi-même et le monde extérieur et elle concentre en exclusivité quatre des cinq sens de l'être humain. La mutilation du visage quelle que soit son origine engendre une perturbation de perception du schéma corporel, une altération du sentiment d'identité et génère, de ce fait, une anxiété. La prise en charge de ces malades ne doit pas se limiter uniquement à une exérèse tumorale ou à une éventuelle radiothérapie mais constituer un travail de longue haleine impliquant d'autres spécialités dont le travail continue longtemps après la réinsertion sociale du malade.

Cette prise en charge dans les hôpitaux dakarois se fait le plus souvent de manière sectorielle au détriment du malade et tardive pour la réhabilitation prothétique or c'est dans ces structures que l'on trouve réunies, géographiquement, le plus de spécialités concernées. La nécessité d'un plan de traitement concerté systémique est une nécessité associant le personnel para médical (assistant-social, infirmière, puéricultrice), et la collaboration étroite de la famille pour une réhabilitation complète ou s'approchant de celle-ci.

Notre étude a porté sur la problématique de la prise en charge des pertes de substance maxillo-faciales dans les hôpitaux de Dakar. On a essayé de situer la PMF et de définir son rôle qui est de réhabiliter des malades en améliorant leur qualité de vie et en leur assurant une meilleure réintégration sociale et professionnelle, en rétablissant les fonctions manducatrices jadis compromises et parfois en masquant les mutilations.

L'enquête a été menée auprès de praticiens prenant en charge les patients ayant des pathologies pouvant induire des pertes de substances maxillo-faciales et exerçant dans des établissements hospitaliers publics dans la commune de Dakar.

Les paramètres étudiés sont :

- les personnels de santé participant à la consultation en multidisciplinarité ;
- l'existence dans les centres hospitaliers visités de la présence d'au moins un odontologiste pouvant réaliser une plaque palatine ;
- la sollicitation de l'odontologiste par les chirurgiens M-F ou ORL ou Stomatologiste
- la réalisation de dispositif de prothèse maxillo-facial avant /pendant/ ou après la chirurgie et/ou la radiothérapie ;
- l'existence d'une unité de radiothérapie dans les établissements hospitaliers visités afin de déceler la réalisation d'éventuelle gouttière de protection ou une fluorurothérapie après radiothérapie ;
- l'existence d'une unité de chirurgie des fentes maxillo-faciales dans les hôpitaux visités afin de déterminer la sollicitation de l'odontologiste pour la réalisation de plaque de temporisation.
- et enfin le besoin d'une unité d'odontologie pour la prise en charge prothétique de pathologies maxillo-faciales.

Notre travail a confirmé la prise en charge sectorielle, le manque de collaboration, la méconnaissance des praticiens dans des spécialités pourtant anatomiquement voisines. Aujourd'hui, il ne suffit plus que le malade survive ou guérisse ; encore faut-il se poser les questions sur la qualité de cette survie.

