

Greffes autogènes. Prélèvements intrabuccaux

François MAUPRIVEZ *

La perte des dents, que la cause soit infectieuse, traumatique ou iatrogène, entraîne une perte plus ou moins importante de leur tissu de soutien, l'os alvéolaire. Si les faibles pertes osseuses peuvent être corrigées par des techniques de régénération osseuse guidée, les plus importantes font appel aux greffes osseuses. Le tissu emprunté est transféré sur un site receveur. Il peut provenir de l'individu lui-même, c'est une autogreffe, ou d'un individu de même espèce, c'est une allogreffe, ou encore d'espèces différentes, il s'agit alors d'une xéno greffe.

L'os autologue représente le matériau de choix dans la plupart des situations cliniques. Il est vivant et possède des propriétés ostéogéniques, ostéo-inductrices et ostéoconductrices.

L'intérêt du site intraoral est à la fois d'ordre logistique et biologique. Il permet au chirurgien dentiste de gérer la totalité de l'intervention. Elle sera le plus souvent réalisée en ambulatoire sous anesthésie locale ou locorégionale.

On a affaire à un os de membrane d'origine ectodermique, de même nature que le substrat sur lequel il vient s'adosser. Son champ d'application sera limité par son volume et ses dimensions.

Les greffes sont utilisées principalement en implantologie. Elles permettront, par le volume reconstruit, d'ancrer un implant, mais surtout de respecter une émergence et une orientation de l'implant compatibles avec la prothèse qu'il soutient. La répartition des volumes dans l'espace est plus importante que le volume lui-même. La présence d'un volume osseux insuffisant ou inadéquat oblige l'implantologiste à faire appel à des techniques de reconstruction osseuse préimplantaire.

Les sites de prélèvements sont à dominante mandibulaire. L'os y est fortement corticalisé et des volumes intéressants peuvent être prélevés, en particulier dans la région mentonnière et l'angle latéromandibulaire. Les quantités disponibles varient selon le développement de la symphyse et des régions angulaires.

Le greffon mentonnier

La zone de prélèvement est comprise entre les foramens mentonniers, les racines dentaires et le bord basilaire. La quantité d'os varie du volume d'une carotte à un

* De l'Académie nationale de chirurgie dentaire.

bloc cortico-spongieux pouvant atteindre 40 mm en longueur, 12 mm en largeur et 7 mm en épaisseur.

L'abord chirurgical est en muqueuse labiale, de type "génioplastie".

L'ostéotomie est faite à la fraise boule, à la fraise fissure cylindro-conique. Le greffon est à ce stade luxé à l'aide d'ostéotome ou de burin frappé par un maillet.

Les sutures sont réalisées en deux plans.

Les suites occasionnent un œdème d'une durée de cinq à six jours, de faible amplitude, sans douleurs, avec parfois une ecchymose. Le menton est ressenti comme "parcheminé" pendant deux à trois semaines.

Les complications sont rares et dans la majorité des cas sans séquelles : en peropératoire un tracé d'incision ou une ostéotomie mal évalués ou mal conduits pourront générer des hypoesthésies dentaires ou muqueuse, des hémorragies dues à la lésion de paquets vasculo-nerveux.

Le greffon latéro-mandibulaire

La zone de prélèvement est située entre la moitié antérieure du ramus, en avant de la lingula, et le corps mandibulaire dans sa partie latérale, en avant du foramen mentonnier. La quantité d'os est identique au menton, avec, par contre, une quasi-absence de tissu spongieux.

L'abord chirurgical est en muqueuse alvéolaire, dans le triangle rétromolaire, d'orientation sagittale. Il se poursuit en intrasulculaire, en présence de la denture, en crestal, en leur absence, et se termine par une contre-incision en mésial de la dent de six ans.

L'ostéotomie est faite à la fraise boule, à la fraise fissure cylindro-conique, parfois à la scie circulaire de Khoury montée sur contre-angle (utile pour la réalisation de la tranchée horizontale basse). Les ostéotomes et le burin faciliteront la luxation du greffon.

