

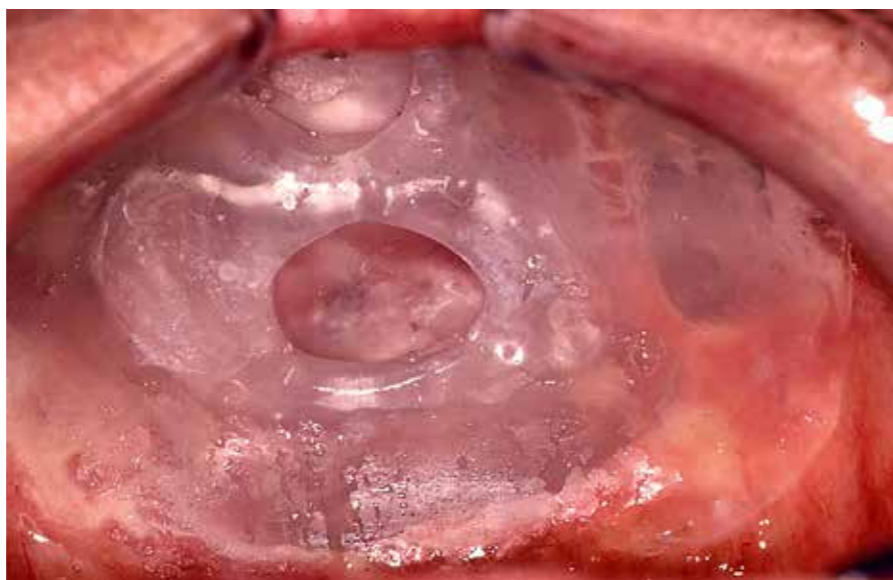


**Article analysé**  
de Caxias FP, Dos Santos DM, Bannwart LC, de Moraes Melo Neto CL, Goiato MC.  
*Classification, history, and future prospects of maxillofacial prosthesis.*  
Int J Dent 2019 Jul 18;2019:8657619.

# Prothèses maxillo-faciales et chirurgien-dentiste : un lien pour toute la vie

**Pascal De March**  
MCU-PH, Université de Lorraine  
Responsable de rubrique

Le domaine de la prothèse maxillo-faciale (PMF) est plutôt mal connu des omnipraticiens qui le considèrent, souvent à raison, comme un exercice hospitalier. En effet, cette discipline, dont le but principal est de restaurer des pertes de substance tissulaires souvent importantes liées à des défauts congénitaux, traumatiques ou en lien avec le traitement de cancers, implique souvent une équipe thérapeutique pluridisciplinaire. Si la majorité des praticiens ne fera jamais de PMF, beaucoup auront sans doute dans leur patientèle des personnes qui en auront besoin, à la suite de cancers oraux notamment. Ils devront alors savoir leur donner les explications nécessaires pour les rassurer, les orienter et parfois assurer le suivi de leur prothèse. Les auteurs de cet article nous proposent donc de mieux comprendre les différents domaines d'application de la PMF, les matériaux qui y sont employés et les perspectives à venir.



Obturbateur silicone sur maxillectomie bilatérale

Les auteurs rappellent d'abord l'étendue de ce domaine qui implique l'implantation de substituts artificiels aux structures intra- et extra-orales. Peuvent être concernés les yeux, le nez, les oreilles, les os maxillaire et mandibulaire, les os du crâne ou le palais qui peuvent être partiellement ou totalement altérés.

