

Importance de la collaboration entre chirurgien et odontologiste dans les réhabilitations mandibulaires par lambeau libre

Dr Jean-Pierre Margainaud, Dr Morbize Juliéron, Dr Frédéric Kolb

Institut Gustave-Roussy - Centre de Lutte Contre le Cancer

39, rue Camille Desmoulins -

94805 Villejuif Cedex

Les reconstructions par lambeau libre ont déjà beaucoup amélioré les résultats fonctionnels et esthétiques des mandibulectomies interruptrices par rapport aux endoprothèses. Il est donc tout naturel à partir de cette nouvelle situation de vouloir encore diminuer les séquelles postopératoires en essayant d'appareiller ces malades sur le plan dentaire.

C'est sur une série de 45 malades - 43 reconstructions par péroné, 2 par greffe iliaque - que nous avons pu appréhender les difficultés de ces réhabilitations et en déterminer les facteurs de réussite grâce à une coopération étroite entre chirurgien et prothésiste clinicien.

Le volume initial de la lésion est bien sûr le facteur essentiel puisqu'il dicte l'étendue de la résection et l'importance des modifications anatomiques. D'elle découlera la persistance ou non de certaines dents, qui permettent de rétablir une bonne occlusion dentaire en maintenant la dimension verticale, autorise la réalisation d'un système de blocage bimaxillaire très précieux ainsi que l'existence d'un néo-vestibule participent aussi largement à un bon résultat prothétique.

La dimension du greffon. Un greffon surdimensionné compromettra la réalisation d'une prothèse car il sera impossible de rétablir une occlusion dentaire et de plus le port des appareils entraîne très souvent dans ce type de cas une inoclusion labiale.

Pour aider à bien dimensionner le greffon, une étude radiologique préopératoire (scanner 3D à l'échelle 1), la réalisation d'un patron et un blocage bimaxillaire en

peropératoire ou l'immobilisation des fragments mandibulaires restants au maxillaire supérieur par plaques transitoires sont des moyens très utiles.

Dans tous les cas, il faut garder à l'esprit qu'il sera toujours plus difficile d'appareiller un greffon surdimensionné que sous-dimensionné.

L'épaisseur de la palette cutanée : quand le moment est venu d'envisager un appareillage, celui-ci peut rarement se faire d'emblée. Le plus souvent, la palette est trop épaisse, ne laissant pas l'espace nécessaire à une prothèse. De plus, sa mobilité par rapport au greffon osseux déstabilise la prothèse. Il est donc nécessaire dans un premier temps de dégraisser le plus possible le lambeau en en profitant pour retirer les plaques d'ostéosynthèses. On peut aussi envisager à ce stade si cela est nécessaire et possible une éventuelle vestibuloplastie et une libération de langue qui pourraient améliorer le pronostic prothétique.

Possibilité implantaire : en l'absence de dents piliers, la pose d'implants peut être indiquée mais uniquement après la dépose du matériel d'ostéosynthèse et le dégraissage de la palette. A ce stade un bilan par denta-scanner, la réalisation d'empreintes d'étude avec mise en articulateur sont indispensables pour l'indication de pose d'implants. Mais ceux-ci ne peuvent résoudre tous les problèmes prothétiques et ne seront retenus que si les autres critères de réussite sont réunis.

Résultats : sur les 45 malades, 9 ont été appareillés, 3 par des prothèses adjoindes traditionnelles du fait de l'existence de dents restantes et 6 avec implants.

Nous avons obtenu pour les 3 patients non implantés un résultat fonctionnel et esthétique satisfaisant. Sur les 6 patients implantés nous avons rencontré 2 échecs prothétiques sans problème implantaire et 1 échec des implants chez le seul malade ayant subi une radiothérapie postopératoire. Les 3 malades restants présentent un résultat esthétique et fonctionnel satisfaisant.

Au total : seulement environ 13 % des patients ont pu bénéficier d'une réhabilitation prothétique satisfaisante.

Conclusion : il faut rappeler tout d'abord que nous ne sommes pas maîtres de tous ces facteurs puisque la priorité reste évidemment la qualité carcinologique de la résection et qu'aucune concession dans ce domaine en vue d'un éventuel appareillage ne doit être envisagée. Cela étant, cette communication a pour but de démontrer que les

réhabilitations prothétiques de ces malades sont beaucoup plus complexes qu'il n'y paraît : qu'elles ne seront réalisables que si leur plan de traitement est déterminé dès la reconstruction immédiate en collaboration avec le chirurgien. Les résultats sont encore aléatoires et le malade devra toujours être informé de ces difficultés avant l'intervention quand elles peuvent être envisagées, ce qui est loin d'être systématique. Enfin, nous pensons que la faible proportion de malades appareillés doit pouvoir être augmentée en adaptant les techniques opératoires dans un but préprothétique, sachant que les facteurs de réussite sont :

- une bonne dimension et orientation du greffon,
- la conservation si possible ou la reconstruction d'un plancher et d'un vestibule avec la persistance d'une certaine mobilité linguale.

