

**DOSSIER  
CANCER BUCCAL**

• N° 12 •

Novembre - Décembre 2004

• Journal d'odontologie dentaire •

Tceelating Gesloten  
Verpakking

Autorisation de Fermeture

BELGIE - BELGIQUE

P.B. - P.P.

**B - 802**

**B - 802**

Périodique bimestriel destiné aux  
dentistes généralistes et spécialistes,  
aux étudiants en science dentaire,  
et à l'industrie dentaire  
Agréation P307013  
Tirage : 4.000 ex.

Bureau de dépôt :  
Charleroi X  
Mass post

Adresse :  
JOD c/o COD  
B.P. 1091  
6000 Charleroi 1

- L'imagerie oro-faciale extra-buccale
- L'imagerie intra-buccale argentique et numérique
- Rayonnements : quels risques réels au cabinet dentaire ?
- Radioprotection et Loi : les nouvelles obligations du dentiste

**BRUXELLES**

**SAMEDI 11 DÉCEMBRE 2004**

**REALITES**  
au quotidien

**DENTAL THEMA DAY**

**RADIOLOGIE**

**Radiodiagnostic + Radioprotection**

# Médocotronix

Prolongation des conditions DENTEX  
jusqu'au << W-E portes ouvertes >>  
des 4 et 5 décembre 2004

Consultez-nous pour :

- UNITS
- MOBILIER
- IMAGERIE
- STERILI
- ETC....



Déjà une SMART à partir de **14260** TVAC

MEDICOTRONIX SA  
Zoning de Fleurus-Farciennes  
Av. de l'Esperance, 44  
6220 Fleurus  
Tel : 071.87.78.73  
Fax : 071.81.98.75

Nos portes seront ouvertes :  
Les 4 et 5 décembre  
de 10 à 18h



# Édito

Au début du XX<sup>ème</sup> siècle, les découvreurs des rayonnements ionisants en méconnaissaient les effets biologiques néfastes.

Nulle protection n'était prise lors des expérimentations... Des sujets étaient allègrement soumis à des procédures irradiantes longues de plusieurs heures... Détail révélateur : avant même que n'émerge la notion de radiodiagnostic, les rayons X furent utilisés dans l'éradication des poux par leur effet de chute des cheveux...

À ce rythme, chercheurs et patients furent nombreux à payer de leur santé, certains de leur vie, une inconscience qui ne peut être excusée que par l'ignorance de la première heure.

## La radioprotection en question(s)

Un siècle plus tard, la radioprotection est devenue un *must* pour le clinicien qui utilise au quotidien le radiodiagnostic. Mieux : on ne peut décider de mettre en œuvre le second, sans en avoir soupesé les bénéfices au crible de la première. Les praticiens en sont conscients, et les dérapages marginaux.

Il reste vrai que — dans l'Art dentaire en particulier, où les doses sont si faibles et en régression constante grâce au développement technologique — le danger principal demeure la banalisation des rayonnements.

Comme pour mieux encadrer la gestion de ce risque, et répondre aux normes internationales auxquelles elle a décidé d'adhérer, la Belgique s'est dotée d'une administration plutôt jacobine en ces temps de détricotage de l'État : l'Agence Fédérale de Contrôle Nucléaire.

Et la fronde de se lever, et les questions de pleuvoir...

Ce samedi 11 décembre prochain, en apothéose de la saison scientifique 2004, le Dental Thema Day du COD abordera radiodiagnostic et radioprotection. Intimement mêlés. Comme il se doit.

Pour que les questions des 500 praticiens attendus, *vos questions*, trouvent un maximum de réponses. ■

## Sommaire

- **Jeu-concours**

> 4

Gagnez un nouveau kit Voco

- **Entretien**

> 5

Radioprotection : enjeu réel et/ou contrariété administrative

Entretien avec Jean-paul Samain (AFCN)

- **Envoyé spécial**

> 10

SOP

Argentique/numérique : faisons le point !

- **Prochaine activité**

> 13

Dental Thema Day Radiologie Radiodiagnostic + radioprotection

- **Dossier**

> 16

Les manifestations cliniques du cancer buccal

- **Expo**

> 24

Dentex millésime 2004

- **Petites annonces** > 26

- **Inscriptions** > 27

Pour nous contacter  
et pour recevoir gratuitement le JOD :  
B.P. 1091 - B 6000 Charleroi 1  
Tél. 04 73 41 51 67  
Fax 071 33 38 05  
mail.cod@swing.be

Abonnement pour l'étranger :  
EU : 32 EUR/an  
Monde : 55 EUR/an

Infos pour la publicité : 04 73 41 51 67  
La publicité paraît sous la responsabilité exclusive des annonceurs  
Les noms de marque cités dans les articles constituent des indications pour le lecteur et non de la publicité

Fortis Banque : 001-3545567-02  
IBAN : BE 32 00 13 5455 6702  
BIC : GEBABEBB

Éditeur responsable :  
Dentiste Th. VANNUFFEL, LSD  
28 rue du Moulin Blanc - B 7130 Binche  
Les articles signés n'engagent que la responsabilité de leur auteur

© Copyright  
Collège d'Omnipratique Dentaire asbl  
Reproduction interdite sauf accord



Après lecture, collectionnez ou recyclez SVP

# Détente et cadeau malin !

Ci-contre votre traditionnel jeu de mots cachés, avec encore un cadeau exceptionnel à la clé.

Dans ce numéro, le concours concerne le sujet de notre Dental Thema Day 2004.

Remplacez tous les mots dans la grille. Il vous restera alors à deviner le mot restant sur fond jaune.

Transcrivez ce mot mystère, sur papier libre, accompagné de vos nom, prénom, adresse et n° INAMI, et adressez le tout, pour le 15 décembre 2004 à minuit au plus tard, à l'adresse suivante :

JOD c/o COD  
B.P. 1091  
6000 Charleroi 1

Le vainqueur sera tiré au sort parmi les bonnes réponses et son nom sera publié dans le JOD n° 14.

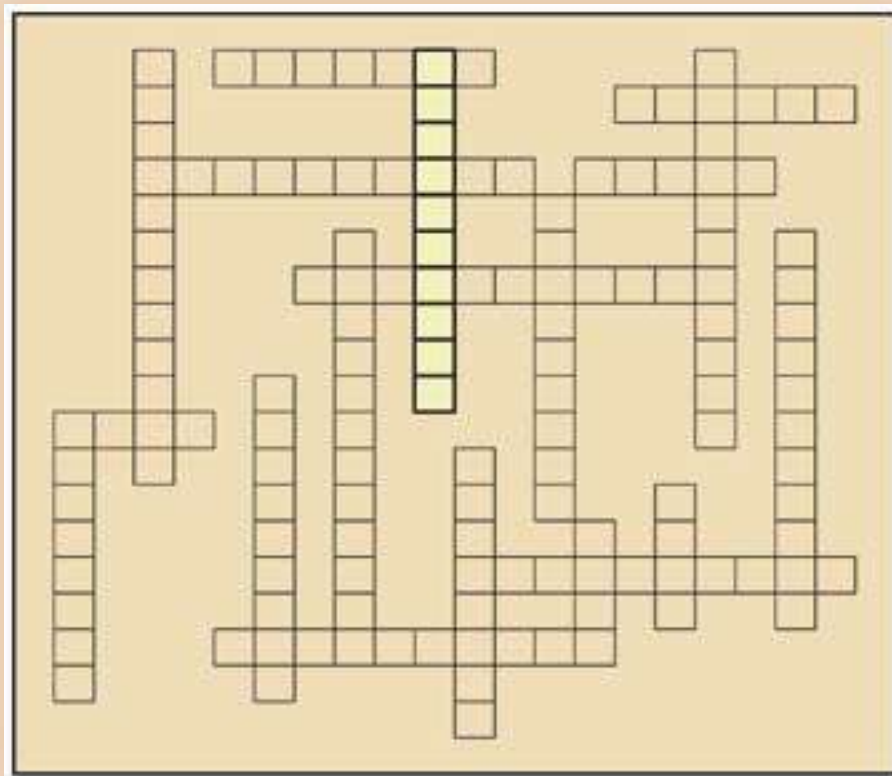
Bon amusement !

## Résultat du numéro 11

Le mot mystère du jeu précédent était :

« Restauration »

Notre gagnant :  
Suleiman JUNEIDI  
de 1070 Bruxelles



### Les mots à replacer :

**BAIN CONE FILM RAYON STATUT SUPPORT BITEWING  
FIXATION NUMERIQUE PHOSPHORE ARGENTIQUE EXPOSITION  
REVELATION IRRADIATION PANORAMIQUE RAYONNEMENT  
INTRABUCCALE RADIOGRAPHIE**

## A GAGNER

Une boîte de Meron AC, matériau de scellement ionomère de verre, avec sa pince d'activation.

Un cadeau offert par la firme VOCO, qui fut notre partenaire-jeu tout au long de l'année 2004 !



**VOCO**

# Radioprotection

## Enjeu réel et/ou contrariété administrative

**AFCN.**

Quatre lettres qui raisonnent  
et qui résonnent.

Elles raisonnent si l'on veut  
bien admettre que l'Agence  
Fédérale de Contrôle Nucléaire  
est un organisme utile au vu  
des dangers potentiels cumulés  
d'une vie moderne exposée aux  
rayonnements.

