

# Maxillectomie non reconstruite après chirurgie carcinologique : à propos d'un cas clinique

Problématique

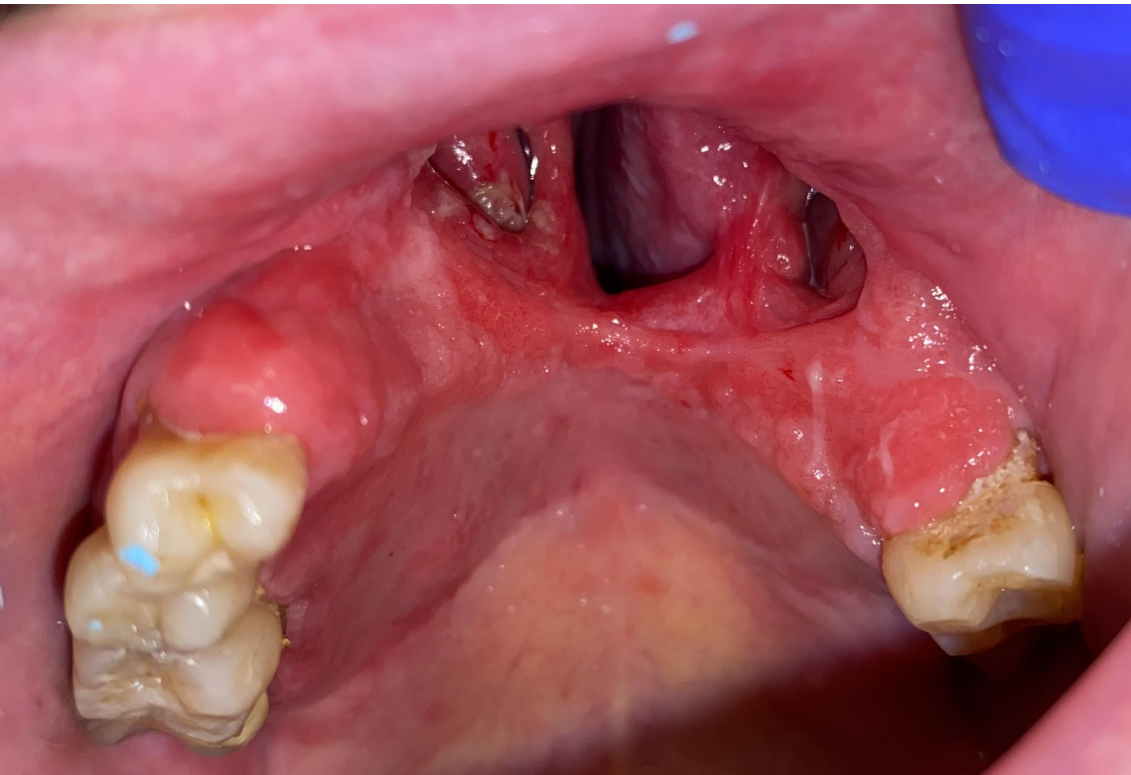
Les **pertes de substances (PDS) maxillaires** induites par les chirurgies carcinologiques ne sont pas toujours reconstruites (reconstruction différée ou contre indiquée) et nécessitent une prise en charge prothétique particulière avec un **dispositif obturateur** qui doit être anticipé en amont de la chirurgie et dont les caractéristiques diffèrent selon la situation clinique.

Contexte clinique



Patient homme de 90 ans, dialysé, opéré d'un carcinome Epidermoïde (T4, NO, MO) de la gencive avec envahissement de l'os maxillaire, sans traitement adjuvant ou néo-adjuvant (refus du patient).

**Traitement chirurgical:** maxillectomie du palais antérieur avec sacrifice du bloc alvéolodentaire (I3 à 25)

**Séquelles de la chirurgie:** Communication Bucco Nasale (CBN) et Bucco Sinusienne (CBS) droite, défaut de phonation, fuites alimentaires, écoulements dans la cavité buccale, affaissement de la lèvre supérieure.



Réhabilitation prothétique en pré per et post chirurgie carcinologique		
PRÉ OPÉRATOIRE		Objectifs
ANTICIPER la PDS maxillaire	<div>→ Empreinte <b>AVANT</b> chirurgie carcinologique</div> <div>→ <b>Simulation de l'exérèse chirurgicale</b></div> <div>→ <b>Réalisation d'une plaque palatine obturatrice</b> en résine transparente ( type Orthorésin®)</div>	<div>- Remplacer en immédiat le <b>palais dur</b></div> <div>- Limiter les <b>fuites</b> bucco-nasales et sinusiennes</div> <div>- <b>Rétablir les fonctions oro-pharyngées</b> et un <b>esthétique immédiat</b></div> <div>- <b>Guider</b> la cicatrisation des tissus adjacents (rôle de conformateur et limiter la formation de brides tissulaires)</div>
PER OPÉRATOIRE		
RÉHABILITER en immédiat	<div>→ <b>Adaptation per-op</b> de la <b>plaque palatine</b> à la PDS maxillaire et rebasage au Fitt de Kerr®</div>	
POST OPÉRATOIRE		
CONDITIONNER les tissus	<div>→ <b>Réajustement</b> de la plaque</div> <div>→ <b>Renouvellement</b> du Fitt de Kerr® jusqu'à cicatrisation tissulaire complète (4 à 6 semaines post-opératoire)</div>	



Réalisation de la prothèse amovible obturatrice

Type de plaques ?


Plaquette à châssis métallique

Plaquette résine

Type d'obturateur ?

