

OSTÉORADIONÉCROSE

Les lésions radiques faisant suite à une [radiothérapie](#) peuvent être retardées de plusieurs mois voire de plusieurs années et concernent 5 à 15 % des patients irradiés. Ces lésions tardives sont caractérisées par une détérioration progressive des tissus par diminution de la microvascularisation. Le tissu normal est remplacé par un tissu fibreux dense, qui nécrose lorsque l'apport sanguin d'oxygène se réduit encore¹. En cas d'apparition d'une plaie cutanée, une biopsie doit s'assurer qu'il ne s'agit pas de récurrence du cancer initial, souvent du sein. Une ostéoradionécrose intéressant la paroi thoracique doit faire envisager une pariéctomie de propreté. Il est là encore important de dépister et traiter une [dénutrition](#) préopératoire ainsi qu'un tabagisme actif.

Elle se manifeste parfois après des [extractions dentaires](#) réalisées sur un terrain déjà irradié lors de tumeurs de la sphère oro-faciale, ou des traumatismes, mais peut aussi résulter d'une blessure aux [tissus mous](#) (ex: [plaie](#), [ulcération](#)) ou survenir de façon spontanée. La mise en état de la cavité buccale et une fluoruration régulière des dents restantes permettent d'éviter (parfois) d'avoir à extraire des dents après irradiation car la sécheresse buccale et l'altération de la qualité de la trame organique des dents sont souvent inéluctables.

Le risque est maximal pendant la première année suivant la fin de la [thérapie](#).

L'os irradié est le site d'importants changements dégénératifs caractérisés par une [sclérose](#) des vaisseaux sanguins entraînant une diminution de la vascularisation osseuse et une dégénérescence de la trame fibrillaire osseuse, ce qui compromet graduellement le potentiel de guérison des structures affectées.

La fréquence de l'**ostéoradionécrose** a considérablement diminué au cours des vingt dernières années. Elle se situerait maintenant entre 2 % et 4 %. Cette amélioration est attribuable à une meilleure utilisation (dosage et focalisation) des rayonnements ionisants.

Lorsqu'elle atteint la paroi thoracique, l'ostéoradionécrose peut imposer un traitement chirurgical à type de [pariéctomie](#), où les tissus atteints sont retirés et une vascularisation locale restaurée par un lambeau musculaire.

L'ostéoradionécrose est la mort des os causée par la radiothérapie. L'os meurt parce que la radiation endommage ses vaisseaux sanguins.

L'ostéoradionécrose est un effet secondaire rare qui apparaît un certain temps après la radiothérapie. Elle affecte habituellement la mâchoire inférieure, ou mandibule. La mâchoire inférieure risque d'être atteinte d'ostéoradionécrose parce que son apport sanguin est limité. Il arrive très rarement que l'ostéoradionécrose prenne naissance dans la mâchoire supérieure, ou maxillaire.

Les médecins classent habituellement l'ostéoradionécrose en fonction des tissus affectés, de leur réaction au traitement et de l'apparition d'une fracture. Ils assignent à l'ostéoradionécrose un grade variant de 1 à 3, habituellement en chiffre romain (I, II, III). Ils se servent de ces grades pour planifier le traitement.

Readmore: <http://www.cancer.ca/fr-ca/cancer-information/diagnosis-and-treatment/managing-side-effects/osteoradionecrosis/?region=qc#ixzz4NVgVSKAJ>

L'ostéoradionécrose est causée par une radiothérapie d'un os. Elle peut se manifester des années après une radiothérapie administrée pour un cancer de la tête et du cou.

Le risque d'ostéoradionécrose augmente quand la dose de radiation reçue est supérieure à 60 grays. Le risque est également plus élevé si l'os traité par radiothérapie est exposé.

Le risque d'ostéoradionécrose est aussi plus grand si un examen et des réparations dentaires nécessaires ne sont pas faits avant la radiothérapie. Une personne qui n'a pas une bonne hygiène bucco-dentaire avant ou après la radiothérapie risque également davantage d'être atteinte d'ostéoradionécrose, tout comme celle dont la **bouche devient sèche** après la radiothérapie.

Des dommages ou un trauma à la mâchoire subis après la radiothérapie, en particulier au cours de la première année qui suit le traitement, peuvent aussi accroître le risque d'ostéoradionécrose :

- extraction d'une dent;
- chirurgie ou biopsie d'un cancer;
- irritation causée par une prothèse;
- accidents.

Dans de rares cas, l'ostéoradionécrose peut apparaître même s'il n'y a pas eu de trauma ou de dommages à la bouche, aux dents ou à la mâchoire.

