

**NIVEAU DE PERCEPTION DES CHIRURGIENS DENTISTES
SENEGALAIS SUR LA MISE EN ETAT BUCCO-
DENTAIRE PRE-RADIOTHERAPIQUE**

Auteurs

BA A,
NIANG P,
TAMBA B,
GASSAMA B,
KOUNTA A,
AAL J A,
DIA T S,
DIALLO B.

Services

Faculté de Médecine,
Pharmacie et Odontologie -
Université Cheikh Anta Diop
Dakar
1- Service Odontologie
Conservatrice-Endodontie,
Département d'Odontologie
2- Chirurgien dentiste

Correspondance

Dr ABDOU BA assistant
au service de chirurgie
buccale, département
d'odontologie FMPOS
UCAD.
BP 45371 Dakar Fann/
abdouba301@hotmail.com
77 322 55 06

RESUME

Afin d'évaluer leur niveau de perception sur la mise en état bucco dentaire pré-radiothérapique, une étude transversale descriptive a été menée auprès de 94 chirurgiens dentistes sénégalais.

Du point de vue de l'évaluation clinique nous avons constaté que les chirurgiens dentistes interviewés ont de bonnes connaissances sur leur rôle avant la radiothérapie, les traitements appropriés pour les CAT I et II, les gingivites (avec plus de 90 % de bonnes réponses), les indications d'avulsion en cas d'enclavements, d'inclusions, de délabrements coronaires et d'atteintes parodontales modérés à sévères.

En revanche, on peut déplorer les erreurs d'appréciation sur l'importance de

l'hygiène bucco-dentaire sur la décision de conservation ou non des dents, le traitement des CAT III et IV, le délai de cicatrisation avant le début de la radiothérapie et la nécessité de réaliser une fluoroprophyllaxie

Forts de ces constats, il apparait nécessaire de faire une mise à jour des connaissances des chirurgiens dentistes pour éviter les complications post radiques et améliorer la qualité de vie des patients après traitement.

Mots-clés : cancer - radiothérapie- chirurgien dentiste - état bucco dentaire

SUMMARY

We note that the interviewed dental surgeons have good knowledge on their role during radiotherapy of VADS cancers, treatment suited for teeth at the stage of CAT I, CAT II and gingivitis (with more than 90% of good responses), the indications of avulsion in case of enclosing, inclusions, destroyed teeth and moderated or severe periodontitis

On the other hand, we can regret errors of assessment on the importance of the oral hygiene in preserving or not teeth, the treatment of CAT III and IV, the deadline of healing before the beginning of the radiotherapy and the necessity of realizing fluoroprophyllaxy

From these reports, it seems necessary to make training to update the knowledge of the senegalese dental surgeons; In reality they are an integral part of the multidisciplinary team taking care of the patients with VADS cancers and their action will allow to minimize the complications of radiotherapy particularly osteoradio-necrosis and to improve the patient's quality of life after treatment.

Keys words : cancer - radiotherapy - dental surgeon - oral health

INTRODUCTION

La radiothérapie des tumeurs malignes des VADS entraîne des effets secondaires temporaires ou définitifs dont la prise en charge par l'odontologiste nécessite une intervention précoce. La complication majeure demeure l'ostéoradionécrose. Ce risque est constant et latent mais peut être nettement évité si le praticien prend certaines précautions. Celles-ci interviennent en amont du traitement radiothérapique et concernent la mise en état bucco-dentaire qui permet d'éliminer les foyers infectieux, d'origine dentaire, potentiels ou réels associés à la mise en place d'une fluoruration dentaire.

Notre travail aura pour objectif d'évaluer le niveau de perception des chirurgiens dentistes sénégalais sur la mise en état bucco-dentaire de patients atteints de cancer des VADS et traités par radiothérapie cervico-faciale.

MÉTHODOLOGIE

Il s'agit d'une enquête transversale descriptive qui s'est déroulée du 1^{er} avril au 7 juillet 2012. Elle a concerné des chirurgiens dentistes sénégalais, exerçant dans des structures privées, publiques et parapubliques. Les chirurgiens dentistes interviewés n'ont pas été prévenus de notre visite; ils auront à répondre à des questions qui traitent de leurs connaissances concernant la radiothérapie et sur la conduite à tenir en vue d'une mise en état bucco dentaire préradiothérapique.

