

# Et si nous révisions nos notions d'oncologies ?

Par Vickie Bélanger H.D

Notes de cours

Octobre 2016

## Les statistiques:

### Dans le monde:

-Les cancers figurent parmi les principales causes de morbidité et de mortalité dans le monde; en 2012, on comptait approximativement 14 millions de nouveaux cas et 8,2 millions de décès liés à la maladie.

-Les cancers buccaux représentent plus de 400 000 cas (en 2013). En 2016, on prévoit environ 640 000 cas.

### Au Canada:

-Les cancers sont responsables de 30,2 % de tous les décès (1<sup>ière</sup> cause de décès au Canada), viennent ensuite les maladies cardiovasculaires et les maladies chroniques, suivi des maladies des voies respiratoires inférieures (4,5 %).

-En 2015, on estime que 196 900 canadiens développeront un cancer et que 78 000 en mourront.

-En 2015, 100 500 hommes et 96 400 femmes développeront un cancer (au total 196 900 canadiens approximativement).

-Environ, 41 000 hommes et 37 000 femmes décèderont du cancer au Canada en 2015 (Au total : 78 000 personnes).

-Chaque heure, environ 22 personnes recevront un diagnostic de cancer au Canada (2015)

-Et 9 personnes par heure mourront des suites de leur cancer.

-2 canadiens sur 5 développeront un cancer au cours de leur vie et 1 canadien sur 4 en mourra.

### Au Québec:

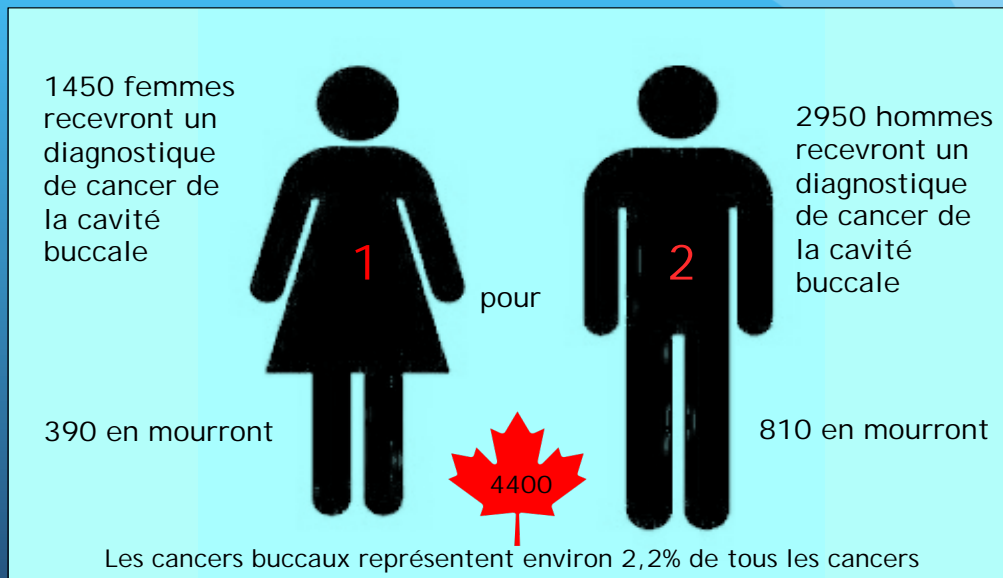
- En 2015, on estime le nombre de nouveaux cas de cancer à 50 100: soit 24 900 hommes et 25 200 femmes.

- Environ 20 900 personnes seront emportées par le cancer.

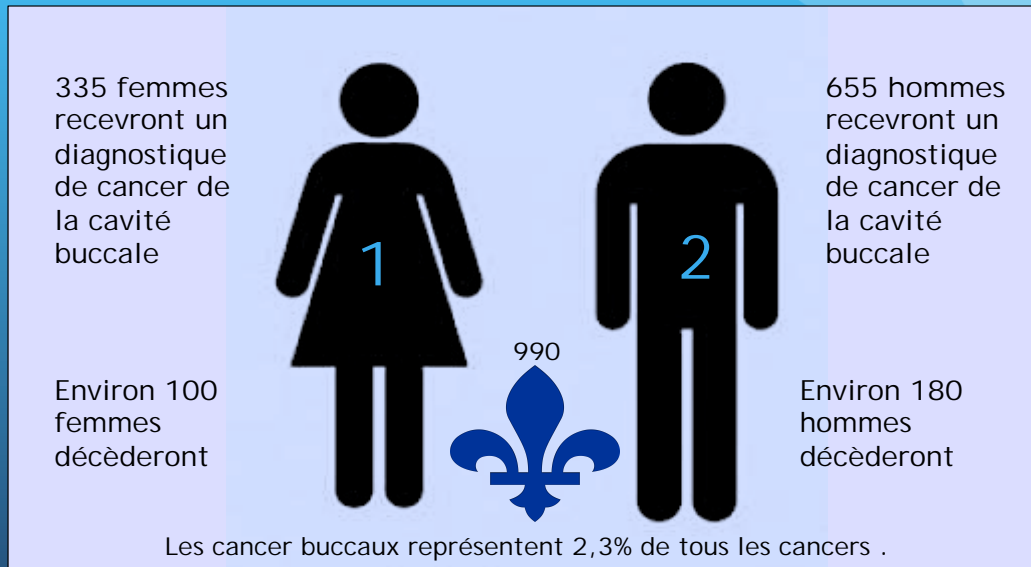
Notes:

## Les cancers buccaux:

### Au Canada en 2015 Les cancers buccaux touchent ....



### Au Québec en 2013 Le cancer buccaux touchent



Notes:

## Le rôle du Centre de prosthodontie maxillo-faciale du CHUM:

Le Service de prosthodontie maxillo-faciale est une clinique externe faisant partie du Département de stomatologie de l'Hôpital Notre-Dame du CHUM (bientôt le Nouveau CHUM).

Le département de stomatologie a été fondé en 1965. La stomatologie est donc la science médicale qui se consacre à la bouche et aux dents. Elle s'intéresse au diagnostic et au traitement non chirurgical et chirurgical des maladies et des malformations des maxillaires.

Au CHUM, un service : la prosthodontie maxillo-faciale est un service distinct, une spécialité qui porte sur le remplacement de tissus manquants de la bouche et du visage par des substituts artificiels.

L'on y retrouve une équipe composée ; de dentistes, prosthodontistes, parodontistes, hygiénistes dentaires, assistantes dentaires et techniciens de laboratoires. Ainsi que des stagiaires et des résidents qui sont là pour parfaire leurs connaissances.

Nous accueillons tous les patients qui doivent recevoir de la radiothérapie au niveau de la tête et du cou, ou qui après une chirurgie oncologiques, ont besoin d'une réhabilitation maxillo-faciale.

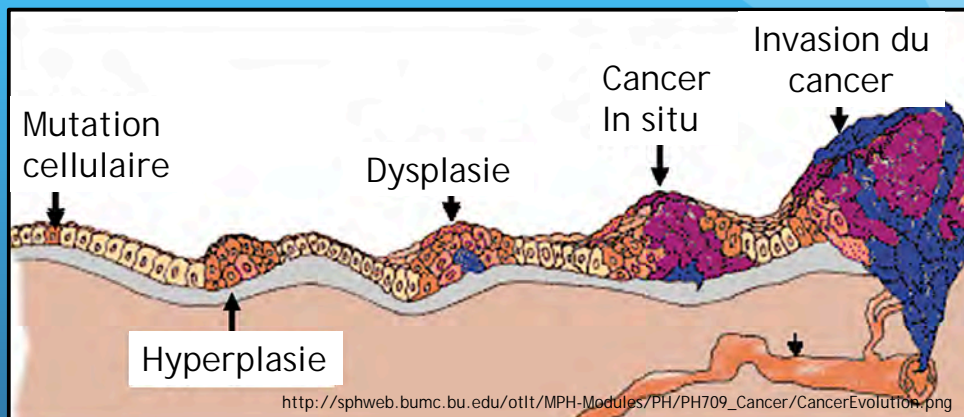
Depuis plus de 30 ans, le service de prosthodontie maxillo-faciale, en partenariat avec l'équipe multidisciplinaire en oncologie. Prépare les patients pour recevoir leurs traitements oncologiques afin d'essayer d'éviter les complications qui pourraient survenir en cours de traitements mais aussi à plus long terme. Tous les patients atteints d'un cancer de la sphère ORL (denté ou édenté) reçoivent donc une consultation dentaire complète pré-traitement (radiothérapie, chimiothérapie et/ou chirurgicale). Le dentiste s'assure alors que l'état de santé bucco-dentaire du patient est suffisamment bon et que les dents sont suffisamment saines pour être conservées sans risque pour sa santé. Dans certains cas, des extractions dentaires peuvent être nécessaire avant le début des traitements.

Nous assurons donc un suivi, avant même le début des traitements et ce jusqu'à la fin des traitements. Par la suite nous accompagnons les patients pendant une certaine période, pour s'assurer d'un bon maintien de leur santé générale mais surtout bucco-dentaire.

### L'oncologie:

- Spécialité de la médecine qui étudie, diagnostic et traite les cancers.
- Elle s'intéresse à comprendre les mécanismes de formation des tumeurs et les moyens de lutter contre le cancer.
- L'oncologie est pratiquée par des oncologues.

