

INTRODUCTION:

Les fractures mandibulaires représentent 40 à 65 % de l'ensemble des fractures du massif facial. Les fractures pathologiques de la mandibule sont bien plus rares, constituant moins de 2 % de toutes les fractures mandibulaires. Elles surviennent dans des zones osseuses fragilisées par un processus pathologique sous-jacent : ostéomyélite, ostéoradionécrose, ostéonécrose aux bisphosphonates, kystes, tumeurs bénignes ou malignes, ou encore après extraction de dents de sagesse ou pose d'implant dentaire. Le diagnostic repose sur l'examen clinique et l'orthopantomogramme ; le scanner oriente la planification thérapeutique. Les moyens thérapeutiques comprennent des approches médicales, fonctionnelles, orthopédiques ou chirurgicales — et dans certains cas, l'abstention est de mise.

MATÉRIEL & MÉTHODES:

Étude descriptive rétrospective menée au service de chirurgie maxillo-faciale de l'Hôpital des Spécialités de Rabat, sur une période de 7 ans (novembre 2016 – juillet 2023).

Sept patients inclus : 4 hommes / 3 femmes, âgés de 25 à 76 ans.

Deux patients étaient suivis pour un diabète de type 2 et deux autres pour une hypertension artérielle. Un seul patient présentait une carence en vitamine D, corrigée par supplémentation. Sur le plan carcinologique, deux patients avaient des antécédents de pathologie maligne : un carcinome gingivo-maxillaire traité par radiothérapie et un carcinome épidermoïde de la langue pris en charge par chimioradiothérapie. Enfin, un patient rapportait un antécédent d'extraction dentaire.

Tous les patients ont bénéficié d'un orthopantomogramme, alors que 3 ont bénéficié d'une TDM du massif facial.

RÉSULTATS:

Facteurs déclenchants : Mastication (6 cas), chute (1 cas).

Signes fonctionnels : Tuméfaction mandibulaire (6 cas), douleur et fistule (5 cas), limitation d'ouverture buccale et saignement intra-oral (2 cas chacun), mobilité dentaire (1 cas).

Examen clinique endobuccal : Exposition osseuse (3 cas), édentement total (3 cas), édentement partiel + mauvais état bucco-dentaire (2 cas).

Imagerie :

- **OPT:** 6 traits fractures de la branche horizontale, 1 au niveau de l'angle mandibulaire.
- **TDM:** Séquestres osseux (2 cas), ostéomyélite chronique avec nécrose mandibulaire (1 cas).

Étiologies : ostéite chronique (3 cas), ostéoradionécrose (2 cas), ostéomyélite (1 cas), kyste mandibulaire (1 cas).

Suites : favorables dans tous les cas (court et long terme).

CAS	ÂGE / SEXE	ÉTIOLOGIE	TRAITEMENT
1	76 / H	Ostéoradionécrose	Séquestrectomie + Réduction et fixation + Fistulectomie et nécrosectomie
2	37 / F	Ostéomyélite	Séquestrectomie + Curetage + Fistulectomie et nécrosectomie
3	44 / F	Ostéite chronique	Curetage profond + Ostéosynthèse
4	25 / H	Ostéite chronique	Séquestrectomie et curetage + Extraction dentaire + Fistulectomie et nécrosectomie
5	57 / H	Kyste mandibulaire	Énucléation + Curetage profond + Ostéosynthèse
6	45 / F	Ostéite chronique	Curetage osseux + Fistulectomie et nécrosectomie
7	64 / H	Ostéoradionécrose	Ablation tissu pathologique à la pince Gouge + Fraisage + Fistulectomie et nécrosectomie

Tableau: Résumé des traitements chirurgicaux des fractures pathologiques mandibulaires dans notre série

Les patients présentant une ostéite chronique avec écoulement purulent ont bénéficié d'une antibiothérapie adaptée aux résultats de l'antibiogramme, suivie de 10 séances d'oxygénothérapie hyperbare.