Les sutures sont réalisées en un plan superficiel.

Les suites sont particulièrement bonnes : absence de douleurs, d'œdème, d'ecchymose, absence de cicatrice.

Les complications sont rares. En peropératoire, la lésion de l'artère faciale est consécutive au dérapage d'une fraise ou de l'appui cisaillant d'un écarteur à extrémité non retournée. La lésion du nerf alvéolaire inférieur est soit due à une mauvaise évaluation du scanner, soit à une ostéotomie trop profonde. En post-opératoire un hématome mal drainé peut entraîner des dysesthésies du nerf alvéolaire.

Les sites de reconstructions

Ce sont des défauts osseux qui seront en adéquation en volume et en surface avec les prélèvements que nous venons de décrire.

Le défaut alvéolaire

Il sera horizontal (amincissement du mur alvéolaire), vertical (affaissement crestal) ou les deux simultanément.

Protocole opératoire :

- 1 – Tracé d'incision : l'abord est crestal et correspond au défaut osseux. Il se prolonge aux dents voisines. À ce niveau, on effectue deux contre-incisions dans le vestibule. Le décollement du lambeau se fait le plus loin possible. Il permettra de pouvoir inciser le périoste le plus loin possible et cela horizontalement. Le lambeau gagnera en souplesse et pourra sans tension recouvrir la totalité du greffon.
- 2 – Mise en place du greffon : le site receveur est parfaitement cureté, libéré de tout tissu inflammatoire. On complète la préparation par de fines perforations pour que l'os "saigne". Le greffon est modélisé pour se retrouver intimement au contact du lit receveur. Il sera bloqué par une ou deux vis d'ostéosynthèse autoperforantes.
- 3 – Fermeture du site : après incision du périoste, on obtient sans tension un affrontement des berges.

Le comblement sinusien

Son indication sera fonction du volume du bas-fond sinusien. Les parois antérieure et postérieure formeront un dièdre fermé, seul volume compatible avec un greffon intra-oral. Les techniques d'abord crestal ne seront pas abordées ici.

Protocole opératoire :

- 1 – Tracé d'incision : incision sagittale allant du pilier canin à la région rétro-tubérolabiale avec une contre-incision canine. On repère le sinus sous-jacent par une absence de pigmentation hémorragique de la région. La trépanation est faite à la fraise boule, le décollement de la muqueuse de Schneider se réalise progressivement avec les lenticules de Tessier.
- 2 – Mise en place du greffon : on recrée un nouveau plancher, une paroi postérieure. L'emplacement ainsi créé est rempli d'os cortical broyé avec le micro-tome de Tessier. Les blocs corticaux sont bloqués par la réalisation de mortaise.
- 3 – La fermeture du site ne pose pas de problèmes particuliers. Dans la mesure du possible, on applique sur la zone de trépanation et directement au contact du greffon une membrane de PRF.

Les suites sont bonnes. En cas de brèche de la muqueuse sinusienne, on conseille des lavages des fosses nasales au sérum physiologique.

Discussion

La greffe osseuse alourdit le traitement implantaire, mais elle est souvent incontournable pour répondre aux exigences de la prothèse.

L'os autogène reste le matériau de choix :

- c'est le seul matériau qui soit dénué de risques de contamination ;
- il est le seul à être ostéogénique. Même si des cellules osseuses meurent, la présence de facteur de croissance favorisera la différenciation cellulaire.

Le prélèvement intrabuccal fournit un matériau quasi identique à son substrat, autant par sa structure que par sa nature biologique.

Conclusion

La technique de greffe osseuse, dont le site donneur est intrabuccal, permet d'accroître le nombre d'indications d'implantation en cas de résorption moyenne des crêtes alvéolaires ou devant des sinus procidents et étroits.

Par rapport aux prélèvements extra-oraux, ces prélèvements constituent une voie intéressante par sa facilité, sa fiabilité et sa moindre morbidité.