Elles résonnent si cette même  
Agence est prise pour cible par une  
association de dentistes qui tente  
de faire boycotter le paiement de  
la redevance, pourtant inéluctable.

**AFCN : enjeu réel ou contrariété  
administrative ? Parapluie  
atomique ou épouvantail pour  
syndicat en plein mal-être ?**

**Pour tirer cela au clair, rencontre  
avec Jean-Paul SAMAIN,  
Directeur général.**

**Le JOD — Monsieur Samain, présentez-nous l'Agence Fédérale de Contrôle Nucléaire en quelques mots...**

**Jean-Paul Samain** — L'Agence est un organisme d'intérêt public, ce que, dans le langage commun, on appelle un « parastatal ». Son autonomie est très large. Notamment, elle est dirigée par un Conseil d'Administration dont les membres sont désignés par le Conseil des Ministres.

Une de nos obligations d'importance est de procéder à un enregistrement systématique des doses de rayonnements ionisants auxquelles la population est soumise. Ceci se fait dans le cadre d'une recommandation des Nations Unies. Pour y parvenir, nous disposons de réseaux de mesure permettant d'estimer la dose environnementale, qui résulte des applications industrielles, depuis la production d'électricité jusqu'au rejet dans les eaux usées de produits utilisés en laboratoire de radiodiagnostic. Naturellement, nous estimons également les doses utilisées lors des examens médicaux, sur base de moyennes : c'est quelque peu imprécis,

au vu des variabilités liées au type de pratique dans les établissements. Notez que nous travaillons notamment avec le secteur des radiologues et que nous aboutissons à des consensus.

Par ailleurs, une de nos missions qui intéresse au premier chef les dentistes est de surveiller le travail des organismes de contrôle agréés, offrant ainsi une assurance qualité.

Notre vocation est enfin de nous associer à toute action de formation, de sensibilisation, pour faire passer le message de la radioprotection d'une manière aussi argumentée que possible sur le plan scientifique. Nous avons notamment réalisé un *checking* de la pratique dentaire, en collaboration avec des Universités, qui a révélé que 8 % des dentistes prennent encore les clichés intrabuccaux en tenant le film avec leur doigt. Comme vous le savez, ce n'est pas là une bonne pratique. Pour améliorer ces pratiques globalement, nous nous associons volontiers à toute formation, et mettons en œuvre des campagnes d'informations, notamment via notre site web. Il est vrai que le monde dentaire n'a pas constitué ●●●

> *Propos recueillis par  
Thierry VANNUFFEL*

●●● la toute première priorité, mais un travail de mise à disposition d'informations utiles dans ce domaine est actuellement en cours.

En résumé, il m'apparaît que toutes nos missions et actions sont bien utiles en fonction du contexte international. Les normes de radioprotection sont en effet issues d'un consensus pratiquement mondial.

**Le JOD — Car la Belgique ne joue pas cavalier seul en matière de radioprotection.**

**Jean-Paul Samain** — Bien évidemment ! Il existe de nombreuses instances internationales avec lesquelles la Belgique a décidé de collaborer, et de nombreuses directives à suivre. Cela s'étend d'obligations vis-à-vis des Nations Unies jusqu'aux différents Traités européens Euratom. Je pense évidemment aussi à la Directive de 96 spécifique à la radioprotection : la plupart de nos réglementations belges n'en sont que des mises en œuvre.

**Le JOD — En dépit de cette base scientifique et législative solide, le dentiste se sent généralement peu concerné. Probablement parce qu'il ne génère que très peu de dose ?**

**Jean-Paul Samain** — Le monde dentaire n'est pas celui qui génère le plus de dose, c'est très clair. Néanmoins, la contribution des dentistes à la dose globale ne peut pour autant être négligée, vu le nombre total de radiographies dentaires produites chaque année. Il ne faut pas oublier que la zone d'irradiation est très proche de la thyroïde, un organe particulièrement radio-sensible. Par ailleurs, l'usage d'appareils « panoramiques » se rapproche très fort des autres modes de radiographies, plus pénalisant.

**Le JOD — Le financement de l'Agence est aussi autonome que sa gestion...**

**Jean-Paul Samain** — C'est en effet le choix qui fut fait par le politique dès le

*Jean-Paul Samain :  
" Les normes de radioprotection sont issues d'un consensus pratiquement mondial "*



début des années 80 : celui de mettre à charge des utilisateurs de rayonnements ionisants le financement des services ministériels qui devaient s'occuper de cette matière. On appelle cela le principe du « pollueur-payeur ». Au moment où l'Agence fut créée, ce principe a été transposé. C'est ainsi que nous avons la double obligation d'être à la charge exclusive de nos propres redevances — nous ne touchons pas un centime en dehors de celles-ci —, et d'atteindre chaque année l'équilibre financier.

Si nos contributeurs principaux sont les producteurs d'électricité, il y a à côté de ceux-ci l'ensemble du monde industriel, commercial et médical utilisant les rayonnements ionisants, qui est astreint au paiement d'une redevance variant de quelque 160 euros aujourd'hui à... beaucoup plus ! Par exemple, pour une société pharmaceutique désirant faire enregistrer un produit à

usage diagnostique ou autre, on parle plutôt de milliers d'euros.

Il faut savoir que le montant de ces redevances est fixé par un Arrêté royal délibéré en Conseil des Ministres : c'est le genre de décisions auxquelles on ne touche pas facilement !

**Le JOD — Que pensez-vous du boycott du paiement de la redevance**

**annuelle, prôné par certains dentistes ?**

**Jean-Paul Samain** — J'ai lu quelque part que les dentistes auraient une dent contre l'Agence (*rires*). Au-delà de la formule choc, je ne pense pas que cela corresponde à une réalité profonde. Le non paiement de la redevance par les dentistes est un phénomène peu important : plus de 85% sont en règle. Toutefois, un mot d'ordre de cette nature est malgré tout gênant, tout d'abord par la sphère de méfiance qu'il crée autour de l'Agence, ce que je déplore. J'ai été profondément choqué de voir la redevance à l'Agence, qui n'est la fantaisie de personne en notre sein, figurer, dans l'inventaire des charges qui pèsent sur un cabinet dentaire, au même rang que la facture de la Sabam pour la diffusion de musique dans la salle d'attente !

Par ailleurs, il faut se rendre compte que les efforts d'administration requis pour poursuivre les non paiements sont disproportionnés par rapport à la redevance elle-même et sont tout à fait en dehors de nos missions. C'est bien simple : tout emploi consacré à l'administratif est un emploi perdu pour le scientifique ! Nous ne voulons dès lors pas mettre en place en interne une force administrative dans ce seul but : nous n'avons ni l'équipement humain ni le mode de pensée des services de taxation ! La perception des redevances, pour nous, est et doit rester une activité tout à fait annexe. Ceci a justifié, aux yeux de notre Conseil d'Administration, le passage à un ●●●

"Grâce à Lamoral, nous avons fait le bon choix."



**NOUVEAU!**

## Lamoral Training Center Bruxelles



Lamoral Training Center est un concept unique en son genre, un pionnier dans son domaine. On pourrait l'identifier au système nerveux. Ou le comparer à un salon professionnel permanent en format de poche. Une chose est sûre: **one-stop-shopping-point** idéal en matière d'équipements dentaires, il vous aidera à prendre les meilleures décisions. Situé dans une région centrale, vous y découvrirez, dans une ambiance agréable, les toutes nouvelles applications ainsi qu'un vaste éventail de produits de qualité, signés par les marques les plus éminentes, parfaitement adaptés les uns aux autres et prêts à être utilisés et testés. Sans oublier nos **workshops** et **formations pratiques**, qui vous permettront de perfectionner vos compétences.



Prenez rendez-vous. Nous prendrons le temps. Le temps de vous aider à choisir en connaissance de cause. A faire le bon choix.

**lamoral**  
Dental | Equipment

Visites uniquement sur rendez-vous:

Tel. 056 62 88 88  
Fax 056 62 88 99

ADRESSE:

Lamoral Training Center  
Fort St. Landry 7  
B-1120 Neder-over-Heembeek





●●● système de recouvrement.

**Le JOD — Le manque à gagner dû au mot d'ordre de boycott est infime pour l'Agence, non ?**

**Jean-Paul Samain** — En termes strictement financiers, c'est un fait. Mais nous sommes face à une question d'équité. Il ne serait pas normal que, vis-à-vis de l'immense majorité des membres de la Profession dentaire qui s'acquittent de leur dû comme ils le doivent, nous nous contentions d'absoudre purement et simplement ceux qui s'y refusent. De toute manière, l'Agence est contrainte et forcée de faire tout le nécessaire pour encaisser les redevances et les suppléments, car c'est l'application d'un texte réglementaire. Tout l'arsenal possible de recours pourra être mis en œuvre, et, en tant que Directeur général, je suivrai à la lettre les instructions de mon Conseil d'Administration.

**Le JOD — Le sentiment de ras le bol ne provient-il pas du nombre d'administrations différentes, avec chacune ses contraintes et ses coûts, auxquelles les dentistes ont à faire, ce qui favorise aussi une certaine impunité ?**

**Jean-Paul Samain** — Je peux affirmer que des concertations ont déjà débuté à ce sujet avec nos collègues du Service public fédéral « Santé Publique », au niveau des Commissions de spécialisations. À chaque fois que nous sentons la possibilité d'une synergie avec l'Inami, nous tentons également de la mettre en œuvre. Et enfin, nous resserrons les liens avec les Organismes de contrôle agréés.