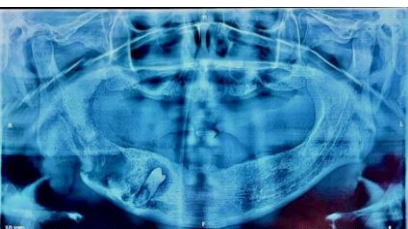


Figure 1: Orthopantomogramme d'une lésion lytique hétérogène de la branche horizontale droite: kyste odontogène. La dent 44 incluse et entourée d'une zone d'ostéolyse bien limitée.

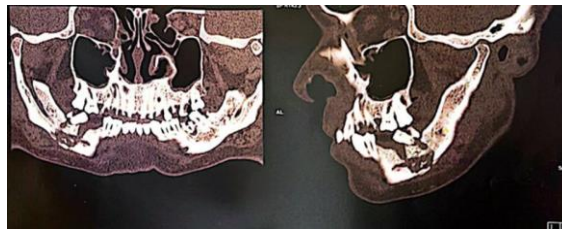


Figure 2: TDM du massif facial objectivant la présence d'un séquestre osseux et d'une fracture pathologique en regard des dents 45 et 46.



Figure 3: Orthopantomogramme postopératoire d'une exérèse tumorale et ostéosynthèse par une maxi-plaque fixée par quatre vis.

DISCUSSION:

Les fractures pathologiques de la mandibule représentent moins de 2 % des fractures mandibulaires, touchant préférentiellement les patients de plus de 40 ans (âge moyen : 49,7 ans), avec une prédominance masculine. Cette susceptibilité accrue s'explique par la diminution de la densité osseuse, l'ostéoporose et l'atrophie mandibulaire liées au vieillissement. Le corps mandibulaire constitue la localisation la plus fréquente, suivi de l'angle, du condyle et de la symphyse. Les étiologies sont variées : tumeurs bénignes ou malignes, infections (ostéomyélite), et facteurs iatrogènes (ostéoradionécrose, ostéonécrose aux bisphosphonates et extraction dentaire).

Sur le plan diagnostique, un craquement mandibulaire à la mastication est souvent le signe révélateur. La radiographie initiale pouvant être négative, un scanner est recommandé en cas de suspicion de fracture non déplacée, complété par un régime mou et des contrôles répétés. La tuméfaction, la douleur et la limitation de l'ouverture buccale restent les signes cliniques prédominants.

La prise en charge dépend de l'étiologie et vise à restaurer la fonction mandibulaire (mastication, déglutition, phonation). Elle va du traitement conservateur (régime mou, antibiothérapie) au blocage maxillo-mandibulaire ou à la chirurgie ouverte avec ostéosynthèse ou une résection segmentaire avec reconstruction par lambeau libre microvasculaire (fibulaire ou iliaque) qui représente le gold standard. Chez les patients avec de multiples comorbidités, une approche conservatrice par séquestrectomie, curetage et débridement constitue une alternative viable.

CONCLUSION:

L'approche chirurgicale conservatrice constitue une option thérapeutique efficace en première intention pour les fractures pathologiques de la mandibule. Elle préserve l'os viable, réduit la morbidité chirurgicale, favorise la cicatrisation naturelle et permet une récupération fonctionnelle précoce. Dans notre série, tous les patients ont présenté des suites favorables, confirmant que cette modalité devrait être considérée comme traitement de première ligne lorsqu'elle est réalisable.

BIBLIOGRAPHIE

1. Boffano P, Rocchia F, Gallesio C, Berrone S. Pathological mandibular fractures: A review of the literature of the last two decades. Dent Traumatol 2013;29:185–196.
2. Fractures de la mandibule. EMC - Dentisterie 2004;1:228–243.
3. Allan BP, Daly CG. Fractures of the mandible. A 35-year retrospective study. Int J Oral Maxillofac Surg 1990;19:268–271.
4. BENAMMAR. Les tumeurs maxillo-mandibulaires. <https://slideplayer.fr/slide/10302570/> [consulté novembre 2023].