# Le cancer



Le cancer se caractérise par la multiplication incontrôlée de cellules qui aboutit à la formation d'une masse appelée tumeur.

Les principaux facteurs de risque du cancer buccal sont :

- L'alcool
- Le tabagisme
- VPH (Virus du papillome humain: VPH-16, 18...)
- Les rayons ultraviolets du soleil (lèvres)
- Expositions à des agents cancérogènes au travail ou dans l'environnement, mauvaise alimentation, excès de poids, sédentarité...
- Consommation de Noix de Bétel

Les principaux types de cancer qui affectent la cavité buccale sont d'origine :

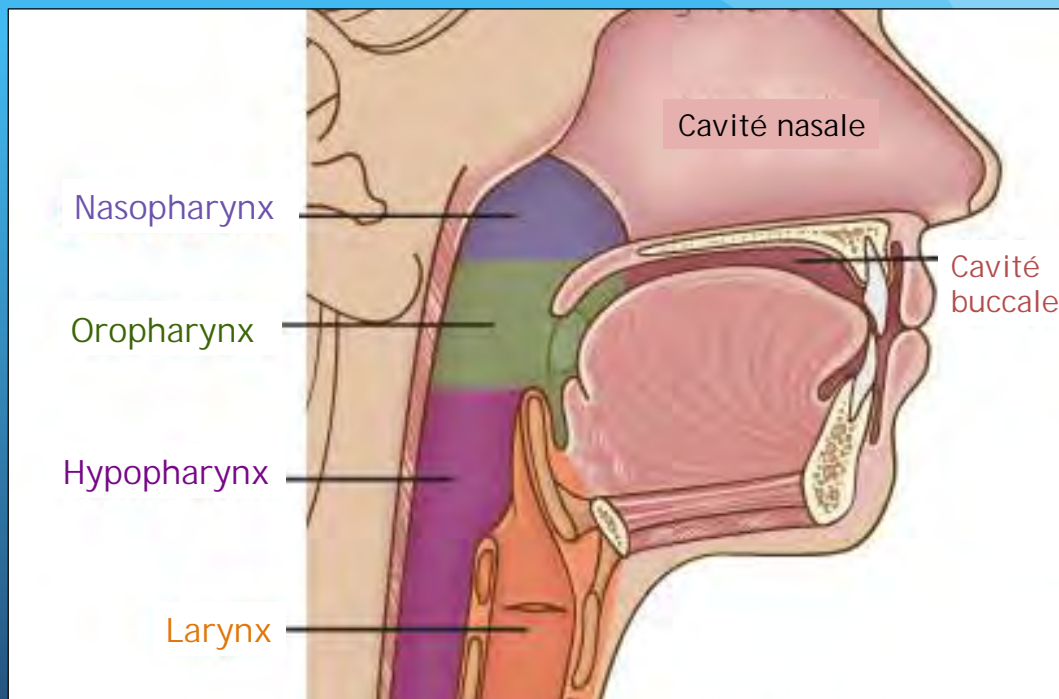
- Épithéliale (Carcinome épidermoïde (90 à 95%))
- Glandulaire (Adénocarcinome)
- Mésenchymateuse (Sarcome)
- Hémopathie maligne (Leucémie ou Lymphome)

Les tumeurs malignes qui affectent la cavité buccale peuvent être de nature primaire ou métastatique.

## Les principaux sites affectés :

- La langue
- Le plancher buccal
- Le palais mou
- Oropharynx (1/3 postérieur de la langue, piliers amygdaliens et palais mou)
- La gencive et la crête alvéolaire (trigone rétro-molaire)
- Lèvre inférieure est considérée séparément (UVB)

## Anatomie de la sphère ORL



<http://headandneckcancerguide.org/wp-content/uploads/2013/02/4a-throat-overview.jpg>

Notes:

## Les principaux traitements oncologiques :

### La radiothérapie :

- La radiothérapie consiste à utiliser des radiations ionisantes pour altérer le matériel génétique des cellules cancéreuses et provoquer leur nécrose.
- Elle vise à détruire les cellules cancéreuses dans la région malade et à empêcher leur multiplication et leur développement.
- La radiothérapie fait partie des méthodes oncologiques bien établies pour traiter les tumeurs malignes de la sphère ORL.
- Il existe trois sortes de radiothérapie :

-Externe : La radiothérapie externe dirige à distance des rayons de grande intensité sur la tumeur.  
(Radiothérapie au Cobalt ou Conventiennelle, IMRT (Intensity Modulated Radiation Therapy) ou Tomodensitométrie...). Cette technique est grandement utilisée pour traiter les cancers de la sphère ORL.

-Interne : La radiothérapie interne consiste à traiter le cancer par l'administration d'une forte dose totale de rayonnements dans une zone bien ciblée, pendant un court laps de temps. Pour ce faire, des sources radioactives scellés (souvent appelée implant radioactif) sont introduites dans le corps, à l'intérieur ou près de la tumeur. (Curiethérapie interstitielle ou Branchythérapie). Elle est par contre très peu utilisée, à cause de la complexité de la mise en pratique de la méthode et la difficulté de manipulation des matériaux radioactifs.

-Métabolique ou systémique : Administration de substances radioactives dans l'organisme, qui sont métabolisées par celui-ci.

En radiothérapie systémique, la source de rayonnement est administrée sous forme de liquide (boisson ou capsules à avaler) ou introduite dans une veine (injection intraveineuse). La source de rayonnements circule ensuite dans tout l'organisme.

Elle n'est pas vraiment utilisée pour traiter les cancers de la cavité buccale .

### La radiothérapie peut-être :

- Curative : (pour guérir)
- Néo adjuvante ou d'induction : (Pour rendre opérable les tumeurs inaccessibles à la chirurgie) (max 45 Gy)
- Adjuvante : (Pour prévenir une récurrence dans une région à risque (en post- chirurgical) (18 à 70 Gy)
- Exclusive : (Pour les tumeurs de petits volumes, les cancers inopérables, ou les tumeurs radio sensibles.)
- Palliative : (Pour diminuer l'inconfort et les symptômes)

### Les effets secondaires généraux de la radiothérapie :

- Fatigue
- Modification de l'appétit
- Perte des cheveux ou de poils sur la partie traitée
- Changements des habitudes de sommeil
- Baisse du désir sexuel
- Nausées et vomissements (tête et cou)
- Maux d'oreille ou problèmes d'audition (tête et cou)...

## Les principaux effets de la radiothérapie sur la cavité buccale:

- Radiodermatite (La peau semble brûlée, irritée, rouge ou inflammée).
- Radiomucosite (La mucosite buccale est une affection douloureuse et invalidante. Elle se caractérise par l'apparition d'ulcères dans la bouche et la gorge, de la rougeur et de l'enflure des gencives et des muqueuses, de la sécheresse et de la sensibilité générale dans la bouche. Ce qui rend les activités quotidiennes difficiles voire impossibles à réaliser, comme manger, boire, parler ou avaler.)
- Ulcérations
- Xérostomie (Après la radiation des glandes salivaires majeures, on peut remarquer une réduction du volume de salive (diminution du flot salivaire), une augmentation de sa viscosité, un changement dans le PH salivaire (diminution), une diminution du pouvoir tampon de la salive ainsi qu'une modification des composantes organiques et inorganiques de la salive. La salive devient plus visqueuse, collante et moins abondante, c'est ce qui cause la xérostomie.)
- Caries de radiations (La carie de radiation est un des effets secondaires indirect causé par ; la xérostomie, le changement de consistance de la salive, du PH, ainsi qu'une diminution des minéraux composants la salive.)
- Infections fongiques (La xérostomie et la modification de la flore buccale cause une augmentation des bactéries fongiques en bouche rendant ainsi le patient plus susceptible aux infections fongiques tel que la candidose.)
- Trismus (Limitation de l'ouverture de la bouche)
- Ostéoradionécrose (La radiothérapie affecte significativement l'os, elle amène une dévitalisation de l'os dans les champs d'irradiation. L'ostéoradionécrose se caractérise par un risque accru d'infections de l'os lésé par la radiothérapie, notamment en raison de l'absence complète ou presque complète des mécanismes de réparation.)
- Perte ou altération du goût et de l'odorat (Si l'on ne perçoit plus du tout les goûts, on parle d'agueusie, si on les perçoit moins bien, il s'agit d'une hypogueusie et enfin, si les perceptions sont faussées, il s'agit de dysgueusie.)
- Dysphagie (Difficulté à avaler)

Notes:

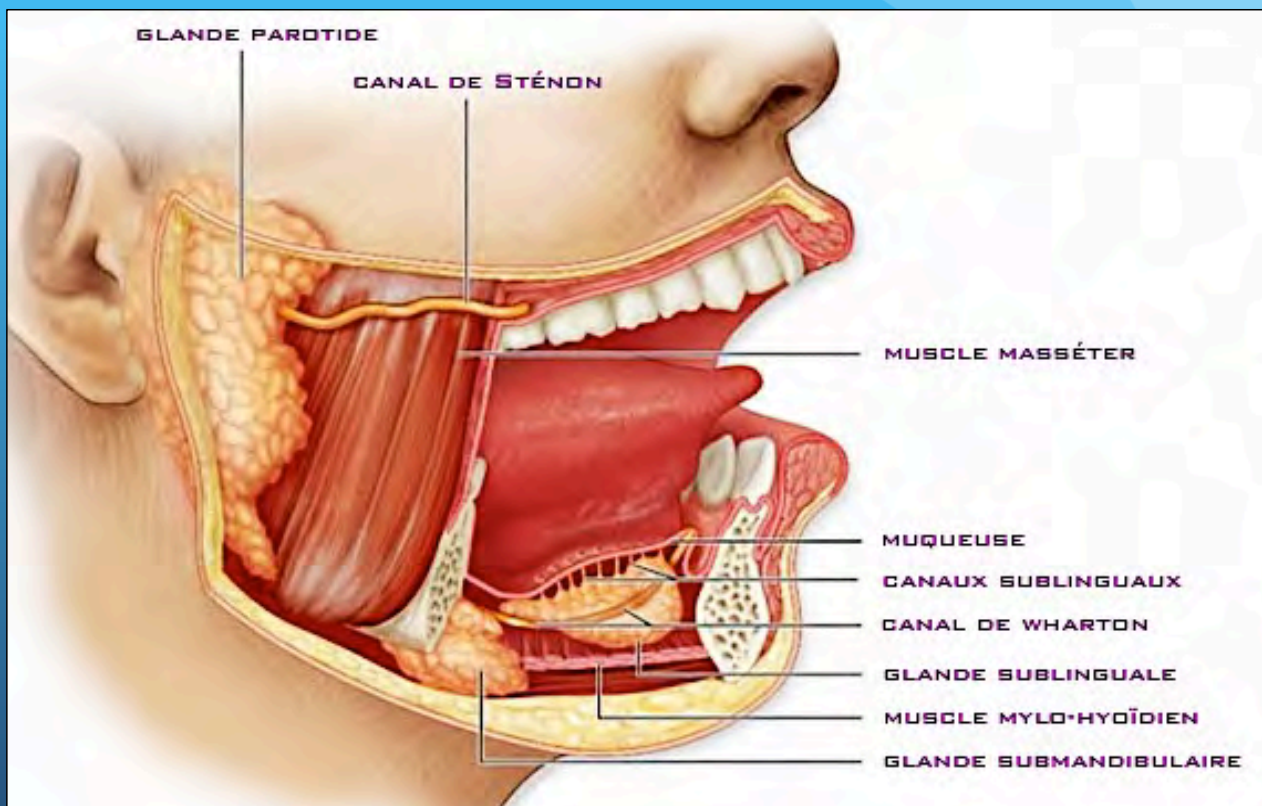


# La xérostomie

## Les symptômes de la xérostomie:

- Sensation de sécheresse dans la bouche ; langue qui colle au palais ou miroir qui colle aux muqueuses.
- Difficulté à mastiquer, à avaler, à parler ...
- Altération du goût (salé ou amer) ou de la consistance de la salive.
- Soif qui se traduit par une consommation accrue de liquide ; lèchement des lèvres.
- Sensation cuisante, brûlures et douleurs à la muqueuse et à la langue.
- Dents sensibles
- Difficulté dans le port des prothèses ...ect

## Anatomie des glandes salivaires



<http://www.glandesalivaires.com/wp-content/uploads/2014/04/anatomie-glandes-salivaires.jpg>

Notes:

## Les principales fonctions de la salive :

- Lubrification : (Lubrifie les membranes, les gencives et les dents et maintien l'intégrité de la muqueuse.)
- Nettoyage : (participe au mécanisme de nettoyage, en éliminant les débris de nourriture et les bactéries dans la cavité buccale.)
- Dégustation : (Permet de bien goûter les aliments.)
- Digestion : (Facilite le broyage des aliments et la mastication ; certaines substances présentes dans la salive commencent la digestion.)
- Protection : (Contre les infections): (Possède un pouvoir antibactérien, antivirale et antifongique. Par la présence dans la salive de protéines, de cytokines, d'hormones et de mucines qui influence positivement le système immunitaire.)  
(Contre les irritations) : (En maintenant l'intégrité des muqueuses)
- Tampon : (Assure la régularisation du PH, neutraliser le taux d'acidité en bouche.)
- Reminéralisation : (Protège contre la déminéralisation. En distribuant les ions de calcium, de phosphate et de fluorure.)
- Prononciation : (Facilite le fonctionnement des organes de la prononciation.)

Notes:

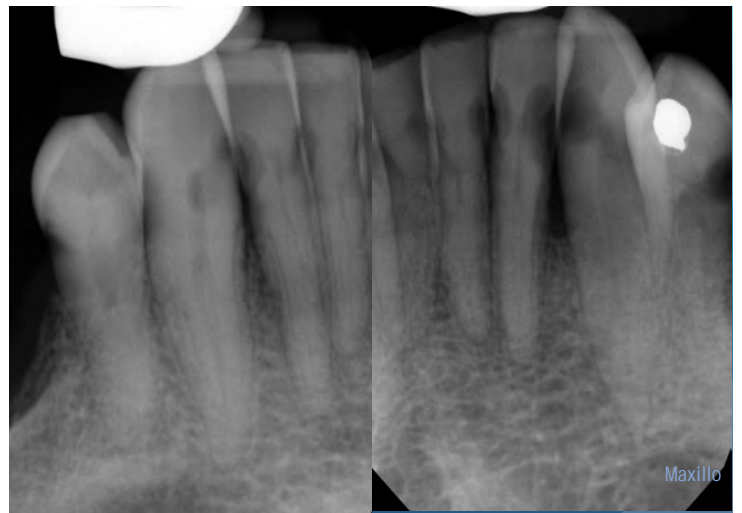
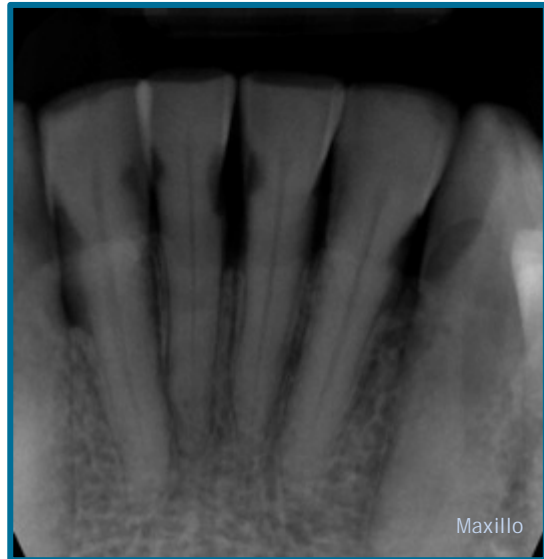
## Les caries de radiations:



On retrouve les caries de radiations à des endroits inhabituels ; au niveau des bouts incisifs, ainsi qu'au niveau du collet des racines, plus particulièrement à l'interproximal. Ces caries peuvent progresser rapidement. Elle est causée par la déminéralisation rapide des surfaces lisses des dents, qui se produit en quelques semaines sous l'effet conjugué d'éléments cariogènes et de la perte du pouvoir tampon de la salive.



La modification de la flore buccale est un résultat direct de la xérostomie. Une augmentation des bactéries cariogéniques, tel que Streptocoques mutans et les Lactobacillus prédisposent à la carie dentaire.



### Pour prévenir les caries de radiations...

Une excellente hygiène dentaire, un régime alimentaire sain, une application quotidienne de fluorure et un suivi régulier. Permettent d'éviter cette complication.

Notes:

## Le fluorure

### Pour prévenir les caries de radiations...

Dès le début des traitements de radiothérapie, le patient débute l'application quotidienne de gel fluoré (NAF 1,1 % neutre) à l'aide de gouttière, 5 min par jour et ce à vie. Ne pas rincer, boire, manger ou fumer pour les 30 min suivant l'application du gel.



### Les gels fluorés:

-Gel de fluorure neutre:  
X-Pur (Naf 1,1%)

-Gel de fluorure neutre:  
Neutragel (Naf 1,1%)



Application quotidienne (À vie), idéalement le soir.

Ne pas rincer, boire, manger, ou fumer... Pour les 30 min suivant l'application.

### Les autres options:

-PreviDent 5000

-Clinpro 5000

-Opti-Rinse ou Denta-Rinse Pro 0,2%  
(2x/jour) matin et soir



# Les infections fongiques

Les candidoses consécutives à l'irradiation peuvent alors s'observer sous les formes les plus diverses ;



## La candidose pseudo-membraneuse

Elle se distingue facilement par la présence de lésions blanches qui ont l'apparence de « lait fermenté ou caillé » sur un fond inflammé et qui peuvent être enlevées par frottement ... C'est la plus reconnue.

## La candidose érythémateuse

Peut rendre la muqueuse érythémateuse et lisse voire papillaire. Lorsque la langue est impliquée, elle peut apparaître érythémateuse et fissurée avec perte focale des papilles filiformes sur sa face dorsale. Les patients qui souffrent de candidose érythémateuse et pseudomembraneuse peuvent se plaindre d'un goût métallique ou sensation de brûlure en bouche.



