

Observation clinique

Utilisation d'un implant pour la fermeture d'une communication bucco-sinusienne

Florian Bouaziz^{1,2,*}, Michaël Corcos³, Anne-Laure Ejeil^{1,2}

¹ Service d'Odontologie, Hôpital Bretonneau, 75018 Paris, France

² Faculté de Chirurgie dentaire, 92120 Montrouge, France

³ Service d'Implantologie, Hôpital Rothschild, 75012 Paris, France

(Reçu le 27 novembre 2010, accepté le 9 décembre 2010)

Mots clés :
communication
bucco-sinusienne /
implant

Résumé – L'avulsion d'une dent maxillaire antrale aboutit parfois, malgré toutes les précautions prises, à la formation d'une communication entre le sinus maxillaire et la cavité buccale. De nombreuses techniques ont été proposées pour fermer les communications bucco-sinusiennes. Les implants larges peuvent constituer une solution dans le cas d'une communication bucco-sinusienne de faible étendue associée à un édentement unitaire. Cette technique est simple à réaliser et permet d'anticiper la réhabilitation prothétique. Avant d'opter pour cette solution, on doit nécessairement prendre l'avis du médecin ORL.

Key words:
oroantral fistula /
implant

Abstract – Implant treatment in a case of oroantral fistula. In spite of caution, a maxillary tooth extraction can induce a communication between maxillary sinus and oral cavity. Numerous techniques are outlined to close these oroantral fistulas. Wide implants can be an option in case of a narrow oroantral fistula related to one tooth gap. This technique is easy to make and allows foreseeing prosthetic rehabilitation. The agreement of the ENT specialist is necessary.

La communication bucco-sinusienne (CBS) se définit comme une solution de continuité entre le sinus maxillaire et la cavité buccale [1].

Les étiologies principales des CBS sont les suivantes [1, 2] :

- avulsion d'une dent antrale (0,31 à 3,8 %)
- projection d'une racine ou d'un apex dans le sinus maxillaire
- infection d'origine dentaire
- curetage d'un kyste maxillaire
- exérèse d'une tumeur bénigne ou maligne
- complication d'une intervention de chirurgie implantaire
- ...

Les interventions habituellement utilisées pour la fermeture des CBS sont les suivantes :

- lambeau vestibulaire de translation
- lambeau palatin de rotation
- lambeau graisseux (boule de Bichat) [3]
- greffe osseuse monocorticale [4]
- transposition dentaire

Les avantages et inconvénients des différentes techniques sont résumés dans le Tab. I.

Dans le cas rapporté, l'objectif était de fermer la CBS tout en réalisant le traitement de l'édentement, pour répondre à la demande esthétique et fonctionnelle de la patiente.

Observation

Une patiente de 27 ans vient consulter pour des douleurs hémifaciales gauches apparues après l'extraction de la première molaire maxillaire gauche [26]. Les douleurs décrites augmentent à la palpation et elles sont assez caractéristiques d'une sinusite chronique. La manœuvre de Valsalva met en évidence la présence de bulles dans le fond de l'alvéole de la 26 (Fig. 1). Les examens radiographiques de première intention montre la proximité entre l'alvéole et le sinus maxillaire gauche (Fig. 2).

Afin de confirmer le diagnostic de CBS et de préciser les dimensions de celle-ci, un CT-scan a été réalisé, et il a été analysé avec le logiciel DentaPC®.

Le CT-scan met en évidence une CBS mesurant 5,1 mm dans le sens vestibulo-palatin, 4,1 mm dans le sens

* Correspondance : tridik@hotmail.com

Tableau I. Avantages et inconvénients des différentes techniques de fermeture d'une CBS [1-4].

Table I. Advantages and inconveniences of the techniques of an oroantral fistula closure.

	Avantages	Inconvénients
Lambeau vestibulaire de translation	Facilité d'accès Technique chirurgicale simple	Perte de la profondeur du vestibule CBS < 2-3 mm (bride cicatricielle)
Lambeau de palatin de rotation	Bons résultats et bonne stabilité du greffon	Douleurs postopératoires Cicatrisation par 2 nd e intention du site donneur
Lambeau graisseux	Nécessité d'une quantité importante de tissu pour fermer la CBS	Intervention chirurgicale +/- complexe Intervention sous AG
Grefe osseuse monocorticale	Fermeture de CBS anciennes	Intervention chirurgicale complexe
Transposition dentaire	Permet de mettre en fonction la dent transplantée Fermeture de la CBS	Intervention chirurgicale complexe Résultats inconstants Risque d'ankylose et de résorption de la dent transplantée

**Fig. 1.** Vue intra-buccale montrant l'alvéole non cicatrisée de 26 et la présence de bulles lors de la manœuvre de Valsalva.