Symptômes

Les symptômes peuvent varier selon le grade, ou étendue, de l'ostéoradionécrose et comprendre ceux-ci :

- douleur
- enflure
- lésion, ou ulcère, dans la bouche ou sur la mâchoire
- difficulté à ouvrir la bouche, ou **trismus**
- ouverture anormale, ou fistule, entre la mâchoire et la surface du corps
- sensations réduites dans la bouche ou la mâchoire ou même perte complète de sensations dans la région
- infection
- dents qui ne sont pas alignées correctement, ou malocclusion
- fracture de la mâchoire non liée à un accident ou à un autre trauma
- os exposé dans la bouche
- os qui a traversé la peau, ou séquestre

Les os exposés et le séquestre sont surtout observés sous la mâchoire.

Mentionnez vos symptômes à votre médecin ou à votre équipe de soins dès que possible.

Diagnostic

Votre médecin essaiera de trouver la cause de l'ostéoradionécrose. Il fait habituellement un examen physique, dont un examen complet de la tête et du cou. Votre médecin peut aussi consulter votre dossier médical pour connaître la dose totale de radiation que vous avez reçue et la région qui a été traitée.

Les tests et interventions qui suivent peuvent être nécessaires :

- radiographie de toute la mâchoire
- TDM
- IRM
- biopsie de la région pour savoir si le cancer est réapparu ou si un cancer secondaire s'est développé

Apprenez-en davantage sur ces [tests et interventions](#).

Prévention de l'ostéoradionécrose

Votre équipe de soins fait les démarches nécessaires pour prévenir l'ostéoradionécrose. Les mesures suivantes devraient être prises avant et après la radiothérapie.

Avant la radiothérapie

Voyez votre dentiste pour un examen minutieux et un nettoyage avant de commencer votre radiothérapie. Si vous devez vous faire enlever ou obturer des dents, faites-le avant la radiothérapie.

Vous devriez aussi commencer à vous faire chaque jour des traitements au fluorure. Renseignez-vous auprès de votre dentiste ou de votre équipe de soins à ce sujet.

Pendant et après la radiothérapie

Assurez-vous d'avoir une bonne hygiène bucco-dentaire avant et après le traitement. Gardez ses dents et ses gencives en santé est important pour une guérison convenable. Ayez aussi une alimentation saine qui comporte entre autres des aliments et boissons faibles en sucre.

Passez régulièrement un examen dentaire. Assurez-vous de faire obturer vos dents ou traiter vos infections buccales dès que possible. Si l'une de vos dents doit être arrachée, attendez après la radiothérapie.

Votre dentiste ou votre équipe de soins vous recommandera des traitements au fluorure pour aider à prévenir les caries. Si votre bouche est sèche, ils vous proposeront aussi des façons de remplacer votre salive et de garder ainsi votre bouche humide.

Traitement de l'ostéoradionécrose

Une fois que l'étendue de l'ostéoradionécrose est connue, votre équipe de soins peut vous proposer des façons de la traiter. On vous donnera aussi des antibiotiques si un os est infecté. D'autres options de traitement peuvent comprendre les mesures suivantes.

Chirurgie

Il est possible que votre médecin doive faire un débridement chirurgical. Cela signifie qu'il enlèvera le tissu mort ou infecté qui entoure la plaie. Un os mort, ou nécrosé, pourrait aussi devoir être enlevé. On parle alors de séquestrectomie.

Selon l'emplacement de l'ostéoradionécrose et son étendue, votre médecin pourrait devoir faire une chirurgie pour aider à restaurer la région, dont une chirurgie de reconstruction microvasculaire afin de rétablir la circulation sanguine dans la région. Des greffes osseuses peuvent être nécessaires pour remplacer les sections de la mâchoire qui ont été enlevées. Des greffons de tissu mou peuvent remplacer le muscle et les autres tissus qui ont été enlevés. Des implants dentaires peuvent être nécessaires si des dents ont été enlevées.

Oxygénothérapie hyperbare

L'oxygénothérapie hyperbare consiste à respirer de l'oxygène pur dans une chambre pressurisée. Cela se déroule dans une chambre particulière où la pression interne est plus élevée que la pression atmosphérique normale. Une pression plus élevée permet à une plus grande quantité d'oxygène de circuler dans le sang, ce qui peut aider les tissus endommagés et infectés à guérir.

On associe l'oxygénothérapie hyperbare aux soins de la plaie et à la chirurgie. Le plan de traitement comprend souvent 20 séances avant la chirurgie et 10 autres après la chirurgie. On peut adapter ce plan de traitement à votre situation et à la façon dont l'ostéoradionécrose réagit à l'oxygénothérapie hyperbare.

Après la radiothérapie, votre équipe de soins peut recommander une oxygénothérapie hyperbare avant de vous faire enlever des dents.

Il est possible que l'oxygénothérapie hyperbare ne soit pas disponible dans tous les centres de traitement.

Readmore: <http://www.cancer.ca/fr-ca/cancer-information/diagnosis-and-treatment/managing-side-effects/osteoradionecrosis/?region=qc#ixzz4NVgpkx5U>