

Reconstruction des pertes de substance mandibulaire en milieu à ressources limitées : place des techniques conventionnelles

B. Dani^(a), S. Nadim^(a), M. Boulaadas^(a)

(a) Service de chirurgie maxillo-faciale, Hôpital des spécialités, Université Mohammed V, Rabat

INTRODUCTION

La reconstruction mandibulaire après résection tumorale représente un défi majeur en chirurgie maxillo-faciale, visant à restaurer à la fois la fonction et l'esthétique faciale.

Cette étude analyse le profil épidémiologique et clinique des patients ainsi que les techniques de reconstruction conventionnelles et leurs résultats, au sein d'un service de chirurgie à ressources limitées.

MATERIELS ET METHODES

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive menée de 2017 à 2024 au service de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale du CHU Ibn Sina, Rabat. Quarante-six patients ayant bénéficié d'une reconstruction mandibulaire après résection tumorale ont été inclus.

Les données recueillies comprenaient des variables épidémiologiques, cliniques, radiologiques, histopathologiques et thérapeutiques. Les défauts mandibulaires ont été classés selon la classification de Cariou. Les critères d'évaluation incluaient les complications postopératoires, la récurrence tumorale ainsi que les résultats fonctionnels (mastication, déglutition, phonation, réhabilitation dentaire) et esthétiques.

Le suivi variait de 6 mois à 3 ans.

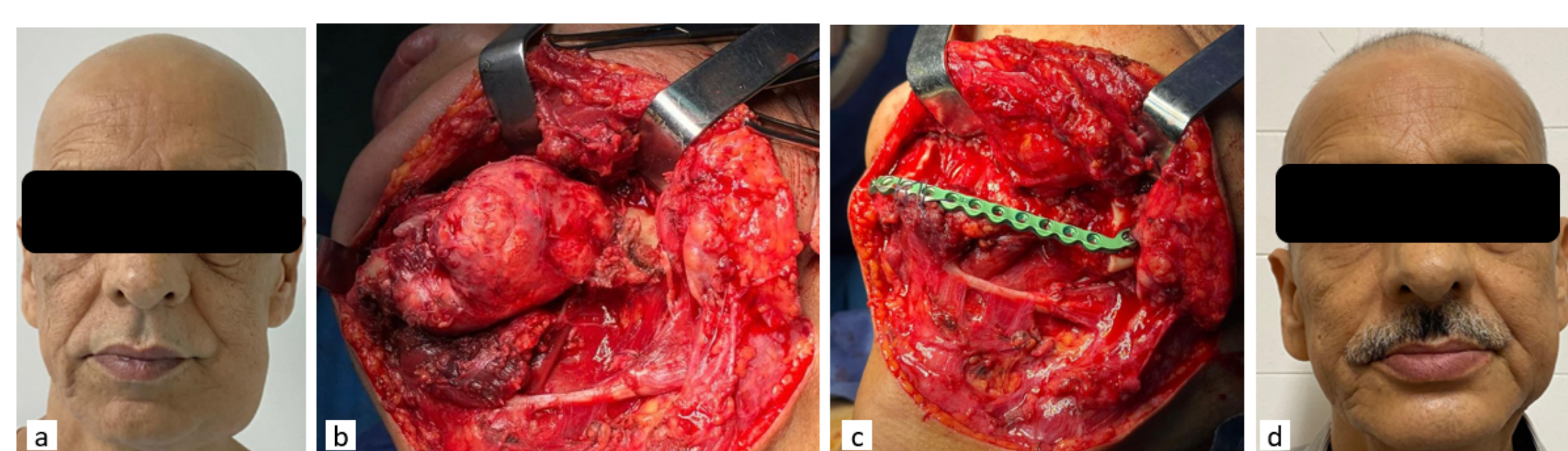


Figure 1 — a : Photo préopératoire d'un patient présentant un chondrosarcome mandibulaire. b : Aspect peropératoire du chondrosarcome. c : Photo après exérèse tumorale et reconstruction par la plaque en titane. d : Photo du patient à un mois postopératoire.

RESULTATS

L'âge moyen des patients était de 43,7 ans (21–84 ans), avec une prédominance féminine (56,5%).

Le principal motif de consultation était l'apparition d'une tuméfaction jugale (91,3%).

