

Réhabilitation prothétique complexe après perte de substance mandibulaire d'origine carcinologique

Problématique

Les **pertes de substances mandibulaires d'origine carcinologique** touchent des structures essentielles et impactent de façon importante les fonctions telles que la mastication, la phonation, la déglutition affectant la **qualité de vie des patients**. La radiothérapie, la chimiothérapie, l'exérèse tumorale et les reconstructions par **lambeaux libres de fibula (LLF)** sont les traitements les plus répandus aujourd'hui. Cependant, ces solutions sont lourdes et s'accompagnent d'effets secondaires significatifs (hyposialie, limitation de l'ouverture buccale, risque d'ostéoradionécrose)

Les problématiques principales vont être une **néo-anatomie défavorable** pour la rétention et la stabilité prothétique ainsi que la plupart du temps une **contre indication implantaire** lors d'une irradiation supérieure à 40-50 GY.

Situation clinique initiale

Antécédents médico-chirurgicaux:

- Patiente de 72 ans avec antécédents de CE pT4N0T0 bord langue droit traité par chirurgie (hémiglossectomie + LL grand dorsal) + RT 70Gy en 2011
- LLF coté droit en 2023 suite à une ORN évolutive par le Dr Charles Collet

Situation clinique initiale:

- Edentement complet mandibulaire avec absence de sillon pelvi et vestibulo-lingual -> mauvais pronostic pour prothèse amovible complète (PAC)
- Dépressibilité du lambeau cutané secteur 4 et absence de mobilité linguale
- Contre indication implantaire secteur 3 (RT 70 GY en 2011)

Décision thérapeutique

- Pose d'implants conventionnels secteur 4 et prothèse amovible supra-implantaire avec barre et contre-barre

Réalisation prothétique

1 Prothèse transitoire -> projet prothétique

2 Guide et planification

3 Pose de 3 implants secteur 4

4 Phase II implantaire à 6 mois

5 Réalisation barre et PAC avec contrebarre (technique conventionnelle)

6 Résultats

Discussion et conclusion

Ce cas met en lumière la complexité des réhabilitations prothétiques après **perte de substance mandibulaire sévère**. Grâce aux reconstructions osseuses microvasculaires et à la pose secondaire d'implants, il est aujourd'hui possible d'envisager des solutions prothétiques stables et fonctionnelles, même dans des contextes anatomiques très modifiés.

La **pose d'implant**, lorsqu'elle est possible, représente la clé d'une réhabilitation fonctionnelle et esthétique. Elle permet la mise en place de **restaurations fixes ou amovibles sur implants** qui sont mieux intégrées, plus stables et plus rétinentes.

Dans la littérature on retrouve un **taux de survie moyen de 80%** des implants mis en place dans des lambeaux osseux. Les complications fréquemment rapportées dans les études comprennent l'hyperplasie des tissus mous péri-implantaires conduisant à des péri-implantites allant parfois jusqu'à la perte de l'implant. Devoize et coll, proposent de **dégraisser les lambeaux** ou alors de réaliser des greffes épithélio-conjonctives afin de restaurer une architecture péri-implantaire stable.

Références bibliographiques

1. Nham TT, Koudougou C, Piot B, Corre P, Bertin H, Longis J. Prosthetic rehabilitation in patients with jaw reconstruction by fibula free flap: A systematic review. J Stomatol Oral Maxillofac Surg. 2024 Jun;125(3):101735. doi: 10.1016/j.jormas.2023.101735. Epub 2023 Dec 9. PMID: 38072231
2. Devoize L, Pham Dang N., Depeyre A. Mise au point - Réhabilitation implantaire sur lambeau libre de fibula : Planification, limites et perspectives E-Mem Acad Natle Chir. 2019;18(1):006.
3. Lavery DP, Kelly R, Addison O. Survival of dental implants placed in autogenous bone grafts and bone flaps in head and neck oncology patients: a systematic review. Int J Implant Dent. 2018