Mais notre objectif n'est pas de créer des contraintes ou des pressions supplémentaires. Au contraire, nous souhaitons simplifier le travail administratif du praticien, évoluer vers une sorte de « guichet unique ». Vous savez, ma nièce est jeune médecin, et je me rends parfaitement compte des difficultés auxquelles les prestataires sont soumis. Je vais aussi régulièrement chez le dentiste et je connais les lourdes contraintes qu'ils rencontrent, notamment au niveau de la législation des Régions quant à l'environnement. Parmi tout

cela, l'Agence apparaît en effet comme une structure supplémentaire.

**Le JOD — Malgré cette mise en place de « guichet unique », les obligations restent très nébuleuses pour le dentiste. Comment les résumer ?**

**Jean-Paul Samain** — Je suis le premier à dire que ce n'est pas simple. Il existe deux types d'obligations.

La première est liée au « Chapitre 2 » du Règlement général et concerne l'établissement lui-même. Il s'agit d'une autorisation pour les appareils émetteurs de rayons X, anciennement délivrée par les Provinces et désormais centralisée auprès de l'Agence. Les appareils déclarés doivent répondre à la certification européenne en vertu de la Directive 93/42 relative aux dispositifs médicaux. Cette autorisation présente une validité que nous avons fixée à 10 ans, après mûre réflexion. Il est vrai qu'auparavant, elle était illimitée mais l'inconvénient majeur était la disparition des établissements sans que notre cadastre puisse être mis à jour. L'introduction d'un tel dossier d'autorisation est liée à une redevance ponctuelle censée couvrir les frais d'administration.

La deuxième obligation s'inscrit dans le cadre du « Chapitre 6 » du même Règlement et a trait au prestataire, qui doit lui aussi être agréé pour utiliser les rayonnements. C'est la voie choisie par la Belgique pour transposer en droit national la Directive européenne 97/43 sur la protection des patients. L'objectif est de garantir que les praticiens soient sensibilisés au risque. Réaliser une bonne image en infligeant la dose la plus basse possible n'est pas nécessairement simple. Dès lors, l'agrément consiste à vérifier que le dentiste a reçu une formation. Vous savez qu'à ce niveau, l'Agence ne dispose d'aucun pouvoir : les programmes de cours dépendent en effet des Communautés, et nous ne pouvons intervenir que par la négociation. Nous essayons donc d'obtenir qu'une formation suffisante en radioprotection intègre le *cursus* de

base. Cette deuxième autorisation est accordée sans limitation de durée.

**Le JOD — Concrètement, des praticiens pourraient-ils se voir refusés ?**

**Jean-Paul Samain** — Je n'ai pas le souvenir que nous ayons refusé, jusqu'à présent. Par contre, il existe des procédures de demandes d'informations complémentaires. Comme le *corpus* des formations a varié dans le temps, nous avons aussi mis en place des *sets* d'autorisations transitoires. Nous sommes parfois amenés à demander des formations complémentaires.

**Le JOD — À ce propos, la formation continue joue un rôle essentiel...**

**Jean-Paul Samain** — Tout à fait d'accord ! Contrairement à ce que l'on pourrait croire et à ce que laissent parfois entendre certains bonzes du milieu médical, on apprend toujours an matière de radioprotection. Il existe d'ailleurs des recherches extrêmement intéressantes menées en Belgique, notamment au centre de Mol et au Vito (*ndlr : Vlaamse Instelling voor Technologisch Onderzoek*).

Nous disposons aussi de spécialistes de première force en recherche fondamentale, je pense entre autres au Professeur Jacquet. Il est donc clair qu'une formation en radioprotection ne peut être acquise une fois pour toutes. La nécessité d'une formation continue s'impose à l'évidence.

Actuellement toutefois, il n'y a pas de force réglementaire dans ce domaine. Nous sommes au niveau de la recommandation : une incitation forte à des recyclages réguliers. Quant aux modalités pratiques, nous sommes demandeurs d'un dialogue avec la Profession pour en définir le meilleur moyen dans le respect des contraintes que les professionnels connaissent. Nous voulons des solutions *win-win*. Pourquoi ne serait-ce pas possible avec les dentistes, alors que nous y sommes parvenus avec les radiologues ? ■

## La nécessité d'une formation continue s'impose à l'évidence

# Argentique, numérique : faisons le point !

En mars dernier, la Société Odontologique de Paris organisait une journée de cours destinée autant aux dentistes équipés en radiologie numérique qu'aux fidèles de l'argentique. L'objectif de la journée était de montrer les limites du numérique, mais aussi, pour ceux qui ne l'utilisent pas encore, d'en présenter les avantages et les nouvelles indications, tout en indiquant des critères de choix. Robert Cavézian et Éric Bonnet, invités par le COD au Dental Thema Day 2004, y étaient présents. C'était l'occasion d'aller les écouter en avant-première, tout en glanant pour vous d'autres informations utiles....

> Cécile BLASE

## Cliché panoramique

Le Dr CAVEZIAN a ouvert la journée en présentant un sujet qu'il maîtrise parfaitement : la radio panoramique dentaire. Robert Cavézian n'est pas dentiste. Il est radiologue, spécialisé en odontostomatologie. Cela lui donne un regard extérieur sur la question, et de là une opinion fort intéressante à entendre.

Pour lui, la radio panoramique est le cliché de première intention en odontostomatologie, qui permet au dentiste de "débroussailler le terrain", et de définir les autres clichés, intra- ou extra-buccaux, dont il aura besoin pour poser son diagnostic et établir son plan de traitement.

Ayant présenté les avantages et inconvénients de la radiologie numérique (voir tableau), il a fortement insisté sur le besoin de formation spécifique à la lecture de ces clichés. Les images obtenues sont différentes en numérique, les artéfacts aussi.

Par exemple, on observe fréquemment un 'effet de bord' lors de proximité entre un élément radiodense et un élément radioclaire: "le noir débordé", laissant erronément penser au praticien qu'il y a là une carie...

Il a remis les choses à leur place en rappelant que l'irradiation subie lors d'un cliché panoramique est équivalente à 1 à 2 jours d'irradiation naturelle à Paris, 1/2 jour en Auvergne ou en Bretagne...



*En argentique  
comme en  
numérique, la  
radioprotection  
commence par une  
bonne connaissance  
de la technique*



environnantes, avec un minimum de distorsion (Éric Bonnet « bricole » des porte-films standard pour les utiliser avec son capteur RVG), et une bonne qualité de traitement de l'image.

Quelques remarques sur la technologie numérique :

- l'effet « burnout » qu'on appelle ici « blooming », est accentué. La zone de sensibilité du capteur est très courte : si on surexpose de deux centièmes de seconde, on brûle l'image... que l'on peut parfois tout de même exploiter via un traitement informatique : c'est là un des avantages du numérique ;
- la résolution de l'image est bien supérieure à celle de l'oeil humain. Quel intérêt ? Cela permet de faire des zooms sur des zones particulières, en gardant de la précision ;
- l'image obtenue a 256 niveaux de gris : ici aussi bien plus que notre oeil ne peut en distinguer. Cela permet de différencier précisément un instrument cassé de la pâte d'obturation qui l'entourne : la pâte a un niveau de gris 65, l'instrument 173, et votre ordinateur

est capable de visualiser — et donc de vous montrer — cette différence... ;

- le format d'image est différent en technique directe (dent par dent) et indirecte (idem qu'avec l'argentique) ;
- il est très difficile, voire impossible, de mettre un capteur RVG dans la bouche d'un enfant de 7 ans ;
- le bénéfice en terme de diminution d'irradiation en numérique, apparaît bien souvent comme un mythe. En effet, les praticiens ont tendance à multiplier les clichés, en réponse aux difficultés de positionnement du capteur, et grâce à l'instantanéité d'obtention de l'image (ceci en technique directe).

## Le scanner dentaire : une aide précieuse

S'il est un examen utile et auquel les dentistes ne pensent pas assez, selon Monsieur Alain LACAN, c'est bien le scanner dentaire. Jugez donc. Le scanner enregistre des clichés de coupes successives, qui sont ensuite traitées par un logiciel informatique (le Dentascan), ce qui donne des images ●●●

## Cliché rétro-alvéolaire

Monsieur Éric BONNET est un orateur clair et concret, que vous aurez plaisir à entendre.

Il nous a d'abord rappelé les principes de fonctionnement des deux systèmes de radiologie numérique :

- direct : capteur + fil + unité centrale --> image instantanée ;
- indirect : plaque phosphore --> traitement de l'information par une unité de lecture, et obtention différée de l'image.

