



ACADÉMIE NATIONALE DE CHIRURGIE DENTAIRE

Reconnue d'utilité publique depuis 1964

La chirurgie orale

L'Académie nationale de chirurgie reçoit l'Académie nationale de chirurgie dentaire

Mercredi 20 janvier 2021, 14h30 - 17h00

Coordinateur : Michel JOURDE, secrétaire perpétuel de l'Académie nationale de chirurgie dentaire

Introduction de la séance par la Présidence Joëlle DECLERCQ

Monsieur le Président de l'Académie nationale de chirurgie, messieurs les secrétaires, monsieur le Président du Conseil National de l'Ordre qui est en connexion avec nous et que je remercie de sa présence, mesdames, messieurs

Je suis ravie, de pouvoir être parmi vous, pour cette séance sur la Chirurgie Orale, séance initialement prévue en mai 2020, annulée en raison des restrictions sanitaires liées à la pandémie Covid-19.

Je tiens à remercier les secrétaires perpétuels, Hubert Johanet et Michel Jourde, qui ont œuvré pour que cette séance soit, je l'espère, une très belle séance.

En novembre 2017, vous nous avez déjà accueillis, lors d'une séance sur le thème « *Innovations en chirurgie dentaire* ».

De plus, en novembre 2020, lors de la séance solennelle de l'Académie de chirurgie dentaire, le docteur Marc Soler, membre de votre académie, devait nous entretenir sur les « LES NOUVELLES TECHNIQUES D'INFORMATION ET DE COMMUNICATION DANS LE MONDE DE LA SANTÉ », séance malheureusement annulée, hélas, toujours en raison de la Covid-19.

Notre confrère Marwan Daas, en tant que référent et membre de notre Académie de chirurgie dentaire et, de plus, membre de votre académie de Chirurgie, a rédigé un chapitre sur la robotisation de la médecine bucco-dentaire dans le cadre du « *Rapport sur la robotisation en chirurgie* » établi par votre Académie en 2020.

Je me réjouis de ces collaborations, de tous ces échanges entre nos deux académies, qui mettent en valeur la Chirurgie quel que soit son domaine d'application.

Nous avons veillé avec Michel Jourde, membre également de votre Académie, qui est à l'origine de cette séance, ce dont je l'en remercie très sincèrement, à sélectionner parmi nos académiciens, nos confrères, des conférenciers de talent. Michel, connaissant bien les intervenants, va donc en être le modérateur.

Merci Michel.

Je voulais aussi vous dire, Mr Le Président, combien nous sommes heureux de participer à cette séance commune qui permettra à vos académiciens d'enrichir leurs connaissances sur la Chirurgie Orale.

Encore merci de nous accueillir et en espérant, pour le futur, d'autres collaborations entre nos deux académies.

Origine, naissance et vie en 2020 de la chirurgie orale en France

Pr Jean-Christophe FRICAIN

Professeur de chirurgie orale à l'université de Bordeaux

Directeur de l'unité Inserm de bioingénierie tissulaire « BioTis-U1026 »

Directeur de l'accélérateur de recherche Bioprint (2^e priorité du plan national d'orientation stratégique de l'Inserm)

Responsable de l'unité d'activité médicale de pathologies muqueuses et douleur oro-faciale du service de chirurgie orale du CHU de Bordeaux

L'histoire de la chirurgie orale et plus largement des liens entre dentistes et médecins est émaillée de rapprochements et de distanciations. La chirurgie orale s'est construite en filigrane de l'évolution de l'odontologie et de la stomatologie, des rapports qui les ont unis et séparés au fil du temps. Le DES de Chirurgie Orale a vu le jour en 2011, dans le but de remplacer la Stomatologie. L'originalité de ce diplôme réside dans sa formation à double entrée : Examen National Classant pour les étudiants issus de la filière médecine et internat d'odontologie pour les étudiants issus de la filière odontologique. L'union entre odontologistes et médecins discutée depuis plus de 100 ans a pu voir le jour dans un périmètre qui ne concerne que la partie chirurgicale et exclut les soins dentaires, prothétiques et d'orthopédie dento-faciale.

Navigation chirurgicale en chirurgie implantaire

Dr Philippe CAMPAN

Docteur en chirurgie dentaire, PhD, MCU-PH, spécialiste en chirurgie orale

Activité hospitalo-universitaire en chirurgie orale à Toulouse (faculté et service d'odontologie)

