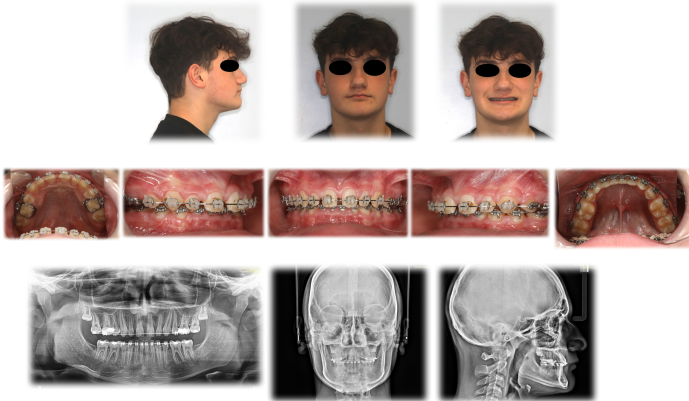
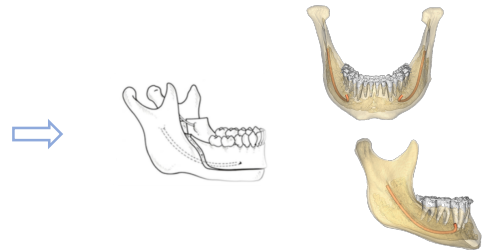


L'ostéotomie mandibulaire sous-apicale totale guidée : une note technique

Dr Astrid AISENFARB (CHU de Lille) - Pr Charles SAVOLDELLI (CHU de Nice)

1. Principes de l'ostéotomie mandibulaire sous-apicale totale

- Ostéotomie mobilisant en **monobloc** l'arcade alvéolo-dentaire inférieure
- **Trait de coupe** : sous les apex des racines dentaires et en distal de 37-47
- **Indication** : classe II + **rétro-alvéolie inférieure globale** +/- progénie relative et sillon labio-mentonnier marqué
- **Risques principaux** : lésion du nerf alvéolaire inférieur (NAI) et des racines dentaires
- **Guides de coupe et de synthèse** : augmentent la précision du geste et diminuent le risque de lésion



2. Cas clinique : patient de 16 ans

Analyse clinique

- **Occlusion** : classe II avec supraocclusion, avulsion de 4 prémolaires
- Insuffisance d'exposition au sourire
- Insuffisance verticale antérieure (IVA)
- Profil concave avec progénie relative

Analyse radiologique

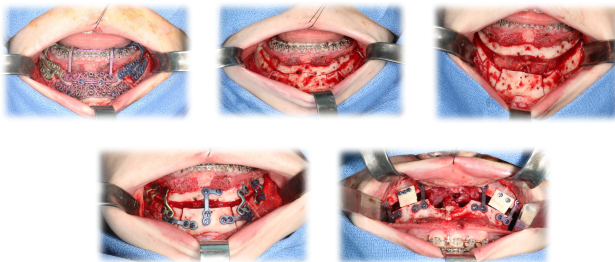
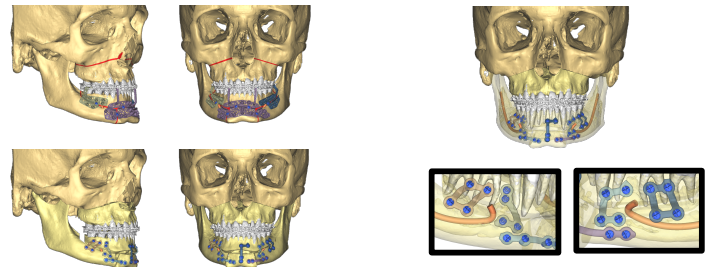
- Classe I squelettique (SNA= 83°, SNB= 81°)
- Hypodivergence faciale
- Rotation anti-horaire du plan d'occlusion (PO)
- Rétro-alvéolie inférieure globale

Plan de traitement :

- **OMST et avancée** → correction de la classe II et de la **rétro-alvéolie inférieure**
- **Génioplastie et ouverture** → augmentation de la **DVA**
- **Le Fort I et abaissement antérieur** → correction **DVA, divergence faciale et PO**

3. Planification virtuelle

1. Planification avec un **ingénieur** (Materialise®, Louvain, Belgique)
2. **Segmentation** de la mandibule et du menton
3. Eviction des **racines dentaires, du NAI et du nerf mentonnier**
4. Segmentation du **maxillaire** : classique Le Fort I
5. **Mouvements simulés** pour atteindre les objectifs occlusaux et squelettiques
6. **3 guides de coupe et de pré-forage** mandibulaires conçus, à appui dentaire
7. **Gouttières des guides de coupe obliques** pour plonger sous les racines
8. **Plaques/guides de synthèse sur-mesure** mandibulaires conçus



4. Chirurgie : transposition de la planification sur le patient

1. Temps **mandibulaire premier**
2. Incision muqueuse de **37 à 47**
3. Mise en place des **guides de coupes**, empreintes et pré-forage
4. Retrait des guides et poursuite de l'**ostéotomie bicorticale au piérotome**
5. **Mobilisation de l'arcade alvéolo-dentaire inférieure** et du menton
6. **Synthèse guidée** de l'arcade alvéolo-dentaire inférieure et du menton
7. Ostéotomie de **Le Fort I** (non guidée) et **abaissement antérieur**
8. Greffe osseuse allogène corticale antérieure maxillaire



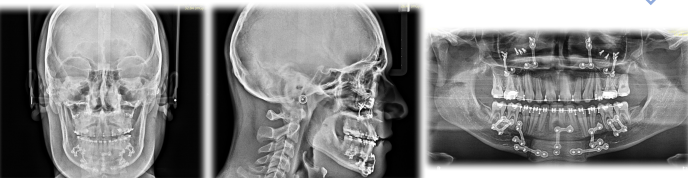
5. Contrôle post-opératoire et à 6 mois

Contrôle radiologique post-opératoire

- Parfaite classe I squelettique
- Correction : **rétro-alvéolie inférieure / PO / divergence faciale**
- Absence de lésion radiculaire

Contrôle clinique à 6 mois

- Parfaite classe I canine et molaire, recouvrement incisif normalisé
- Exposition au sourire majorée
- Profil ortho-frontal sans concavité résiduelle
- Récupération sensitive labio-mentonnière et dentaire complète



Conclusion

OMST → correction de classe II avec **rétro-alvéolie inférieure importante**

Risques principaux → lésion NAI et racines dentaires

Implants sur-mesure → Gain en précision chirurgicale + diminution du risque de lésion

Chez notre patient → Objectifs atteints + récupération sensitive complète à 6 mois.

