

# Les cancers de la cavité buccale : rôle de l'implantologie

**Dr Charles DUPIN** Radiothérapeute

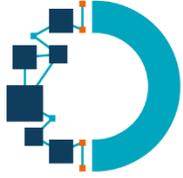
**Dr Charlotte ANSIDEI** Chirurgien Maxillo-Facial

---

**CHU Bordeaux**

---

Mardi 27 avril 2021



# Implantologie et cancer de la cavité buccale

**Charlotte ANSIDEI - Chirurgien Maxillo-facial (CHU Bordeaux)**

**Charles DUPIN -Radiothérapeute (CHU Bordeaux)**

- **Cas clinique**
- Les étapes de pose d'un **i**mplant
- Quand poser un implant, **a**vant ou **a**près **r**adiothérapie?
- Quels **f**acteurs influencent le **s**uccès **i**mplantaire?
- **Conclusion**



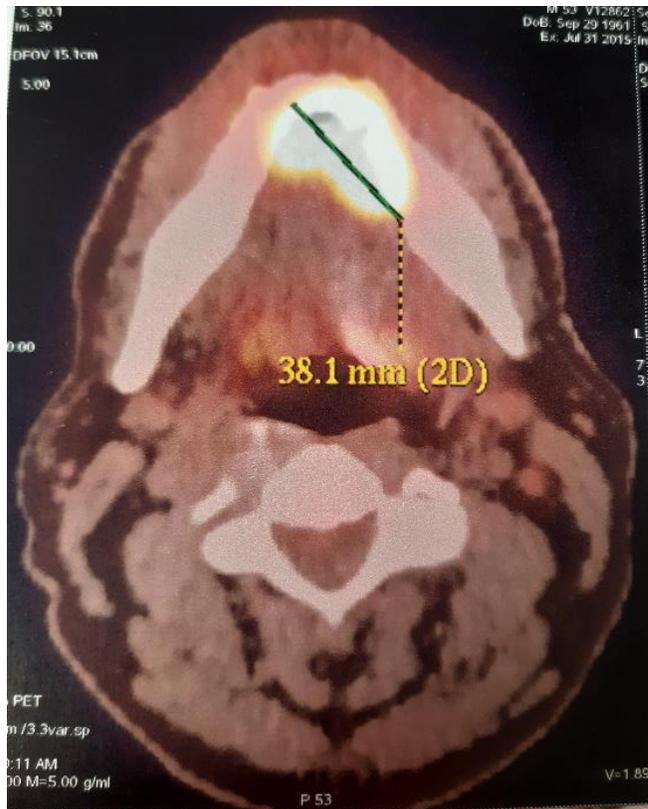
# Cas clinique

**M B. 54 ans**

**Septembre 2015**

Contexte alcoolo-tabagique

Plancher buccal antérieur + gencive cT4aN0



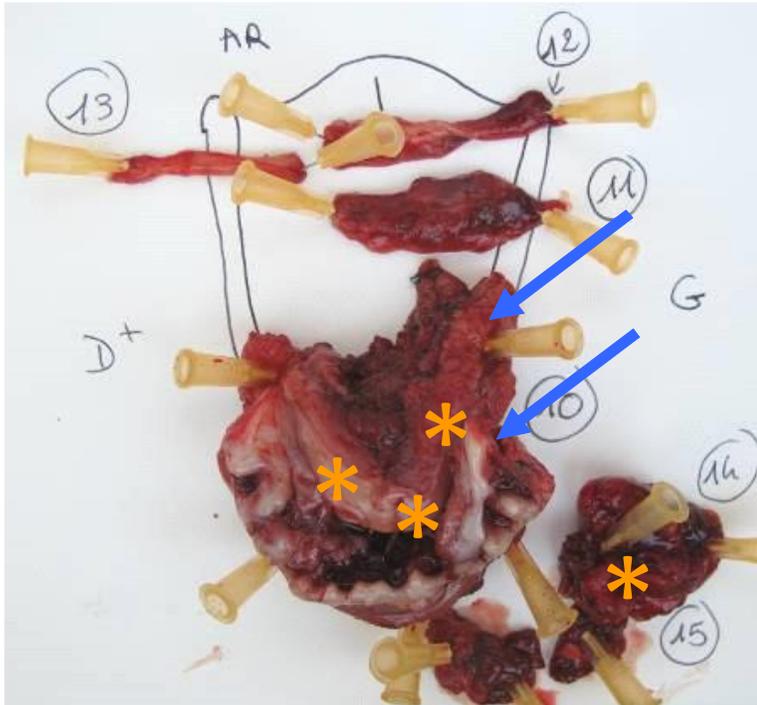


# Cas clinique

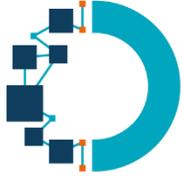
**M B. 54 ans**

**pT4aN2bM0 plancher buccal**

- **Pelvi-glosso-mandibulectomie non interromptrice**
- **évidement cervical bilatéral**
- **Reconstruction par double lambeau infra-hyoïdien**
- **Mise en place de 2 implants**



