prises en charge prothétiques implanto-portées des pertes de substance osseuse mandibulaires

RÉSUMÉ

Les reconstructions des pertes de substance osseuse mandibulaires (suite à un traumatisme ou à une résection tumorale) doivent être associées à une chirurgie implantaire.

Cet article montre l'expérience acquise par l'équipe pluridisciplinaire de l'hôpital Cochin à travers quelques cas cliniques.

Leva DJAVANMARDI

Service de Stomatologie
et Chirurgie maxillo-faciale,
Groupe hospitalier Cochin
Saint-Vincent de Paul,
27, rue du Faubourg Saint-Jacques,
75679 Paris Cedex 14.

Guy PRINC

Service de Stomatologie
et Chirurgie maxillo-faciale,
Groupe hospitalier Cochin
Saint-Vincent de Paul,
27, rue du Faubourg Saint-Jacques,
75679 Paris Cedex 14.

Gilles GREUX

Service de Stomatologie
et Chirurgie maxillo-faciale,
Groupe hospitalier Cochin
Saint-Vincent de Paul,
27, rue du Faubourg Saint-Jacques,
75679 Paris Cedex 14.

Michel KURC

Service de Stomatologie
et Chirurgie maxillo-faciale,
Groupe hospitalier Cochin
Saint-Vincent de Paul,
27, rue du Faubourg Saint-Jacques,
75679 Paris Cedex 14.

MOTS CLÉS

implants dentaires

radiothérapie cervico-faciale

perte de substance osseuse mandibulaire

introduction

Le présent travail montre l'expérience acquise dans le domaine des reconstructions prothétiques implanto-portées mandibulaires.

Les pertes de substance osseuse peuvent résulter de traumatismes ou de

résections tumorales plus ou moins élargies.

Les cas cliniques présentés sont pris en charge à l'hôpital Cochin dans le cadre du Diplôme d'Université de chirurgie et prothèses implantologiques.

cas clinique n° 1 :

carcinome épidermoïde pelvi-mandibulaire T1, N0

Patiente âgée de 60 ans, édentée totale ; découverte d'une lésion ulcéro-indurée du plancher antérieur. La biopsie conclut à un carcinome épidermoïde. Après le bilan, la tumeur est classée T1N0. Le protocole thérapeutique est chirurgical.

Dans un deuxième temps, une greffe osseuse est pratiquée pour augmenter la dimension verticale symphysaire (**fig. 1**).

– La voie d'abord utilisée est sous-mentonnière, permettant un abord de

la symphyse mandibulaire en respectant le vestibule inférieur (**fig. 2, 3**).

– La greffe osseuse (prélèvement iliaque) est ostéosynthésée au niveau du bord basilaire par des vis.

– 6 mois plus tard, (après ablation des vis d'ostéosynthèse) par voie endobuccale, mise en place des deux implants symphysaires (**fig. 4, 5**).

– Ainsi deux boutons pressions permettent la stabilisation de la prothèse totale mandibulaire.

fig. 1

fig. 2

fig. 3

fig. 4

fig. 5

cas clinique n° 2 :

carcinome épidermoïde pelvi-mandibulaire antérolatéral gauche T3, N2

Un patient âgé de 45 ans a été opéré il y a une quinzaine d'années, suite au diagnostic de carcinome épidermoïde pelvi-mandibulaire antéro-latéral gauche classé T3, N2.

Le traitement était uniquement chirurgical : résection mandibulaire interruptrice associée à un curage ganglionnaire cervical et reconstruction mandibulaire du secteur antéro-latéral par un greffon

costal ostéosynthésé par des fils d'acier (**fig. 6**).

L'état locorégional est satisfaisant. La dent 47 est à extraire. La prothèse dentaire est instable, rendant impossible la fonction masticatoire.

Le volume osseux disponible évalué par un examen tomodensitométrique n'étant pas suffisant pour permettre une réhabilitation implantaire, il est décidé de réa-

liser un prélèvement osseux crânien (**fig. 7**).

Celui-ci est adossé à la reconstruction mandibulaire et synthésé par des vis (**fig. 8, 9**).

– Six mois plus tard après réévaluation du volume osseux disponible, 4 implants mandibulaires (**fig. 10**) sont positionnés (uniquement en

fonction des considérations anatomiques).

Après approfondissement du vestibule par une greffe cutanée, mise en place des bagues de cicatrisation et réalisation de la barre implantoportée (**fig. 11, 12**).

Réalisation de la prothèse dentaire (**fig. 13, 14**).

fig. 11

fig. 12

fig. 13

fig. 14

cas clinique n° 3 :

perte de substance osseuse composite du tiers inférieur de la face résultant d'un traumatisme balistique

Un patient âgé d'une trentaine d'années, victime d'un traumatisme balistique (porte d'entrée sous-mentonnière avec perte de substance de l'étage inférieur de la face) est admis en urgence : trachéotomie et mise en place d'une sonde gastrique.

Secondairement le patient bénéficie d'une reconstruction de la région antérieure mandibulaire par un transfert osseux de fibula (**fig. 15**).

