

## 47<sup>e</sup> Journées Scientifiques de la SFMBCB Montpellier 20, 21 et 22 mai 2004

médecine  
buccale  
chirurgie  
buccale

VOL. 10, N° 2  
2004

page 90

### Problématique de l'implantologie dans les fentes faciales : à propos de trois cas

Delestan Ch, Vernieres JC, Leon H, Lozza J, Lapeyrie Ph  
*Service d'odontologie et Prothèse maxillo-faciale – CHU de Nîmes*

La prise en charge pluridisciplinaire des fentes faciales a permis une amélioration considérable des résultats aux cours de ces vingt dernières années. Le remplacement de l'incisive latérale absente reste toutefois un problème délicat, car s'inscrivant le plus souvent dans un contexte d'hypoplasie osseuse sévère.

En effet, c'est dans ce cas que survient le plus souvent le phénomène d'agénésie (70 %) (Delestan, 1998-2003). La réhabilitation par bridge est rarement une bonne indication en raison des particularités radiculo-parodontales des dents de bord de fente. Son caractère délabrant la contre-indique en outre lorsque les dents piliers sont saines.

L'indication implantaire comporte des impératifs et des restrictions liées à la diversité topographique du site osseux résiduel de l'agénésie. En effet, le rétablissement de la continuité osseuse alvéolaire peut être insuffisant du fait de l'hypoplasie osseuse et du manque de tissu de recouvrement gingival.

Le résultat orthodontique a parfois été également l'objet de compromis en raison des troubles de croissance.

- L'espace à réhabiliter doit donc être correctement dimensionné.
- Le résultat de l'autogreffe secondaire ou tertiaire doit être suffisant pour permettre de respecter les grands principes de l'implantologie.

Le dialogue avec le chirurgien doit donc rester permanent.

La chirurgie muco-gingivale et en particulier la technique du conjonctif enfoui (Genon, 1991) permet dans certains cas d'améliorer le résultat esthétique.

Trois cas cliniques illustrent cette présentation, mettant en évidence les difficultés rencontrées en fonction de la diversité des expressions anatomiques de la malformation, de ses résultats, après un parcours thérapeutique plus ou moins complexe.

La solution du transplant dentaire est évoquée (Yamazaki, 2002 ; Moriyama, 2002).

L'implantologie actuellement fiable dans les situations classiques doit impérativement être précédée d'une préparation adaptée du site résiduel de la fente afin de donner toutes ses chances à cette technique qui représente désormais une des principales solutions pour la réhabilitation prothétique de ces situations malformatives. L'odontologiste présent dans cette équipe doit orienter cette préparation en fonction de ces impératifs.

Nom et adresse du conférencier

DELESTAN Christian  
Service d'Odontologie et Prothèse maxillo-faciale  
CHU Carémeau  
Place du Pr. Robert Debré  
30029 Nîmes Cedex 9  
christian.delestan@chu-nimes.fr

## Atrophie osseuse et fentes palatines : apport des implants aux solutions prothétiques : à propos d'un cas

Hirigoyen Y\*, Paraque A\*\*, Williamson L\*

\* CHU de Nantes

\*\* Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-Faciale HIA Bégin

Le patient porteur de fente alvéolo-palatine, présente souvent une atrophie osseuse, antérieure, directement liée aux troubles de développement du prémaxillaire. Il peut présenter d'autres séquelles, parfois dues à l'impossibilité de fermer complètement la fente, ou ailleurs, liées à des pertes dentaires consécutives aux différentes interventions maxillo-faciales. La réhabilitation orale passe souvent par des greffes osseuses autogènes et des implants ostéointégrables. Le cas du remplacement d'une incisive latérale dans la fente est le plus souvent décrit (Isono, 2002 ; Dempf, 2002 ; Hartel, 1999 ; Fukuda 1998). Les problèmes de fente chez l'édenté total sont plus rarement évoqués (Higushi, 2000 ; Jansma, 1999).

Le cas d'une patiente née en 1957, porteuse d'une fente palatine non fermée, consultant pour la première fois fin 1991, est exposé. De sa naissance à 1987, elle a subi sept interventions sur la fente et le voile, ainsi que deux ostéotomies d'avancée maxillaire. Elle est vue au décours de cette dernière intervention, avec un délabrement de la totalité de ses dents maxillaires, au fur et à mesure des interventions chirurgicales précédentes ; ces interventions sont partiellement responsables du délabrement dentaire. Elle est redevable d'un édentement total maxillaire, alors que la fente n'est pas fermée (1991). Une prothèse adjointe totale ne peut être portée, en raison de la fuite palatine. Il est demandé la pose d'implants maxillaires. Les volumes osseux sont explorés, montrant des zones maxillaires implantables de volumes très limités, de par les modifications sous sinusiennes induites par les ostéotomies d'avancée et l'atrophie prémaxillaire. Les greffes osseuses ont encore alors, à cette date, des protocoles mal codifiés, et la patiente ne souhaite plus d'in-

tervention lourde : il est donc décidé en 1991 de poser 3 implants maxillaires supérieurs dans les volumes osseux exploitables. Ces implants portent pendant 8 ans une prothèse totale supérieure stabilisée par aimants. En 2000, comme convenu, le cas est repris, la fente palatine est fermée par plastie, deux greffons pariétaux sous sinusiens sont posés, recevant de chaque côté 3 implants de large diamètre, dans le couloir prothétique. Ces implants sont destinés à recevoir deux barres de stabilisation latérale, pour support de prothèse totale, permettant elle-même un soutien esthétique et fonctionnel de la lèvre.