- Carcinome épidermoïde infiltrant, moyennement différencié, kératinisant, de **45 mm de grand axe**, profondeur d'infiltration **29 mm**, envahissement osseux 17 mm de profondeur
- **Limite profonde saine avec une marge saine de 0,8 mm**
- Présence de **quelques microembolies vasculaires et d'engainements périnerveux**
- Absence de prolifération carcinomateuse sur les recoupes
- Présence de **5 métastases ganglionnaires de 0,5 à 4 mm** avec embolies vasculaires **sans rupture capsulaire** (curage IB et IIA gauche) sur les 47 ganglions lymphatiques retrouvés dans l'évidement bilatéral
- Classification TNM (7<sup>ème</sup> édition, 2009) : **pT4aN2b**

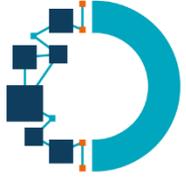


# Cas clinique

**M B. 54 ans**

**pT4aN2bM0 plancher buccal**

- RCP :
    - « Lésion enlevée avec marges de sécurité minimales et suspicion de marge envahie au niveau de la partie profonde du plancher malgré les recoupes qui ne sont jamais certaines d'être au niveau de l'infiltration »
    - Equivalent R1 sans reprise chirurgicale possible satisfaisante
- **Radio-chimiothérapie adjuvante**