Membre associé de l'Académie nationale de chirurgie dentaire

Vice-président du Syndicat national des chirurgiens oraux

Le positionnement tri dimensionnel des implants est un des facteurs déterminants du succès implantaire. Il est dicté par des impératifs biologiques et prothétiques. Biologiquement, il faut prendre en compte le déficit de vascularisation péri-implantaire lié à la perte de l'apport vasculaire desmodontale : des épaisseurs tissulaires suffisantes doivent permettre la vascularisation intrinsèque de l'os et de la muqueuse péri-implantaire. Prothétiquement, le positionnement de l'implant doit être compatible avec le profil d'émergence de la couronne tout en ménageant assez de place pour des tissus mous plus épais. Il existe plusieurs systèmes de navigation dynamique ou de robotique passive qui permettent à la fois la planification implantaire et le report de la planification en bouche. Le système présenté est le système X-Guide, X-Nav Technologies, apparu en 2015. Le logiciel comporte 2 volets : un de planification et un de chirurgie. Il est bien plus précis que la mise en place des implants à main levée ou avec un guide chirurgical classique. Il est aussi précis que les systèmes qui utilisent des guides stéréolithographiques, soit pour guider le forêt pilote, soit l'ensemble de la séquence de forage, voire l'implant. La navigation chirurgicale présente l'avantage de connaître à tout moment et en temps réel le positionnement de l'extrémité du forêt et de son angulation. Le site opératoire dégagé permet le contrôle du geste chirurgical, l'effectivité de l'irrigation et aussi la vérification par le chirurgien et l'aide opératoire du déroulement correct de l'intervention. Dr Philippe CAMPAN – DDS – PhD – MCU – PH – Chirurgie orale Block MS, Emery RW, Cullum DR, Sheikh A. Placement is more accurate using dynamic navigation. J Oral Maxillofac Surg. 2017 75:1377-1386. Block MS, Emery RW, Lank K, Ryan J. Implant placement accuracy using dynamic navigation. Int J Oral Maxillofac Implants. 2017 Jan/Feb; 32(1):92-99. Emery RW, Merritt SA, Lank K, Gibbs JD. Accuracy of dynamic navigation for dental implant placement– Model based evaluation. J Oral Implantol. 2016 Oct; 42(5):399-405. Tahmaseb A, Wismeijer D, Coucke W, Derksen W. Computer technology application in surgical implant dentistry: a systemic review. Int J Oral Maxillofac Implants. 2014; 29 (suppl):25-42.

Réhabilitation implantaire sur lambeau libre de fibula. Planification, limites et perspectives

Pr Laurent DEVOIZE

PU-PH en chirurgie orale

Docteur d'Université spécialité Neurosciences - Inserm/UCA 1107 NeuroDol

Responsable de l'unité fonctionnelle de chirurgie orale du service d'odontologie du CHU de Clermont-Ferrand

Président du Collège national des enseignants en chirurgie orale et médecine orale

La reconstruction des pertes de substance mandibulaires par lambeau libre de fibula est aujourd'hui le gold standard en chirurgie carcinologique et/ou post-traumatique. La réhabilitation prothétique par technique implantaire apparaît également être une solution de choix. Elle est possible grâce à une bonne vascularisation et une qualité d'os assurant un potentiel d'ostéointégration. Une méta-analyse récente rapporte un taux de survie de 93,2% (Zhang 2016) avoisinant celui de l'implantologie classique. Néanmoins des difficultés peuvent apparaître quant à la pérennité implantaire ; la palette cutanée liée à ces lambeaux est un environnement hostile aux implants ; aucun phénomène de kératinisation n'a été mis en évidence dans le « sillon cutané-implantaire » (Bodard 2005). L'absence de « pseudo épithélium de jonction » induit ainsi des phénomènes inflammatoires chroniques à l'origine d'hyperplasies. Celles-ci apparaissent dans 10% des cas, en moyenne à 3 mois post-opératoires et ont une forme caractéristique de « donut » (Shaw 2004). Elles constituent le facteur de perte implantaire majeur ; l'absence des sillons pelvi-linguaux et vestibulaires associés à une rétraction cicatricielle favorisent l'apparition de brides. L'ensemble de ces phénomènes peut créer des déhiscences implantaires et amorcer une péri-implantite ; enfin, la notion de rapport racine / couronne clinique « classique » n'est pas extrapolable dans cette pratique, le différentiel de hauteur entre péroné et mandibule native peut sembler démesuré. L'ostéointégration et la stabilité implantaire sur lambeau libre micro-anastomosé de fibula sont aujourd'hui des données acquises de la science. Malgré tout, les complications liées à l'environnement cutané-implantaire restreignent son indication aux patients les plus compliants. L'indication doit donc être murement réfléchie, prise en concertation avec les différents acteurs de la reconstruction globale. Les perspectives d'évolutions se tournent désormais vers une diminution du nombre d'interventions et une meilleure reproductibilité par l'apport des techniques 3D. Références bibliographiques : • Bodard AG et Gourmet R. Réhabilitation sur implants après reconstruction mandibulaire par greffon de fibula microanastomose : une série de 10 cas. Med Buccale Chir Buccale. 2005;11:215. • Shaw R, Sutton D, Brown J, Cawood J. Further malignancy in field change adjacent to osseointegrated implants. Int J Oral Maxillofac Surg. 2004;33(4):353-5. • Zhang L, Ding Q, Liu C, Sun Y, Xie Q, Zhou Y. Survival, Function, and Complications of Oral Implants Placed in Bone Flaps in Jaw Rehabilitation: A Systematic Review. Int J Prosthodont. 2016;29(2):115-25.