Les séquelles osseuses et dentaires des fentes labio-palatines demandent des reconstructions des bases osseuses et des dents, qui, aujourd'hui peuvent faire appel avec succès à l'association autogreffe osseuse – implant ostéointégrables. Différents protocoles sont proposés en fonction de la fermeture ou non de la fente, mais aussi de l'édentement du patient. Le cas présenté diffère des cas habituels en ceci qu'il ne s'agit pas du remplacement implanto-porté d'agénésies prémaxillaires liées à la fente, mais d'une réhabilitation par autogreffes et implants d'une fente palatine non fermée, associée à un édentement total maxillaire non appareillable par prothèse adjointe totale conventionnelle.

Nom et adresse du conférencier

HIRIGOYEN Yves

Nouvelles Cliniques Nantaises

3 rue Eric Tabarly, 44277 Nantes Cedex 2

Hirigoyen.Stomato@NCN.fr

médecine  
buccale  
chirurgie  
buccale

vol. 10, n° 2  
2004

page 91

## Gestion des émergences implantaires en territoire muqueux : intérêt de la vestibuloplastie associée à une greffe cutanée. A propos d'un cas clinique

Dancer G, Boisramé S, Frère L, Jardel V, Le Toux G

Service d'odontologie – CHU Morvan - Brest

La présence de tissu kératinisé péri-implantaire est un facteur de succès biologique de l'implant et de sa pérennité. L'absence de ce tissu et l'émergence en territoire muqueux peuvent, dans certains cas, poser de réelles difficultés thérapeutiques (réalisation prothétique hasardeuse, maintenance délicate pouvant remettre en cause le succès implantaire (Warrar et coll, 1995).

La gestion de ces émergences muqueuses fait appel, la plupart du temps, à des techniques chirurgicales cor-

rectrices simples de type chirurgie plastique péri-implantaire. Plus rarement, des thérapeutiques complexes dont fait partie la vestibuloplastie associée à une greffe cutanée (VGC) sont mises en oeuvre. L'objet de cette présentation est d'exposer le cas d'une patiente ayant bénéficié d'une VGC avec un recul de 18 mois.

La patiente de 57 ans, édentée totale, consulte pour une insatisfaction fonctionnelle de sa prothèse supra-implantaire mandibulaire. Les examens clinique et radiologique

aboutissent à deux conclusions : les implants symphy-saires paraissent parfaitement ostéo-intégrés mais leurs axes, leurs émergences muqueuses et leurs systèmes rétentifs les rendent inexploitable.

Face à cette situation, un lambeau de repositionnement apical au niveau des émergences implantaire est réalisé. Un échec partiel de ce traitement amène alors à envisager une autre solution thérapeutique : une vestibuloplastie mandibulaire associée à une greffe cutanée (Obwegeser, 1963 ; Hughes, 1992).

Le protocole opératoire est réalisé en trois temps chirurgicaux :

- vestibuloplastie et préparation du site receveur par dissection supra-périostée, désinsertion musculaire et apicalisation des lambeaux par sutures péri-mandibulaires
- prélèvement du greffon cutané d'épaisseur infra-millimétrique (face externe de cuisse)

- immobilisation du tissu greffé par sutures circummandibulaires d'un porte greffon

Cette technique, rare, semble être, selon les données de la littérature, une alternative thérapeutique aux autres solutions chirurgicales ou prothétiques.

Bien que limitée par la lourdeur du protocole chirurgical, cette technique permet cependant d'obtenir avec succès une augmentation du volume crestal et la mise en place d'un tissu kératinisé attaché péri-implantaire garant d'une réalisation prothétique optimale et pérenne.

Nom et adresse du conférencier

DANCER Grégoire  
Service d'Odontologie  
C.H.U. Morvan  
2 rue A Le Faux 29200 Brest  
dancergregoire@yahoo.fr

### Intérêt de la prothèse implanto-portée dans la reconstruction mandibulaire par lambeau de péroné

Lauwers L, Desmet B, Ferri J

*Service de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale CHRU de Lille*

Les résections interruptrices de la mandibule sont à l'origine de déformations séquellaires importantes, ainsi que des problèmes fonctionnels. Une reconstruction mandibulaire est souvent nécessaire immédiatement ou secondairement, ainsi qu'une réhabilitation par prothèse dentaire. Dans certaines indications, le lambeau libre de péroné associé à une prothèse implanto-portée permet de mieux répondre aux impératifs de la réhabilitation oromaxillo-faciale.

