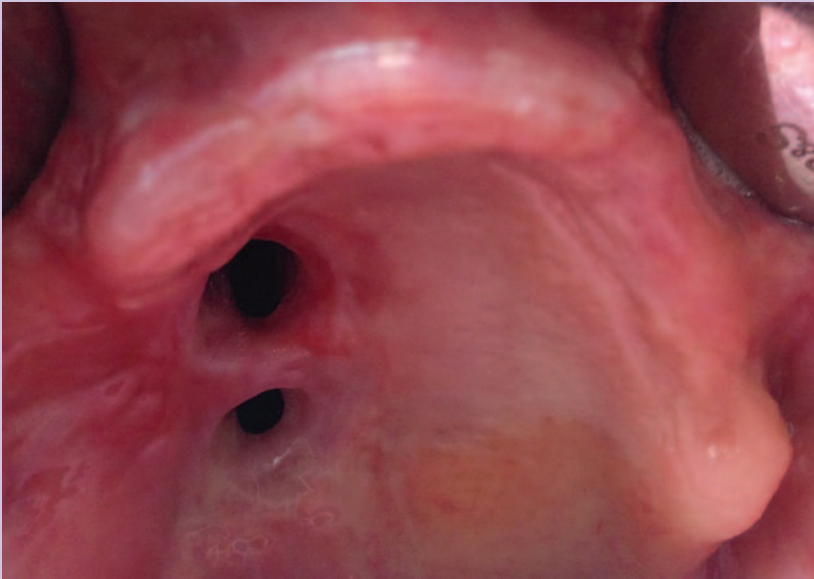




**Par Michel ABI HARB**

Assistant Hospitalier Universitaire  
(université Paris V - Descartes)  
et exercice libéral à Paris 15<sup>e</sup>.

# Difficultés et gestion d'un cas de « double » communication bucco-naso-sinusienne

*La prothèse maxillo-faciale est généralement préconçue comme étant difficile à mettre en œuvre en dehors du cadre hospitalier. Pourtant, les réhabilitations complexes consécutives aux chirurgies carcinologiques ou post-traumatiques constituent un réel besoin de santé publique. À travers ce cas clinique, le Dr Michel Abi Harb relève le défi dans sa pratique de ville avec, au final, beaucoup de satisfaction pour le patient comme pour le praticien.*

La prothèse maxillo-faciale (PMF) se définit comme l'art et la science de la reconstruction artificielle des pertes de substance acquises ou congénitales du massif facial [1].

Nous avons reçu au cabinet dentaire une patiente présentant une communication bucco-naso-sinusienne (CBNS) latéro-médiane cloisonnée en deux communications par un manchon muqueux de 3 mm d'épaisseur située à 2 mm environ du raphé médian.

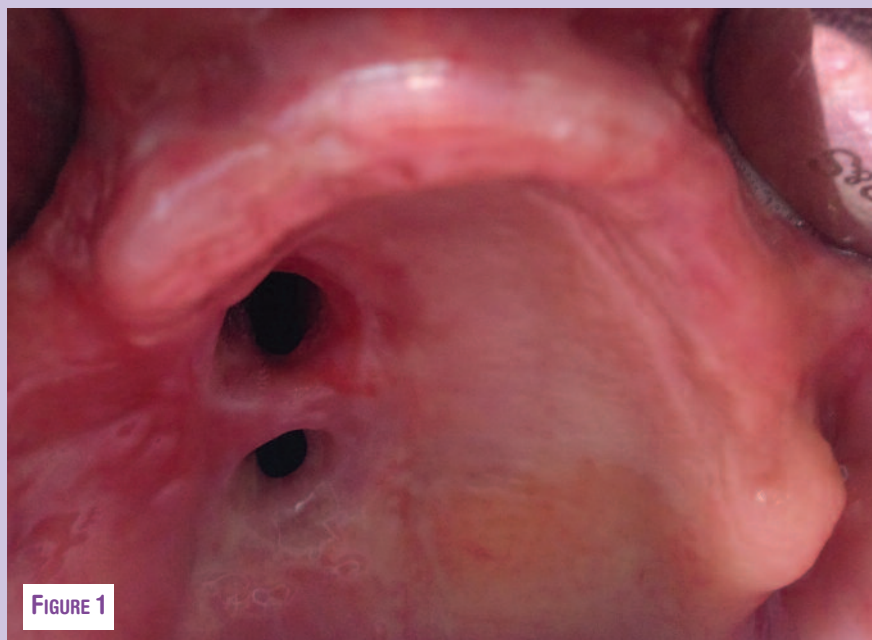


FIGURE 1

Cette patiente a formulé le souhait d'une réhabilitation prothétique permettant de recouvrer une phonation, une fonction et une esthétique satisfaisantes.