Les réponses sont jugées correctes, incorrectes ou incomplètes par comparaison avec des définitions médicales, mais aussi avec des données recueillies dans la littérature et articles publiés

Toutes les données seront collectées puis saisies sur le logiciel Sphinx Plus 2 version 4.5 qui nous permettra d'avoir la présentation graphique des résultats.

Les analyses statistiques sont réalisées avec le logiciel SPSS .

Les variables qualitatives et quantitatives sont décrites en pourcentage.

RÉSULTATS

94 chirurgiens dentistes ont été interviewés.

Connaissances sur la MEBD pré-radiothérapique

En quoi consiste la radiothérapie ?

- 13,8 % ont donné une réponse incorrecte.
- 19,1 % ont donné une réponse incomplète
- 67 % ont donné une réponse correcte

Le chirurgien-dentiste a-t-il un rôle à jouer ?

- 91% des individus de l'échantillon ont estimé que oui.
- 9 % ont en revanche estimé que le chirurgien-dentiste ne jouait pas de rôle

Une seconde question a été introduite :

Si oui précisez quel est ce rôle ?

- 78 % ont répondu de manière juste
- 22 % n'ont pas donné la bonne réponse

But de la mise en état bucco-dentaire

- 41.5 % de réponses incorrectes
- 19.1 % de réponses incomplètes
- 39.4 % de réponses correctes

Protocole de la mise en état bucco-dentaire ?

- 17 % de réponses incorrectes
- 56.4 % de réponses incomplètes
- 26.6 % de réponses correctes

Différence entre patient à hygiène buccale déficiente et patient à hygiène buccale parfaite

- 53 % des chirurgiens disent faire la différence
- 47 % estiment qu'il n'y a pas lieu de faire de différence

Si oui laquelle ?

- 54 % ont donné une réponse satisfaisante
- 46 % ont répondu de manière erronée

Types de prothèses dentaires à maintenir en bouche

- 30,9 % ont donné une réponse incorrecte
- 24,5 % ont donné une réponse incomplète
- 44,7 % ont donné une réponse correcte

Traitements proposés face à des pathologies données

Traitements proposés pour une gingivite tartrique

- 86,17 % ont répondu Détartrage + Enseignement et Motivation à l'hygiène (D+E+M)
- 11,70 % ont répondu Détartrage seul (D)
- 1,06 % ont répondu Enseignement et Motivation à l'hygiène (E+M)
- 1,06 % ont indiqué ne pas savoir (N)

Traitements proposés face aux caries de Cat I et II

- 51,60% pour un Traitement Conservateur
- 40,40% pour un Traitement Conservateur + Enseignement et Motivation à l'hygiène (Tco+E+M)
- 2,15 % pour un Détartrage + Enseignement (D+E)
- 1,60 % pour une non intervention (Ne rien faire)
- 0,55 % pour un Enseignement et motivation à l'hygiène bucco-dentaire
- 1,10 % pour un Traitement canalaire
- 1,60 % pour un Traitement conservateur + Détartrage + Enseignement et motivation à l'hygiène (Tco+D+E)

Traitements proposés face à une pulpite (Cat III)

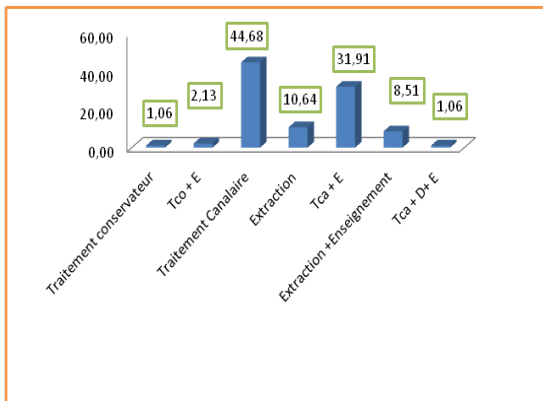


Figure 1 : Traitements proposés face à une pulpite dentaire (Cat III)