En effet, des transferts libres, le péroné est celui qui se rapproche le plus de la mandibule, sur le plan biomécanique. Il peut être modelé à la forme de l'arc mandibulaire par ostéotomies et ostéosynthèses (Ferri et coll, 1993, 1997). Il est possible dans un second temps, de mettre en place des implants dentaires, en position stratégique, et sans compromettre l'intégration et la vascularisation du lambeau. Il est toutefois préconisé d'augmenter l'attente avant la phase implantaire, dans le cas d'une radiothérapie.

La prothèse dentaire amovible stabilisée par des implants est souvent préférée à la prothèse implanto-portée fixée. Elle facilite le nettoyage et le contrôle carcinologique. Les pertes de tissus souvent importantes sont compensées par la résine de la prothèse. Ceci permet un soutien suffisant des tissus mous, notamment de la lèvre dans le cas d'une résection antérieure. La position des dents prothétiques n'est pas soumise à l'émergence implantaire,

elle peut être choisie en fonction de l'occlusion (Eleni et coll, 1997).

Les systèmes d'attachement sur implants vont résoudre le problème d'instabilité de ces prothèses adjointes et rétablir de façon satisfaisante, la mastication et la phonation. La barre de conjonction est une thérapeutique de choix pour la prothèse de recouvrement. En plus de la rétention obtenue, elle contribue par sa rigidité, à répartir les efforts et donc limiter les appuis muqueux. En fonction du nombre d'implants, de leurs positions, et de la conception de la barre, la prothèse peut avoir un axe charnière, mais elle est toujours stabilisée dans un couloir prothétique, malgré les remaniements tissulaires et les déséquilibres qu'ils provoquent.

L'implantologie semble être une étape incontournable dans la reconstruction mandibulaire.

La réhabilitation prothétique envisagée peut même guider la chirurgie reconstructrice avant l'étape implantaire.

Nom et adresse du conférencier

LAUWERS Ludovic  
Service de stomatologie et  
de chirurgie maxillo-faciale  
Hôpital Roger Salengro  
CHRU de Lille  
59037 Lille Cedex

## Implantologie et reconstruction mandibulaire par lambeau de fibula microanastomosé : une série de 10 cas cliniques

Bodard AG, Gourmet R

Centre Léon Bérard, Lyon

Après exérèse chirurgicale interruptrice de la mandibule, la reconstruction de l'arc anatomique a été transformée par l'utilisation du greffon de fibula microanastomosé. La faible résorption et la faible morbidité du greffon et du site donneur en font le lambeau de choix en chirurgie réparatrice. La réhabilitation prothétique n'est envisageable qu'après la mise en place d'implants.

Les particularités anatomiques (os très cortical, triangulaire, de 10 à 13 mm de section en moyenne) permettent la mise en place d'implants afin de supporter une prothèse fixe ou stabiliser une prothèse adjointe.

Cette série comporte 10 patients, soit 29 implants. Tous ces patients ont bénéficié d'une reconstruction mandibulaire par lambeau de fibula microanastomosé, suivie d'une implantation puis d'une réhabilitation prothétique fixée ou amovible. La mise en place des implants s'effectue sous anesthésie générale. Les implants sont laissés en nourrice pendant 6 mois, puis la phase prothétique est réalisée.

Parmi les 10 patients, 8 ont été traités pour un cancer des voies aéro-digestives supérieures (7 ont eu de la radiothérapie avant la greffe et 1 après), 1 pour une histiocytose X et 1 pour une tumeur mandibulaire à cellules géantes. L'âge des patients va de 16 à 61 ans. 9 sont des hommes et 1 une femme. Le délai entre la greffe et l'implantation est compris entre 11 et 21 mois. 11 implants de type Ciny® (Serf) et 18 de type MK3® (Nobel-Biocare) ont été mis en place. Sur les 29 implants, 1 a été perdu par défaut d'ostéointégration, lors du deuxième temps chirurgical. 2 patients ont été réhabilités par prothèse conjointe, les 8 autres par prothèse adjointe.

Le recul clinique actuel est de 7 à 58 mois.

La mise en place des implants sous anesthésie générale permet de travailler dans des conditions d'asepsie optimales et de conserver la vascularisation locale. La longueur des implants est déterminée en fonction d'un examen soigneux du scanner, du fait des faibles dimensions du greffon en terme de hauteur et largeur. Le délai entre la greffe et la mise en place des implants est compris entre 11 et 21 mois. Les auteurs s'accordent sur un délai minimum de 4 mois (Chiapasco, 2000) à 2 ans (Taylor, 1993). Le délai entre le premier et le second temps chirurgical est de 6 mois; les auteurs préconisent un délai de 6 mois (Reychler, 1996). L'épaisseur des tissus mous peut parfois poser des problèmes prothétiques, telle une prolifération gingivale excessive au niveau des émergences implantaires. Ceci est actuellement résolu par un « dégraissage » du lambeau, réalisé lors de la greffe.

Cette série constitue une approche positive des possibilités de réhabilitation supra-implantaire sur lambeau de fibula microanastomosé, que ce soit après traitement pour un cancer des voies aéro-digestives supérieures ou pour tout autre pathologie mandibulaire, permettant le rétablissement des fonctions et de l'esthétique. Les résultats obtenus sont très encourageants et constituent une étape supplémentaire dans la restitution d'une qualité de vie pour le patient.