Innovations et reconstruction osseuse des maxillaires

Dr Frédéric GAULTIER

DDS, PhD - Vice-doyen - Formation continue, faculté de chirurgie dentaire, université Paris Descartes

MCU-PH, APHP, université Paris Descartes

Responsable universitaire de la discipline de médecine et chirurgie orale, université Paris Descartes

Membre associé de l'Académie nationale de chirurgie dentaire

La chirurgie a suivi la transformation sociétale et la révolution digitale en proposant des solutions thérapeutiques personnalisées, peu invasives, reproductibles et pérennes. La chirurgie orale n'échappe pas à ce changement de paradigme. Ainsi, la prise en charge des défauts osseux des maxillaires connaît aujourd'hui une évolution majeure transformant les concepts chirurgicaux et la pratique quotidienne des chirurgiens oraux. Les greffes autologues ont longtemps constitué la technique de choix permettant de pallier les pertes de substances osseuses. De nouveaux procédés ont été développés afin de proposer des solutions alternatives. Les greffons allogéniques et/ou la régénération osseuse guidée sont désormais privilégiés pour de nombreuses indications thérapeutiques. Par ailleurs, les progrès combinés de l'imagerie, de la CFAO et des techniques chirurgicales ont permis d'optimiser les protocoles et de minimiser les suites opératoires. L'évolution constante des biotechnologies ne cesse de modifier le paysage de l'implantologie qui emprunte désormais le chemin de la régénération osseuse par utilisation de cellules souches dont nous évaluons aujourd'hui le potentiel dans le cadre d'une étude multicentrique européenne. La reconstruction osseuse des maxillaires constitue un véritable défi nécessitant la prise en compte de nombreux paramètres cliniques et la maîtrise de compétences nouvelles telles la chaîne numérique et la compréhension des mécanismes biologiques de la cicatrisation osseuse.

Fermeture autoplastique des communications bucco-sinusiennes par lambeau pédiculé de corps adipeux de la joue : à propos d'un cas

Dr Michel LEGENS

Spécialiste qualifié en chirurgie orale

Docteur en sciences, PhD de l'université Paris-Descartes

MCU-PH en chirurgie orale

Membre titulaire de l'Académie nationale de chirurgie dentaire

Les communications bucco-sinusiennes constituent des voies de passage pathologiques entre la cavité orale et les sinus maxillaires. Elles sont le plus souvent d'origine iatrogène en chirurgie bucco-dentaire, mais aussi possiblement infectieuses, traumatiques, congénitales ou tumorales. Elles impliquent des troubles fonctionnels très invalidants pour le patient, principalement lors de l'alimentation, mais aussi potentiellement des complications sinusiennes, infectieuses en particulier. Leur prise en charge, qui doit se faire à distance d'une infection sinusienne aiguë, est classiquement, en première intention, une fermeture chirurgicale par lambeau pédiculé de muqueuse buccale, vestibulaire et/ou palatine recouvrant largement les berges de la communication. Dans certains cas cette fermeture extemporanée est un échec et conduit à une récurrence plus ou moins rapide et complète de la communication initiale. Pour ces situations plus complexes, d'autres techniques chirurgicales de seconde intention sont décrites, dont l'utilisation d'un lambeau pédiculé de corps adipeux de la joue, anciennement boule graisseuse de Bichat, que nous allons décrire dans cette présentation au travers d'un cas clinique de récurrence de communication bucco-sinusienne après échec de fermeture de première intention.

Les autotransplantations dentaires

Pr Jacques-Henri TORRES

Docteur en chirurgie dentaire, docteur en médecine

PU-PH

Président de la Société française de chirurgie orale

Président de la Fédération européenne de chirurgie orale

L'idée de remplacer une dent perdue par un implant est aujourd'hui unanimement reconnue et pratiquée. Il existe pourtant une autre méthode, dont on entend beaucoup moins parler : la transplantation dentaire. Pourtant, comme l'implantologie, elle a bénéficié des progrès de la biologie de la cicatrisation au cours de ces dernières décennies. Les étapes cliniques de la technique sont à présent parfaitement définies ; elles reposent essentiellement sur le respect du desmodonte, l'ensemble des tissus périphériques de la dent, dont la vitalité conditionne la pérennité de la dent transplantée. Les critères pronostiques sont bien connus : ils tiennent notamment à la maturité du transplant, le stade le plus favorable étant celui d'une dent jeune, aux racines quasi-édifiées, dont les apex sont encore ouverts. Curieusement, le premier signe de la revascularisation pulpaire n'est pas clinique mais radiographique : c'est la fermeture de la chambre pulpaire, qui précède le retour de la sensibilité. Les dents matures peuvent également être transplantées, mais elles doivent ensuite faire l'objet d'une obturation canalair. Illustrée de cas cliniques, cette présentation s'attachera à présenter la technique et les résultats des autotransplantations, en s'attachant à établir un bilan comparatif entre implantation et transplantation, dans les différents points de vue (pratiques, économiques, esthétiques, biologiques etc ...). La conclusion est qu'une autotransplantation, lorsqu'elle est possible, doit être préférée à une pose d'un implant.