Traitements proposés face à une Cat IV

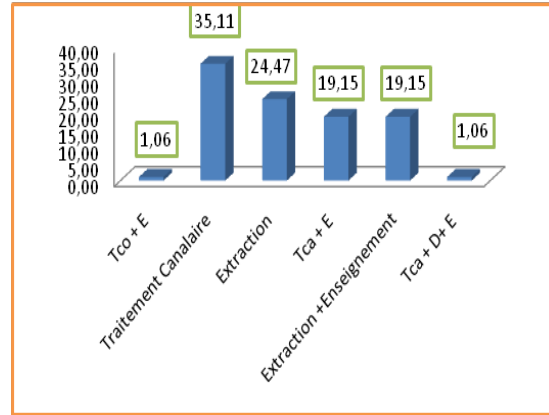


Figure 2 : Traitements proposés face à une Cat IV

Traitements proposés face à une destruction coronaire

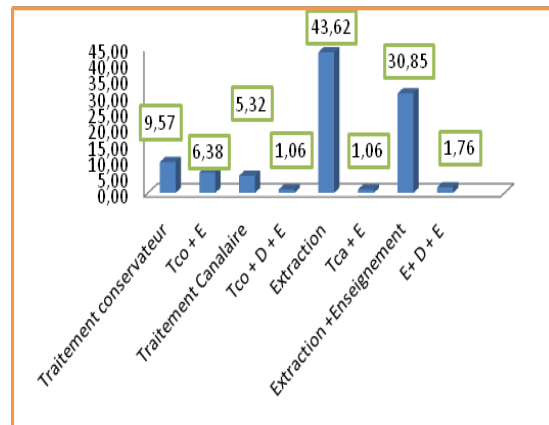


Figure 3 : Traitements proposés face à une destruction coronaire

Traitements proposés face à des dents parodontosiques

- 54.26 % pour une Extraction seule
- 38.30 % pour une Extraction + Enseignement à l'hygiène
- 6.38 % pour un Détartrage + Enseignement à l'hygiène bucco-dentaire (D+E)
- 1.06 % pour une Extraction + Détartrage + Enseignement (E+D+E)

Traitements proposés faces à des dents enclavées

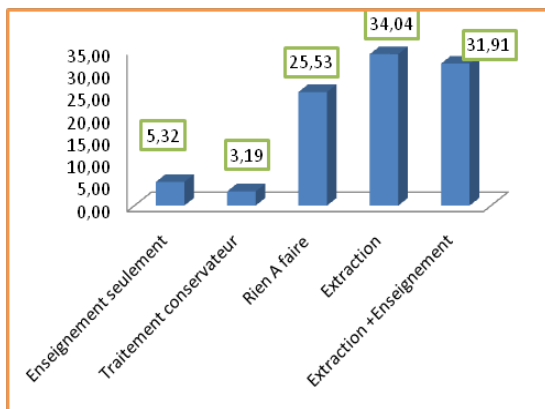


Figure 4 : Traitements proposés face à des dents enclavées

Traitements proposés face à des dents incluses asymptomatique

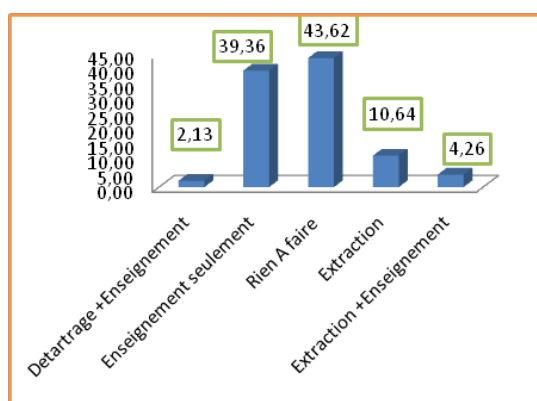


Figure 5 : Traitements proposés face à des inclusions asymptomatiques

Connaissances sur le délai de cicatrisation entre extractions dentaires et démarrage de la radiothérapie