Fig. 1. Intra-oral view showing the not healed socket and the presence of bubbles during the Valsalva's manoeuvre.

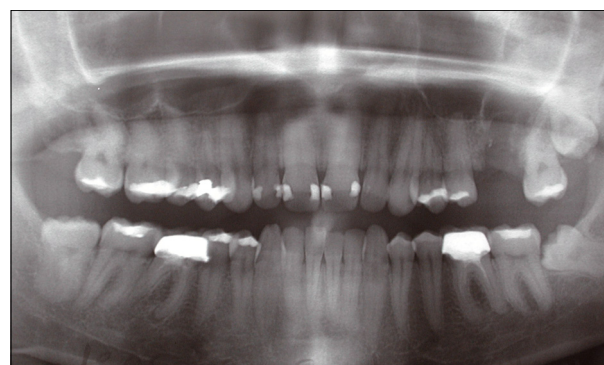
**Fig. 2.** Radiographie panoramique montrant l'alvéole dentaire et sa proximité avec le sinus maxillaire.

Fig. 2. Panoramic radiography showing the tooth socket and its nearness with the maxillary sinus.

mésio-distal, avec une hauteur osseuse vestibulaire résiduelle de 4,9 mm (Fig. 3).

Pour fermer cette CBS, on peut envisager l'ensemble des techniques évoquées dans le Tab. I. Cependant, aucune de ces techniques ne peut répondre à la demande fonctionnelle de la patiente.

Face à un édentement unitaire bordé de dents saines, le traitement implantaire représente la meilleure option. Afin d'envisager cette option, une consultation est demandé en ORL. Après examen clinique et l'analyse des examens d'imagerie, l'ORL donne un avis favorable pour la réalisation d'une intervention de chirurgie implantaire pour fermer la CBS et combler à terme l'édentement de 26. Cette technique a déjà été décrite dans la littérature [6, 7].

Le médecin ORL rédige l'ordonnance pré et postopératoire suivante [5] :

- amoxicilline/acide clavulanique 500 mg/62,5 mg (2 g/j pendant 8 jours ; à commencer la veille de l'intervention)
- budésoside pulvérisation (4 pulv/j pendant 8 jours à commencer la veille de l'intervention)
- paracétamol

- bains de bouche

En raison de la taille de la CBS, il faut choisir un implant large capable de la combler, en tenant compte aussi de la hauteur osseuse résiduelle (Fig. 4). L'implant choisi est un NanoTite Certain PREVAIL de Biomet3i® de 6 × 10 mm.

L'intervention pour la mise en place de l'implant est simple :

- incision crestale
- décollement gingival palatin et vestibulaire
- refoulement, dans le sinus, de la muqueuse sinusienne invaginée dans la CBS à l'aide d'un ostéotome
- mise en place de l'implant
- sutures

Lors de l'intervention chirurgicale, la stabilité primaire de l'implant était très satisfaisante. Les symptômes intéressant l'hémiface gauche ont régressé après la mise en place de l'implant : la patiente ne se plaignait plus des douleurs présentes depuis l'avulsion de 26. Un contrôle clinique sinusien et un contrôle radiologique régulier de l'implant (Fig. 5) ont eu lieu