En dehors de cela, les principes sont les mêmes en argentique et en numérique : on cherche à obtenir une image de la dent entière et des structures

	Argentique	Numérique
Avantages	<ul style="list-style-type: none"> <li>• image de haute précision : référentiel</li> <li>• film souple</li> <li>• différentes tailles</li> <li>• archivage indéfini (si le traitement a été impeccable)</li> <li>• pas d'ordinateur</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• pas de développeuse, pas de produits, pas de chambre noire</li> <li>• coût minimum des produits à usage unique</li> <li>• réduction des radiations</li> <li>• qualité du diagnostic améliorée via le traitement de l'image</li> <li>• images informatisées pour archivage et gestion du cabinet (??)</li> <li>• dialogue aisé avec le patient</li> </ul>
Inconvénients	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1-5 min d'attente</li> <li>• chambre noire</li> <li>• manipulation chimie</li> <li>• image statique</li> <li>• irradiation « importante »</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• taille de la surface sensible du capteur</li> <li>• capteur rigide</li> <li>• sensibilité étroite du capteur</li> <li>• ordinateur-dépendant, nécessite imprimante de qualité</li> <li>• formation indispensable !</li> <li>• tentation de multiplier les clichés</li> </ul>

*Avantages et inconvénients comparés argentique / numérique, selon Robert Cavézian et Éric Bonnet*

	Capteurs CCD	Plaques phosphore
<b>Avantages</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• image instantanée</li> <li>• (coût)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• concept film (différentes tailles, souplesse, 8.000 utilisations possibles)</li> </ul>
<b>Inconvénients</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• taille de la zone active</li> <li>• positionnement</li> <li>• taille unique (±)</li> <li>• fragilité du capteur</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• temps de lecture</li> <li>• (coût)</li> </ul>

Avantages et inconvénients comparés numérique direct / indirect

### ••• tridimensionnelles.

Les applications sont innombrables :

- 8 inférieures semi-incluses : localisation précise de leurs rapports avec le canal dentaire ;
- 3 incluses : définition de l'abord chirurgical en vue de la traction orthodontique ;
- lésions périapicales et leurs rapports avec le canal dentaire ;
- douleurs inexplicables : mise en évidence de foyers d'ostéolyse indécélables sur les clichés panoramiques ou rétroalvéolaires (superposition des plans) ;
- localisation de pâte endodontique ;
- lésions parodontales ;
- traumatismes : visualisation des luxations, des fractures de corticales ;
- ATM ;
- tumeurs, ostéonécroses ;
- implantologie.

Sur l'ordonnance, on demande un scanner dentaire, en précisant ce que l'on cherche. Le seul inconvénient de la technique est son coût. Il faut donc le demander à bon escient :

- 8 avec canal ou sinus proche ;
- douleur inexplicée, on ne voit rien ;
- sinusite dentaire ;
- orthodontie ;
- tumeurs ;
- implantologie.

## Imagerie photo

Nos patients sont de plus en plus exigeants, en terme de qualité des soins, mais également au niveau de l'information que nous leur délivrons. Dans ce contexte, l'image est un outil de communication inestimable dans notre pratique. Elle nous sert non seu-

lement pour l'information, mais aussi pour la motivation de nos patients - elle donne une image moderne à notre pratique, et nous sert dans la constitution du dossier dentaire. En s'aidant de l'imagerie photo, on peut discuter avec le patient les propositions thérapeutiques, obtenir de lui un consentement éclairé, faire le suivi de la réalisation. L'image nous sert aussi dans la communication avec le labo de prothèse, l'orthodontiste, etc. Paul CATTANÉO est un passionné d'imagerie photo. Il nous a fait faire le tour du marché en imagerie photo numérique.

### Références utiles

[www.aidenet.com/photo/index.htm](http://www.aidenet.com/photo/index.htm)

<http://sites.estvideo.net/amaryllis>

La photo numérique pour les nuls, Mac et PC

## La prise de teinte

Une restauration fixée, aussi parfaite soit-elle au niveau de son adaptation, de sa forme, de son état de surface... paraîtra disgracieuse si sa teinte ne s'harmonise pas avec les dents voisines.

Bertrand TERVIL nous a rappelé quelques notions de base :

- la teinte doit être prise dans des conditions d'éclairage constantes, et conformes à celles du laboratoire (ex: éclairage GAMAIN) ;
- la teinte se prend sur dent nettoyée, humide, en début de séance et avant

l'anesthésie ;

- il est recommandé de posséder de multiples teintiers pour couvrir le mieux possible la gamme des teintes naturelles ;

- on choisit d'abord la gamme (ABCD) à l'aide des teintes les plus saturées, puis on descend vers les teintes plus claires dans cette gamme ;

- VITAPAN MASTER 3D est un teintier logique, qui marche bien avec les poudres VITA ;

- il est utile, et très formateur, d'utiliser des maquillants sur teintier sablé, pour approcher au plus près la teinte naturelle (ex: COLOR ORBIT SYSTEM de chez GC) ;

- la caractérisation de l'état de surface se fait sur dent sèche.

Les colorimètres numériques, tous fiables, sont une aide extraordinaire, bien que coûteuse. Bertrand Tervil nous a présenté le SHADE-EYE de chez Shofu, constitué d'un capteur et un embout, que l'on place perpendiculairement à la dent. L'appareil imprime le résultat de son analyse sur un ticket, qui comprend la recette des poudres à utiliser par le prothésiste (en poudres Shofu VINTAGE). On ne peut imaginer plus simple... Coût de l'appareil : 6.000 EUR...

Cette séance SOP, bourrée d'informations utiles, a permis à l'auditoire de se faire une opinion claire de l'utilité du numérique, dans différents domaines de la dentisterie, du diagnostic à la communication, l'archivage et la constitution du dossier, en passant par l'aide en endodontie, et en prothèse fixée. La tradition du débat à la française, avec des séances questions-réponses aussi denses que les exposés, renforçait l'impression de convivialité forte à la SOP.

Tous les praticiens présents, qu'ils soient ou non équipés en numérique, ont retiré de cette journée quantité d'idées à mettre en pratique rapidement... pour autant que leur budget le leur permette ! ■

## DENTAL THEMA DAY

## RADIOLOGIE

## Radiodiagnostic + Radioprotection

**Objectifs** — Aujourd'hui, les techniques diagnostiques numériques et les modélisations nous aident davantage dans les prises de décisions et nous permettent de mieux préparer nos actes techniques, des plus simples aux plus complexes. Mais par ailleurs, les contraintes pratiques et administratives liées aux nouvelles obligations en matière de radioprotection, qui nous paraissent bien injustes alors que les doses utiles ne cessent de décroître, apportent une nouvelle donne au sein de la gestion de nos cabinets.

Cette journée thématique se voudra de réconcilier radiodiagnostic et radioprotection, apportera les éclairages nécessaires quant au choix à poser lors d'un nouvel investissement, décrira la procédure à suivre pour se mettre définitivement en règle, et *in fine* garantira au participant qu'il remplit ses obligations en matière de formation continue en radioprotection.

Détails en pages  
suivantes

Le rôle de l'assistante, même légalement limité en Belgique en ce qui concerne le radiodiagnostic, reste crucial en matière de radioprotection.

**Emmenez votre assistante  
à demi-prix !**

Les assistantes non accompagnées d'un praticien peuvent s'inscrire au montant de base

## Fiche technique de ce cours

<i>Quand ?</i>	Samedi 11 décembre 2004, 9h00 - 17h30	
<i>Où ?</i>	CERIA, 1 avenue Émile Gryzon à 1070 Bruxelles	
<i>Disponibilité ?</i>	840 places (attribuées par ordre de réception du règlement)	
<i>Accréditation ?</i>	OUI : agréé sous le n° 8410 - 40 UA sd 3	
<i>Agrément DG ?</i>	OUI : 6 heures	
<i>Combien ?</i>	Montant de base tout compris	<b>180,- EUR</b>
	Après le 1/12/04 : +50,- Sur place (si disp.) : +100,-	
<i>Réductions* ?</i> <small>* conditions en page 41 du JOD 7 (janvier 2004)</small>	Conjoint/Collaborateur/Jeune/Étudiant :	5 %
	<b>Réduction-fidélité :</b>	<b>jusque 25 %</b>
<i>S'inscrire !</i>	<b>Bulletin d'inscription en avant-dernière page</b>	

# Matinée **Radiodiagnostic**



## **Robert Cavézian**

Docteur en Médecine  
CES de Radiologie option  
radiodiagnostic  
Attaché à l'Université Paris 6  
Pierre et Marie Curie  
Vice-Président de la Société  
Odontologique Française de  
Radiologie et Biophysique  
Auteur de 5 traités d'imagerie  
en odonto-stomatologie  
Plus de 80 publications, plus  
de 250 communications dans  
le monde

### **8h30 Accueil et petit déjeuner**

### **9h00 L'imagerie oro-faciale extra-buccale**

L'imagerie oro-faciale extra-buccale développe des techniques performantes dont les possibilités dépassent par leur étendue diagnostique loco-régionale les classiques techniques endo-buccales sans toutefois les remplacer.

En complément de l'évaluation clinique, l'orthopantomogramme ou cliché panoramique dentaire, reste plus de cinquante ans après sa naissance, le pivot de la démarche diagnostique. Il pourra être complété dans un second temps par des clichés complémentaires endo-buccaux (meilleure définition focale, dimension horizontale...)

En cas d'insuffisance de cette évaluation première, on aura recours à l'imagerie extra-buccale en coupes : historiquement à la tomographie, aujourd'hui au scanner RX et l'imagerie par résonance magnétique.

