

ZOOM CLINIQUE

Pages réalisées sous la direction éditoriale de Benjamin Darmon

La chirurgie orale guidée en cas de dents de sagesse difficiles

Mickaël Samama, spécialisé en chirurgie orale et stomatologie, praticien attaché à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière.

L'avulsion des dents de sagesse est le geste par excellence relevant de la spécialité de la chirurgie orale. Ce geste n'est toutefois pas dénué de risques ⁽¹⁾. Certaines dents de sagesse incluses sur le bord basilaire peuvent être à risque de fracture per et post opératoire. Bien que rare ⁽²⁾, celle-ci entraîne une impotence fonctionnelle, une hospitalisation et la mise en place d'une plaque d'ostéosynthèse post opératoire. Les nouvelles technologies permettent de mieux anticiper et de mieux prendre en charge ce type de complications. Notre cas clinique est celui d'une patiente de 59 ans présentant une indication d'avulsion des 36 et 37, siège de lésions inflammatoires en communication avec la 38 incluse en position basilaire. [Fig. 1].

L'analyse cone beam et les reconstructions 3D révèlent un haut risque de fracture mandibulaire ainsi qu'un risque de lésion du nerf alvéolaire inférieur. [Fig. 2].

Les données issues du CBCT sont envoyées au laboratoire Materialise pour évaluer la possibilité de fabriquer une plaque sur mesure pontant la zone à risque de fracture. Une communication étroite entre le laboratoire et le chirurgien permet de positionner et de designer la plaque la plus solide possible, ainsi que les futurs foyers de vis d'ostéosynthèse en évitant tous les obstacles anatomiques de la région ⁽³⁾. [Figs. 3 et 4]. Sous anesthésie générale, l'incision et le décollement muco-périosté reprennent ceux d'une dent de sagesse classique avec décharge dans

le trigone rétro molaire élargie à la région symphysaire, afin de mieux contrôler l'émergence du nerf mentonnier. [Fig. 5].

Le point important est que le positionnement de la plaque est réalisé préalablement à l'avulsion des dents et de la 38 incluse. [Fig. 6]. Ainsi, la fracture de la mandibule est déjà traitée avant qu'elle ne se produise. Une fois la plaque ostéosynthésée (par voie endobuccale et une partie transjugale dans ce cas), les dents 36 et 37 sont avulsées et la 38 avec large ostéotomie, laissant une très fine paroi osseuse en linguale ainsi qu'une absence de corticale vestibulaire, justifiant la pose de la plaque. [Figs. 7 et 8].

En post op, la patiente ne présente ni trouble occlusal ni paresthésie dans le territoire du nerf alvéolaire inférieur gauche. Le panoramique de contrôle est satisfaisant. [Fig. 9].

CONCLUSION

Les guides et plaques de préforage permettent d'anticiper des complications potentiellement graves dans une pratique confirmée de la chirurgie orale. Par extension, nous verrons dans la conférence de la Journée SOP du 15 juin que l'utilisation de guides dans d'autres secteurs de la chirurgie orale semble séduisante de par leur simplicité d'utilisation. Cependant, en cas de mauvaise adaptation ou de non-conformité du guide, le praticien doit revenir et maîtriser les fondamentaux afin de poursuivre l'intervention, mais sans filet... ▀

Fig. 1



Fig. 2

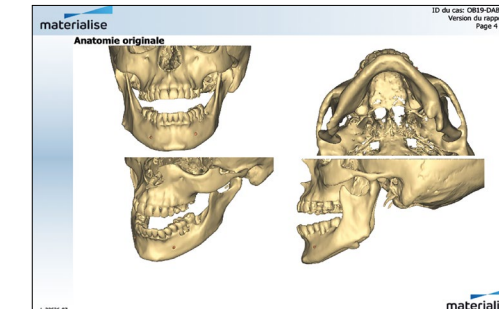


Fig. 3

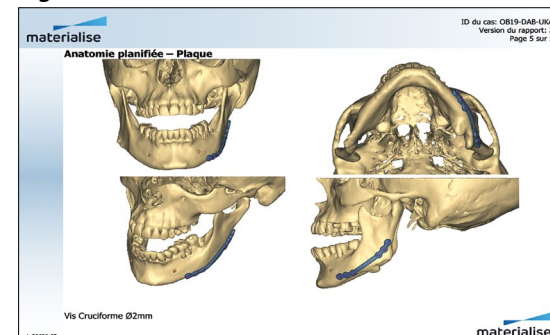


Fig. 4

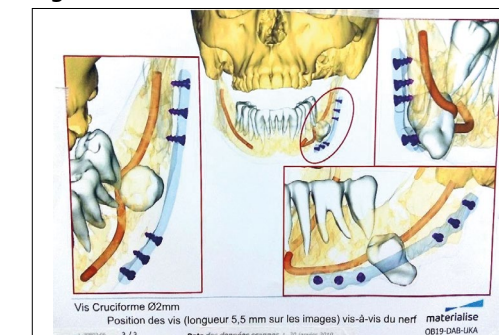


Fig. 5



Fig. 6



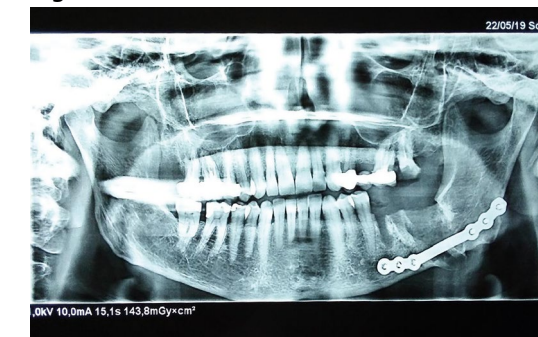
Fig. 7



Fig. 8



Fig. 9



Bibliographie

(1) HAS Mai 2019 Recommandation de bonne pratique. Avulsion des 3^{es} molaires : indications, techniques et modalités. Méthode, recommandations

pour la pratique clinique.
(2) Association between third molar and mandibular angle fracture : A systematic review and meta-analysis F.Giovacchini and al. J craniomaxillofacial surgery 2018 Apr;46(4):558-565.

(3) Experimental validation of finite element simulation of a new custom-designed fixation plate to treat mandibular angle fracture XU-XU, Kang Jie Chang et al. Biomed Eng Online 2021 Feb 5;20(1):15.