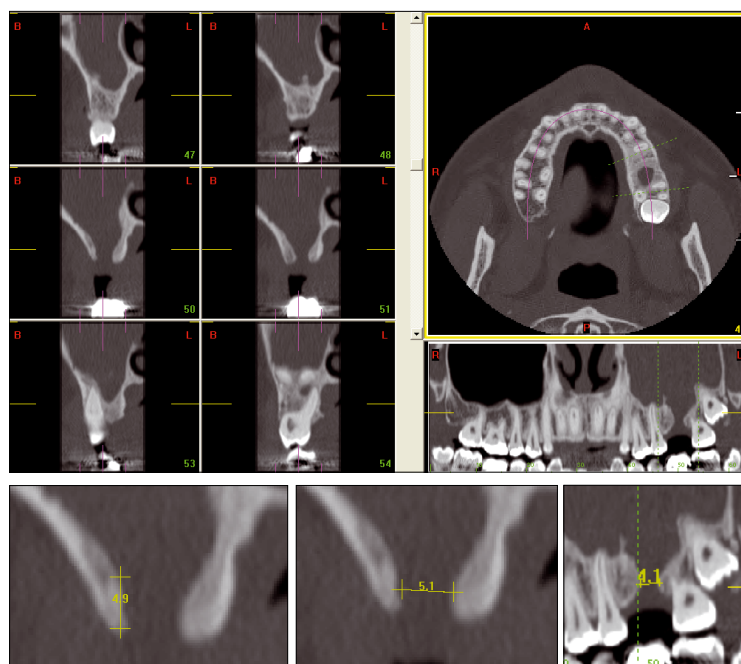


Fig. 3. CT-scan maxillaire mettant en évidence la CBS et l'inflammation de la muqueuse du sinus maxillaire gauche.

Fig. 3. Maxillary CT-scan showing the oroantral fistula as well as the inflammation of the left maxillary sinus mucous membrane.



Fig. 4. Projet implantaire sur le CT-scan.

Fig. 4. Implant vision on CT-scan.

dans les semaines suivantes. La réhabilitation prothétique a été réalisée 6 mois après la mise en place de l'implant (Fig. 6).

Commentaires

Cette technique simple sur le plan chirurgical ne présente pas plus de contre-indications qu'une greffe osseuse impactée. Elle permet de fermer la CBS de façon contrôlée, tout en anticipant sur le temps de réhabilitation esthétique-fonctionnelle de l'édentement.

Cette technique nécessite un faible volume osseux pour l'utilisation des implants larges pour obtenir une bonne stabilité primaire de l'implant, sinon celui-ci doit être déposé en per-opératoire [6]. La fermeture de la CBS a entraîné une disparition immédiate et complète de la sinusite chronique entretenue par la persistance de la CBS.

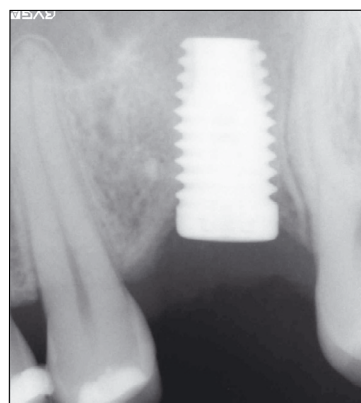


Fig. 5. Radiographie rétro-alvéolaire après mise en place de l'implant.

Fig. 5. Retro-alveolar radiography after implantation.



Fig. 6. Réhabilitation prothétique.
Fig. 6. Prosthetic rehabilitation.