Nom et adresse du conférencier

BODARD Anne-Gaëlle  
Unité d'Odontologie Service de Chirurgie  
Centre Léon Bérard  
28, rue Laënnec  
69373 LYON Cedex 08

médecine  
buccale  
chirurgie  
buccale

vol. 10, n° 2  
2004

page 93

## Mesure de la stabilité secondaire d'implants parasymphysaires stabilisateurs de prothèses adjoindes complètes supra-implantaires (PACSI) : approche numérique par l'analyse de fréquence de résonance

Bémer J, Larras P, Thery L, Tazi M, Perrin D

Service d'odontologie CHU Dijon

L'étude rétrospective présentée se propose de mesurer la stabilité d'implants parasymphysaires, stabilisateurs d'une PACSI, mis en charge depuis plus d'un an (recul de 7 ans au maximum), et d'observer l'influence des caractéristiques de chaque implant. Le succès immédiat et pérenne d'un traitement implantaire repose sur deux facteurs essentiels : la stabilité primaire et l'ostéointégration. Il est donc intéressant d'évaluer la qualité de l'interface os-implant, afin de prévenir certains échecs et d'anticiper la maintenance. Jusqu'à ce jour, les moyens

cliniques existants sont le Périotest®, la radiographie et le test de percussion. L'histomorphométrie et le torque relèvent de protocoles expérimentaux. Depuis cinq ans, une technique d'analyse de fréquence de résonance (Meredith, 1997), commercialement disponible (RFA : Osstell; Intégration Diagnostics, Göteborgsvägen, Sweden), rapide, simple, non invasive et reproductible, permet d'évaluer la stabilité d'un implant. Les résultats sont obtenus sous forme d'une courbe, d'une fréquence de résonance (RF) et d'une valeur ISQ (Implant Stabilité Quotient;

0 à 100). Cependant, aucun référentiel de valeurs d'ISQ n'est actuellement proposé dans la littérature (Balleri et coll, 2002)

L'échantillon étudié inclut dix neuf patients édentés totaux mandibulaires (en bon état général, non fumeurs, moyenne d'âge de 68,8 ans), bénéficiaires de deux implants parasymphysaires Nobel Biocare (total de 38 implants vis), mis en place par une technique en deux temps. Le protocole retenu consiste en une évaluation clinique, radiographique (Zarb et coll, 1993) et une mesure de l'ISQ par le même opérateur. Percussion et préhension apprécient la stabilité ; les indices usuels pour l'état gingival et la technique rétro-alvéolaire long cône parallèle pour la résorption osseuse.

Les résultats objectivent :

- un terrain asymptomatique, un parodonte sain, une stabilité clinique globale,
- une résorption osseuse marginale évaluée radiographiquement inférieure à 1 mm,
- une dispersion globale des valeurs ISQ comprise entre 66 et 84 unités (valeur moyenne globale de 73),
- une homogénéité globale droite-gauche (comparaison des moyennes).

Cette étude préliminaire réalisée à partir d'un échantillon limité de patients peut participer à la détermination de données de références non opératoires – dépendantes dans le cadre de ces PACSI. Selon la littérature actuelle, aucune autre étude similaire n'a été réalisée. Les valeurs de fréquence de résonance supérieures à 65 dans un os dense signent une rigidité élevée de l'interface os-implant. Aucune différence significative n'est observée entre la stabilité et l'ensemble des caractéristiques des fixtures, en particulier la longueur.

En conclusion, cette méthode basée sur l'analyse de fréquence de résonance présente un réel intérêt comme outil d'évaluation du succès implantaire. Les résultats corroborent les données de la littérature sur la fiabilité (Meijer et coll, 2000) et l'intérêt de l'utilisation de deux implants parasymphysaires stabilisateurs d'une PACSI pour les patients édentés totaux mandibulaires (Consensus Mc Gill, 2002).

Nom et adresse du conférencier

BÉMER Julie  
Service d'odontologie, CHU  
3 rue du Faubourg Reines - 2100 Dijon  
Juliebemer@aol.com

### **Evaluation sur 8 ans du taux de succès implantaire et prothétique de 528 implants courts ITI posés en pratique privée**

Nedir R\*/\*\*, Bischof M\*/\*\*, Samson J\*

\*Division de Stomatologie et Chirurgie Orale, Université de Genève, Suisse

\*\*CdR Clinique Dentaire, Vevey, Suisse

Les cliniques universitaires rapportent des taux de succès élevés en implantologie (Buser et coll, 1997), mais peu d'études ont été réalisées en pratique privée (Nedir et coll, 2004). De plus, l'évaluation ne concerne habituellement que les implants, mais pas les suprastructures prothétiques. Le but de cette étude, réalisée en pratique privée, est de déterminer le taux de succès des premiers 528 implants ITI® posés et de rapporter les complications prothétiques rencontrées.