## La glossite médiane rhomboïde ou glossite losangique médiane

Est une autre forme de candidose érythémateuse chronique, se présente sous la forme d'une lésion nodulaire sur la surface dorsale médiane de la langue. On peut parfois observer son image miroir au niveau du palais.



## Candidose buccale hyperplasique :

Zones blanches qui ne disparaissent pas lorsqu'on les gratte. Non associée à une traumatisme ou autre cause.





### Chéilite angulaire :

Fissures, desquamation et érythème aux commissures de la bouche.

La candidose est fréquente, surtout durant les traitements contre le cancer mais elle peut aussi persister après.

Une biopsie devrait être réalisée afin d'exclure les autres troubles épithéliaux advenant l'échec du traitement antifongique. La réponse clinique aux antifongiques suggère un diagnostic rétrospectif de candidose buccale. Référer en médecine buccale si le patient ne répond pas aux traitements initiaux.

### L'utilisation d'une solution saline comme gargarisme

(Fréquemment durant la journée. Permet de diminuer le risque d'infection fongique, aide à stabilisé le PH buccal et hydrate les muqueuses.)

#### Rince-bouche (Solution saline):

- 1 cuill. à thé de sel
- 1 cuill. à thé de bicarbonate de soude
- 1 litre d'eau bouillie ou d'eau de source

Mélanger et laisser tiédir. Se rincer la bouche avec cette solution le plus souvent possible.

Notes:

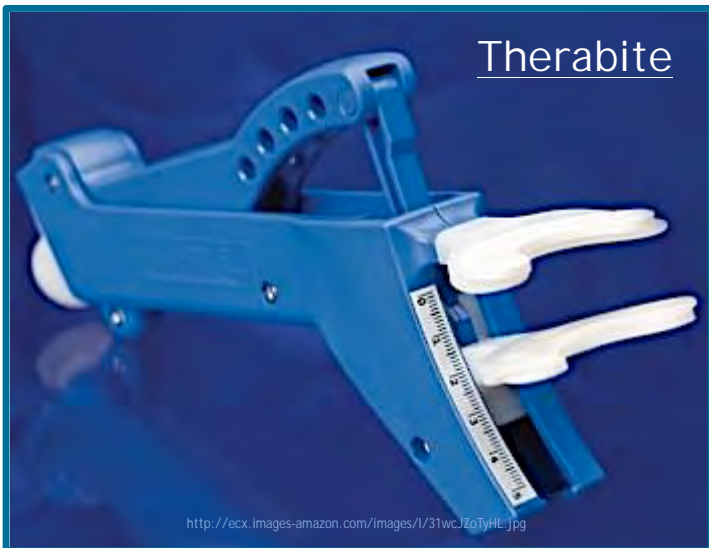
# Le trismus



Le trismus c'est la difficulté à ouvrir la bouche. Il apparaît parce que du tissu cicatriciel s'est formé dans les muscles ou l'articulation temporo-mandibulaire. Il peut aussi être présent si l'articulation ou les muscles de la mâchoire sont endommagés.

Les symptômes du trismus peuvent être :

- Une raideur de la mâchoire.
- L'incapacité d'ouvrir grand la bouche.
- Une douleur quand on tente d'ouvrir la bouche.



## Classification du Trismus :

Léger : 20 à 30-35 mm

Modéré : 10 à 20 mm

Serré ou sévère : moins de 10 mm

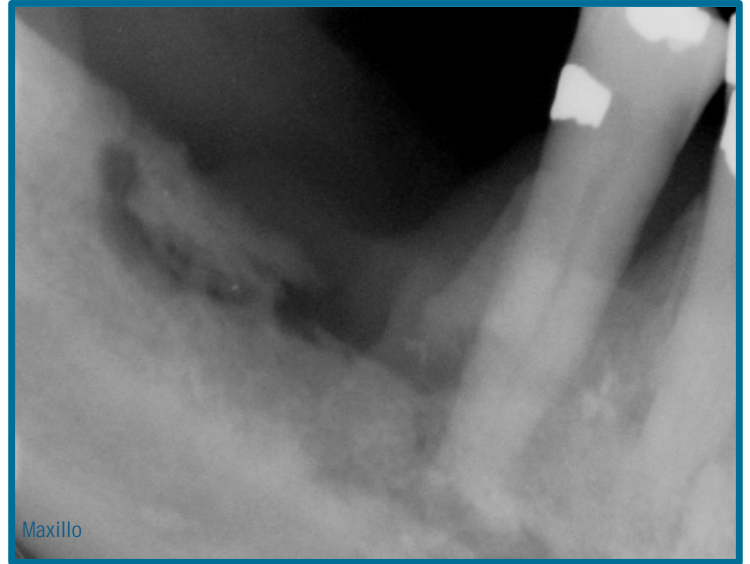


Pour garder une ouverture optimale la physiothérapie et les exercices d'ouverture aident à améliorer et à conserver les acquis.

Mais ce sont les efforts et la discipline du patient à faire régulièrement ses exercices qui permettent d'améliorer et de préserver l'ouverture à son maximum.

Notes:

## Ostéoradionécrose



La radiothérapie engendre une inflammation des petits vaisseaux sanguins, ce qui cause une diminution ou une occlusion du volume de ces petits vaisseaux. Ce qui réduit la vascularisation du tissu osseux et le rend hypo-cellulaire et hypoxique. Par conséquent, le tissu osseux est fragilisé, et ce de façon permanente.

La mandibule est plus propice à développer de l'ostéoradionécrose que le maxillaire supérieur. Car l'os y est plus dense et moins bien vascularisé que celui du maxillaire. Le site de prédisposition de l'ORN est souvent la région postérieure de la mandibule, la crête mylo-hyoidienne car cette région n'est irriguée que par une seule branche artérielle.

L'incidence d'ostéoradionécrose après la radiothérapie est une des graves complications de la radiothérapie.

### Les 3 « H » de l'ostéoradionécrose

- Hypo-cellulaire
- Hypo-vascularisation
- Hypoxique

Ce qui amène un potentiel affaibli de défense et de guérison de l'os.  
(À partir de 50 Gy)

Le risque de détérioration du tissu osseux augmente avec le temps.  
C'est pour cette raison que les procédures chirurgicales tels que les extractions, les chirurgies parodontales (curetage ouvert) et pose d'implant doivent être évité dans les zones de radiothérapie élevé,  
Soit 50 Gy et +.

16

Notes:



## -Les principaux traitements oncologiques:

### La chimiothérapie:

- La chimiothérapie utilise des médicaments pour éliminer les cellules cancéreuses ou réduire leur volume.
- La chimiothérapie est un traitement général du cancer par des substances chimiques : il met en jeu un médicament ou une association de médicaments chimio-thérapeutiques (chimiothérapie d'association).
- Elle fonctionne en arrêtant ou en ralentissant la croissance des cellules cancéreuses. Cependant la chimiothérapie endommage aussi les cellules saines, c'est ce qui cause les effets secondaires.

### La chimiothérapie peut-être:

- Curative (pour guérir.)
- Néo-adjuvante (pour réduire la taille de la tumeur avant la CHX ou la RT.)
- Adjuvante (Pour détruire les cellules qui n'avaient pas été éliminées à la suite d'une CHX ou de la RT.)  
(Pour détruire les cellules cancéreuses ou métastatiques qui sont réapparues, les récurrences.)
- Palliative (pour réduire la douleur, les symptômes, ou les inconforts.)
- Ablative (en préparation pour une greffe de moelle osseuse ou de cellules souches.)

### Effets secondaires de la chimiothérapie :

- Les nausées, les vomissements, la diarrhée, la perte des cheveux, changements au niveau de la peau...
- La mucosite (ulcérations)
- Les infections (augmentation du risque d'infections)
- Les saignements (augmentation du risque d'hémorragies)
- La xérostomie
- La dysgueusie (altération du goût)
- La dysphagie (difficulté à avaler)
- La neuro-toxicité, neuropathies (atteinte du système nerveux)

Notes:

## Considérations hématologiques :

De nombreux protocoles chimio-thérapeutiques ont un caractère myélosuppressif, ce qui entraîne une neutropénie (baisse des globules blancs) et/ou une thrombocytopénie (diminution du nombre de plaquettes) chez le patient, ce qui par le fait même, augmente le risque d'infection et d'hémorragie.

Normalement la chimiothérapie est administrée selon des cycles ou des phases, et plusieurs cycles sont souvent nécessaires pour atteindre les objectifs thérapeutiques optimaux.

Le choix du bon moment pour procéder au traitement dentaire et d'hygiène est crucial ; idéalement on recommande de terminer les soins dentaires avant l'amorce de la chimiothérapie...

Si les traitements dentaires ou d'hygiène ne sont pas achevés avant l'amorce de la chimiothérapie, on recommande que les traitements justifiés du point de vue médical ou les traitements d'urgence (en cas de douleur, risque d'infection, d'enflure...) soient effectués juste avant le début d'un cycle.

L'analyse de la formule sanguine complète du patient est un outil d'évaluation qui nous permet de savoir quelles précautions devront être prises durant le traitement.

Il peut être nécessaire de consulter l'hématologue du patient pour obtenir le feu vert pour procéder à un traitement sécuritaire pour le patient.