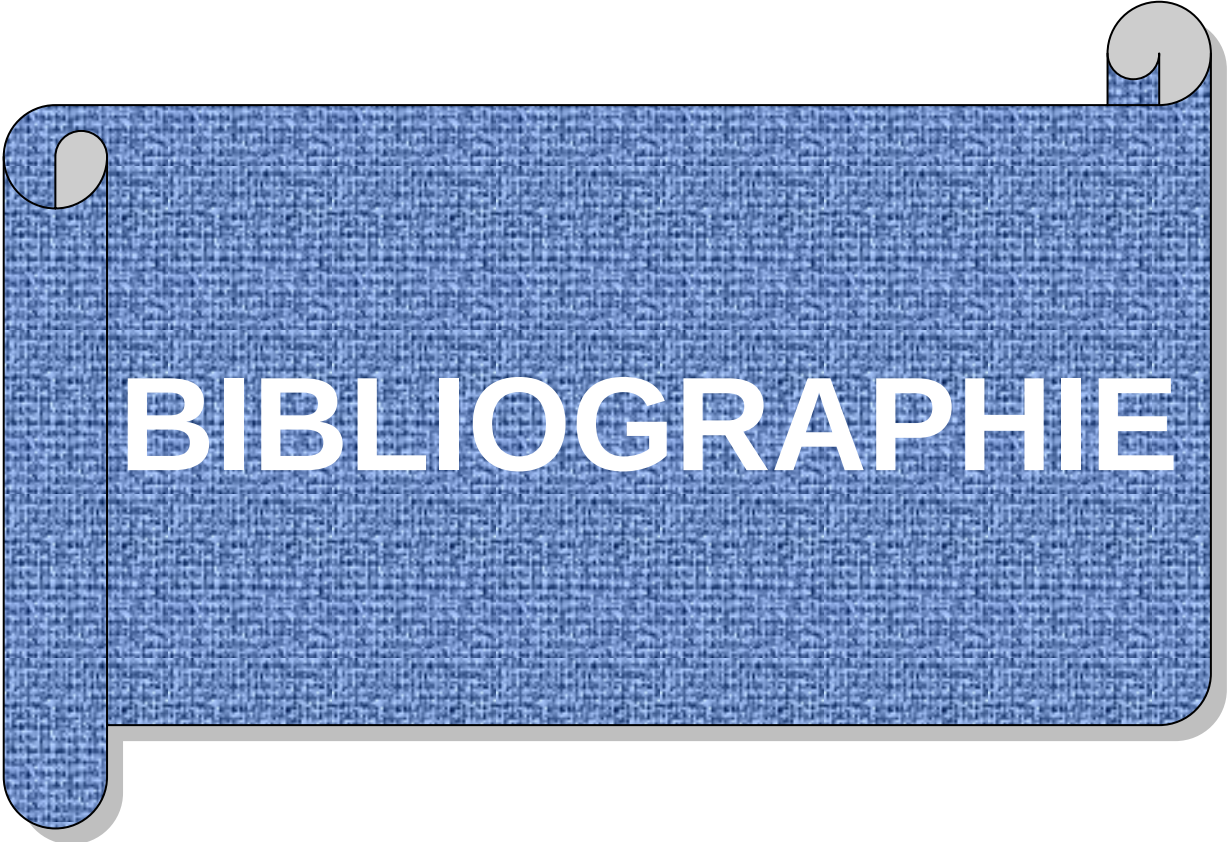
Notre travail confirme la nécessité d'une intégration au sein d'une équipe des différents intervenants spécialisés mais également la nécessité d'une intégration architecturale hospitalière regroupant tous ceux qui interviennent sur « la Tête et le Cou ».

En tant qu'odontologiste, nous avons insisté sur notre présence au sein cette équipe. Contrairement au médecin, le chirurgien dentiste ne différencie pas les soins palliatifs et curatifs. Son objectif est le plus souvent axé sur la qualité de vie et moins sur le pronostic vital qui est plus le domaine des chirurgiens et radiothérapeutes. Prendre

en charge la qualité de vie des patients dans ces situations où la guérison est improbable constitue une priorité et un travail de longue haleine.

Notre travail est un préalable à un travail de thèse qui devra associer qualité de vie après réhabilitation et prise en charge multidisciplinaire concertée qui existe néanmoins dans deux hôpitaux que sont le HOGGY et le HMO. Ce dernier dont l'équipe en place est constitué d'ORL, d'odontologiste, de prothésiste maxillo-facial, de psychothérapeute et d'assistante sociale est loin de cerner tous les besoins en soins exprimés, ressentis, et diagnostiqués pour une prise en charge systémique des pertes de substance.

Nous ne saurons terminer ce travail sans solliciter la réflexion de nos confrères et susciter leur propre évaluation des pratiques thérapeutiques pour rester dans le champ de l'humain et interpeler les autorités sur la nécessité d'avoir des spécialistes en nombre suffisant et que l'ergonomie architecturale trouve sa place dans la construction des hôpitaux pour qu'enfin les spécialités médico-chirurgicales voisines puissent cohabiter.



BIBLIOGRAPHIE

1-AKA G.K. ; KOUAKOU R.K. ; DJEMO B.R. ; OUATTARA B. ; GADEBGEKU S.A.
Réhabilitation faciale par les prothèses maxillo-faciales au cours des tumeurs bénignes de la mandibule.

