

COMMUNICATION

Lambeaux libres de fibula et implants dentaires : données actuelles et perspectives.

Chambas V¹, Pham Dang N², Devoize L³

1. UFR d'Odontologie - Service d'Odontologie Sous-section Médecine Orale/Chirurgie Orale - Clermont-Ferrand
2. Service de Chirurgie Maxillo-Faciale - CHU Clermont Ferrand
3. UFR d'Odontologie - Service d'Odontologie Sous-section Médecine Orale/Chirurgie Orale - Clermont-Ferrand

La reconstruction mandibulaire par lambeau libre de fibula est aujourd'hui le gold standard en chirurgie post-traumatique. La réhabilitation prothétique par technique implantaire apparaît également être une solution de choix. Elle est possible grâce à une bonne vascularisation et une qualité d'os assurant un potentiel d'ostéointégration.

Néanmoins des difficultés apparaissent quant à la pérennité implantaire :

La palette cutanée liée à ces lambeaux est un environnement hostile aux implants. Aucun phénomène de kératinisation n'est mis en évidence dans le « sillon cutané-implantaire (SCI) » (Bodard 2005). L'absence de « pseudo épithélium de jonction » induit ainsi des phénomènes inflammatoires chroniques à l'origine d'hyperplasies. Elles apparaissent dans 10% des cas, en moyenne à 3 mois post-opératoires et ont une forme caractéristique de « doughnut » (Shaw 2004). Elles constituent le facteur de perte implantaire majeur.

L'absence des sillons pelvi-linguaux et vestibulaires associés à une rétraction cicatricielle favorisent l'apparition de brides. L'ensemble de ces phénomènes peut créer des déhiscences implantaire et amorcer une péri-implantite.

La notion de rapport racine / couronne clinique « classique » n'est pas extrapolable dans cette pratique néanmoins le différentiel de hauteur entre péroné et mandibule peut sembler démesuré.

L'analyse de la littérature associée à notre expérience clinique permet de répondre en partie à ces défis :

Un dégraissage du lambeau lors de la pose des implants permet d'obtenir un environnement « cutané-implantaire » plus compatible avec une physiologie classique. L'absence de « savonnage » associé une diminution de profondeur du SCI permet de limiter l'inflammation. L'utilisation de nitrate d'argent est possible dès les premiers signes de récurrence.

Une vestibuloplastie/linguoplastie est préférable en réalisant une greffe épithélio-conjonctive servant de « conformateur ». La kinésithérapie oro-maxillo-faciale permet également de retrouver, en partie, des compétences musculaires jusqu'alors déficientes.

Ce facteur de verticalité n'est pas un frein. L'infrastructure supra-implantaire d'une hauteur de 5 mm en moyenne sur mandibule intacte sera d'environ 12 mm sur péroné. Cet important différentiel ne semble pourtant pas compromettre le taux de succès. Une méta-analyse récente rapporte un taux de survie de 93,2% (Zhang 2016) avoisinant celui de l'implantologie classique. Les perspectives d'évolutions se tournent alors vers une diminution du nombre d'interventions et une meilleure reproductibilité :

La chirurgie implantaire peut être réalisée en même temps que le lambeau libre ou de manière différée, aucune différence significative d'ostéointégration n'est retrouvée.

L'association des techniques d'imageries 3D et des techniques CAD/CAM ouvre les portes d'un flux digital complet permettant la prévisualisation du greffon fibulaire, des positions implantaire ainsi que la réalisation de guides. L'ostéointégration et la stabilité implantaire sur lambeau libre de fibula sont aujourd'hui des données acquises de la science. Malgré tout, les complications liées à l'environnement cutané-implantaire restreignent son indication aux patients les plus compliants. L'indication doit donc être murement réfléchie.

vivien.chambas@gmail.com