- 38.3 % de réponses correctes
- 13.8 % de réponses incomplètes
- 47.9 % de réponses incorrectes

Prophylaxie fluorée

- 59.6 % de réponses correctes
- 25.5 % de réponses incomplètes
- 14.9 % de réponses incorrectes

Capacités professionnelles concernant la MEBD

- 58.5 % les ont estimées comme étant «moyennes»
- 27.7 % les ont estimées «bonnes»
- 13.8 % les ont estimées «insuffisantes»

Besoin de Formation complémentaire

- 64 % ont déclaré en avoir besoin
- 36 % ont estimé ne pas avoir besoin de cette formation

DISCUSSION

La radiothérapie est un traitement loco-régional du cancer qui utilise les rayonnements ionisants, pour détruire les tissus cancéreux, nous avons découvert que le 1/3 des dentistes interrogés (environ 33%) avait une définition incorrecte ou incomplète de la radiothérapie [8]. Ceci est inquiétant car il doit être au courant des innovations techniques dans le domaine du traitement anticancéreux et il doit faire partie de l'équipe soignante en contribuant à l'établissement du diagnostic, au plan de traitement et à la prise de décision. [11]

L'exposition des tissus buccaux et péri-buccaux à de fortes doses de radiations provoque de nombreuses complications telles que les mucites, la xérostomie, les caries post radiques voire même l'ostéoradionécrose.

Le chirurgien dentiste de part son action, permettra de minimiser ces complications mais également, d'améliorer la qualité de vie des malades après traitement.

Dans notre étude, 91% des dentistes interrogés ont reconnu leur rôle dans la préparation du patient en vue de la radiothérapie et 78% d'entre eux ont pu définir correctement ce rôle.

La MEBD, principal thème de cette étude, est une pratique peu maîtrisée par les chirurgiens dentistes interrogés aussi bien sur son but que sur son protocole.

Selon Missika et Ben Slama [9], le protocole de MEBD suit une démarche méthodique et

rigoureuse comprenant un enseignement à l'hygiène buccodentaire, un détartrage, des avulsions dentaires si nécessaires, les soins d'odontologie conservatrice, les traitements radiculaires, une prophylaxie fluorée et une réhabilitation prothétique à prévoir après radiothérapie.

Cependant, seuls 26% des dentistes de l'échantillon ont pu répondre correctement à la question « Quel est le protocole de la MEBD en vue de la radiothérapie ? », 56% y ont répondu de manière incomplète et 17% de manière incorrecte.

Ce fort taux de réponses incomplètes est surtout marqué par l'omission, dans le protocole, de la prophylaxie fluorée.

Ce volet du traitement demeure une étape indispensable à la MEBD et effet obligatoire dans la prévention des caries, pendant et après irradiation de la tête et du cou, selon A-Verrain ^[12], la prophylaxie fluorée consiste en l'application journalière de fluor à grande concentration par l'intermédiaire de gouttières porte gel. Elle sera poursuivie tout au long de la vie du patient.

Une étude réalisée par Savignat et coll ^[11] en 2007 montre l'importance de la fluoroprophyllaxie en révélant l'augmentation de l'incidence de la carie chez les patients ne respectant pas les conseils de fluoroprophyllaxie.

On déplorera également le fait que 47% des praticiens interrogés ne font aucune différence entre patients à hygiène buccale parfaite et patients à hygiène déficiente.

Selon Merigot A et Chatel C ^[8], la mise en état bucco-dentaire est établie en fonction de plusieurs critères parmi lesquels on citera l'état dentaire, l'hygiène bucco-dentaire et le profil psychologique du patient.

Pour Maurais M et Bermer G ^[7], une bonne santé bucco-dentaire est nécessaire pour réaliser les interventions pré-radiothérapeutiques les plus adéquats et Borowski B ^[1] le confirme en précisant aussi la motivation du patient.