Normalement chaque litre de sang devrait contenir entre 3 et 7 milliards de neutrophiles (globules blancs). Mais si la numération descend sous le seuil de  $1,3 \times 10^9$  neutrophiles / litres (1,3 milliard) vous présentez une neutropénie ainsi qu'un risque plus élevé de contracter une infection.

Le risque possible d'hémorragie et de saignement causés par une thrombocytopénie (nombre réduit de plaquettes). Il faut connaître la numération des plaquettes actuelle et obtenir l'approbation de l'oncologue avant d'entreprendre tout traitement dentaire.

Il a été montré que seuls des saignements mineurs se produisent durant les périodes de thrombocytopénie si une bonne santé parodontale a été maintenue.

Notes:

## Neuro-toxicité ou Neuropathie :

Certains agents chimio-thérapeutiques peuvent endommager les cellules du système nerveux (neuro-toxicité ou neuropathie).

Les symptômes des changements au système nerveux dépendent des nerfs qui sont affectés :

### Dommmages au système nerveux central :

- démarche instable
- troubles de la coordination
- confusion
- agitation
- étourdissements
- troubles des fonctions cognitives (parfois appelés « chimio-cerveau »)

### Dommmages aux nerfs périphériques (neuropathie périphérique) :

- engourdissement, picotements ou sensation de brûlure dans les mains et les pieds
- faiblesse musculaire (causant de la difficulté à marcher, à boutonner les vêtements et à ouvrir les pots)
- altération des réflexes
- constipation
- incapacité d'uriner

### Dommmages aux nerfs crâniens :

- troubles de l'ouïe, dont tintement d'oreille (acouphène) et perte de l'ouïe (en particulier pour les sons aigus)
- vision légèrement floue ou double
- mouvements saccadés des yeux
- douleur à la mâchoire
- faiblesse du visage, de la langue, du cou ou des épaules
- changements du goût ou de l'odorat

La plupart des personnes éprouvent des troubles temporaires du système nerveux. Cependant, certaines peuvent développer des problèmes à long terme. Il est possible que les dommages au système nerveux se manifestent des mois voire des années après le traitement et qu'ils prennent plusieurs mois avant de disparaître.

En général, ces effets secondaires sont passagers, mais parfois ils peuvent perdurer et s'avérer être des lésions permanentes des nerfs.

Notes:

## -Les principaux traitements oncologiques:

### La chirurgie:

- L'intervention chirurgicale est souvent la première étape du traitement du cancer buccal. L'approche privilégiée est l'excision complète de la tumeur primaire et des tissus du pourtour.
- Avec ou sans dissection ganglionnaire.
- Les tissus enlevés sont envoyés en pathologie pour être analysés afin de vérifier si les tissus porteurs de cellules malignes ont été tous enlevés. On s'assure d'avoir des marges négatives (idéalement entre 1 cm à 1,5 cm en périphérie et en profondeur).
- Habituellement après une période de guérison d'environ 3 semaines, au besoin, le patient sera ensuite envoyé en radio-oncologie pour des traitements de radiothérapie ou en hémato-oncologie pour des traitements de chimiothérapie.

### La chirurgie peut-être:

- Diagnostique (A des fins de biopsie)
- Curative (Pour faire l'ablation de la tumeur)
- Réhabilitation (Pour reconstruire)

### Les effets secondaires de la chirurgie :

- Problèmes de mastication et d'élocution.
- Troubles liés à l'ablation chirurgicale d'une structure anatomique de la bouche ou du visage.
- Estime de soi, apparence modifiée...
- Sécheresse buccale (dût à l'ablation des glandes salivaires).
- Limitation des mouvements des tissus mous, de l'ouverture ou trismus.

Notes:

## La prothèse faciale ou épithèse:

Prothèse faciale ou prothèse maxillo-faciale permet de remplacer une structure absente, elle a pour fonction de couvrir et remplacer une partie manquante du visage et du cou. Les épithèses (prothèses faciales), permettent aux patients de retrouver une vie sociale, affective et l'harmonie de leur visage altéré. Les causes d'altération au niveau de la face sont multiples : les cancers du visage, les tumeurs, carcinomes du nez, de l'oreille, des paupières et des yeux, cancers de la peau avec les mélanomes ou autres causes ...

Ces prothèses esthétiques et fonctionnelles sont une alternative efficace à la chirurgie plastique, esthétique et reconstructrice.

Les épithèses peuvent se positionner sur le visage du patient de différentes façons: grâce aux cavités naturelles, avec de l'adhésif (colle), avec des moyens de rétentions mécaniques qui peuvent être: des lunettes, des implants comme pour les prothèses dentaires ou des aimants.

Notes:

## Résumé des principales complications à long terme pour les survivants du cancer de la cavité buccale.

Xérostomie (Hyposalivation)	<ul style="list-style-type: none"><li>-Infection des muqueuses</li><li>-Risque élevé de caries</li><li>-Maladies parodontales</li><li>-Altération du goût</li><li>-Difficulté à avaler et à parler</li><li>-Sensibilité des muqueuses</li></ul>
Neurologies	<ul style="list-style-type: none"><li>-Neuropathies</li><li>-Altération du goût, de l'odorat</li><li>-Difficulté à avaler et à parler</li><li>-Sensibilité des muqueuses</li></ul>
Fibrose	<ul style="list-style-type: none"><li>-Trismus</li><li>-Mouvement limité des tissus mous</li></ul>
Changements vasculaires	<ul style="list-style-type: none"><li>-Augmentation du risque de nécrose des tissus mous et osseux</li></ul>
Récidive ou second cancer	

Environ 30% des patients atteints de cancer ORL, souffriront d'une récurrence ou d'un second cancer au cours de leur vie. Ils ont 20 X plus de chances de développer un nouveau cancer. Dû à ce haut risque d'un second cancer, les patients ont besoin d'un suivi régulier.

## Considérations psychosociales :

En plus de devoir s'adapter aux effets indésirables physiques associé au traitement anticancéreux, les patients peuvent être aux prises avec de nombreuses difficultés psychosociales.

Des études ont révélé que jusqu'à 94 % des patients jugeaient que les enjeux liés au diagnostic et au traitement du cancer provoquent une détresse émotionnelle.



L'angoisse causée par les traitements peut affecter: les relations familiales et matrimoniales, les relations sexuelles, des préoccupations financières et des changements dans la capacité à poursuivre ses activités habituelles.

Selon la Société canadienne du cancer, les effets émotionnels de la maladie peuvent comprendre: le déni, la peur, la panique, l'isolement, la tristesse et la frustration, et sont souvent accompagnés de sentiments de stress et d'angoisse. Les patients peuvent devenir déprimés ou très en colère.

Les émotions qui se manifestent par de la colère peuvent être dirigées contre beaucoup de choses et de gens, y compris le personnel soignant. Cette colère peut-être liée à la maladie et à la situation et non dirigée contre le personnel soignant.

En informant le patient sur certains enjeux et sur les complications buccales auxquels le client peut faire face et en conseillant des stratégies visant à réduire leur impact au minimum. On peut ainsi aider à soulager, du moins en partie, l'angoisse qui accompagne souvent les aspects de la maladie ou du traitement qui lui font peur.

Leur fournir suffisamment d'information (selon leur besoin), améliore leur compréhension, leur préparation et leur permet de donner un consentement plus éclairé lors d'un traitement.

On peut parfois aussi observer des changements au niveau de la mémoire et de la concentration. Ces effets pourront disparaître à la fin de la chimiothérapie ou durer jusqu'à un an après la fin du traitement.

Notes:

## Avant de débuter leurs traitements oncologiques :

Tous les patients devraient subir un examen buccal complet et être classés selon leur état de santé bucco-dentaire

Cette démarche vise :

-À éliminer tout foyer d'infection potentiel et à stabiliser la santé buccodentaire du patient à moyen et à long terme.

-À réduire au minimum les effets pathologiques du traitement anticancéreux sur la microflore buccale et ainsi prévenir ou de diminuer l'inconfort et le risque de complications en générale.

Les soins buccaux optimaux avant la chimiothérapie ou radiothérapie doivent comprendre :

- Un examen dentaire complet,
- Des soins d'hygiène complets (détartrage, polissage, instructions d'hygiènes...)
- La réparation des caries et obturations défectueuses.
- L'extraction des dents non-restaurables.
- Le traitement de la maladie parodontale (si possible).
- Le traitement des infections péri-apicales (si possible)

Le but de l'examen complet est d'éliminer les sites à risque de complications et d'infection, de stabiliser la dentition et de tenter de déterminer les besoins futurs en soins.

Le dentiste doit traiter tout problème sous-jacent tel que; les caries dentaires, les obturations défectueuses, l'hygiène buccodentaire déficiente, la maladie parodontale non maîtrisée, un mauvais ajustement des prothèses dentaires ou une infection odontogénique.

L'objectif des soins bucco-dentaires de base est de réduire l'influence de la flore microbienne sur la muqueuse buccale au minimum et ainsi de diminuer le plus possible les séquelles qui peuvent survenir.

Il a été démontré que le retrait du tartre et de la plaque sous-gingivale contribue à optimiser la santé buccodentaire en réduisant au minimum les complications de la chimiothérapie et de la radiothérapie, notamment la mucosite, les saignements, les infections locales, générales et la douleur.