Les prothèses restauratrices, en particulier les prothèses dentaires, sont alors soutenues ou retenues par des structures telles que des implants dentaires, les tissus résiduels avec parfois le recours à des pâtes adhésives, par les cavités tissulaires ou par les dents résiduelles. Elles ont un impact très important sur l'amélioration de la qualité de vie et l'estime de soi chez les patients souvent traumatisés par ces mutilations. Ces prothèses leur permettent de retrouver une vie sociale et familiale et mettent en jeu toute une équipe thérapeutique coordonnée incluant chirurgien maxillo-facial, chirurgien-dentiste, prothésiste, orthophoniste et psychologue. À partir de l'étude de 59 articles recensés sur PubMed, les auteurs proposent une classification des PMF qui distingue les prothèses dites de complément thérapeutique pour soutenir la radiothérapie et les chirurgies, et les prothèses dites restauratrices dont le rôle est le rétablissement des fonctions masticatoires, phonatoires, l'amélioration de l'esthétique et du bien-être psychosocial. Dans cette catégorie, ils distinguent d'abord les obturateurs palatins qui ferment une communication bucco-nasale et restaurent la phonation tout en améliorant la mastication et la déglutition. Leur enjeu majeur concerne leur stabilité, directement dépendante des dents restantes, de la qualité des tissus et du type de défaut tissulaire. Les autres types de PMF restauratrices peuvent concerner le remplacement de tout ou partie de la mandibule, de la langue, de l'œil, ou des éléments de la face. Concernant les matériaux, les résines acryliques et les silicones sont les plus employés pour la confection des PMF. Différents moyens de rétention tels que les implants, les aimants ou plus simplement des pâtes adhésives sont utilisés selon les situations. Les auteurs concluent en dressant des perspectives pour le futur, en particulier de nouveaux matériaux dont les objectifs seront d'améliorer la biocompatibilité des prothèses, leur protocole de nettoyage, et leur biomimétisme, avec un rôle majeur des procédés de fabrication assistés par ordinateur.



## QUESTIONS À

**Didier Maurice**  
MCU-PH en prothèse à l'université de Paris 7 Université de Paris, spécialiste qualifiée en médecine bucco-dentaire, praticien en prothèse maxillo-faciale aux Hôpitaux Lariboisière et HEGP - APHP, coordinateur de ce numéro spécial

### Quels sont les types de défauts maxillo-faciaux les plus fréquemment traités dans votre service et leurs étiologies principales ?

Concernant les prothèses, ce sont pour une grande majorité des atteintes carcinologiques touchant les étages inférieur et moyen de la face, se traduisant par des pertes mandibulaire, maxillaire et vélaire. Dans une moindre mesure, les atteintes maxillaire et vélaire ont une origine congénitale ou traumatique. Concernant les épithèses, ce sont surtout le nez et les oreilles avec une étiologie carcinologique pour le nez et traumatique ou congénitale pour l'oreille.

### Quelles sont les principales difficultés rencontrées dans cette discipline ?

La demande de réhabilitation est importante alors que le nombre de praticiens formés à cette prise en charge est faible, cette discipline n'apparaissant intéressante qu'à très peu d'étudiants et confrères car ayant souvent été présentée comme une activité purement hospitalière. Or, s'il est vrai que le premier temps de prise en charge est souvent hospitalier mais sur un court terme, la prise en charge secondaire, dès la sortie de l'hospitalisation, peut se faire en cabinet.

### Quels sont les progrès récents et les perspectives les plus remarquables en prothèse maxillo-faciale ?

L'un des progrès majeurs a été l'utilisation des implants tant endo-oraux qu'extra-oraux pour la rétention des prothèses et épithèses. Cela a permis de proposer des réhabilitations implanto-retenues endo-

“ L'odontologiste représente souvent une référence sécurisante pour le patient, car c'est lui qui va le prendre en charge toute la vie ”

orales sur des structures anatomiques comme la fibula et des épithèses présentant une sécurité de rétention jamais égalée par les colles. Par ailleurs, comme dans les autres domaines de l'odontologie, l'introduction de l'informatique dans la prévisualisation des interventions, l'usage d'armature complexe et l'impression 3D de guide de coupe, de moule, etc.

### Quel rôle l'omnipraticien peut-il jouer dans la prise en charge et le suivi d'un patient nécessitant une réhabilitation maxillo-faciale ?

Plusieurs rôles à différents niveaux, que ce soit en milieu hospitalier ou libéral. D'abord dans le cancer des VADS, il a un rôle préparatoire de la cavité buccale avant les radiothérapies et de réalisation de prothèse immédiate opératoire en cas de chirurgie résectrice. Passé le stade curatif de la maladie, il a un rôle de suivi de celle-ci, car c'est l'odontologiste qui va suivre le malade sur le long terme, pouvant ainsi dépister une récurrence et un rôle de réhabilitation par toutes les techniques de soins et de prothèses fixée ou amovible. Il représente souvent une référence sécurisante pour le malade, car c'est lui qui va le prendre en charge toute la vie et non ponctuellement comme les autres intervenants chirurgiens, radiothérapeutes, oncologues.