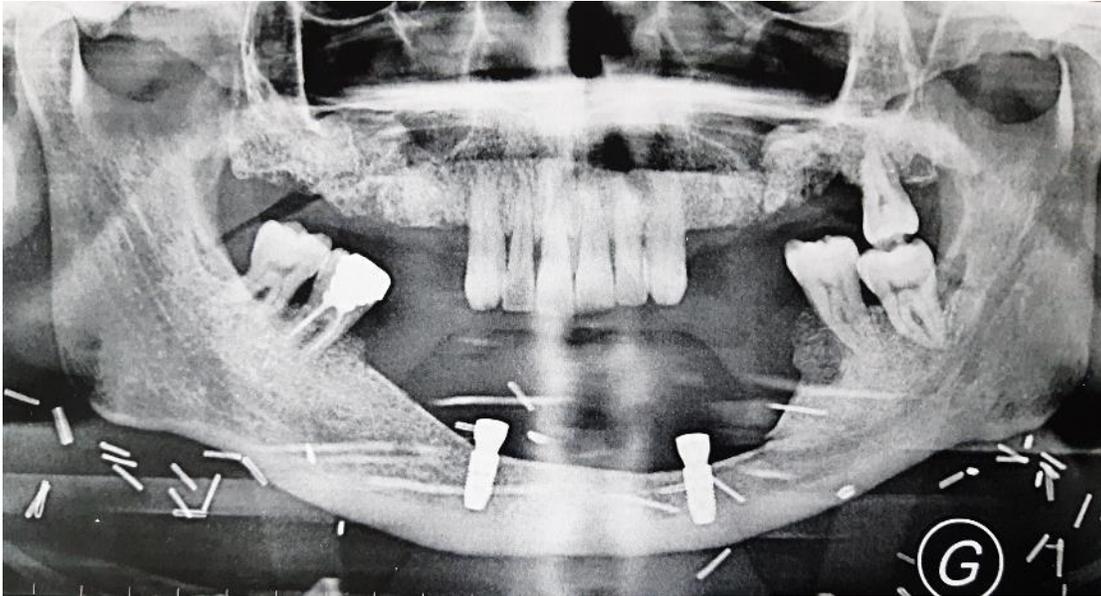


# Cas clinique

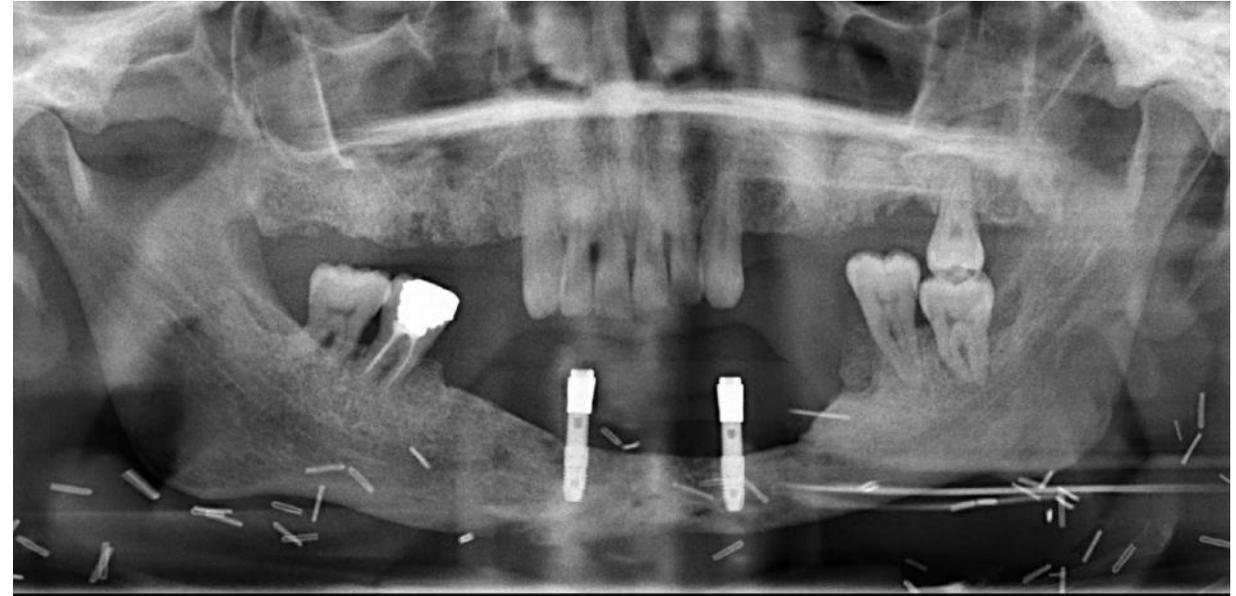
**M B. 54 ans**

- Chirurgie en septembre 2015
- Réhabilitation implantaire
- Surveillance

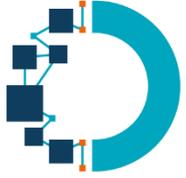
**pT4aN2bM0 plancher buccal**



Jun 2016



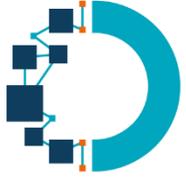
Mars 2017



# Les questions de l'implantologie

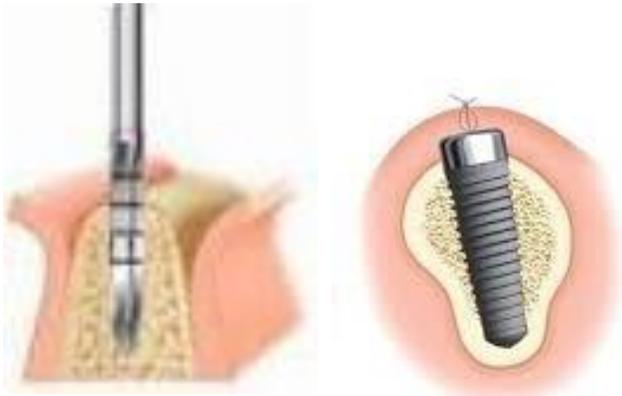
Pendant la chirurgie  Après la chirurgie

	Sur os natif	Sur os reconstruit
Sans irradiation	?	?
Avec irradiation Dose?	?	?