Entre 1995 et 2000, 528 implants ont été posés chez 235 patients, la moitié des implants sont de type TPS et l'autre moitié de type SLA. Tous sont en charge depuis au moins 3 ans. Plus de la moitié d'entre eux (61,9 %) a été posée à la mandibule, surtout dans les segments latéro-postérieurs (66,5 %). Dans la région latéro-postérieure, la longueur moyenne des implants à la mandibule et au maxillaire est respectivement de 9,90 mm et de 9,74 mm. Sur ces implants, on a réalisé : 171 couronnes unitaires, 93 bridges de trois à cinq éléments, 1 bridge complet et 55 prothèses complètes. Dans le groupe des prothèses fixes, 85,4 % des implants ont une supra-structure scellée.

Les échecs implantaires précoces et tardifs ont été documentés ainsi que les complications prothétiques. Lors du

contrôle, tout implant stable ne présentant pas de signe de péri-implantite récurrente est assimilé à un succès. Pour le traitement des complications des réhabilitations prothétiques amovibles, des réparations de fractures, des rebasages et des remplacements de parties prothétiques femelles ont été réalisées. Pour les réhabilitations prothétiques fixes, les complications correspondent à des descellements, des dévissages et des fractures de pièces secondaires, des fractures mineures ou majeures de la céramique.

Les taux de succès cumulatifs, le type et la fréquence des complications prothétiques sont évalués. Un échec précoce et 2 échecs tardifs après 1 et 12 mois ont été observés ; dans les 3 cas, il s'agissait d'implants SLA de 10-12 mm posés dans la mandibule. Le taux cumulatif de succès est de 99.40 %.

Dans le groupe des prothèses complètes amovibles, on dénombre 29 complications pour les 55 prothèses, soit 52,7 % de complications, 2 prothèses ont été refaites. Dans le groupe des prothèses fixes, on enregistre 23 complications sur les 265 prothèses soit un taux de 8,7 %. Ces complications comportent une fracture de pièce secondaire, 2 dévissages de pièce secondaire après 8 et 10 mois, 3 descellements de prothèse après 9, 20

et 41 mois, 12 fractures mineures de céramique et 5 fractures majeures ; dix prothèses (3,8 %) ont été refaites. Au niveau antérieur, il n'y a eu aucun incident, 3,2 % des couronnes unitaires postérieures ont eu une complication. Cette étude en pratique privée montre que des taux de succès élevés peuvent être obtenus même avec des implants ITI < 10 mm. Un nombre plus important de patients devrait pouvoir être traité sans recours à des procédures chirurgicales lourdes. Le taux de complications avec les réhabilitations prothétiques fixes est plus faible

que celui rencontré avec les réhabilitations prothétiques amovibles ; cependant, ces premières sont plus difficiles à gérer et plus coûteuses.

Nom et adresse du conférencier  
NEDIR Rabah  
CdR Clinique Dentaire SA  
3 rue du Collège  
CH-1800 Vevey  
rabah.nedir@medecine.unige.ch

## Intérêt de la piezzo chirurgie dans les greffes d'apposition osseuses pré-implantaires.

### Note technique

Bader G

*Service de Médecine et Chirurgie Buccale, UFR d'Odontologie de Rennes*

La reconstruction des tissus durs lors d'une chirurgie pré-implantaire, en hauteur et/ou en largeur est réalisable grâce à diverses techniques. Parmi celles-ci, la greffe d'apposition, est une alternative qui a beaucoup d'adeptes depuis Beirne en 1980. L'os autogène reste encore pour beaucoup le matériau de choix pour ces interventions, l'os iliaque (Keler, 1987) ou pariétal (Tulasne, 1994), cependant les réparations de défauts osseux peuvent le plus souvent être réalisées grâce à des prélèvements intra-buccaux (Palacci, 2001).

Les techniques de prélèvement font traditionnellement appel à la fraise, la scie (alternative ou oscillante) ou encore aux disques (Khoury, 1996). Depuis 4 ans, et des études préliminaires sur l'utilisation de bistouris piézoélectriques (Vercellotti, 2000), un nouveau moyen de prélèvement osseux est apparu. L'instrumentation se compose d'une pièce à main piézoélectrique très puissante d'une fréquence fonctionnelle de 25 à 29 kHz et d'inserts qui se déplacent avec une vibration linéaire entre 60 et 210 mm, donnant à la pièce à main une puissance de plus de 5 W. Le prélèvement mentonnier avait jusqu'à présent la faveur de nombreux praticiens, essentiellement du fait de sa facilité d'accès par rapport au prélèvement ramique. Cependant, les complications neurologiques ou cicatricielle (trouble de la mobilité des muscles du menton), ne sont pas retrouvées dans les prélèvements ramiques. Le bistouri piézoélectrique, par son ergonomie, permet de travailler en toute sécurité vis à vis des tissus mous dans ces zones postérieures. C'est également le seul instrument qui permet de pratiquer des ostéotomies apicales, favorisant ainsi, la découpe des blocs osseux avec une

grande précision. L'intervention est menée sous anesthésie locale simple le plus souvent. La pièce à main permet de préparer le site receveur grâce à l'insert coudé sur chant en réalisant un pelage de la corticale osseuse. L'insert OT3 de forme, digitalée permet ensuite de réaliser les traits d'ostéotomie sagittale et verticaux mésiaux et distaux dans la région ramique, aux dimensions déterminées par la mesure per-opératoire sur le site receveur. L'insert coudé sur chant permet ensuite de réaliser l'ostéotomie apicale qui rejoint les deux traits verticaux. La « fracture » provoquée ensuite par l'ostéotome droit sera nette et franche. Après fixation sur le site receveur à l'aide de micro vis, le greffon sera remodelé, avec cette même pièce à main sur son contour, afin d'éviter la persistance de bords sécants. Durant toute l'intervention, les particules d'os issus des ostéotomies ou du pelage du site receveur sont récupérées pour combler les hiatus subsistants et permettre d'affiner la coaptation du greffon. Un bilan de deux ans d'utilisation de cette technique illustre ces propos.