Rev. Ivoir. Odonto-Stomatol. 2006, vol.8, n°2, pp.39-48.

2-BAMBA A. ; KOUAKOU N.C. ; AMANI S.R. ; N'CHO K.J.C. ; ASSI K.D. ; TOURE S.

Restauration prothétique d'attente des pertes de substance maxillo-faciale, séquelles de noma : intérêts en Afrique subsaharienne (cas de la Côte d'Ivoire, Niger et Burkina-Faso).

Rev. Col. Odonto-Stomatol. Afr. Chir. Maxillo-fac. 2006, vol.13, n°2, pp. 35-40.

3-BARTHELEMY I.; SANNAJUST J.-P.; REVOL P.; MONDIE J.-M.

Cancers de la cavité buccale. Préambule, épidémiologie, étude clinique.

Encycl. Médic. Chir., Stomatologie. Paris : Elsevier Masson SAS, 22-063-A-10, 2005, 13p.

4-BENHALIMA H. ; RAFI H. ; SLAOUI S. ; KZADRI M.

L'améloblastome mandibulaire : problèmes thérapeutiques.

Médecine du Maghreb 1992, n° 34, pp.26-28.

5-BENOIST M.

Réhabilitation et prothèse maxillo-faciales.

Paris : Edit. Julien Prélat, 1978 : 445p.

6 - BENOIST M. ; DICHAMP J. ; POULAIN G.

Les problèmes esthétiques de restauration prothétique de la face en fonction de l'environnement.

Actual. Odonto-Stomatol 1984, vol.38, n°148, pp.619-630.

7- BENTAHAR O.; AGUENAOU A.; FUSARO S.; POMAR P.

Maxillectomie et réhabilitation prothétique : proposition d'une nouvelle classification.

Actual. Odonto. Stomatol. 2007, 10p.

8- BOU C. ; POMAR P. ; VIGARIOS E. ; TOULOUSE E.

Prothèse maxillo-faciale : conception et fabrication assistées par ordinateur (CFAO).

Encycl. Médic. Chir., Stomatologie. Paris : Elsevier Masson SAS, 22-066-B-52, 2004, 9p.

9- DESCHAUMES C. ; HUARD C. ; FOUCAUD C. ; DEVOIZE L. ; SIOU P. ; BAUDET-POMMEL M.

Place de la kinésithérapie dans le traitement des troubles cinématiques après résection mandibulaire interruptrice sans reconstruction.

Méd. Buccale Chir. Buccale. 2006, vol.12, n°2, pp.101-107.

10- EL ACHHAB I.

La prothèse maxillo-faciale au sein d'un centre de lutte contre le cancer.

Actual. Odonto. Stomatol. 2012, n° 258, pp.175-191.

11- KITSIOU C.

La reconstitution du maxillaire supérieur : techniques chirurgicales, indications et complications.

Thèse : Médecine. Nancy 2011, 121p.

12- KPEMISSI E.; AMANA B.; TCHANDANA K.

Tumeurs mandibulaires : aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques à propos de 91 cas.

Mali Médical, Tome XXIV. 2009, n°3, pp. 47-52.

13- MARGAINAUD J.P.

Prothèses obturatrices après résection du maxillaire.

Info. Dentaire. 2001, n°32, pp.2499-2503.

14- MARGAINAUD J.P.; SARRY B.

Prothèses obturatrices après résection du massif facial : intérêt de la prothèse immédiate. In Réhabilitation anatomique et fonctionnelle après les traitements des cancers bucco-pharyngés.

A.M. Jortay. EDK Paris. 1998, pp.109-113.

15- MAURICE D. ; HELOIRE N. ; KHOURY E. ; AUGIER M-C. ; COURRIER B.

Prothèse maxillo-faciale au CHU Lariboisière.

Actual. Odonto. Stomatol. 2013, n°262, pp.4-9.

16- MERIGOT A. ; CHATEL C.

Irradiation cervicofaciale : répercussion sur le milieu buccal.

