

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:

- Patiene 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



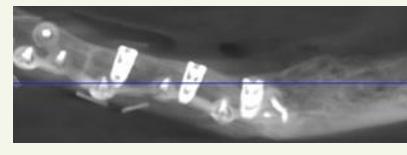
Situation clinique initiale:

- 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

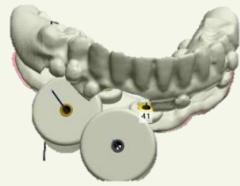
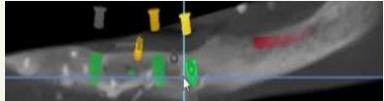
- Pose d'implants conventionnels secteur 4 et prothèse amovible supra-implantaire avec barre et contre-barre

Réalisation prothétique



1 Prothèse transitoire -> projet prothétique

4 Phase II implantaire à 6 mois



2 Guide et planification



5 Réalisation barre et PAC avec contrebarre (technique conventionnelle)



3 Pose de 3 implants secteur 4



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 rétentives.

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 dégraissier les lambeaux ou alors de réaliser des greffes épithélio-conjonctives afin de restaurer une architecture péri-implantaire stable.

Références bibliographiques

- 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
- 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.
- Laverty 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