

Réhabilitation implantaire sur lambeau libre de fibula. Planification, limites et perspectives

Laurent DEVOIZE

Résumé

La reconstruction des pertes de substance mandibulaires par lambeau libre de fibula est aujourd'hui le gold standard en chirurgie carcinologique et/ou 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. Une méta-analyse récente rapporte un taux de survie de 93,2% (Zhang 2016) avoisinant celui de l'implantologie classique.

Néanmoins des difficultés peuvent apparaître quant à la pérennité implantaire ; la palette cutanée liée à ces lambeaux est un environnement hostile aux implants ; aucun phénomène de kératinisation n'a été mis en évidence dans le « sillon cutané-implantaire » (Bodard 2005). L'absence de « pseudo épithélium de jonction » induit ainsi des phénomènes inflammatoires chroniques à l'origine d'hyperplasies. Celles-ci apparaissent dans 10% des cas, en moyenne à 3 mois post-opératoires et ont une forme caractéristique de « donut » (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 implantaires et amorcer une péri-implantite ; enfin, la notion de rapport racine / couronne clinique « classique » n'est pas extrapolable dans cette pratique, le différentiel de hauteur entre péroné et mandibule native peut sembler démesuré.

L'ostéointégration et la stabilité implantaire sur lambeau libre micro-anastomosé 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, prise en concertation avec les différents acteurs de la reconstruction globale. Les perspectives d'évolutions se tournent désormais vers une diminution du nombre d'interventions et une meilleure reproductibilité par l'apport des techniques 3D.

Références bibliographiques :

- Bodard AG et Gourmet R. Réhabilitation sur implants après reconstruction mandibulaire par greffon de fibula microanastomose : une série de 10 cas. *Med Buccale Chir Buccale*. 2005;11:215.
- Shaw R, Sutton D, Brown J, Cawood J. Further malignancy in field change adjacent to osseointegrated implants. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2004;33(4):353-5.
- Zhang L, Ding Q, Liu C, Sun Y, Xie Q, Zhou Y. Survival, Function, and Complications of Oral Implants Placed in Bone Flaps in Jaw Rehabilitation: A Systematic Review. *Int J Prosthodont*. 2016;29(2):115-25.