En ce qui concerne la prise en charge clinique, les chirurgiens dentistes interrogés possèdent de solides connaissances sur les types de traitement à effectuer lorsqu'ils

doivent pratiquer une MEBD. Ainsi face à une gingivite tartrique, 86% préconisent à juste titre un détartrage accompagné d'un enseignement et d'une motivation à l'hygiène bucco-dentaire.

De la même manière, un peu plus de 90% d'entre eux préconisent un traitement conservateur (parfois associé à un enseignement et une motivation à l'hygiène bucco-dentaire) pour les caries de catégorie I ou II, ceci est corroboré par les études de Bruin, jolly et Koole ^[3].

Au cours de notre étude, 18% des praticiens proposent un traitement conservateur en utilisant comme matériau, l'amalgame.

Il n'existe toujours pas de véritable consensus sur ce sujet, et certains praticiens déposent tout métal présent en bouche lors de la mise en état buccale, tandis que d'autres les maintiennent. Ce deuxième point de vue est renforcé par Thilman C, Adamietz I.A et collaborateurs ^[12] qui affirment que les traitements radiothérapeutiques actuels ne nécessitent plus l'ablation de tous les éléments métalliques, Il n'est donc plus utile de les éliminer systématiquement.

Cependant devant des éléments métalliques de grande portée tels que des bridges, on peut craindre un léger surdosage ; à moins de les protéger à l'aide de gouttières ou de tissu de protection, ces éléments devront être déposées selon Bornstein et coll ^[2] et remplacées par des prothèses provisoires en résine ou en céramique.

En ce qui concerne le traitement de la catégorie III, 78 % des dentistes de notre échantillon pensent qu'un traitement canalair est l'attitude la plus appropriée. Borowski B ^[1], opte de même pour un traitement endodontique, par contre, l'étude réalisée par Moizan ^[10] montre que la majorité des praticiens (83%) préconisent l'extraction de la dent au stade de cat III, car la conservation nécessite des conditions spéciales à savoir, la réalisation du traitement endodontique en une séance, sous digue et sans traumatiser le périapex, ce qui est difficile à réaliser en pratique quotidienne.

Il en est de même quant au traitement le plus adapté face à une carie de catégorie IV.

En effet, 55% des dentistes interrogés pensent qu'il vaudrait mieux faire un traitement canalaire contre environ 44% qui proposent une extraction. Ceci est probablement dû au fait que ces catégories de carie nécessitent un suivi lorsqu'elles sont traitées classiquement par un traitement canalaire. Cependant, ce suivi est quasi impossible en raison du peu de temps que possèdent parfois les dentistes pour réaliser la mise en état bucco dentaire pré-radiothérapique, ce qui les a conduits à préconiser l'extraction, afin d'éviter toute complication et d'intervenir à nouveau sur un terrain irradié.

Cette attitude est confirmée par Bruin, Yolly et Koole [3] qui ont démontré l'existence d'un consensus quant à la nécessité d'extraire les dents présentant une nécrose pulpaire, il en est de même que Borowski B [1] qui préconise l'extraction des dents au stade de catégorie IV.

La majorité des dentistes interrogés (83%) adoptent une attitude expectative associée à un enseignement à l'hygiène buccodentaire face à des dents incluses asymptomatiques.

Ce résultat est en adéquation avec celui de Borowski B [1], pour qui, si les dents incluses sont asymptomatiques, leur conservation est indiquée car leur avulsion représente un risque plus important du fait du traumatisme osseux lors de l'intervention.

A l'inverse, toutes dents pouvant être une porte d'entrée infectieuse, telles que les dents enclavées, délabrées ou parodontosiques doivent être avulsées, ce que la majorité des dentistes dakarois interrogés réalisent.

Cette étude nous a permis de dresser plusieurs constats appréciables mais également quelques lacunes ou insuffisances, en ce qui concerne le rôle du chirurgien dentiste sénégalais avant une radiothérapie cervico-faciale.

Les points appréciables sont entre autres :

- La perception du rôle du chirurgien dentiste dans la préparation buccale en vue de la radiothérapie.