Enfin une étude toute récente (Vercellotti, 2004) montre que les suites opératoires de cette technique de piézo-chirurgie sont moindres que lors des techniques de prélèvements classiques.

Nom et adresse du conférencier  
BADER Gérard  
Centre Hospitalier Privé de Saint-Grégoire  
6 avenue de la Bouttière  
35768 Saint-Grégoire Cedex  
gerard.bader@wanadoo.fr



### Difficultés diagnostiques à propos d'un cas de « gingivite érosive chronique »

Madrid C, Hlali A, Morin A, Lhomme A, Courtois B

Unité Fonctionnelle de Médecine et de Chirurgie Buccales - Hôtel Dieu-CHU de Toulouse

Le diagnostic différentiel d'une gingivite érosive chronique pose des problèmes complexes. L'atteinte concerne surtout des femmes (80 %) d'âge moyen 50 ans lors des premiers signes (Vaillant et Fontès, 2002). La douleur et l'impossibilité alimentaire occupent le tableau clinique d'autant que les lésions peuvent être étendues au reste de la muqueuse buccale. Les affections à l'origine de ce symptôme sont multiples : pemphigoïde bulleuse, pemphigoïde cicatricielle, lichen pemphigoïde, lichen plan bulleux et pemphigus peuvent donner des tableaux cliniques voisins sur la muqueuse buccale. Le cas présenté ici illustre la difficulté d'établir un diagnostic de certitude lorsque les lésions buccales ne sont pas associées à une atteinte extrabuccale.

Une patiente de 57 ans consulte un parodontiste en 1994 pour une atteinte inflammatoire de la muqueuse gingivale récidivant depuis 1981. Elle a pris pendant 4 ans de la bétaméthasone en glossettes avec un succès relatif. La denture est normale et l'hygiène rigoureuse. A noter dans les antécédents, un traumatisme familial majeur que la patiente considère comme le point de départ de sa pathologie et d'une dépression chronique. Le diagnostic de gingivite désquamative est retenu. On effectue de 1994 à 1996, des surfaçages répétitifs. La patiente est adressée à un deuxième parodontiste en novembre 1996. Il diagnostique une gingivite ulcéro-membraneuse. Des traitements locaux sont instaurés jusqu'en 1998 sans amélioration. En octobre 1998, un dermatologue observe des plages de lichen plan étendues, en poussée active, érosives et érythémateuses sur toute la gencive, sur la face postéro-interne des deux joues et les culs de sacs vestibulaires. La langue présente un état atrophique post lichénien. L'interrogatoire retrouve un lichen vulvo-vaginal permettant de reconstituer un syndrome vulvo-vaginal-gingival (V-V-G). Le diagnostic de poussée bulleuse d'un lichen pemphigoïde est avancé. Le traitement associe la triamcinolone IM à la bétaméthasone locale, et un antidépresseur tricyclique (amitriptyline) pendant plusieurs mois. La patiente, améliorée, présente les caractéristiques gingivales d'un lichen atrophique. Entre 1999 et octobre

2002, la patiente subit des tentatives de greffes épithélio-conjonctives. En juillet 2003, la patiente est adressée à notre UF par un troisième parodontiste avec un diagnostic de lichen plan érosif. L'examen clinique permet de retrouver une poussée bulleuse majeure de toutes les surfaces gingivales, un état dentaire précaire avec des mobilités importantes, une halitose. Un prélèvement anatomo-pathologique d'une bulle, un prélèvement pour immunofluorescence directe et un prélèvement sanguin pour immuno-fluorescence indirecte sont effectués. Les examens en immuno-fluorescence directe montrent de nombreux dépôts linéaires d'IgM le long de la jonction dermo-épidermique ainsi que de la fraction C<sub>3</sub> du complément. Les anticorps anti-épiderme sont négatifs. Ce dernier résultat permet d'écarter le pemphigoïde bulleux et un lupus systémique. Les résultats de l'ID en revanche soutiennent une forme rare de lichen bulleux strictement localisée à la muqueuse buccale (si l'on excepte un épisode d'atteinte génitale). L'anatomo-pathologie retrouve une bulle dermo-épidermique compatible avec le diagnostic de lichen plan bulleux.

Le lichen érythémateux pemphigoïde a été décrit pour par Kaposi en 1872. C'est Schreiner (1930) qui a scindé cette entité en deux groupes : le lichen plan bulleux (LPB) qui ne survient que sur des lésions de lichen préexistantes et le lichen pemphigoïde (LP) qui peut survenir en peau saine. A partir de 1983, les techniques d'immunofluorescence directe ont permis de séparer plus sûrement les deux entités : les dépôts linéaires le long de la jonction dermo-épidermique se faisant à IgG pour le LP et à IgM pour le LPB.