Le résultat morphologique et fonctionnel est jugé incomplet du fait de l'importante rétrusion de l'étage inférieur

fig. 15

fig. 16

fig. 17 (Prothèse : Jacques Dichamp).

fig. 18 (Prothèse : Jacques Dichamp).

de la face, avec obstruction de l'oropharynx par la langue.

Une distraction osseuse mandibulaire bilatérale permet de supprimer la sonde gastrique et la trachéotomie. Secondai-

rement, on décide la mise en place de 3 implants dentaires dans la région édentée symphysaire (sur le transfert osseux) et réalisation de la prothèse (fig. 17, 18).

cas clinique n° 4 : carcinome épidermoïde pelvi-mandibulaire antérieur T3, N3

Chez une patiente âgée de 45 ans, alcoololo-tabagique, découverte tardive d'un carcinome épidermoïde pelvi-mandibulaire antérieur T3, N3. Le protocole thérapeutique associe une chirurgie d'exérèse tumorale ganglion-

naire, cervicale et une reconstruction immédiate de la région antérieure par une attelle, recouverte par un lambeau myocutané. La chirurgie est suivie d'une radiothérapie cervico-faciale.

fig. 19

fig. 20

fig. 21

fig. 22

Dans un deuxième temps (**fig. 19**)
dépose de l'attelle mandibulaire et
transfert micro-anastomosé (fibula)
pour la reconstruction antérieure (les
brides cervicales résultent de la radio-
thérapie post-opératoire).

Sur le panoramique (**fig. 20**) : plaque
d'ostéosynthèse et 3 implants.

Mise en place des 3 boutons pression
(**fig. 21**) et de la prothèse dentaire
(**fig. 22**).

cas clinique n° 5 :

carcinome épidermoïde de la commissure intermaxillaire T3, N3

Patient âgé de 51 ans, alcoololo-taba-
gique présentant une lésion ulcéro-
indurée de la commissure inter-maxil-
laire gauche. La biopsie conclut à un
carcinome épidermoïde. Le bilan au

niveau des VADS est normal. Le proto-
cole thérapeutique associe :

- une résection tumorale (mandibu-
laire et maxillaire), un curage gan-
glionnaire cervical radical et une

- radiothérapie cervico-faciale post-opératoire ;
- une prothèse obturatrice maxillaire est réalisée en post-opératoire immédiat. Le patient étant édenté total, la prothèse dentaire inférieure est instable ; on décide de positionner

2 ans plus tard, 3 implants mandibulaires (**fig. 23**).

Prothèse obturatrice maxillaire (**fig. 26**). La prothèse dentaire est stabilisée sur la barre implanto-portée ; elle permet au patient une fonction masticatoire correcte (**fig. 25-27**).

fig. 23

fig. 24

fig. 25

fig. 26

fig. 27

cas clinique n° 6 : améloblastome mandibulaire

Une résection mandibulaire interruptrice antérolatérale a été pratiquée il y a une dizaine d'année pour un améloblastome avec une reconstruction immédiate par une greffe osseuse (iliaque).

La mise en place de 4 implants (**fig. 31 a**) est indiquée pour stabiliser la prothèse dentaire.

La photographie **29** montre l'importance de la hauteur libre prothétique.

Après une augmentation du volume osseux par une greffe d'apposition ; mise en place de quatre implants dentaires (**fig. 31 b**).

Réalisation de la prothèse dentaire (**fig. 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39**).

fig. 31 a

fig. 31 b

fig. 32

fig. 33

fig. 34

fig. 35

fig. 36

fig. 37

cas clinique n° 7 : améloblastome mandibulaire

Il s'agit d'un autre cas d'améloblastome mandibulaire ayant nécessité la dépose du bridge 34 35 36 37, l'avulsion de la dent incluse ectopique 38 et l'énucléation curetage de la lésion mandibulaire (fig. 40, 41, 42).

9 mois plus tard, le panoramique de

contrôle montre une ossification complète de la perte de substance osseuse mandibulaire (fig. 43).

Mise en place de 3 implants mandibulaires et réalisation de la prothèse implanto-portée (fig. 44).

conclusion

Les quelques cas cliniques présentés illustrent les progrès de la réhabilitation prothétique grâce aux implants dentaires.

Une telle thérapeutique rend un service inestimable pour nos patients, modifiant leur qualité de vie, d'un point de

vue fonctionnel (masticatoire), esthétique et surtout psychologique.

La radiothérapie cervico-faciale ne constitue pas un critère d'exclusion.

En fait, le problème essentiel réside dans l'absence de prise en charge financière des traitements implantaires.

SUMMARY

Implantology and mandibular bone reconstruction

L. DJAVANMARDI, G. PRINC, G. GREUX, M. KURC

Mandibular bone reconstruction (after traumatology or tumor surgery) needs to be completed by dental implant placement.

This case report illustrates the satisfactory functional and aesthetic results obtained by the multidisciplinary team of Cochin Hospital.

keywords: dental implant, cervico facial radiotherapy, mandibular defects, mandibular reconstruction.