L'orthopantomogramme a été réalisé chez 78% des patients, montrant des anomalies dans 93,7% des cas. La TDM faciale injectée a été effectuée chez 70. Les tumeurs bénignes représentaient 78,3% des cas, contre 21,7% de tumeurs malignes. L'améloblastome était le diagnostic le plus fréquent (47,8%), suivi du carcinome épidermoïde (13%). Selon la classification de Cariou, les défauts latéraux (type Lb) étaient les plus fréquents (46,5%).

Tous les patients ont bénéficié d'une mandibulectomie interruptive, principalement segmentaire (56,5%). La reconstruction était immédiate dans 97,8% des cas, utilisant :

- Plaque en titane seule : 56,1%
- Plaque + lambeau musculocutané : 9,7%
- Plaque + greffe iliaque : 9,7%
- Greffe iliaque seule : 9,7%
- Lambeau libre de fibula : 17,1%
- Lambeau ostéo-musculo-cutané du grand pectoral : 4,3%

Le suivi moyen était de 24 mois. Six complications postopératoires ont été enregistrées (infections, fistule, hématome), sans perte de lambeau ni résorption de greffe. Une récurrence tumorale a été observée chez 4 patients. Les résultats esthétiques étaient jugés satisfaisants dans 95,6% des cas. Une réhabilitation prothétique était programmée chez 63% des patients.

DISCUSSION

Les stratégies de reconstruction mandibulaire diffèrent d'un centre à l'autre, en fonction de la pathologie, des ressources disponibles et de l'expertise chirurgicale.

Dans notre série, la technique la plus utilisée était la plaque en titane seule (56,1%), reflétant une approche pragmatique face à de nombreux patients présentant de larges tumeurs bénignes, parfois récidivantes, et à des ressources limitées pour la microchirurgie complexe. L'utilisation de la plaque seule est souvent considérée comme une solution temporaire ou réservée aux patients à pronostic limité, en raison des complications à long terme telles que l'exposition, la fracture ou l'infection [1]. Dans notre contexte, le recours aux plaques s'impose parfois en raison du manque de plateau technique, même si les greffes osseuses ont montré de meilleurs résultats dans notre étude.

Les greffes osseuses non vascularisées sont indiquées pour de petits à moyens défauts mandibulaires avec peu ou pas de perte tissulaire, nécessitant un site récepteur bien vascularisé. La crête iliaque reste un site donneur privilégié car elle fournit à la fois de l'os cortical et spongieux, utilisé dans 19,5% de nos cas, surtout pour des pathologies bénignes non irradiées [2]. Leur rôle a diminué dans les centres disposant d'une expertise microchirurgicale avancée, où les lambeaux osseux vascularisés sont préférés pour leur fiabilité et leur résistance à la résorption.

Les greffes osseuses vascularisées assurent une cicatrisation fiable et une stabilité à long terme. Les lambeaux libres microvasculaires permettent une ostéo-intégration primaire et sont essentiels pour restaurer un arc mandibulaire stable avec des résultats fonctionnels et esthétiques optimaux [2]. Dans notre série, les lambeaux libres de fibula ont été réalisés chez 17,1% des patients (présentant des tumeurs bénignes), avec un taux d'échec de 0% et un taux de satisfaction élevé, tant sur le plan fonctionnel — la plupart des patients ayant bénéficié d'une réhabilitation dentaire — que sur le plan esthétique. Ces résultats démontrent qu'avec un plateau technique adapté et un personnel bien formé, cette technique complexe peut être mise en œuvre avec succès au sein de notre service.