Nom et adresse du conférencier

MADRID Carlos  
Unité Fonctionnelle de Médecine et de Chirurgie Buccales. Hôtel Dieu TSA 80035  
2 rue Viguerie  
31052 Toulouse  
madrid.c@chu-toulouse.fr

### La gingivite érosive chronique : stratégie diagnostique à propos de 3 cas cliniques

Fricain JC\*, Campana F\*, Sibaud V\*\*, Deminière C\*\*\*, Lepreux S\*\*\*, Taiëb A\*\*

\* Service Odontologie Hôpital Pellegrin, Bordeaux

\*\* Service Dermatologie Hôpital saint André, Bordeaux

\*\*\* Service Anatomopathologie Hôpital Pellegrin, Bordeaux

La gingivite érosive chronique (GEC) se caractérise cliniquement par un érythème plus ou moins associé à des ulcérations, des bulles et une desquamation de l'épithélium (Rogers, 1982). Les 3 étiologies principales sont le lichen plan, les pemphigus et la pemphigoïde cicatricielle.

Toutes causes confondues le délai diagnostique est d'un an environ et entre 3 et 40 % selon les séries sont classées idiopathiques (Vaillant, 2000). L'objectif de ce rapport est d'illustrer à l'aide de 3 cas cliniques la démarche diagnostique des GEC.

Le premier cas concerne une patiente de 60 ans qui présente depuis 3 ans des lésions de GEC. L'examen clinique a révélé un érythème gingival diffus maxillaire et mandibulaire associé à un réseau kératosique de la muqueuse labiale et du palais. L'aspect clinique des lésions évoque un lichen plan qui est confirmé par l'examen de la biopsie en histologie standard (infiltrat lympho-plasmocytaire en bande envahissant les couches basales de l'épithélium). Le traitement instauré fût l'application de tacrolimus en pommade 2 fois par jour sur les lésions pendant deux mois.

La deuxième patiente âgée de 52 ans est adressée pour une GEC maxillaire et mandibulaire caractérisée par un érythème, des érosions et desquamations de l'épithélium dont on peut détacher des fragments de plus d'un centimètre à l'aide d'une précelle. L'aspect clinique évocateur d'une pemphigoïde cicatricielle indique ici la réalisation d'une biopsie pour étude en histologie classique et immunofluorescence (IFD). L'examen en histologie standard est peu contributif. L'étude en IFD objective des dépôts importants de C<sub>3</sub> et plus discrets d'IgA et d'IgG le long de la membrane basale caractéristique d'une pemphigoïde. Le diagnostic de pemphigoïde cicatricielle a été retenu devant l'atteinte muqueuse stricte et la négativité de la recherche d'anticorps anti-membrane basale dans le sérum. L'examen gynécologique et ophtalmologique est normal. Un traitement par disulone 100 mg par jour a permis une régression des lésions.

La troisième patiente est adressée pour des lésions gingivales apparues 6 ans auparavant. Il existe une GEC associée à une ulcération jugale droite. Le signe de la pince est faiblement positif. La suspicion d'étiologie auto-immune indique une biopsie pour examens en histologie standard et IFD. Un début de décollement bulleux supra basal, quelques lésions d'acantholyse et un infiltrat inflammatoire polymorphe du chorion sont observés. L'IFD montre de rares cadres cellulaires soulignés avec les sérums anti IgG et anti IgA. Ces aspects sont évocateurs d'un pemphigus, mais devant le manque de typicité de l'évolution clinique, un immunotransfert sur sérum a été réalisé. Il a révélé une bande de 160 KD qui migre avec la desmogleïne 1 ce qui confirme le diagnostic de pemphigus muqueux localisé. Le traitement retenu a été l'application de clobétazol en crème 3 fois par jour sur les lésions. Ces 3 cas illustrent l'intérêt des examens complémentaires qui doivent être prescrits en fonction des signes cliniques : biopsie simple dans le lichen plan, IFD quand suspicion de pathologie auto-immune et immunotransfert (Joly, 1997) ou immunomicroscopie électronique à transmission (Prost, 1987) en cas de doute diagnostique.

Nom et adresse du conférencier

FRICAIN Jean-Christophe

Hôpital Pellegrin

33000 Bordeaux

jean-christophe.fricain@biophys.u-bordeaux2.fr

médecine  
buccale  
chirurgie  
buccale

vol. 10, n° 2  
2004

page 97

## Lésions ulcéreuses de la muqueuse buccale chez une patiente de 70 ans

Poulesquen V\*/\*\*, Benlagha N\*/\*\*, Alantar A\*\*2, Galeazzi JM\*\*, Maman L\*

\* Faculté de chirurgie dentaire, Paris V

\*\* Service d'odontologie, Hôpital de Nanterre

Le pemphigus appartient au groupe des dermatoses bulleuses auto-immunes, maladies caractérisées par une perte de la cohésion interkératinocytaire, et donc des adhérences dermo-épidermiques. C'est cette acantholyse qui entraîne la formation de bulles (Vaillant, 1999). Cette perte d'adhésion est due à la production d'auto-anticorps dirigés contre les protéines desmosomiales. L'incidence du pemphigus vulgaire (PV) est estimée à un cas pour un million d'habitants, mais cette maladie chronique est plus fréquente chez les juifs ashkénazes et les personnes d'origine méditerranéenne. Dans 75 à 80 % des cas, la première localisation des PV est buccale (Scully, 2002). La mortalité de cette affection varie de 10 à 30 % ; elle est principalement due aux effets secondaires du traitement par corticoïde. Les facteurs pronostics sont l'âge, la durée d'évolution avant traitement, l'étendue des lésions et la dose de corticoïdes nécessaire au contrôle initial de la maladie.