Notes :

## L'examen dentaire complet doit comprendre :

- Un panorax
- Des radiographies intra-orales de la bouche complète ( BW et PA ; particulièrement dans la zones de radiothérapie).
- Un sondage parodontal complet (poches, réc, mobilité )
- Évaluation du niveau d'hygiène bucco-dentaire du patient.
- Tenir compte des antécédents médicaux, de l'historique dentaire et de la capacité à maintenir sa condition buccale.
- Vérifier la motivation du patient à prendre soin de ses dents.

À l'aide des champs de traitements de radiothérapie et des traitements prévues, du diagnostic oncologiques (classification T.N.M), et des informations fournies par l'équipe d'oncologie. Le dentiste doit préparer un plan de traitements avant que le patient puisse débiter ses traitements.

Les racines résiduelles, les lésions apicales, les dents infectées, les kystes, ou les autres lésions doivent être identifiées pour déterminer si on doit intervenir avant le début des traitements .Toutes les dents avec des caries sévères, des obturations profondes, des lésions apicales ou des problèmes parodontaux sévères (poches de 5mm et +) doivent être extraites .Toutes les dents qu'on croient ne pas pouvoir conserver à long terme doivent être extraite préventivement. Les traitements pré-prothétique ; ablation des torus ou excroissance osseuse, des tubérosités, en vu de la préparation du terrain pour les prothèses doivent idéalement être fait en pré-traitement.

Notes:



## La classification T.N.M.

### T = Tumeur (Tumor) :

- TX : Non-investigué
- T0 : Pas d'évidence
- T? : Primaire inconnu
- TS ou TIS : In situ (en surface)
- T1 : Lésion de moins de 2cm
- T2 : Lésion de 2 à 4 cm
- T3 : Lésion de plus de 4 cm
- T4 : Lésion de plus de 4 cm avec atteinte de la peau, des sinus, des muscles ptérygoidiens ou de l'os alvéolaire.

### N = Ganglions (Nodes) :

- NX : Non investigué
- N0 : Pas d'évidence d'atteinte ganglionnaire
- N1 : 1 ganglion homolatéral de moins de 3cm
- N2a : 1 ganglion homolatéral de 3 à 6 cm
- N2b : Plusieurs ganglions homolatéral de moins de 6cm
- N2c : Ganglion contra-latéral ou bilatéral de moins de 6 cm
- N3 : Ganglion de plus de 6 cm

### M = Métastase (Métastasis) :

- MX : Métastases non-investigués
- M0 : Pas d'évidence de métastase
- M1 : Présence de métastase(s) à distance  
(On retrouve souvent les métastases au niveau des poumons, du foie et des os.)

La classification pT.N.M. (Pathologique) se base sur l'examen de la tumeur et d'autres tissus une fois qu'on les a enlevés par chirurgie. La classification pathologique est clairement indiquée par l'ajout de la lettre p devant le T.N.M.  
pT.N.M.

Notes:

## Relation entre le stade et le pronostic de la maladie

	T1	T2	T3	T4
N0	Stade 1 75% - 95%	Stade 2 65% - 85%	Stade 3 45% - 65%	Stade 4 10% - 35%
N1				
N2				
N3				
M1				

### Taux de survie (5 ans)

- Stade 1 = 85 %
- Stade 2 = 66 %
- Stade 3 = 41 %
- Stade 4 = 9%

Taux de survie global : env. 57 %

Taux de survie de 5 ans : 63-64%, tous les cancers confondus.

### Comment peut-on améliorer le pronostic ?

- Éliminer les facteurs de risque modifiables (tabac, alcool, exposition au soleil, mode de vie sain ... )
- Examens réguliers des tissus mous.
- Meilleure gestion des lésions pré-malignes :
  - Diagnostic, traitement et suivi.
  - Investir dans la recherche.
- Diagnostic du cancer à un stade débutant.  
(Les patients (2 sur 3) consultent souvent quand ils sont rendus au stade 3-4 ).

### La gestion des lésions pré-malignes...

-Obtenir une biopsie pour établir le diagnostic et décider du traitement.

-Éliminer les facteurs de risque (Les lésions présentes chez les patients sans facteurs de risque sont difficiles à gérer et présentent un risque de transformation maligne plus grand).

-Suivi clinique essentiel (aux 2-3 mois pour la première année, ensuite aux 6 mois (selon le degré de dysplasie)), pour identifier les récurrences, les changements dans l'apparence, et biopsie à refaire si changement clinique observable.

-Risque de récurrence des lésions pré-malignes dans 10% à 30% des cas (suite à l'ablation).

## L'examen clinique de la bouche

### Qu'est-ce qu'on cherche ?

- Lésion leucoplasique (blanche), érythroplastique (rouge) ou érythroleucoplasique (mixte).
- Ulcération chronique, bourgeonnante, indurée avec un pourtour surélevé.
- Masse exophytique et bourgeonnante indurée et infiltrante.
- Lésion endophytique infiltrante, surface déprimée et pourtour surélevé.

### Le cancer peut-être :

- Infiltrant : Le cancer s'étend aux couches profondes de la cavité buccale.
- Exophytique : Le cancer se développe vers l'extérieur de la surface de la cavité buccale.
- Verruqueux : Ressemble à une verrue (moins de 5% des tumeurs de la cavité buccale.)
- Ulcéreux : Apparaît sous forme d'une lésion ouverte, d'un ulcère persistant induré. Surface peut-être croulée sur la lèvre.
- Plat : Le cancer apparaît sous la forme d'une zone anormale dans le revêtement de la cavité buccale.

Donc on cherche toute induration, ulcération, excroissance, anomalie de la muqueuse, asymétrie, variation de la pigmentation, de la forme ou de la texture...

### Les symptômes :

- Une plaie sur la lèvre ou dans la bouche, tel un ulcère qui dure depuis plus de 2 semaines.
- Une excroissance sur la lèvre, dans la bouche ou la gorge.
- Une tâche rouge ou blanche sur les gencives, la langue ou le bord des lèvres.
- Un saignement inhabituel, un engourdissement de la langue, de la lèvre ou de la peau du visage.
- Un changement dans la voix, un enrrouement, un inconfort ou une sensation d'avoir quelque chose qui obstrue la gorge.
- Une mastication ou une déglutition difficile ou douloureuse.
- Un renflement de la joue, de la gencive qui gêne le port de prothèses.
- Douleur à l'oreille ...

Tout ce qui nous apparaît comme anormal ou suspect ...

Notes:

## L'examen des tissus mous

Pour l'instant, l'examen des tissus mous de la bouche reste le meilleur moyen disponible pour détecter les lésions cancéreuses et précancéreuses. Il est :

- Facile à réaliser, rapide et efficace. (Prend environ 1-2 min)
- Simple et non douloureux.
- Abordable.
- Ne nécessite pas de technologie particulière (nécessite peu d'instruments, un miroir, un 2 x 2 et une source de lumière adéquate).

Ce n'est pas parfait mais demeure le plus performant. Peut facilement être fait à tous les patients.

En tant qu'hygiéniste dentaire, nous avons la formation requise pour évaluer les tissus buccaux ; différencier ceux qui sont normaux et en santé, des tissus anormaux ou déficients.

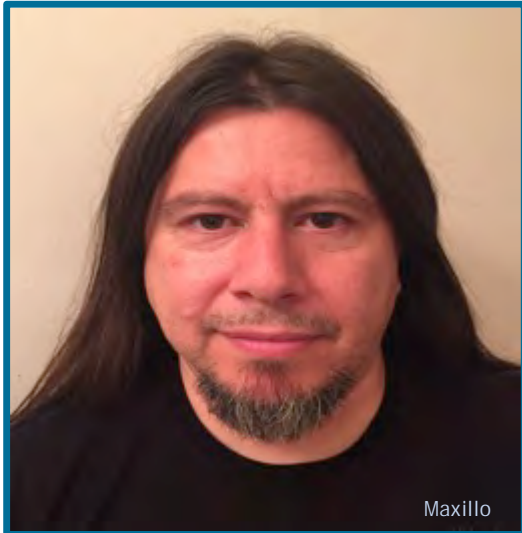
« C'est notre rôle et notre devoir. »

## L'examen des tissus mous

- 1) Extra-oral et palpation des ganglions.
- 2) Les lèvres, la région des commissures et les muqueuses gingivales.
- 3) Joues (droite + gauche).
- 4) Palais dur et palais mou.
- 5) Oropharynx (miroir face dorsale de la langue).
- 6) Langue (dessous + dessus + droite + gauche).
- 7) Pincer bout de la langue, tourner, palper.
- 8) Fermer les dents, vérifier les joues et vestibules.