L'acquisition scanner, aujourd'hui ultra-rapide, est complétée par les possibilités de reconstructions 2D (Dentascan, « reformatage » orthogonal ou oblique...), 3D de surface avec seuillage osseux et dentaire, « volume rendering » etc...

L'Imagerie par Résonance Magnétique (I.R.M.), indépendante du rayonnement X, rend compte d'une anatomie des tissus mous, comme les muscles et les disques articulaires temporo-mandibulaires.

Les indications et les modalités de l'imagerie oro-faciale extra-buccale dans un protocole diagnostique raisonné sont illustrées par des exemples vécus, et discutés.



### **10h30 Pause-café**

### **11h00 L'imagerie intra-buccale argentique et numérique**

Pour permettre la visualisation des différentes structures dentaires, deux types d'images sont actuellement à notre disposition. L'imagerie argentique reste encore et toujours l'élément de référence et est actuellement parfaitement codifiée, quelle que soit les techniques utilisées ; à ses cotés, on trouve l'imagerie numérique, qui tend actuellement à se rapprocher de la qualité de la radiologie conventionnelle. Si tant est que le support argentique et le support numérique possèdent les mêmes objectifs en tant qu'examen complémentaire, il n'en reste pas moins que l'image obtenue diffère en de nombreux points d'un élément à l'autre.

Les images numérisées, tout comme les images conventionnelles, ne sont pas destinées à se substituer au diagnostic. Elles constituent une aide précieuse, dont il faut connaître les avantages et les limites. Les progrès techniques des capteurs numériques intra-buccaux et des logiciels d'imagerie informatique offrent souvent à l'utilisateur une impression de facilité : toutefois l'exploitation des avantages qu'offrent ces matériels n'est permise que si leurs spécificités sont bien identifiées. Que nous parlions d'imagerie conventionnelle argentique ou numérique, il faut, pour obtenir des images de qualité, des procédures de mise en œuvre

qui soient très rigoureuses. Les connaissances de radioanatomie restent nécessaires et indispensables pour pouvoir interpréter correctement les différents clichés.

Si la radioanatomie reste un élément indispensable, les connaissances des effets de traitements des images sont tout aussi cruciales pour nos décisions thérapeutiques.



## **Éric Bonnet**

DCD, DSO  
CES d'Odontologie  
Conservatrice et Endodontie  
Diplôme d'Études Approfondies  
de Génie Biologique et Médical  
Thèse sur l'« Évaluation des  
capacités techniques des  
capteurs numériques intra-  
buccaux »  
Chargé d'enseignement à la  
Faculté d'Odontologie de Lyon,  
Université Claude Bernard

# Après-midi **Radioprotection**

**12h30 Lunch**

**14h00 Rayonnements : quels risques réels au cabinet dentaire ?**



La radiologie dentaire au cabinet utilisant un appareillage dédié utilisé dans les conditions habituelles requises ne fait encourir aucun risque particulier au patient ou au praticien. Cependant, l'indication d'un examen radiologique (principe de justification) et la rigueur de la technique utilisée (principe d'optimisation) doivent aboutir au respect du principe ALARA (« As Low As Reasonably Achievable »). Dans cette mise au point sur la radioprotection en médecine dentaire, nous rappellerons donc les notions d'irradiation et de contamination, d'irradiation homogène ou hétérogène, totale ou partielle.

Par ailleurs, s'il n'existe pas de limite de dose légale pour le patient, la notion de dose collective voire de dose collective engagée doit être bien comprise car elle prend en compte les conséquences potentielles d'une irradiation au niveau d'une population voire de sa descendance.

De plus, le souci de l'organe cible (ex. : thyroïde, cristallin) doit être rencontré dans le choix de l'incidence radiologi-

que et des ustensiles de protection du patient utilisés.

En conclusion, si le risque lié à la prise d'une radiographie dentaire peut être considéré comme tout à fait négligeable, la compréhension des effets biologiques des radiations ionisantes et des moyens techniques d'optimisation est essentielle pour maintenir les niveaux de doses aussi faibles que possible et ainsi en éviter les effets néfastes.

**15h30 Pause-café et desserts**

**16h00 Radioprotection et Loi : les nouvelles obligations du dentiste**

L'époque où le dentiste gérait radiodiagnostic et radioprotection « en bon père de famille » est tout à fait révolue. Sans doute poussées par des contraintes politiciennes et les associations de patients/consommateurs, les Autorités s'intéressent de plus en plus à tous les aspects « polluants » de nos cabinets, au rang desquels les rayonnements figurent en bonne place.

Même si le bénéfice en termes de diagnostic est irréfragable, et le risque encouru par le patient comme par le praticien parfaitement maîtrisable — comme il sera démontré au cours de cette journée — la radioprotection dentaire est une matière où il a beaucoup été légiféré ces dernières années, et nous passerons en revue l'ensemble de ces lois et règlements dont la

prise en compte devrait désormais faire partie intégrante de la gestion moderne du cabinet dentaire.

Il est vrai que le praticien est souvent désemparé face à ces nouveautés législatives, d'autant que les messages en provenance des associations sont pour le moins contradictoires.

Au milieu de cette cacophonie, nous ferons le point sur les nouvelles obligations réelles du dentiste. Quid de l'Agence Fédérale de Contrôle Nucléaire ? Peut-on impunément ignorer la redevance ? Quelles sont les règles spécifiques au personnel du cabinet ? Faut-il porter un dosimètre ? Quel rôle reste dévolu aux Organismes agréés de contrôle ? Quelles sanctions encourt le praticien qui néglige la législation ? Que faire pour se mettre en règle et éviter à coup sûr tout désagrément ? À quelle évolution s'attendre pour les prochaines années ? ■



**Philippe Clapuy**

Docteur en Médecine

Spécialiste en Radiodiagnostic

Chef de Clinique associé  
aux Cliniques Universitaires  
Saint Luc

Chargé de cours à l'Université  
Catholique de Louvain, e.a.  
co-titulaire de « Éléments  
de radiologie dento-maxillo-  
faciale et radioprotection »  
et « Questions spéciales de  
radioprotection »



**Thierry Vannuffel**

Licencié en Science Dentaire  
(UCL)

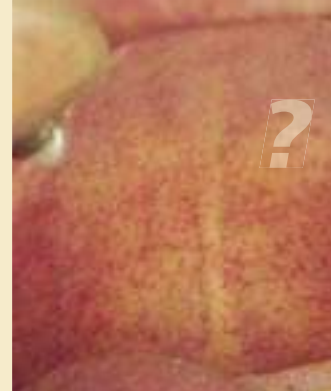
Diplôme d'Expert en  
radioprotection  
(Université de Genève)

Ancien titulaire de nombreux  
mandats à l'INAMI et au  
Service public fédéral Santé  
Publique (1995-2003)

Co-fondateur du COD  
Nombreux exposés sur des  
thèmes législatifs

# Les manifestations cliniques

# du CANCER



Dans le JOD 11, nous avons abordé, avec Benoît Lalonde, l'examen clinique à effectuer dans le cadre du dépistage du cancer de la bouche.

Dans ce numéro, le deuxième volet de notre dossier passe en revue les diverses manifestations du carcinome épidermoïde buccal.



# BUC

Le carcinome épidermoïde (carcinome spinocellulaire ou malpighien) est la tumeur maligne le plus souvent observée dans la cavité buccale. Ce type de cancer peut prendre différentes formes et siège principalement au niveau de la langue, du plancher buccal, du palais mou, de l'oropharynx et du complexe gencive-crête alvéolaire.

Cet article a pour but de familiariser le dentiste avec les manifestations cliniques du carcinome épidermoïde de la cavité buccale, afin qu'il puisse faire du dépistage précoce et, ainsi, influencer directement sur le taux de survie des personnes atteintes.

> Rénaud PÉRUSSE, DMD, MD, LMCC, FRCD (C)

Prev. rel. in  
Journal dentaire du Québec  
février 2004

Les tumeurs malignes qui affectent la cavité buccale peuvent être de nature primaire ou métastatique, d'origine épithéliale (carcinomes), glandulaire (adénocarcinomes) ou mésenchymateuse (sarcomes) et, parfois, liées à une hémopathie maligne, telle que la leucémie ou le lymphome.

Le carcinome épidermoïde représente plus de 90 % de tous les cancers buccaux et touche deux à trois fois plus d'hommes que de femmes. Les principaux facteurs de risque de ce cancer sont bien connus, soit le tabagisme et l'éthylisme chronique. La majorité des cas sont découverts chez des personnes âgées de plus de 45 ans, bien qu'un nombre croissant de cancers de la langue soient maintenant diagnostiqués chez des adultes de moins de 40 ans (4 % à 6 %)<sup>1</sup>.

Les causes probables de cette progression seraient une exposition précoce

aux facteurs de risque reconnus ou certaines habitudes, notamment l'usage du cannabis, de plus en plus répandu chez les jeunes adultes<sup>2</sup>.