# Les phases de pose d'un **implant**

**Ostéo-intégration**  
4 mois

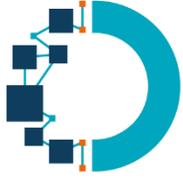


**Pilier de cicatrisation**  
3 semaines



**Phase prothétique**





**Pendant la chirurgie**



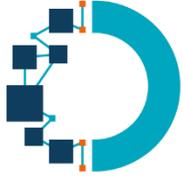
**Après la chirurgie**

**En per-opératoire**

- 6 semaines d'ostéo-intégration gagnées
- Diminution du risque d'ostéoradionécrose
- Surtout possible sur **os natif**

mais

- Problématique des **marges d'exérèse** / surveillance carcinologique
- Difficulté du **positionnement de l'implant**



**Pendant la chirurgie**



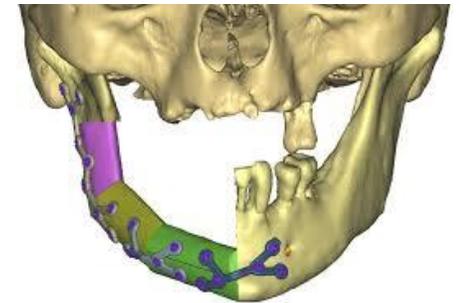
**Après la chirurgie**

**En per-opératoire**

- 6 semaines d'ostéo-intégration gagnées
- Diminution du risque d'ostéoradionécrose
- Surtout possible sur **os natif**  
mais
- Problématique des **marges d'exérèse** / surveillance carcinologique
- Difficulté du **positionnement de l'implant**

**En post opératoire**

- Préférer la pose différée sur **lambeau libre micro-anastomosé**
  - **1 an post radiothérapie**
  - Aménagement tissulaire
  - Difficulté prothétique





**Pendant la chirurgie**



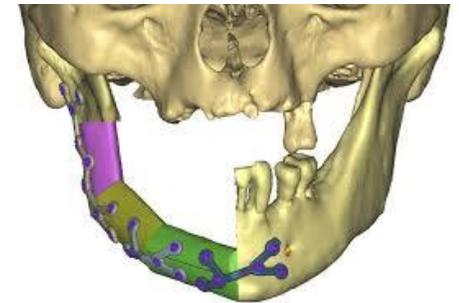
**Après la chirurgie**

**En per-opératoire**

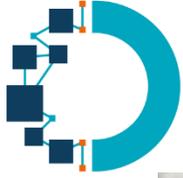
- 6 semaines d'ostéo-intégration gagnées
- Diminution du risque d'ostéoradionécrose
- Surtout possible sur **os natif**  
mais
- Problématique des **marges d'exérèse** / surveillance carcinologique
- Difficulté du **positionnement de l'implant**

**En post opératoire**

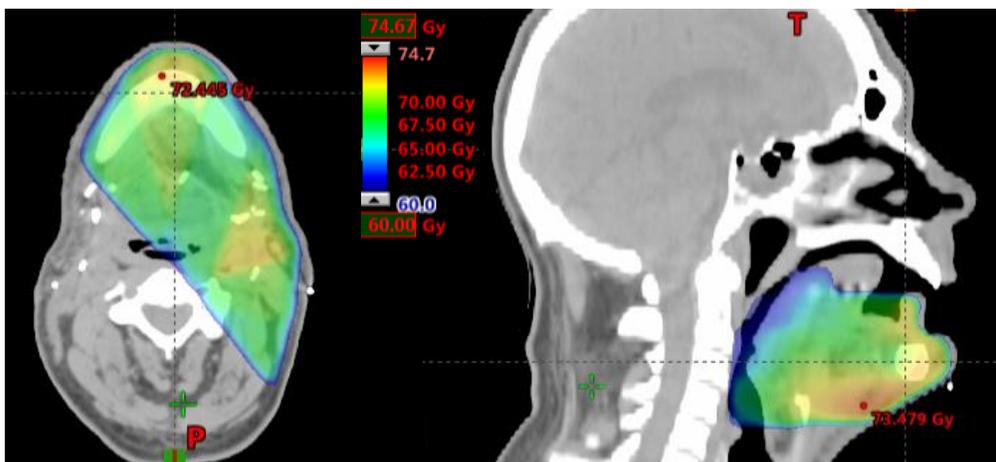
- Préférer la pose différée sur **lambeau libre micro-anastomosé**
  - **1 an post radiothérapie**
  - Aménagement tissulaire
  - Difficulté prothétique