Notes:

# L'examen clinique de la bouche



## 1) L'examen extra-buccal

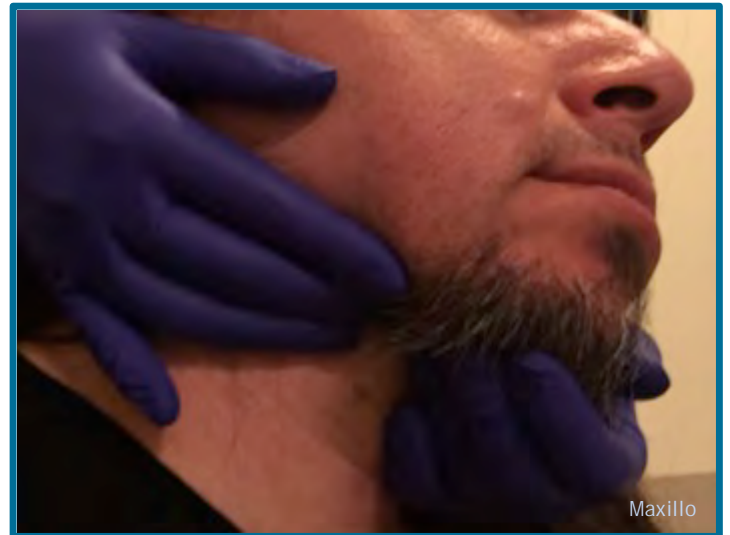
Toute asymétrie ou anomalie faciale doit être notée, spécialement dans la région parotidienne et cervicale.

## 2) Palpation des ganglions lymphatiques

La palpation des ganglions lymphatiques est un élément important de l'examen extra-buccal. Noter la présence de tout ganglion anormal (dimension et symptômes). Nous devons exclure les autres causes telles qu'une grippe ou une infection dentaire.

Les ganglions affectés sont indurés et non douloureux. (Dur et non douloureux).

Les ganglions infectieux sont mous et douloureux à la palpation.

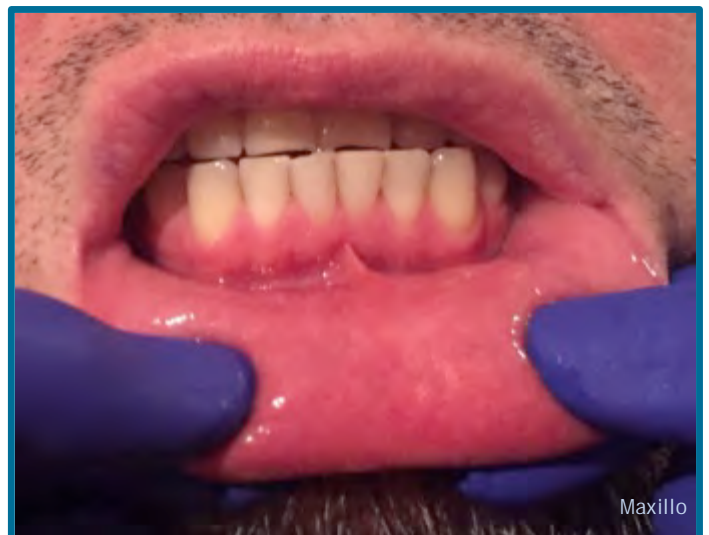
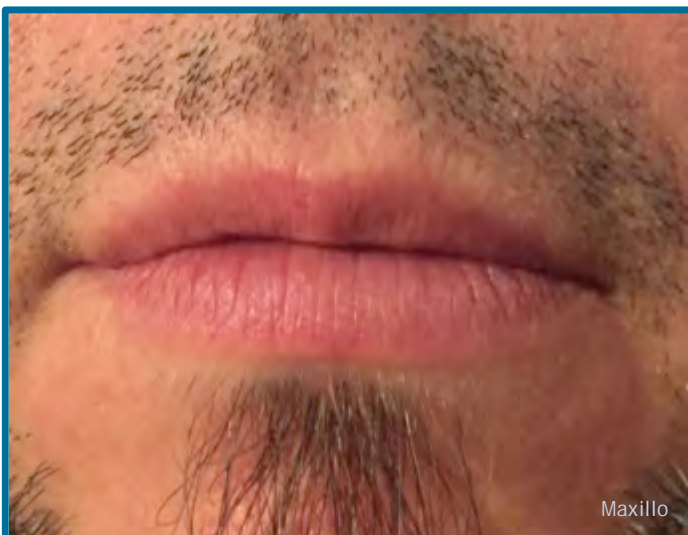


## 3) L'examen des lèvres

Demander au patient de fermer les lèvres et observer les muqueuses labiales supérieures, inférieures ainsi que les commissures.

L'examen des lèvres comporte l'observation visuelle et la palpation.

Noter toute induration, asymétrie ou anomalie de la muqueuse. Il est important d'évaluer la présence d'excroissance.



#### 4) Muqueuse gingivale

Examiner la gencive du côté labial, vestibulaire et palatin. Noter toute excroissance ou anomalie de la coloration ou de la pigmentation.



#### 5) L'examen des muqueuses jugales

À l'aide d'un miroir, tirer la muqueuse jugale.

Observer toute variation de la pigmentation, une induration ou une variation de forme.

Palper la joue.

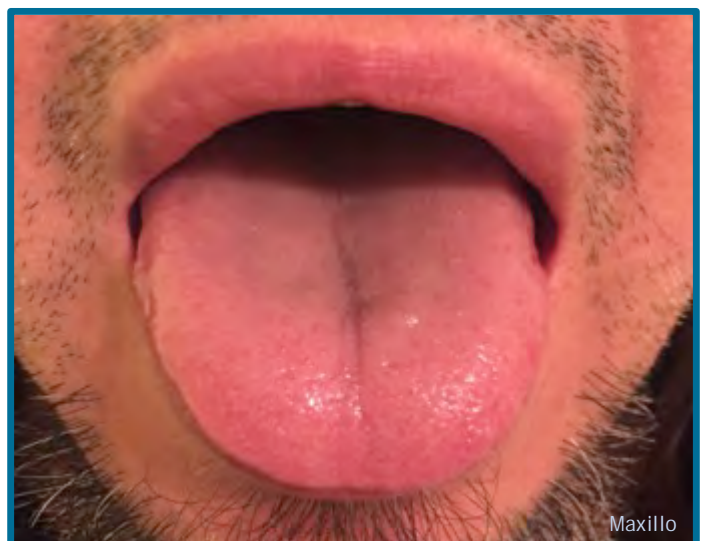
Bien examiner les zones vestibulaires et les commissures labiales.



#### 6) Face dorsale de la langue

La face dorsale de la langue est tapissée de différentes papilles : filiformes, fongiformes et caliciformes.

Observer toute variation de la texture, de la coloration ou de la symétrie de cette partie de la langue.  
Palper délicatement la surface dorsale.



### 7) Bords latéraux de la langue

Tenir délicatement la pointe de la langue à l'aide d'un 2 X 2 et déplacer délicatement la langue vers la droite puis vers la gauche.

Les papilles foliées, dans la portion postérieure de la face ventrale, doivent être aussi examinées et palpées.

Si le patient éprouve des nausées, ne pas tenir sa langue ; lui demander de la maintenir dans sa joue de façon à exposer la zone à examiner.



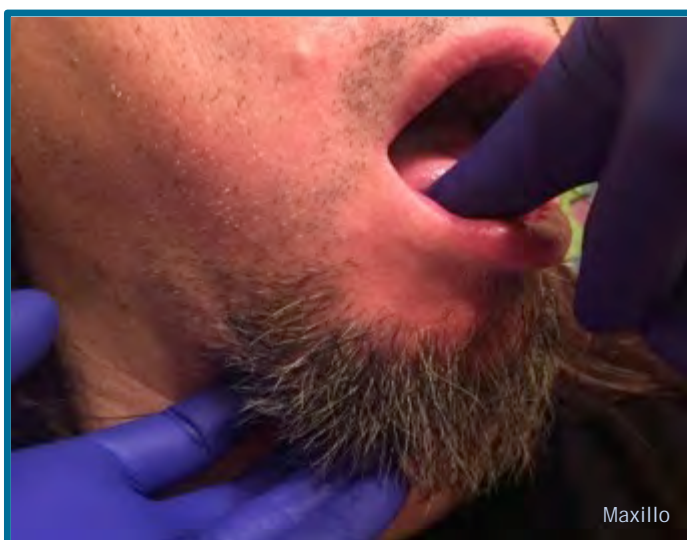
### 8) Face ventral de la langue

Il faut examiner attentivement cette zone qui est particulièrement à risque. Palper la surface ventrale exposée. Encore une fois, observer toute variation anormale (induration, érythème,...ect)

L'examen du plancher buccal comporte deux étapes :

- 1) Faire d'abord un examen intra-buccal en demandant au patient de placer la langue vers le haut, puis de la détendre pour faciliter l'examen de la partie postérieure du plancher de la bouche. On pourra ainsi repousser délicatement la masse de la langue vers l'arrière, à l'aide du miroir.
- 2) Palper ensuite le plancher buccal. Placer un doigt à l'intérieur de la bouche de façon à atteindre la partie la plus postérieure et la plus profonde du plancher. Placer un autre doigt au même niveau, mais à l'extérieur de la bouche. Palper la glande salivaire sous-maxillaire qui est relativement grosse mais mobile. Noter toute variation anormale.

Porter une attention particulière à la région située près du frein lingual, qui est très propice à l'apparition de lésion.



### 9) Palais dur

L'examen buccal se termine par l'observation du palais dur et mou. Notez toute anomalies.