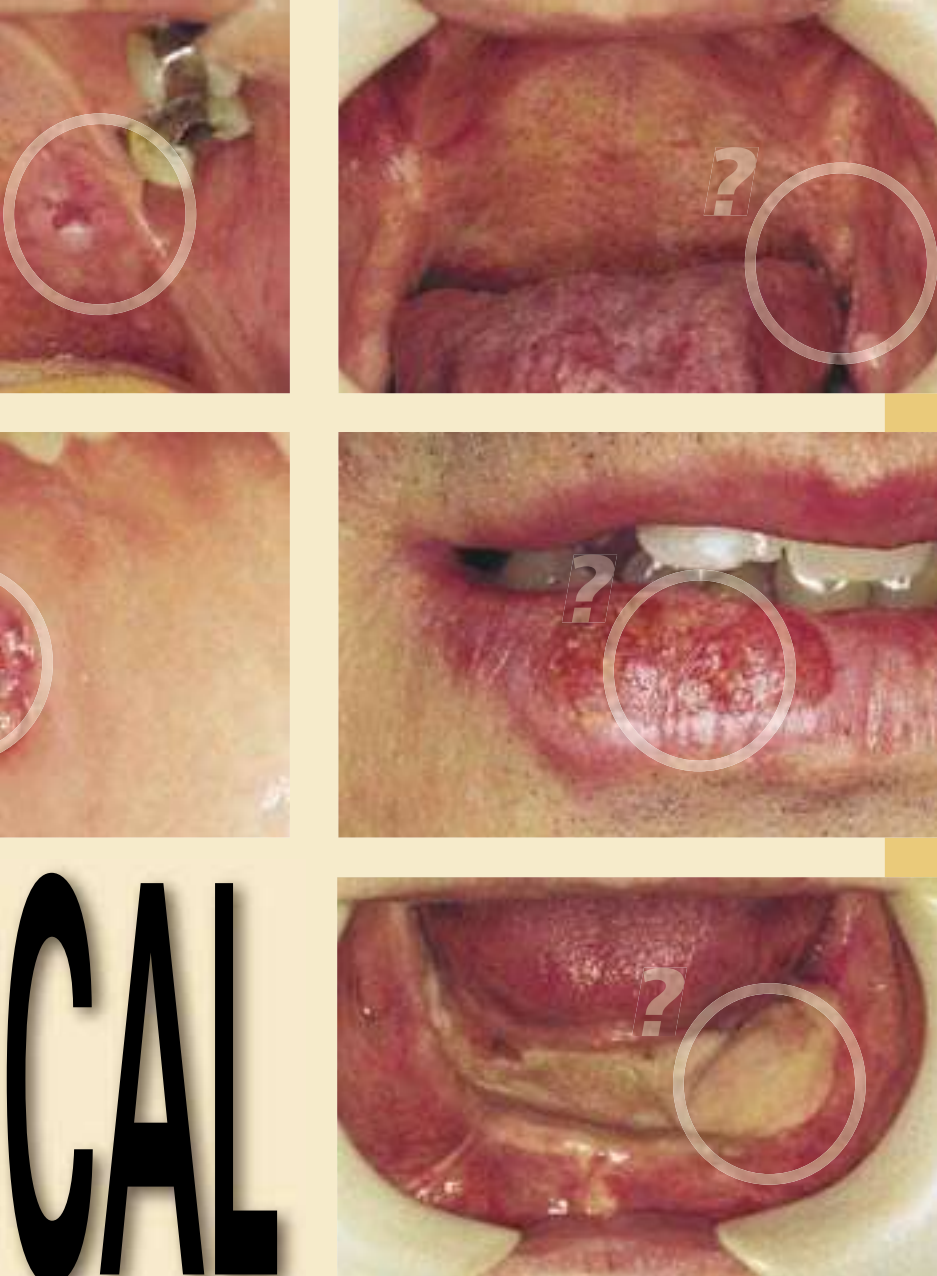
Le carcinome épidermoïde de la cavité buccale peut se présenter sous diverses formes, telles une leucoplasie, une érythroplasie, une érythroleucoplasie, une ulcération chronique, une masse bourgeonnante ou une lésion endophytique.

Les lésions débutantes sont souvent discrètes et totalement asymptomatiques. En revanche, les lésions avancées sont typiquement indurées et peuvent être associées à la présence d'une douleur importante. Les sites de prédilection du carcinome épidermoïde sont la langue, le plancher buccal, le palais mou, l'oropharynx et le complexe gencive-crête alvéolaire, particulièrement la région mandibulaire.



La première partie de ce dossier a été publiée dans le JOD n°11, pp.18-23.

## DOSSIER CANCER / BUCCAL



# CAL

## Les manifestations cliniques

### • Leucoplasie

La leucoplasie est une plaque blanche non détachable qui ne peut être imputable cliniquement ou histologiquement à une autre affection, par exemple la kératose frictionnelle, le lichen plan, le leucoedème ou la candidose chronique.

La leucoplasie est un terme clinique utilisé pour décrire une lésion blanche kératinisée qui englobe, sur le plan histologique, un certain nombre d'altérations bénignes, dysplasiques ou malignes. Les auteurs d'une étude portant sur 3.256 leucoplasies ont démontré que 3,1 % et 4,6 % de leurs spécimens révélaient respectivement la présence d'un carcinome épidermoïde et d'un carcinome in situ (dysplasie sévère)<sup>3</sup>. ●●●

*Toutes ces lésions buccales sont-elles des cancers ? Une bonne connaissance des manifestations cliniques du cancer buccal, sans remplacer l'objectivation par les tests biologiques, permet néanmoins de mieux appréhender le diagnostic différentiel.*

**“ Le carcinome épidermoïde représente plus de 90 % de tous les cancers buccaux et touche deux à trois fois plus d'hommes que de femmes ”**



Belgische Schiedsgerichtshover /  
Prise d'arbitrage 443.0786.0

Tous les avis CASTELLINI S.p.A. sont soumis  
à son système d'arbitrage, garantissant le  
traitement de toutes les contestations de quel  
que nature qu'elle soit, contractuelle ou liée au  
service. Arbitrage, Belgique et Italie.  
Tous les avis CASTELLINI S.p.A. sono  
sottoposti al suo sistema di arbitrato, che  
garantisce il trattamento di tutte le contestazioni  
di qualsiasi natura, contrattuale o legata  
al servizio. Arbitrato, Belgio e Italia.



**dans la sphère de l'excellence  
vous n'avez pas encore tout vu**



**CASTELLINI**

**CASTELBEL SA**

Zoning Wouwe Dard - Avenue Sablin 14 - B-1300 WILVORE - Belgique - Tel. +32(0)10/816.343 - Fax +32(0)10/816.851

E-mail : [info@castelbel.be](mailto:info@castelbel.be) - Internet: [www.castelbel.be](http://www.castelbel.be)



- La leucoplasie représente environ 85 % de toutes les lésions précancéreuses observées dans la cavité buccale<sup>4</sup>. La lèvre inférieure ainsi que la gencive et la muqueuse jugale sont les sites de prédilection de la leucoplasie<sup>5</sup>. Cependant, les lésions les plus graves siègent dans les tissus de la langue, du plancher buccal et du palais mou, où elles présentent un risque élevé de se transformer en tumeurs malignes<sup>3</sup> (figure 1).

Les leucoplasies peuvent être classées en deux catégories : les leucoplasies homogènes et les leucoplasies non homogènes.

- Les leucoplasies homogènes prennent la forme d'une plaque blanche résistante au grattage, légèrement surélevée, rugueuse ou quelque peu plissée.

- Les leucoplasies non homogènes regroupent des leucoplasies atypiques telles que la leucoplasie nodulaire, la leucoplasie granulaire, la leucoplasie verruciforme et l'érythroleucoplasie. Une variante de la leucoplasie verruciforme, la leucoplasie verruqueuse proliférative, est généralement décelée chez des femmes de plus de 50 ans. Aggressive et souvent multifocale, cette forme de leucoplasie dégénère successivement en une hyperplasie verruqueuse, un carcinome verruqueux et un carcinome épidermoïde. Dans un tel cas, le pronostic est très sombre.

Sur le plan clinique, la transformation d'une leucoplasie en une tumeur maligne comporte une suite ordonnée d'événements : elle passe du stade de lésion blanche superficielle au stade de plaque beaucoup plus épaisse, fissurée, granulaire, verruqueuse ou nodulaire, parfois liée à une réaction inflammatoire locale (érythroleucoplasie).

#### • Érythroplasie

L'érythroplasie est une lésion caractérisée par une plaque rouge qui ne peut être imputable cliniquement ou histologiquement à une autre affection (lésion inflammatoire, lésion traumatique, candidose érythémateuse, etc.). Elle présente certains points communs avec la leucoplasie sur le plan étiolo-

Figure 1.  
Carcinome épidermoïde du palais mou, se présentant sous forme d'une leucoplasie



Figure 2.  
Carcinome épidermoïde de la face latérale gauche de la langue se présentant sous forme d'une érythroplasie



gique et épidémiologique. Bien qu'elle soit nettement moins fréquente que la leucoplasie typique, l'érythroplasie est une lésion beaucoup plus grave parce que, dans la majorité des cas (90 %), elle est la manifestation d'un carcinome envahissant ou d'un carcinome in situ (dysplasie sévère)<sup>6</sup>.

Le palais mou, la langue et le plancher buccal sont les sièges de prédilection de l'érythroplasie. Cette dernière se manifeste habituellement sous forme d'une plaque rouge isolée, le plus souvent asymptomatique cliniquement (figure 2).

Elle peut être liée à certaines transformations leucoplasiques (érythroleucoplasie) et survenir au pourtour d'un carcinome épidermoïde avancé.