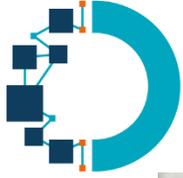
**Pas de consensus**



# Cas clinique : à 18 mois post radiothérapie

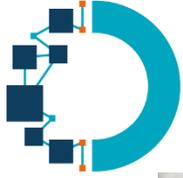


- Pas de perte des implants
- **Ostéoradionécrose**



## Cas clinique : à 18 mois post radiothérapie

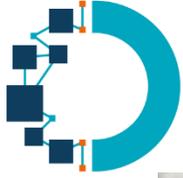




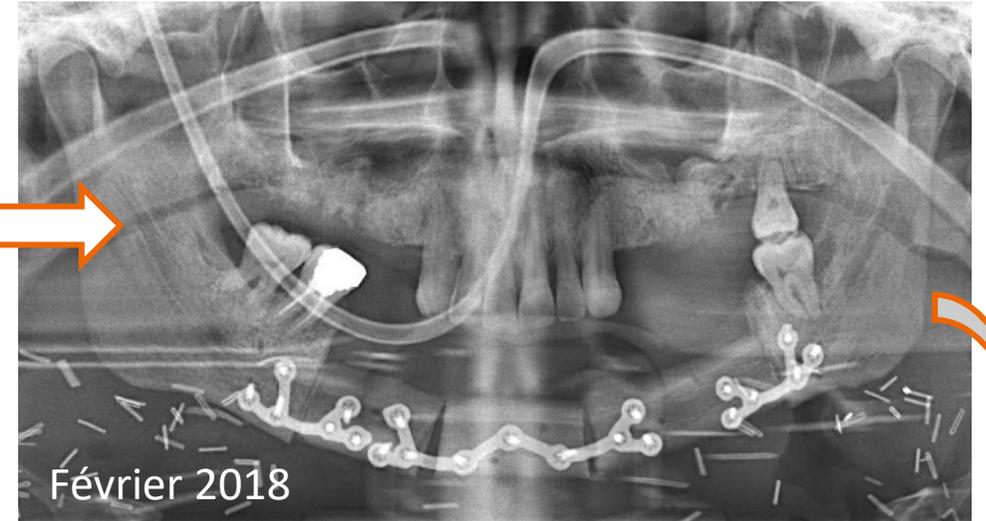
## Cas clinique : lambeau libre de fibula



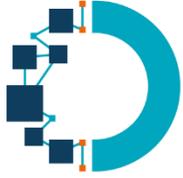
- Reconstruction mandibulaire sur ORN
- Lambeau libre de **fibula**



# Cas clinique : implants 1 an après lambeau



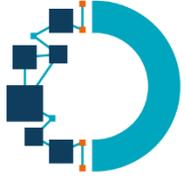
- Reconstruction mandibulaire sur ORN
- Lambeau libre de **fibula**
- Mise en place des **implants secondairement**



# Les questions de l'implantologie

Pendant la chirurgie  Après la chirurgie

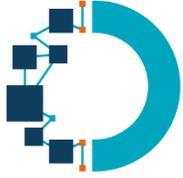
	Sur os natif	Sur os reconstruit
Sans irradiation	?	?
Avec irradiation Dose?	?	?