### 10) Examen du palais mou

L'élévation du palais mou se fait en demandant au patient au patient de dire : « A »

Chez certains patients, il est possible d'examiner la paroi postérieure de l'oropharynx.

Une fois de plus prendre note de toute excroissance suspecte, variation de couleur de la muqueuse ou ulcération chronique. Le palais mou peut être le siège d'excroissances de nature bénigne (adénome pléomorphe) ou maligne (cylindrome, adénocarcinome).



Notes:



## Annexe 1:



Montréal, le \_\_\_\_\_

Cher (ère) docteur (e)

Par la présente, nous désirons vous référer \_\_\_\_\_ que nous avons suivi dans notre service depuis \_\_\_\_\_ suite à des traitements de radiothérapie pour un cancer ORL. Nous lui avons récemment donné congé de notre clinique.

Chez ce patient, \_\_\_\_\_ a été diagnostiqué et traité.

Le patient a reçu :

- Radiothérapie : \_\_\_\_\_ Gy
- Chimiothérapie : \_\_\_\_\_
- Chirurgie : \_\_\_\_\_

Vous trouverez-ci-joint une copie des champs de traitement de radiothérapie relatifs à son cancer.

Les traitements suivants *peuvent* être effectués sans risque :

- Examen dentaire et radiologique
- Nettoyage dentaire
- Restaurations dentaires
- Endodontie
- Parodontie (curetage fermé)
- PPF
- Prothèses dentaires (s'assurer que les prothèses ne blessent pas, les ajuster rapidement au besoin, car un ulcère persistant pourrait causer une ostéoradionécrose)

***Ce qui suit concerne seulement les patients qui ont reçu une dose de 50 Gy et plus :***

Plusieurs traitements ***ne peuvent*** être effectués dans les régions irradiées, en raison d'un risque important d'ostéoradionécrose :

- Chirurgie dentaire (extractions, pose d'implants, etc.)
- Orthodontie
- Curetage ouvert

Concernant les blanchiments dentaires, privilégier les traitements au peroxyde de carbamide 10%.

Le patient devra continuer à faire des applications de fluor afin de diminuer les risques de caries de radiation liés aux changements salivaires post-radiothérapie :

- Neutragel (*sodium neutre 1.1%*) à la gouttière ***à tous les jours et ce, à vie***
- X-Pur (*sodium neutre 1.1%*) à la gouttière ***à tous les jours et ce, à vie***
- Prévident 5000Plus (b.i.d.)
- Opti-Rinse (0.2%) (b.i.d.)

Lors des examens de rappel, veuillez examiner les tissus mous de façon rigoureuse.

Nous vous référons donc ce patient pour le(s) traitement(s) suivant(s) :

---

---

Pour tous renseignements supplémentaires, nous demeurons à votre entière disposition.

**Service de prosthodontie maxillo-faciale**  
**Département de Stomatologie**  
CHUM / Hôpital-Notre-Dame  
2065 Alexandre-de-Sève, 3<sup>ième</sup> étage  
Montréal, Québec  
H2L 2W5  
514-890-8000 p. 26917

Annexe 2:



- HÔTEL-DIEU
- HÔPITAL NOTRE-DAME
- HÔPITAL SAINT-LUC

**DEMANDE DE CONSULTATION DENTAIRE  
PRÉ-RADIOTHÉRAPIE**

MÉDECIN REQUÉRANT : \_\_\_\_\_

HÔPITAL : \_\_\_\_\_

**Localisation néoplasique**

\_\_\_\_\_

**Classification**

T \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_

**Diagnostic**

- mélanome
- carcinome
- lymphome
- adénocarcinome
- adénome
- autre \_\_\_\_\_

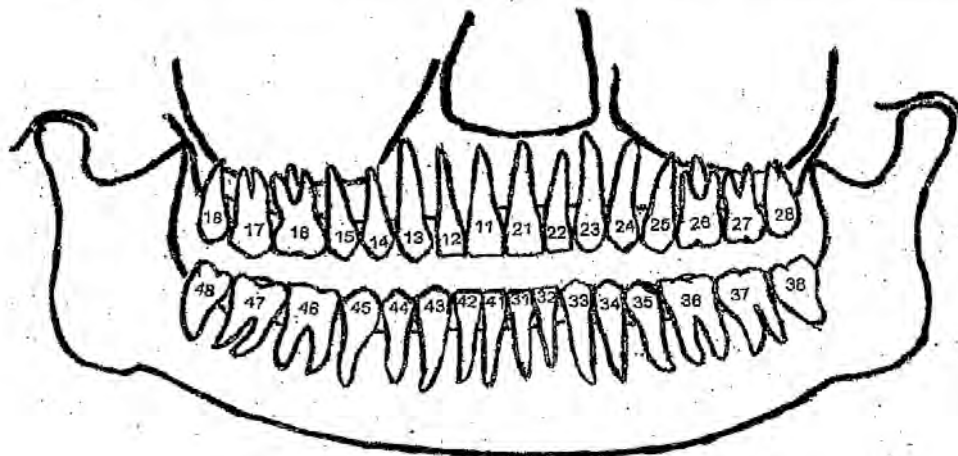
**État dentaire**

- Cliniquement denté  
- Nombre de dents restantes :
- Cliniquement édenté

**Radiothérapie**

- Appareil
- Curiothérapie
- IMRT
- Conventionnel
- Unilatéral
- Bilatéral
- « Stent » immobilisation

**S'IL VOUS PLAÎT, INSCRIRE LES CHAMPS DE TRAITEMENTS FINAUX ET DOSES**



4 001 560 Avril 2013 DM

Notes:

## Références :

- Société canadienne du cancer : [www.cancer.ca](http://www.cancer.ca)
- Société de recherche sur le cancer : [www.societederecherchesurlecancer.ca](http://www.societederecherchesurlecancer.ca)
- Fédération québécoise du cancer : [www.fqc.qc.ca](http://www.fqc.qc.ca)
- Ordre des dentistes du Québec : [www.odq.qc.ca](http://www.odq.qc.ca)
- [www.oralpacifiquemedicine.com](http://www.oralpacifiquemedicine.com)
- Association des épithésistes de France: <http://www.epitheses.org/infos-patients/les-diff%C3%A9rents-types-d-%C3%A9pith%C3%A8ses/>
- L'Explorateur vol 22 # 1, avril 2012, p 10-16
- L'Explorateur « La chimiothérapie: considérations pour les hygiénistes dentaires » p 30 -39
- Journal dentaire du Québec-Supplément, « Le dépistage précoce du cancer buccal .Le dentiste peut faire une différence » Février 2004, 46 pages. \*\*\*
- « Statistiques canadiennes sur le cancer 2015. Sujet particulier : Prévisions concernant le fardeau futur du cancer au Canada. » Gouvernement du Canada. Produit par : Société canadienne du cancer , Statistique Canada , Agence de la santé publique du Canada , Régistres provinciaux et territoriaux du cancer , mai 2015 adaptation juin 2015 , p 1 à 160 : [www.cancer.ca/statistiques](http://www.cancer.ca/statistiques)
- Statistique Canada : <http://www5.statcan.gc.ca/cansim/a26>
- [www.oralcancerfoundation.org](http://www.oralcancerfoundation.org)
- Head and neck surgery.indb » Dental oncology » David J. Reisberg and Joel B. Epstein, # 26 ,14 déc 2012, p 301 à 309
- Rev Mens Suisse Odontostomatol « Radiothérapie de la région cervico-faciale : conséquences intra-orales précoces et tardives » Michael Bornstein, Andreas Filippi et Daniel Buser, Vol 111 : 1 \ 2001, p 69 à 73
- Journal de l'ordre des dentistes du québec « Approche diagnostique d'une masse palatine » Sarah Fargetton et Martin Gaboury, vol 52 #5, oct-nov 2015, p 12 à15 \*\*
- Journal de l'ordre des dentistes du québec « Lésions blanches : une présence sournoise » Sylvie Louise Avon et Adel Kauzman, Vol 52 # 1, Février / Mars 2015, p 7 à 14 \*\*\*
- Oralhygiene « Xerostomia : Are you ready for the silver Tsunami ? » Jo-Anne Jones, September 2014, p 30 à 34
- L'Explorateur, « Candidose buccale » Dr Samson Ng, vol 26 # 1, avril 2016, p 22 à 24 \*\*\*
- Canadian journal of dental hygiene (Journal canadien de l'hygiène dentaire), Quarterly issue, February 2014, vol 48, no 1, 48 pages
- Journal de l'Association dentaire canadienne « Traitements buccodentaires en rapport avec la radiothérapie de la tête et du cou »Dr J.Hancock,Joël B. Epstein et Georgia Robins Sadler.Octobre 2003,Vol 69 #9, p 585 à 590
- « La chimiothérapie. Guide pratique » Société canadienne du cancer. Révisé 2006, 60 pages.
- « La radiothérapie. Guide pratique » Société canadienne du cancer. Révisé 2006. 60 pages.
- L'Explorateur, « La muqueuse buccale » Elaine Bertrand,Vol 23 # 3 , Octobre 2013 , p 16 à 20 .
- L'Explorateur, « Substances ciblant la xérostomie » Vol 23 # 3, Octobre 2013, p 28 à 32.

Merci !