## Anamnèse

L'anamnèse nous révèle un carcinome épidermoïde T2NOMO situé au palais, qui a été traité chirurgicalement trois ans plus tôt. Une radiothérapie du lit tumoral (45Gy) a ensuite été pratiquée.

La chirurgie a consisté notamment en une maxillectomie partielle ainsi que l'ablation d'une partie de l'os palatin, du côté droit. Une communication bucco-naso-sinusienne centimétrique est apparue à la suite de cette intervention. Une prothèse complète conventionnelle avait, dans un premier temps, permis d'obturer convenablement cette CBNS. La tentative de fermeture chirurgicale de cette CBNS par un lambeau palatin pédiculé a malheureusement échoué et a engendré une nouvelle communication bucco-naso-sinusienne de 2 cm de diamètre environ dans son grand axe, cloisonnée en deux par un manchon muqueux (Fig. 1). L'adaptation de la prothèse complète n'était plus satisfaisante depuis cette dernière intervention.

Le chirurgien maxillo-facial a recommandé à la patiente de revoir son chirurgien-dentiste en vue d'une réhabilitation prothétique obturatrice.

## Difficultés rencontrées lors de la prise en charge prothétique

### 1) Un site irradié

De l'avis du chirurgien maxillo-facial comme du nôtre, la radiothérapie sur lit tumoral (45 Gy cumulés) a exclu toute solution de prothèse implanto-portée.

### 2) L'exérèse de la lésion

Elle a consisté en la résection partielle de l'os maxillaire (fig. 1), ce qui a entraîné la perte de la crête osseuse à droite et en secteur postérieur. La réalisation de la future prothèse complète se heurte à la perte de cette surface de sustentation, de stabilisation et de rétention, ainsi qu'à la difficulté causée par la continuité de la muqueuse jugale avec la muqueuse palatine. Enfin, une partie de l'os palatin a également été réséquée chirurgicalement, entraînant une différence de sustentation de part et d'autre du raphé médian.

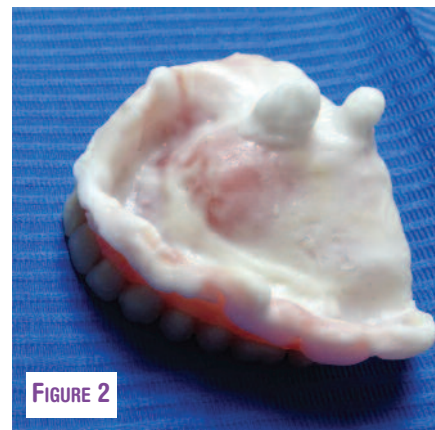


FIGURE 2

### 3) La tentative de fermeture de la CBNS

Cette chirurgie de rotation d'un lambeau palatin unipédiculé a modifié les surfaces d'appui de la prothèse complète. De plus, son échec, dû à la nécrose tissulaire qui s'est ensuivie, a engendré une communication bucco-naso-sinusienne « double » de dimension plus importante. La réadaptation de l'ancienne prothèse amovible complète s'en est trouvée compromise. Enfin, avec l'apparition de cette « double » communication, une empreinte classique pour une prothèse maxillo-faciale avec obturateur risque d'entraîner, à la désinsertion du porte-empreinte, la dilacération du manchon muqueux résiduel.

## Étapes de la réalisation prothétique

### 1) L'« empreinte primaire » et la réalisation d'un obturateur temporaire

Cette étape, cruciale, a très vite posé la difficulté de la réalisation d'une empreinte atraumatique. Dans un premier temps, nous avons réalisé le fraisage des bords vestibulaires de la prothèse complète de la patiente qui se trouvaient en surextension à certains endroits. Nous avons ensuite réglé ces bords grâce à un polyéther de haute viscosité, avant de rebaser cette prothèse à l'aide de F.I.T.T. de Kerr® (fig. 2).