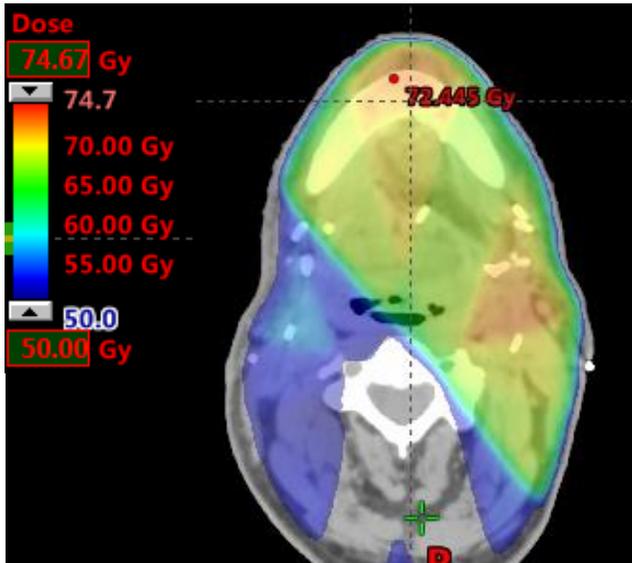
# Les questions de l'implantologie

## Survie implantaire ?

	Sur os natif	Sur os reconstruit
Sans irradiation	?	?
Avec irradiation Dose?	?	?

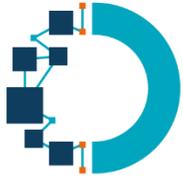


# Radiothérapie et survie implantaire

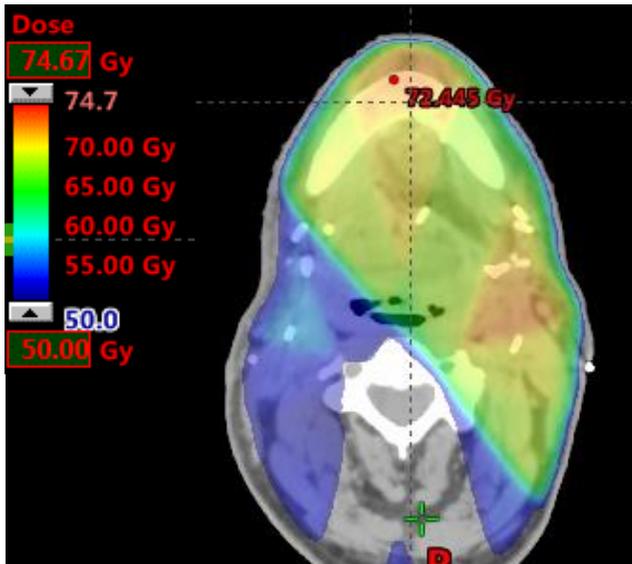


- Dose d'irradiation  $<$  ou  $>$  50Gy

*Prospectif, 130 patients, 446 implants après radiothérapie orale*  
Panchal et al. Plast Reconstr Surg sept 2020



# Radiothérapie et survie implantaire

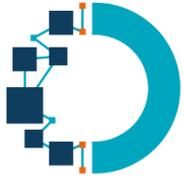


- Dose d'irradiation  $<$  ou  $>$  50Gy

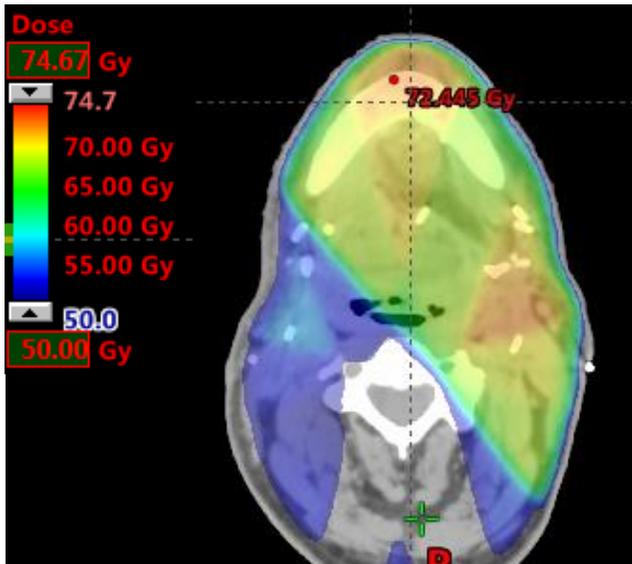
*Prospectif, 130 patients, 446 implants après radiothérapie orale*  
Panchal et al. Plast Reconstr Surg sept 2020

Site	Amount	Lost	Success (%)
	$<$ 50 Gy		
	111	7	104 (93.6)
	$>$ 50 Gy		
Overall	61	13	48 (78.6)

Etude multicentrique 77 patients, 188 implants  
Sammartino et al. J Craniofac Surg 2011