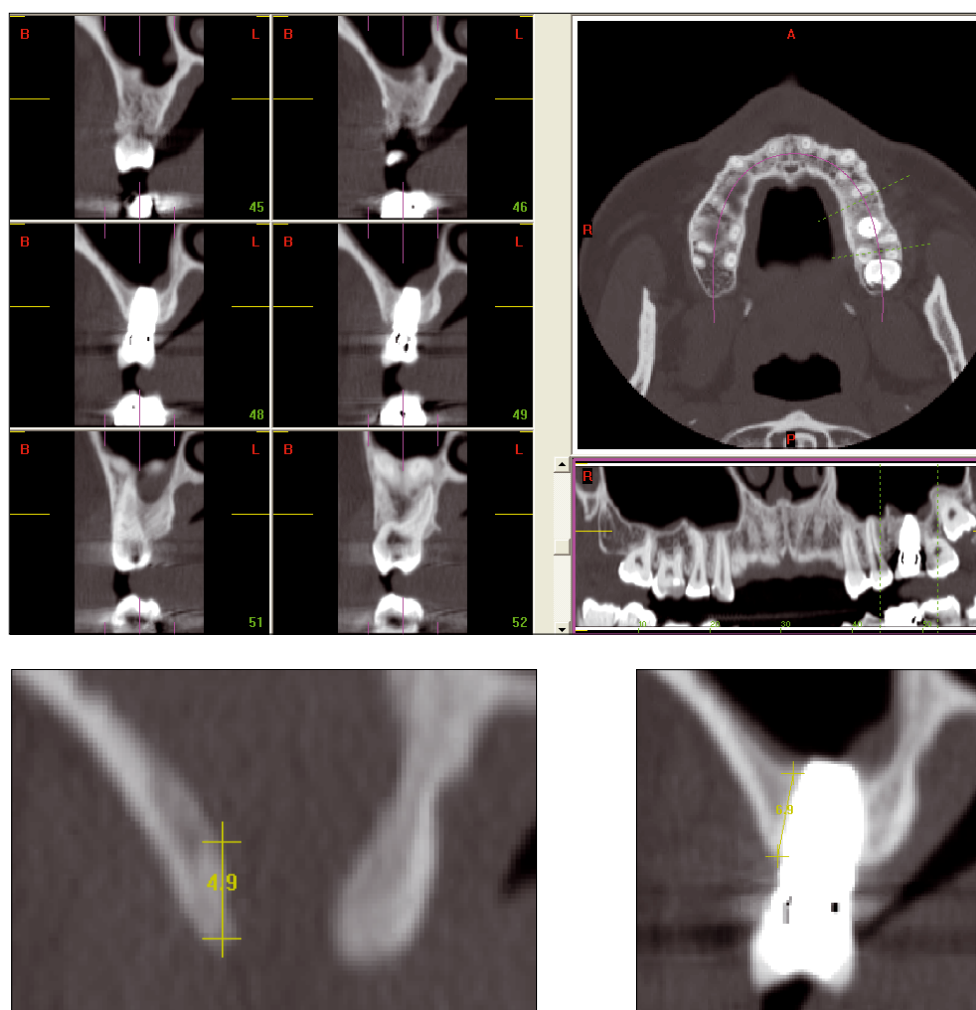


Fig. 7. CT-scan réalisé 20 mois après l'intervention de chirurgie implantaire montrant la disparition de la sinusite et le gain osseux.
Fig. 7. CT-scan 20 months after the surgery showing sinus healing and bone accesion.

Il est évident que cette technique ne fait pas référence et qu'elle nécessite une évaluation sur un nombre de cas important afin d'en faire une option thérapeutique en cas de CBS.

Sur le CT-scan post-opératoire réalisé 20 mois après l'intervention (Fig. 7), on peut noter que la hauteur osseuse sous-sinusienne est passée de 4,9 mm à 6,9 mm soit un gain de 40 %.

Ce cas constituait l'indication idéale pour cette technique car la CBS était de petite taille et il persistait une hauteur osseuse résiduelle satisfaisante.

La patiente a été largement informée de l'éventuelle dépose implantaire per-opératoire en cas de stabilité primaire insuffisante ou de morphologie osseuse peu favorable.

Conflits d'intérêt : aucun

Références

1. Visscher SH, van Minnen B, Bos RR. Closure of oroantral communications: a review of the literature. *J Oral Maxillofac Surg* 2010;68:1384-91.
2. Dessi P, Castro F, Triglia JM, Zanaret M, Cannoni M. Major complications of sinus surgery: a review of 1192 procedures. *J Laryngol Otol* 1994;108:212-5.
3. Allais M, Maurette PE, Cortez AL, Laureano Filho JR, Mazzone R. The buccal fat pad graft in the closure of oroantral communications. *Braz J Otorhinolaryngol* 2008;74:799.
4. Haas R, Watzak G, Baron M, Tepper G, Mailath G, Watzek G. A preliminary study of monocortical bone grafts for oroantral fistula closure. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2003;96:263-6.
5. Gortzak RA, van der Waal I. Oro-antral perforations. Desirability of antibiotic support in surgical closure within 24 hours. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 1998;105:437-9.
6. Cranin AN. Implant surgery: the management of soft tissues. *J Oral Implantol* 2002;28:230-7.
7. Cortes D, Martinez-Conde R, Uribarri A, Eguia del Valle A, Lopez J, Aguirre JM. Simultaneous oral antral fistula closure and sinus floor augmentation to facilitate dental implant placement or orthodontics. *J Oral Maxillofac Surg* 2010;68:1148-51.