Rev. Odont. Stomatol. 2005, vol.34, pp.155-169.

17- MERIGOT A. ; CHATEL C.

Irradiation cervico-faciale (2^{ème} Partie) : Rôle de l'odontologiste.

Rev. Odont. Stomatol. 2005, vol.34, pp.279-291.

18- MOIZAN H.

Comité de cancérologie des voies aéro-digestives supérieures : place de l'odontologiste.

DEA Ethique Médicale et Biologique. Paris V. 2001, 76p.

19- NOIRRIT-ESCLASSAN E. ; POMAR P. ; ESCLASSAN R. ; TERRIE P. ; GAUNIER P. ; WOISARD V.

Plaques palatines chez le nourrisson porteur de fente labio-maxillaire.

Encycl. Médic. Chir., Elsevier SAS, 2005 ; 22-066-B-55, 14p.

20- OGER P. ; MALEK R. ; MARTINEZ H. ; TRICHET C.

Prise en charge des fentes labio-palatines par l'équipe de l'hôpital Robert Debré à Paris.

Encycl. Médic. Chir., Dentisterie. 2002, vol. 47, n°2, pp. 138-142.

21- POMAR P.; DICHAMP J.

Introduction à la prothèse maxillo-faciale.

Encycl. Médic. Chir. , Dentisterie. 2004, vol.2, pp.118-121.

22- RAKOTOARISON R.A.

Les fentes labio-palatines à Madagascar : étude épidémiologique et impacts sur les dents.

Thèse : Chir. Bucc. Strasbourg. 2011, 208p.

23- VIGARIOS E. ; FONTES-CARRERE M. ; POMAR P. ; BACH K.

Psychologie et relation d'aide en réhabilitation maxillo-faciale.

Encycl. Médic. Chir., Stomatologie. Paris : Elsevier Masson SAS, 2004 ; 22-066-B-53, 8p.

24- VIGARIOS E. ; PRADINES M. ; FUSARO S. ; TOULOUSE E. ; POMAR P.

Réhabilitation prothétique des pertes de substance mandibulaire d'origine carcinologique.

Encycl. Médic. Chir., Stomatologie. Paris: Elsevier Masson SAS, 2007, 22-066-B-51, 9p.



ANNEXE

Université Cheikh Anta DIOP de Dakar
Faculté de Médecine- Pharmacie- Odontologie
Département d'odontologie

Service de chirurgie buccale

Chers confrères, chères Consœurs

Dans le cadre de nos activités de recherche, nous sollicitons votre collaboration pour effectuer une étude portant sur <<La Problématique de la prise en charge dans le cadre des pertes de substances acquises>>.

L'étudiante en année de thèse Mlle Akénaton Olivia M. Marcos se présentera dans votre service selon votre disponibilité pour remplir sa fiche d'enquête.

Nous vous assurons par ailleurs de la confidentialité des données vous concernant personnellement ou concernant votre exercice.

En vous remerciant de votre disponibilité et dans l'espoir d'obtenir votre collaboration, nous vous prions d'agréer nos sentiments respectueux et confraternels.

Directeur de Thèse
Pr.El Hadj Babacar MBODJ

Co-directeur
Dr Lambane DIENG

Thèse : Problématique de la prise en charge dans le cadre des pertes de substance acquises

Le .../.../2013

Questionnaire

1-Renseignements généraux

*Région/ville :

*Centre hospitalier :

*Spécialité :

*Lieu d'obtention du diplôme :

Nombre d'années d'exercice Année d'obtention du diplôme

2-Existe-t-il une équipe pour la prise en charge des patients présentant une pathologie maxillo-faciale ?

Oui Non

3-Si oui

Quels sont les personnels de santé qui forment cette équipe ?

.....
.....
.....

4-Existe-t-il dans votre centre hospitalier un odontologiste pouvant réaliser une plaque palatine ?

Oui Non

5- Disposez-vous d'un prothésiste pour aider ou stabiliser la chirurgie ?

Oui ☐ Non ☐

6- Si oui

A quel moment de la prise en charge est-il sollicité ?

.....