La coulée de cette empreinte nous a permis d'obtenir un modèle primaire exploitable (fig. 3).

Il est important de noter l'absence de crête osseuse à droite, à partir de la région 14. Le prothésiste dentaire a ensuite réalisé un obturateur temporaire (fig. 4). Cet obturateur est constitué de deux parties en résine calcinable, entourées et reliées entre elles par un silicone épousant parfaitement la forme de la CBNS. L'essayage de l'obturateur et son adaptation en bouche permet de rendre compte de la qualité de l'empreinte primaire (fig. 5).

## 2) L'empreinte secondaire

Le modèle primaire a permis la réalisation d'un porte-empreinte individuel (PEI) dont nous avons réglé les bords et enregistré les joints périphérique et postérieur [2] grâce à un polyéther de haute viscosité (fig. 6).

L'obturateur a ensuite été placé en bouche, afin de réaliser une empreinte aux polysulfures de basse viscosité. Cette empreinte emporte l'obturateur temporaire (fig. 7).

## 3) Le montage en articulateur du modèle secondaire maxillaire

À partir du modèle secondaire ainsi obtenu (fig. 8), une base d'occlusion est réalisée. Cette base d'occlusion est réglée selon le plan de Camper, grâce à la règle de Fox (fig. 9). Ceci nous permet le montage en articulateur du modèle maxillaire.

## 4) Enregistrement du RIM et réalisation du montage des dents sur cire

L'enregistrement du Rapport Inter-Maxillaire a rendu possible le montage en articulateur du modèle mandibulaire.

Le prothésiste réalise ensuite le montage des 14 dents maxillaires sur la maquette en cire (fig. 10). Il est à noter que nous



FIGURE 3



FIGURE 7



FIGURE 4



FIGURE 8

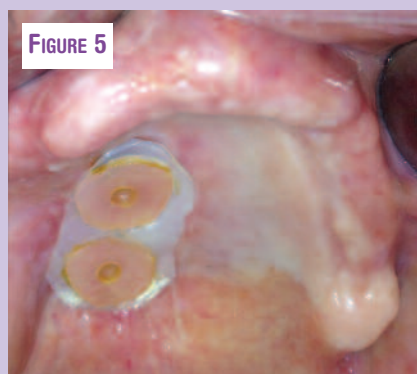


FIGURE 5



FIGURE 9

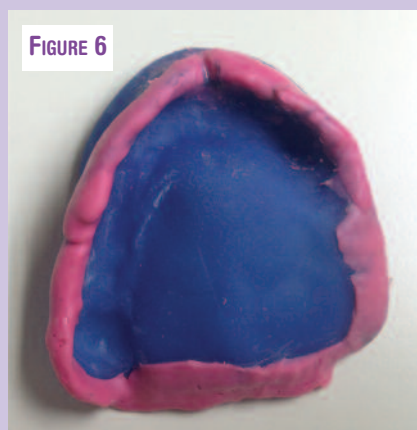


FIGURE 6



FIGURE 10



FIGURE 11



FIGURE 13



FIGURE 12



FIGURE 14



FIGURE 15

avons, à ce stade, incorporé l'obturateur temporaire dans l'intrados de la maquette en cire dans le but d'augmenter la rétention de la maquette lors de son essayage (fig. 11 et fig. 12).

## 5) Polymérisation et finitions

La polymérisation permet d'obtenir une prothèse complète maxillaire à obturateur souple en silicone (fig. 13 et fig. 14). Le

choix de ce type d'obturateur a été guidé par la volonté de réaliser une prothèse atraumatique afin de préserver la muqueuse palatine en regard de la CBNS.

## 6) Mise en bouche et équilibrations

La prothèse est ensuite mise en bouche et les équilibrations réalisées en plusieurs séances (fig. 15).

## Bibliographie

1. Vigarios V., Destruhaut F., Pomar P., Dichamp J., Toulouse E. La Prothèse maxillo-faciale. Éditions CdP, 2015 ; 176 p.
2. Pompignoli M., Doukhan J.-Y., Raux D. Prothèse complète - Clinique et laboratoire. Éditions CdP, 2011 ; 329 p.

## Remerciements

*Au Docteur Guy Princ pour ses enseignements en chirurgie, pour la formation qu'il nous a prodiguée et pour sa confiance.*

*Au Professeur Benjamin Salmon pour son amitié et son soutien.*