# Radiothérapie et survie implantaire



> 50Gy → pas d'implants

- Dose d'irradiation < ou > 50Gy

*Prospectif, 130 patients, 446 implants après radiothérapie orale  
Panchal et al. Plast Reconstr Surg sept 2020*

Site	Amount	Lost	Success (%)
	<50 Gy	7	104 (93.6)
	>50 Gy		
Overall	61	13	48 (78.6)

*Etude multicentrique 77 patients, 188 implants  
Sammartino et al. J Craniofac Surg 2011*

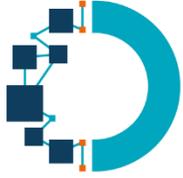


# Autres facteurs de la survie implantaire



**Maxillaire  
sup ou inf**



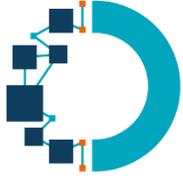


# Meilleur succès pour les **implants mandibulaires**



	Total	Perdu	Succès
Maxillaire	42	18	57%
Mandibulaire	130	2	98%

Etude multicentrique 77 patients, 188 implants  
Sammartino et al. J Craniofac Surg 2011



# Meilleur succès pour les implants mandibulaires

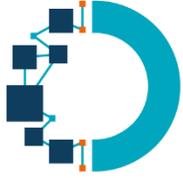


	Total	Perdu	Succès
Maxillaire	42	18	57%
Mandibulaire	130	2	98%

Etude multicentrique 77 patients, 188 implants  
Sammartino et al. J Craniofac Surg 2011

85% de succès mandibulaire, 59% succès maxillaire

*Prospectif, 130 patients, 446 implants après radiothérapie orale*  
Panchal et al. Plast Reconstr Surg sept 2020



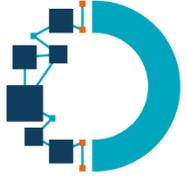
**Thèse du Dr Sophie Tisné-Versailles**

**Survie des implants posés  
pendant pelvimandibulectomie non interruptrice**

- 2011-2020
- 19 patients, 38 implants
- 66% de survie implantaire
- Tabac et alcool FdR

université  
de **BORDEAUX**





# Thèse du Dr Sophie Tisné-Versailles

## Survie des implants posés pendant pelvimandibulectomie non interromptrice

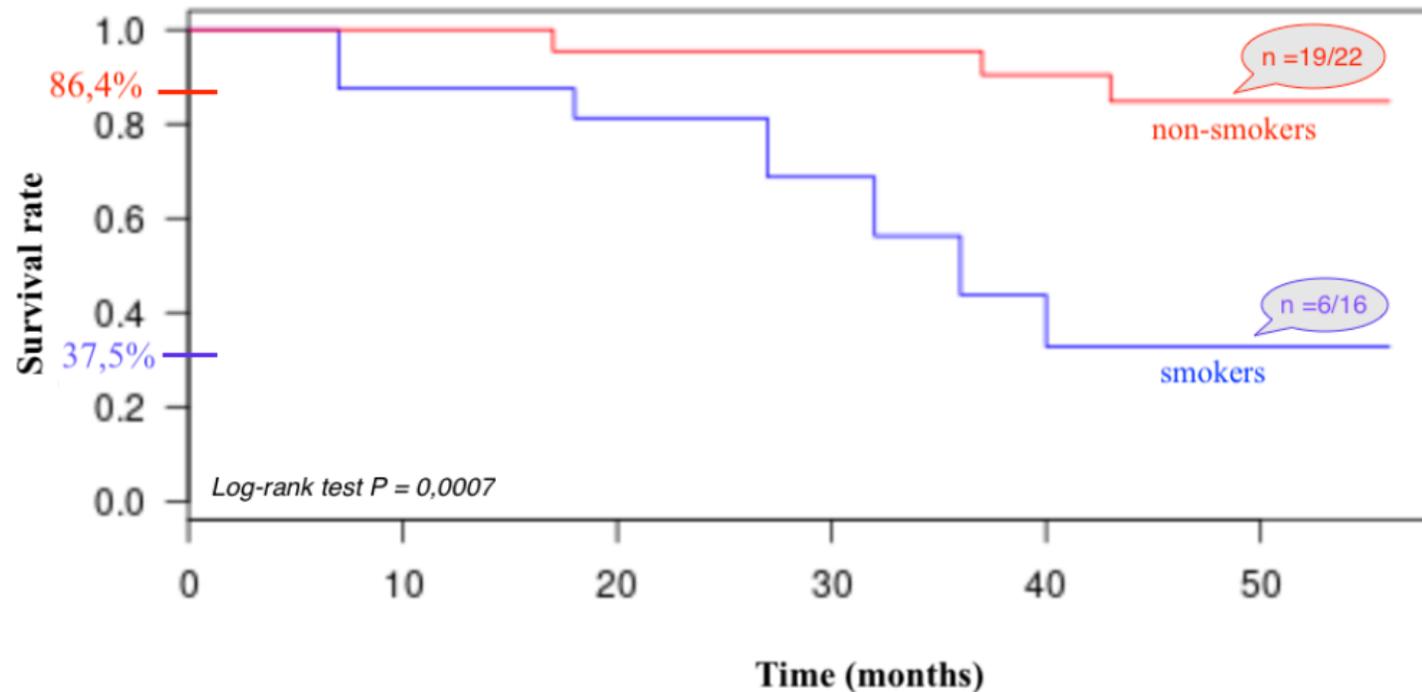
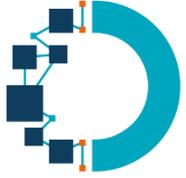