La découverte d'une telle lésion, particulièrement chez le fumeur, doit inciter le dentiste à la plus grande prudence.

Si elle est présente depuis plus de deux semaines, on doit absolument pratiquer une biopsie afin de poser un diagnostic de carcinome épidermoïde.

#### • Érythroleucoplasie

L'érythroleucoplasie, aussi appelée leucoplasie tachetée ou mouchetée, est une lésion mixte généralement asymptomatique formée de foyers de kératose et d'érythème, qui entre dans la catégorie des leucoplasies non homogènes. L'érythroleucoplasie doit être distinguée de certaines lésions mixtes, tels le lupus discoïde ou le lichen plan atrophique, qui sont habituellement bilatérales et souvent associées à la présence d'une douleur. Les muqueuses jugales, la langue, le palais mou et le plancher buccal sont les sites de prédilection de cette affection. Tout comme la leucoplasie et l'érythroplasie, l'érythroleucoplasie peut être la manifestation d'un carcinome épidermoïde débutant. De plus, elle est fréquemment observée au pourtour d'un carcinome épidermoïde avancé.

#### • Ulcération chronique

Le carcinome épidermoïde débutant peut prendre la forme d'une ulcération chronique, totalement •••



Figure 3.  
Carcinome épidermoïde de la langue et du plancher buccal se présentant sous forme d'une ulcération chronique et d'une leucoplasie nodulaire



Figure 4.  
Carcinome exophytique de la face ventrale droite de la langue



Figure 5.  
Carcinome endophytique de la crête alvéolaire supérieure gauche et de la voûte palatine



Figure 6.  
Carcinome épidermoïde du plancher buccal et de la face ventrale de la langue

••• asymptomatique sur le plan clinique (figure 3). Cette ulcération peut se développer aux dépens d'une leucoplasie, ce qui la rend très suspecte. Toute lésion de ce type doit être considérée comme maligne jusqu'à preuve du contraire, particulièrement si elle est indurée ou légèrement bourgeonnante.

#### • Lésion exo- ou endophytique

En l'absence de traitement, le carcinome épidermoïde a tendance à se transformer en une lésion exophytique ou endophytique, c'est-à-dire une masse bourgeonnante indurée ou une lésion infiltrante qui envahit les tissus en profondeur, ce qui accroît considérablement les probabilités de formation de métastases à distance. À ce stade, le diagnostic ne fait habituellement aucun doute, mais doit être confirmé à l'aide d'une biopsie.

- Le carcinome de type exophytique se présente sous forme d'une excroissance indurée, de couleur blanchâtre ou rosée, dont la surface papillaire ou verruqueuse peut être partiellement ulcérée (figure 4).

- Le carcinome de type endophytique est une lésion ulcéro-infiltrante typiquement indurée, déprimée ou creusée, qui présente un pourtour surélevé à partir duquel s'étendent latéralement les cellules cancéreuses (figure 5). Une douleur intense causée par l'envahissement des plexus nerveux adjacents peut accompagner les carcinomes épidermoïdes avancés.

### Les territoires affectés

Le cancer de la **langue** représente un peu plus de la moitié de tous les cancers de la cavité buccale. Il a tendance à toucher plus particulièrement la partie postéro-latérale, mais peut aussi affecter la face antéro-latérale ou ventrale et, plus rarement, la face dorsale. Le cancer de la langue, tout comme le cancer du plancher buccal, tend à métastaser rapidement. Les lésions débutantes peuvent être confondues avec un processus bénin et sont souvent asymptomatiques cliniquement. Ainsi, les patients peuvent présenter un petit foyer de kératose anodin, un

érythème atypique ou une ulcération superficielle d'allure traumatique. Les lésions plus avancées infiltrent ou déforment la surface de la langue, prenant habituellement la forme d'une masse bourgeonnante indurée, ulcérée ou nécrosée, entremêlée de foyers leucoplasiques ou érythroplasiques (figure 4). Ces lésions peuvent aussi saigner facilement.

Le cancer de la langue a souvent tendance à envahir le plancher buccal, voire la loge amygdalienne et le palais mou, lorsqu'il se développe dans la région postéro-latérale. Les cancers de la région postérieure de la langue peuvent entraîner l'odynophagie (déglutition douloureuse), la dysphagie, des troubles de l'élocution et de la mastication, l'otalgie réflexe ainsi que la paresthésie linguale.

Le cancer du **plancher buccal** constitue le deuxième type de cancer le plus souvent observé dans la bouche. Il débute généralement sous forme d'une leucoplasie, d'une érythroplasie ou d'une érythroleucoplasie. En l'absence de traitement, il se transforme en une lésion exophytique ou infiltrante (endophytique) ayant la capacité de métastaser à distance. Le cancer du plancher buccal est habituellement situé sur la ligne médiane, à proximité du frein lingual (figure 6). Il a souvent tendance à envahir la face ventrale de la langue et la face interne de la mandibule, ce qui rend le traitement plus complexe. La partie postérieure du plancher buccal est un site plus rarement affecté.

La consommation d'alcool, conjuguée aux effets du tabagisme, est un facteur de risque important dans la pathogenèse du cancer du plancher buccal<sup>7</sup>. En effet, chez la personne alcoolique, ce site est souvent touché tout comme la base de la langue, l'oropharynx et la région supralaryngée, qui sont en contact direct avec l'alcool<sup>8</sup>. À cet égard, des études effectuées chez l'animal ont démontré que l'alcool entraîne une atrophie et une régénération excessive des cellules de la muqueuse buccale, ce qui pourrait amplifier les effets du tabagisme sur les kératinocytes de l'épithélium buccal<sup>9</sup>.

Figure 7.  
Carcinome  
verruqueux de  
la gencive, en  
vestibulaire de la  
région 21-22



Figure 8.  
Carcinome  
épidermoïde de  
la crête alvéolaire  
inférieure droite  
envahissant la  
partie adjacente  
du plancher buccal  
et de la langue



Le **palais mou** représente un autre siège du carcinome épidermoïde de la cavité buccale. Le cancer du palais mou, qui est nettement plus fréquent que celui du palais dur, débute généralement sous forme d'une leucoplasie ou d'une érythroplasie totalement asymptomatique cliniquement. La plupart des cas surviennent dans la portion latérale du palais mou (figure 1) et peuvent gagner par la suite la fosse amygdalienne, voire la partie adjacente de la langue et du plancher buccal. La personne atteinte présente alors des symptômes tels que la douleur, l'odynophagie, l'otalgie, la dysphagie et la dysarthrie. Par ailleurs, 42 % des carcinomes épidermoïdes du palais mou et de la région amygdalienne sont des métastases occultes dans la région cervicale<sup>10</sup>, même en l'absence de ganglions palpables cliniquement, ce qui met en relief le pronostic défavorable parfois lié à ce type de cancer.

La **gencive** et la **crête alvéolaire** sont d'autres sièges possibles du carcinome épidermoïde. Le cancer de la gencive est difficile à diagnostiquer et peut être confondu avec une excroissance béni-

gne ou un problème parodontal local (figure 7). Il a tendance à envahir le ligament parodontal puis à détruire le support osseux, rendant ainsi la dent sensible et mobile. Le cancer de la crête alvéolaire, quant à lui, peut se manifester sous forme d'une ulcération chronique, d'une lésion endophytique (figure 5) ou d'une masse bourgeonnante (exophytique) susceptible de déformer considérablement la crête alvéolaire (figure 8). Ce type de cancer peut être confondu avec une hyperplasie fibreuse (epulis fissuratum) et entraîner une instabilité prothétique, qui constitue un motif de consultation assez fréquent. Il peut détruire une partie importante de l'os alvéolaire et envahir les territoires adjacents, tels le vestibule supérieur ou inférieur, le palais dur ou le plancher buccal, ce qui rend sa résection plus complexe. La plupart des cancers de la crête alvéolaire sont observés au maxillaire inférieur, dans la région postérieure.

Le carcinome épidermoïde du **trigone rétromolaire** présage un pronostic sombre. Ce type de cancer a ten- ●●●

RADIOLOGIE  
DENTAIRE



IMAGERIE  
NUMÉRIQUE



LOGICIELS  
DENTAIRES



# A la source d'une belle image naissent les grands traitements.

Rien de tel qu'une bonne image pour construire un diagnostic fiable et précis. En intra et en extra-oral, en argentique comme en numérique, Trophy, leader mondial de l'imagerie dentaire, propose une gamme complète de solutions adaptées à tous types de besoins et d'exercices. Seul fabricant au monde à maîtriser la chaîne de l'image dans son intégralité, Trophy s'engage à mettre à votre service des produits innovants et performants qui vous aident à travailler mieux, plus vite et plus intelligemment. Pour un diagnostic et un traitement de haute qualité, exigez la garantie de la maîtrise totale. Exigez l'exigence Trophy.