7- Est-il nécessaire de réaliser une prothèse maxillo-faciale :

Avant	☐	}	la chirurgie
Pendant	☐		
Après	☐		

8-Sinon

Comment remédier vous aux impératifs fonctionnels dans l'immédiat ?

.....
.....
.....

9-Disposez-vous d'une unité de radiothérapie ?

Oui ☐ Non ☐

10-Fait- t'on appel a l'odontologiste :

Pour la réalisation de protection ?

Oui ☐ Non ☐

Pour la confection de gouttière porte gel ?

Oui ☐ Non ☐

11- Disposez-vous d'une unité de chirurgie des fentes faciales ?

Oui ☐

Non ☐

12- En cas d'attente de l'intervention chirurgicale, l'odontologiste est-il sollicité pour la réalisation de plaque de temporisation ?

Oui ☐

Non ☐

13- Pensez vous avoir besoin d'une unité d'odontologie pour la prise en charge prothétique de pathologies maxillo-faciales ?

Oui ☐

Non ☐

14- Sinon, dites pourquoi

.....

.....

.....

.....

Les figures annotées LD proviennent de l'iconographie :

LD : Dr Lambane DIENG.

SERMENT DU CHIRURGIEN- DENTISTE

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de ma profession.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais d'honoraires au dessus de mon travail ; je ne participerai jamais à aucun partage illicite d'honoraires.

J'exercerai ma profession avec conscience dans l'intérêt de la santé publique, sans jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine et envers la communauté.

Je ne dévoilerai à personne les secrets qui me seront confiés par le patient ou dont j'aurai connaissance.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je jure de les honorer et de rester digne de leur enseignement.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois méprisé de mes confrères si j'y manque.

PERMIS D'IMPRIMER

Vu :

Le Président du jury

Vu :

Le Doyen de.....

Vu et Permis d'imprimer

Pour le Recteur, Président de l'Assemblée d'Université Cheikh Anta Diop de Dakar
et par délégation

Le Doyen

Pr Abdarahmane DIA

Akénaton Olivia Mawulé MARCOS

« Rôle et place de la prothèse dans la réhabilitation des pertes de substance maxillo-faciales : enquête auprès des praticiens hospitaliers de Dakar »

Thèse : Chir. Dent. Dakar, n° [SI] ; [Sn], 2013 [118], ill., 21×29,5 cm

N°42-63-13-39

Rubrique de classement :

Prothèse maxillo-faciale

Mots-clés :

Perte de substance
Qualité prise en charge
Rôle et place

Keys words :

Defect
Quality of the coverage
The role and place

RESUME :

Les pertes de substance des maxillo-faciales posent des problèmes de réhabilitations complexes. Qu'elles soient acquises ou congénitales, leur prise en charge doit se faire selon une approche multidisciplinaire visant à coordonner les interventions isolées, additionnelles et non holistiques retardant ou rendant difficile la réhabilitation.

Ce travail porte sur une étude bibliographique faite de rappels sur l'historique de la prothèse maxillo-faciale, les activités de la prothèse maxillo-faciale, les étiologies et conséquences des pertes de substance maxillo-faciales, et sur l'équipe de prise en charge.

La deuxième partie de notre travail a consisté en une enquête ayant porté sur la nature et la qualité de la prise en charge des pertes de substance maxillo-faciales en mettant l'accent, auprès des praticiens hospitaliers de Dakar, sur la nécessité d'une consultation concertée pluridisciplinaire incluant la sollicitation de l'odontologiste.

<u>PRESIDENT</u>	M. Boubacar	DIALLO	: Professeur
<u>MEMBRES</u>	M. Baye K.	DIALLO	: Professeur
	Mme. Adam Marie S.	DIALLO	: Maître de conférences agrégée
	M. El Hadj Babacar	MBODJ	: Maître de conférences agrégé

<u>Directeurs de Thèse</u>	M. El Hadj Babacar	MBODJ	: Maître de conférences agrégé
	M. Lambane	DIENG	: Assistant

Adresse de l'auteur : Fass Delorme, villa 5460

E-mail : maroli_6@yahoo.fr