Figure 7 : Courbes de survie de Kaplan Meier avec test de Log-rank. (n = nombre d'implants)

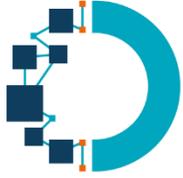


# Thèse du Dr Sophie Tisné-Versailles

## Survie des implants posés pendant pelvimandibulectomie non interromptrice

- **7 patients/8** poursuivant leur consommation **alcoolique** ont perdu leurs implants





# Réhabilitation dentaire : prise en charge

Conditions de prise en charge par l'assurance maladie chez l'adulte

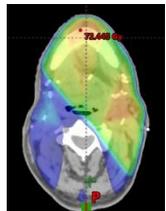
« Traitement implanto-prothétique des séquelles d'une tumeur buccale ou des maxillaires, avec pose de **4 implants maximum au maxillaire** et **2 implants maximum à la mandibule** »

« La prise en charge est limitée aux cas où la rétention et la stabilisation d'une prothèse adjointe ne peuvent être assurées que par la pose d'implants intra-osseux intrabuccaux ».

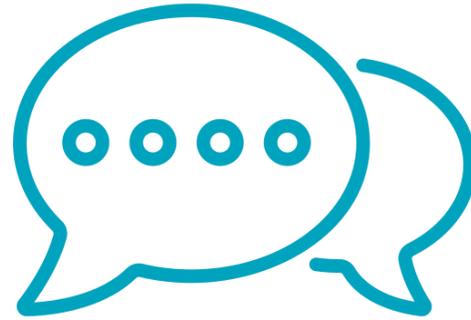
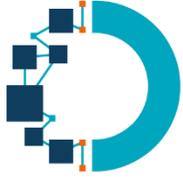


# En conclusion

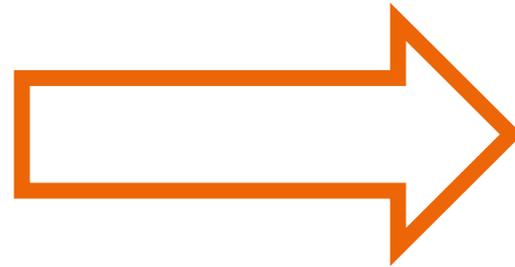
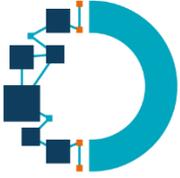
	Sur os natif	Sur os reconstruit
Sans irradiation	Oui	Oui
Avec irradiation <50Gy	D'emblée	Secondairement



Pour les radiothérapeutes (autres tumeurs notamment oropharynx) :  
**Limiter le volume recevant 50Gy pour la mise en place d'implants**



**Merci de votre attention**  
**Place aux questions !**



**O**stéo **R**adio  
**N**écrose