TROPHY BENELUX  
Centre Cal les Dauphins  
30, avenue des Nymphes  
1410 WATERLOO  
BELGIQUE  
Tél : + 32 2 354 15 28  
Fax : + 32 2 356 51 78  
Email : info@trophybenelux.be  
www.trophybenelux.be

**trophy**

En vente auprès de nos distributeurs agréés.  
Démonstration ou documentation sur simple demande au

02/354 15 28

●●● dance à se développer derrière la dernière molaire inférieure puis à infiltrer la partie adjacente de la muqueuse jugale, le bord antérieur de la branche montante, le muscle ptérygoïdien interne, le palais mou et la fosse amygdalienne. Des métastases ganglionnaires sont observées chez la majorité des patients (78 %) au moment du diagnostic<sup>11</sup>.

La **muqueuse jugale** et le **palais dur** constituent les deux sites le moins souvent affectés par le carcinome épidermoïde. Le carcinome de la muqueuse jugale prend généralement la forme d'une lésion exophytique indurée, partiellement ulcérée, qui comporte couramment une composante leucoplasique ou érythroplastique (figure 9). Le carcinome épidermoïde du palais dur, quant à lui, est une lésion souvent extensive, indurée et ulcérée (tumeur endophytique) qu'il faut distinguer des autres processus malins et, en particulier, des différents adénocarcinomes qui peuvent toucher le palais, tels le carcinome muco-épidermoïde, le carcinome adénoïde kystique, l'adénocarcinome polymorphe de bas grade, la tumeur mixte maligne et l'adénocarcinome à cellules acinaires.

Le carcinome épidermoïde de la **lèvre inférieure** (figure 10) se comporte davantage comme un carcinome épidermoïde de la peau que tel un carcinome épidermoïde intrabuccal. Les principaux facteurs de risque reconnus du carcinome épidermoïde intrabuccal, le tabac et l'alcool, jouent en effet un rôle beaucoup moins important. La plupart des cancers de la lèvre inférieure se manifestent chez des hommes de race blanche âgés de plus de soixante ans et sont liés à l'exposition prolongée au soleil. La lèvre supérieure est quant à elle rarement touchée par le carcinome épidermoïde, mais elle est le siège de carcinomes basocellulaires.

Le carcinome épidermoïde de la lèvre inférieure se développe habituellement sur une leucoplasie ou sur un foyer de cheilite actinique. Il prend d'abord la forme d'une croûte ou d'une ulcération superficielle indurée et devient ensuite une lésion beaucoup plus étendue qui déforme et infiltre la lèvre en profondeur. Une atteinte métastatique

Figure 9.  
Carcinome épidermoïde de la partie postérieure de la muqueuse jugale droite



Figure 10.  
Carcinome épidermoïde étendu de la lèvre inférieure



des aires ganglionnaires régionales est observée chez 2 % à 5 % des patients au moment du diagnostic initial<sup>12,13</sup>. En général, le carcinome épidermoïde de la lèvre inférieure est une tumeur qui croît lentement. La plupart des cas sont décelés au stade I ou II de la maladie, selon la classification T.N.M., et sont associés à un taux de survie à cinq ans relativement bon<sup>13</sup>.

## Le rôle déterminant du dentiste

Malgré le développement de nouvelles approches thérapeutiques, le taux de survie des patients atteints d'un carcinome épidermoïde de la cavité buccale ne s'est guère amélioré au cours des trois dernières décennies. La raison est simple : un bon nombre des tumeurs malignes sont découvertes à un stade trop avancé. Aussi, seul un dépistage précoce peut contribuer à améliorer le pronostic du cancer buccal. Et cet objectif ne saurait être réalisé sans la participation active du dentiste à qui il incombe de faire preuve de leadership dans la lutte contre cette maladie. ■

1. Myers J, Elkins T, Roberts D, Byers RM. Squamous cell carcinoma of the tongue in young adults. Increasing incidence and factors that predict treatment outcomes. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2000; 122 : 44-51.
2. Zhang ZF, Morgenstern H, Spitz MR et coll. Marijuana use and increased risk of squamous cell carcinoma of the head and neck. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 1999 ; 8 : 1071-78.
3. Waldron CA, Shafer WG. Leukoplakia revisited. A clinicopathologic study of 3256 oral leukoplakias. *Cancer* 1975 ; 36 : 1386-92.
4. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot, JE. *Oral and Maxillofacial Pathology*, Philadelphia. W.B. Saunders Company. 2<sup>e</sup> édition (2002) ; 338.
5. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot, JE. *Oral and Maxillofacial Pathology*, Philadelphia. W.B. Saunders Company. 2<sup>e</sup> édition (2002) ; 339.
6. Shafer WG, Waldron CA. Erythroplakia of the oral cavity. *Cancer* 1975 ; 36 : 1021-28.
7. Jovanovic A, Schulten EA, Kostense PJ, Snow GB, van der Waal I. Tobacco and alcohol related to the anatomical site of oral squamous cell carcinoma. *J Oral Pathol Med* 1993 ; 22 (10) : 459-62.
8. Boffetta P, Ye W, Adami HO, Mucci LA, Nyren O. Risk of cancers of the lung, head and neck in patients hospitalized for alcoholism in Sweden. *Br J Cancer* 2001 ; 85 (5) : 678-82.
9. Simanowski UA, Stichel F, Maier H, Gartner U, Seitz HK. Effect of alcohol on gastrointestinal cell regeneration as a possible mechanism in alcohol-associated carcinogenesis. *Alcohol* 1995 ; 12 (2) : 111-5.
10. Leemans CR, Engelbrecht WJ, Tiwari R, Deville WL, Karim AB, van der Waal I, Snow GB. Carcinoma of the soft palate and anterior tonsillar pillar. *Laryngoscope* 1994 ; 104 (12) : 1477-81.
11. Antoniadis K, Lazaridis N, Vahtsevanos K, Hadjipetrou L, Antoniadis V, Karakasis D. Treatment of squamous cell carcinoma of the anterior faucial pillar-retromolar trigone. *Oral Oncol* 2003 ; 39 (7) : 680-6.
12. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot, JE. *Oral and Maxillofacial Pathology*, Philadelphia. W.B. Saunders Company. 2<sup>e</sup> édition. 2002 ; 361.
13. Veness MJ, Ong C, Cakir B, Morgan G. Squamous cell carcinoma of the lip. Patterns of relapse and outcome. Reporting the Westmead Hospital experience, 1980-1997. *Australas Radiol* 2001 ; 45 (2) : 195-9.



**Esthétique. Stable. Parfait.**

**StructurPremium**

### **Des provisoires qui répondent aux meilleures exigences**

- **Esthétique comme la céramique**  
grande stabilité de teinte, fluorescence et  
brillance naturelle
- **Dur comme l'émail**  
une extrême haute sûreté contre la casse  
et une grande résistance à la fracture
- **Manipulation parfaite**  
 finition rationnelle, grâce à une possibilité  
de polissage facile



VOCO Centre de Service:

Jacques Wouters - GSM 0495 - 22 39 22 - Tél./Fax 081 - 46 16 48  
Quentin Montfort - GSM 0475 - 25 51 12 - Tél./Fax 02 - 64 43 834

P.O. Box 767 - 27457 Cuxhaven - Allemagne - Téléphone +49 (4721) 719-0 - Fax: +49 (4721) 719-140 - [www.voco.com](http://www.voco.com)

**VOCO**

**La recherche scientifique créative**



# Dentex millésime 2004

**P**ar souci d'un achat à prix réduit, avec l'envie de revoir les copains, ou simplement par habitude, vous avez peut-être visité le Dentex 2004... Vous trouverez sur cette page quelques souvenirs glanés de-ci de-là.

Aucun doute : l'exposition bisannuelle a tenu ses promesses, en tant que vitrine du marché dentaire belge. Si vous souhaitiez tout connaître des nouveautés, ou bien comparer les offres des divers fournisseurs, l'occasion rêvée vous était offerte. D'autant que, si les stands étaient nombreux et agréablement agencés, on ne s'est jamais bousculé dans les travées... ce qui est un grand avantage pour le visiteur, pas nécessairement pour les exposants.

De l'avis général de ces derniers, si le Dentex est incontestablement un salon qui fait la part belle à la vente, il a aussi le désavantage de postposer les

décisions des clients tout au long du second semestre, ce qui, en définitive, est plutôt ennuyeux. Surtout si l'on considère l'investissement humain et financier qu'une présence à ce salon impose.

Côté COD, nous retiendrons le formidable engouement qu'ont connu nos sessions de peer-reviews, qui se sont tenues le samedi du Dentex, à 200 mètres à peine de l'événement.

Sur le total de l'année 2004, ce sont plus de 320 participations qui ont été menées à bonne fin, véritable gageure lorsque l'on connaît les contraintes liées au maximum de participants par session.

Les peer reviews du COD seront naturellement de retour dès 2005, avec une formule légèrement remaniée, pour rendre la participation encore plus fluide et exempte de tout souci. ■









# Le 13 janvier, votre formation continue 2005 prendra visage

Le moment du choix se rapproche : quel visage donnerez-vous à votre formation continue en 2005 ?

Solide dans ses missions, le COD vous proposera à nouveau des traits de toute beauté :

- qualité réellement utile au quotidien
- niveau international
- certitude légale (accréditation, agrément)
- gratuité de la cotisation
- réduction jusqu'à 25% pour votre fidélité

De quoi faire tomber les masques !

Soyez attentifs au JOD Spécial Programme 2005, dans votre boîte aux lettres le 13 janvier prochain.

Car votre formation continue prendra visage !

**Le COD**  
**Ma formation continue**