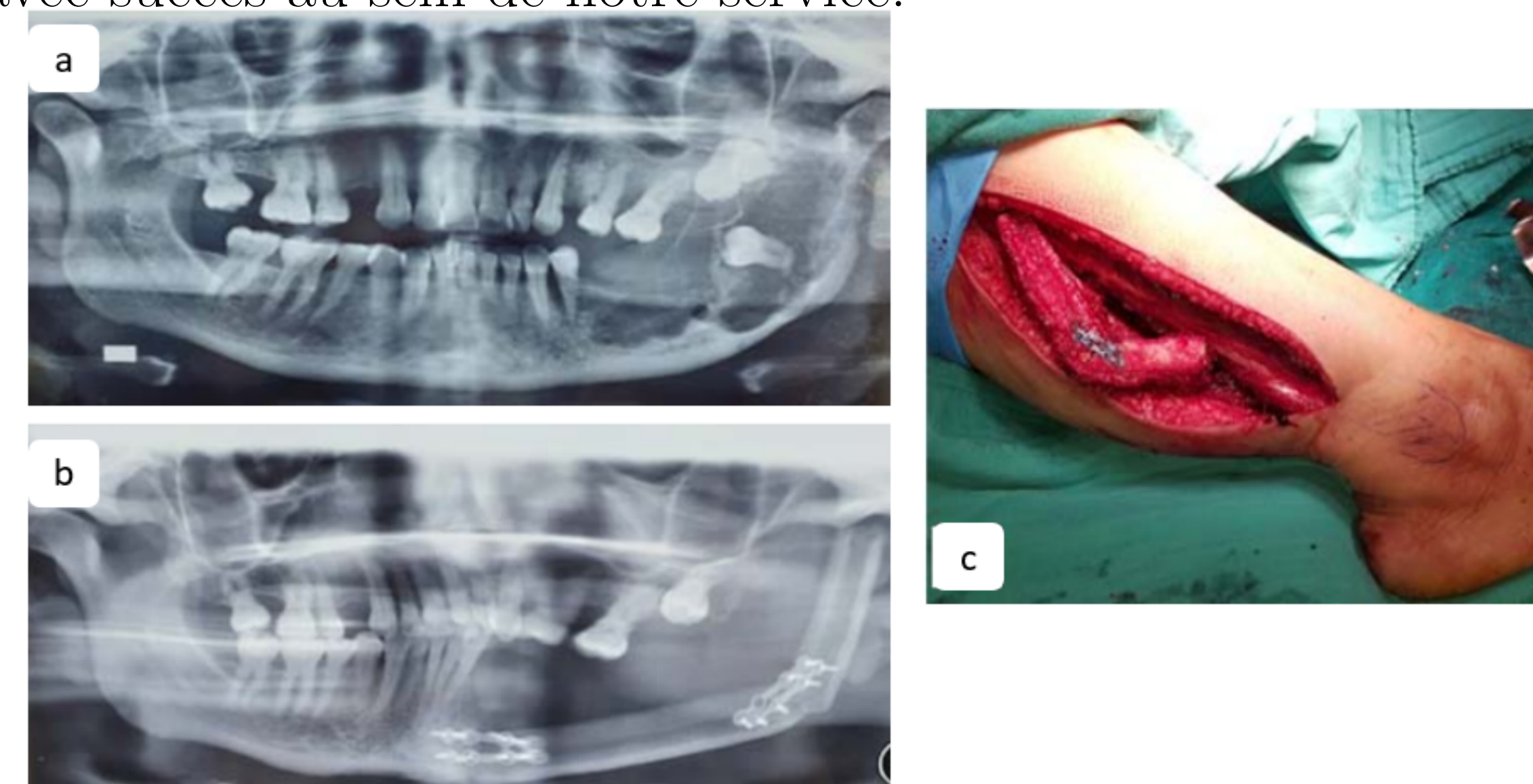


Figure 2 — a : OPT préopératoire d'une patiente porteuse d'un fibromyxome mandibulaire. b : OPT postopératoire. c : Lambeau libre de fibula après dissection, modélisé selon la forme de l'hémi-mandibule.

CONCLUSION

La reconstruction mandibulaire est en constante évolution grâce aux avancées techniques.

Malgré le recours majoritaire aux plaques en titane par rapport aux lambeaux libres privilégiés dans d'autres centres, les résultats fonctionnels et esthétiques obtenus valident une stratégie thérapeutique adaptée au contexte local.

Le renforcement de l'expertise microchirurgicale et l'extension de l'utilisation des lambeaux libres représentent les principales perspectives d'amélioration.

BIBLIOGRAPHIE

1. Moussa, M., Abba Kaka, H., Roufaye, L., et Bancole Pognon, S. (2020). Résultats de la Mandibulectomie Interruptrice avec Reconstruction par Plaque en Titane à l'Hôpital National de Niamey. HEALTH SCIENCES AND DISEASE, 22(1).
2. Kumar BP, Venkatesh V, Kumar KA, Yadav BY, Mohan SR. Mandibular Reconstruction : Overview. J Maxillofac Oral Surg. 2016 Dec ;15(4) :425-441. doi : 10.1007/s12663-015-0766-5. Epub 2015 Apr 19. PMID : 27833334 ; PMCID : PMC5083680.