- Une bonne connaissance des traitements à effectuer face à des pathologies telles que les caries de cat I et II, les dents enclavées, incluses, les destructions coronaires et les parodontopathies.
- La demande de formation complémentaire ou d'une mise à jour exprimée par 64% des personnes interrogées.

En revanche, on peut déplorer :

- Les choix thérapeutiques face aux caries de cat III et IV
- Le manque de connaissance sur les délais de cicatrisation (seulement 38% de réponses justes) et l'obligation de réaliser une fluoroprophyllaxie (environ 40% de réponses incomplètes et incorrectes).

A terme pour éviter les complications liées à la radiothérapie, la prise en charge bucco-dentaire des malades doit allier compétence des praticiens, qualité des soins, et rapidité d'exécution du fait du caractère évolutif de la maladie.

CONCLUSION

Avant la radiothérapie, les patients porteurs d'un cancer des VADS doivent bénéficier d'une mise en état bucco-dentaire. Ils doivent être informés des règles à observer (arrêt des toxiques tel que tabac et alcool) et bénéficier d'une éducation à une bonne hygiène bucco dentaire.

Ainsi le chirurgien dentiste devra réaliser tous les traitements jugés nécessaires pour assainir la cavité buccale afin de préparer le patient à la radiothérapie.

Ces soins incluent une prophylaxie fluuorée à l'aide de gouttières thermoformées pour prévenir les complications bucco-dentaires post- radiothérapiques particulièrement l'ostéoradionécrose.

Pour être à même de réaliser tout ceci, le dentiste doit être intégré dans l'équipe pluridisciplinaire de prise en charge, et affiner ses connaissances théoriques et pratiques sur la mise en état bucco-dentaire

afin d'éviter les complications délétères de la radiothérapie, complications qui peuvent aboutir à la remise en cause du pronostic vital ou altérer irrémédiablement la qualité de vie du patient.

BIBLIOGRAPHIE

1. Borowski B., Margainaud J.P. Soins bucco-dentaires avant et après radiothérapie intéressant la cavité buccale. *Rev odontostomatol*, 1990; 19 : 151-5.
2. Bornstein M, Fillipi A et coll. Concepts de prophylaxie et de traitements des effets secondaires de la radiothérapie de la région cervico-faciale. *Rev Men Suisse odontostomatol*, vol 111, 2001.
3. Bruins H, Koole R, Jolly DE. Pretherapy dental decisions in patients with head and neck cancer: a proposed model for dental decision support. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 1998; 86: 256-267.
4. Chatel C, Merigot A. Irradiation cervico-faciale: rôle de l'odontologue *Rev Odont Stomatol* 2005 ; 34 : 279-291.
5. Kante F. Les cancers de la cavité buccale: points sur le rôle de l'odontologue dans la prise en charge. *These : Chir Dent Dakar* 2005, n° 5.
6. KEKIC. Prévention de l'ostéoradionécrose des maxillaires chez le patient cancéreux. *Thèse Chir Dent Nancy*, 2004.
7. Maurais M, Bermer G. Modalités thérapeutiques des cancers buccaux, préparation des patients et gestion des effets secondaires. *J.dent Quebec supp*. 2004, 48 p.
8. Merigot A, Chatel C. Irradiation cervico-faciale : répercussion sur le milieu buccal. *Rev Odont stomat*, 2005 ; 34:155-169.
9. Missika P, Ben Slama L. Cancers de la cavité buccale. Du diagnostic aux applications thérapeutiques. Editions CdP, 2008 ; 138 p.
10. Moizan H. Comité de cancérologie des VADS : place de l'odontologue. *Mémoire, Paris V*, 2001.
11. Savignat M et coll. Compliance des patients irradiés pour le port de gouttières de fluoruration: incidence sur la carie dentaire. *Med bucc chir bucc*, 2007,13(2): 77.
12. Thilman C, Adamietz I et coll. The in vivo determination of dosage intensification due to dental alloys in the therapeutic irradiation of the oral cavity. *Strahlenther onkol* 1995, 171(8) : 468-472.
13. Verain A. La fluorothérapie post radique. *Rev stomato chir maxillo*. 2004 105, (5) 289-290.