Obturateur rigide, prothèse monobloc

Obturateur souple en silicone dissocié

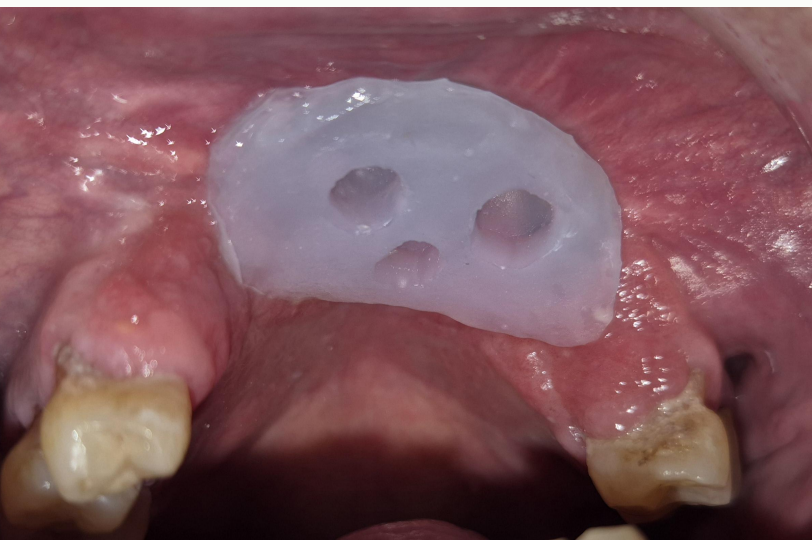





- Vérifier la **tolérance** du patient à la prothèse obturatrice et volume de plaque

- Exploiter au **maximum les contre-dépouilles de la PDS** avec un **obturateur souple** pour une **meilleure rétention prothétique**

- Limiter le **poids** de la prothèse obturatrice



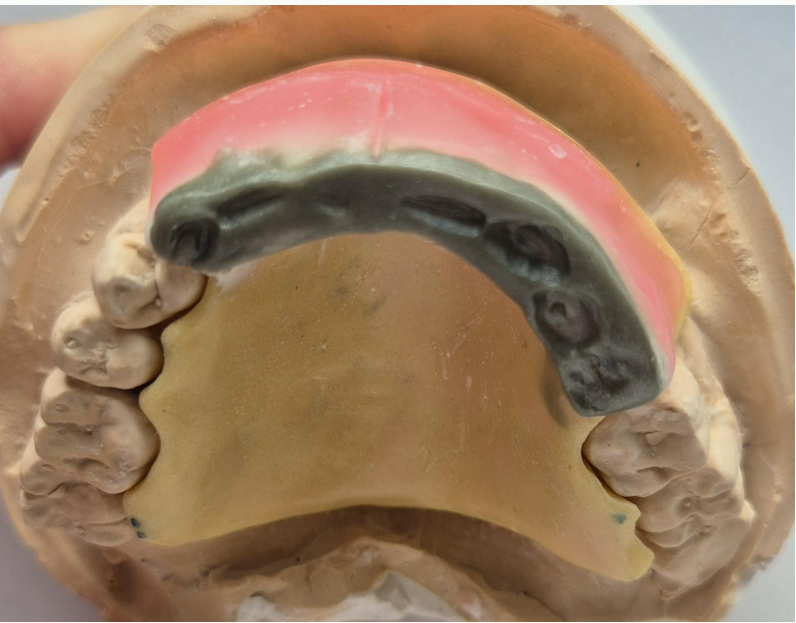

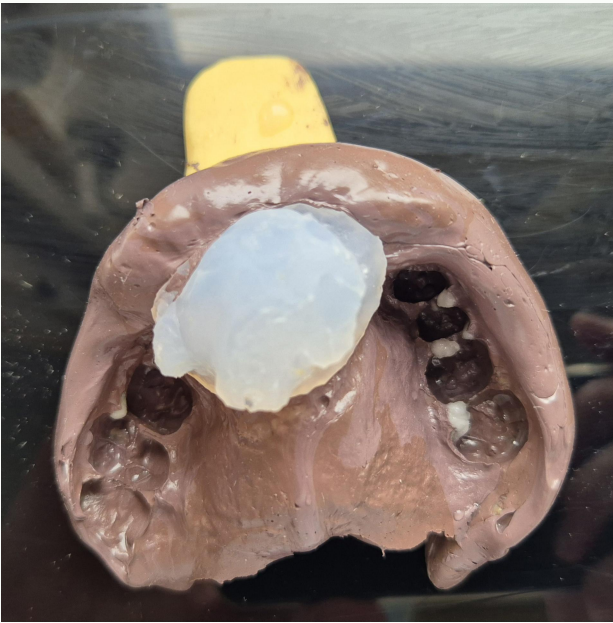
- Possibilité de **changer l'obturateur** indépendamment de la prothèse



Empreinte primaire (hydrocolloïde irréversible) avec **parachute** (compresse vaselinée) dans la **PDS**

Enregistrement de la **PDS** (élastomère de silicone deux viscosités)

Essayage de l'**obturateur en silicone**



Empreinte secondaire (élastomères polysulfures) avec obturateur en place

Maquette avec obturateur (enregistrement RMM, validation montage esthétique)

Prothèse polymérisée et Insertion prothétique

Conclusion

Le choix du type de prothèse obturatrice dépend du **contexte clinique** en post opératoire (limitation de l'ouverture buccale, qualité des tissus, volume et localisation de la PDS, visibilité de l'édentement). Malgré l'essor du numérique en PMF, il n'est pas encore possible de réaliser une prothèse obturatrice en flux numérique complet. La **maitrise des matériaux d'empreintes et des conditionneurs tissulaires** reste **incontournable** pour exploiter le plus favorablement les pertes de substances maxillaires et obtenir une **prothèse obturatrice stable, étanche, confortable et fonctionnelle** pour le patient.