Le cas présenté est celui d'une femme de 71 ans, qui présente des douleurs invalidantes et des ulcérations buccales apparues depuis quatre mois. Elle a consulté

plusieurs praticiens qui lui ont prescrit des antibiotiques, des antifongiques et des topiques anti-inflammatoires sans aucune amélioration et sans qu'un diagnostic n'ait été posé. Les ulcérations sont à l'origine d'une dysphagie, et d'une perte de poids de 6 kg (7 %). L'examen buccal révèle des lésions muqueuses de type apthoïde, de grande taille, avec des érosions et des collerettes d'épithélium décollées couvrant toute la muqueuse buccale. La patiente présente aussi des lésions cutanées croûteuses et érosives : trois sur les épaules et cinq sur le bas du dos. Le signe de Nikolsky, très évocateur du pemphigus est absent. Le diagnostic de pemphigus vulgaire est posé. Une biopsie cutanée périlésionnelle en tissu sain confirme le diagnostic de PV. Le traitement associe une corticothérapie par voie générale et un adjuvant, le méthotrèxate. La dose est progressivement diminuée pour atteindre la dose minimale thérapeutique. Ce cas clinique illustre le tableau typique d'un patient atteint de PV diagnostiqué trop tardivement et ce malgré la présence de lésions cutanées.

Le diagnostic différentiel du PV comprend toutes les lésions érosives et ulcéreuses : la pemphigoïde cicatri-



cielle et le lichen plan érosifs mais aussi le lupus érythémateux chronique, l'aphtose de Behçet, l'infection herpétique, l'érythème polymorphe, l'épidermolyse bulleuse acquise, les lésions ulcéreuses de la maladie de Crohn, d'une rectolite hémorragique ou bien celles liées à des carences alimentaires. Dans tous les cas, il est nécessaire de pratiquer un examen anathomo-pathologique doublé d'une étude en immunofluorescence directe en muqueuse saine périlésionnelle. La corticothérapie et les thérapeutiques adjuvantes permettent la disparition des

symptômes douloureux, mais les équipes médicales visent à trouver des alternatives à la corticothérapie générale pour diminuer la morbidité iatrogène.

Nom et adresse du conférencier  
POULESQUEN Vincent  
Service d'Odontologie  
Hôpital Charles Foix  
12 rue Fouilloux  
94205 Ivry sur Seine

### Les manifestations buccales de l'érythème polymorphe : à propos de deux cas cliniques

Chajri S\*, Medaghri Alaoui O\*\*, Benyahya I\*\*\*

\* Résidente

\*\* Professeur assistant de l'enseignement supérieur

\*\*\* PES Chef de service d'odontologie chirurgicale, Faculté de médecine dentaire de Casablanca, Maroc

L'érythème polymorphe (EP) est une maladie de la jonction dermo-épidermique d'origine non auto-immune, caractérisée par l'installation aiguë de bulles intra-épithéliales cutanées avec ou sans atteinte des muqueuses (Hebra, 1866 ; Kennet, 1968 ; Lozada et Silver, 1978). L'EP survient plus chez l'adulte jeune entre 20 et 40 ans, avec une prédilection du sexe masculin. Les signes cutanéomuqueux et généraux peuvent s'associer de façon variable et réaliser des tableaux cliniques divers : l'EP mineur, majeur dont le syndrome de Stevens Johnson (SSJ), la nécrolyse épidermique toxique et l'ectodermose pluriorificielle. Pour Ayangco 2003, l'EP majeur et le SSJ seraient deux entités différentes. Des facteurs étiologiques comme le virus herpétique, certains médicaments (antibiotiques, analgésiques) ont été reconnus comme responsables de l'apparition de l'EP. Bien que le mécanisme exact de l'EP soit inconnu, on admet qu'il s'agit probablement d'une réaction d'hypersensibilité à médiation cellulaire induite par des agents variés peut être chez des sujets génétiquement prédisposés.

#### Cas clinique 1 :

Une femme de 30 ans atteinte d'un EP post herpétique et d'une conjonctivite bactérienne est adressée par le service de dermatologie pour une prise en charge odontostomatologique. Au niveau cutané, des lésions en cocardes papuleuses et profuses apparaissent au niveau des avant-bras, jambes et genoux. La semi-muqueuse labiale présentait des érosions se recouvrant de croûtes épaisses et hémorragiques. La muqueuse labiale et jugale étaient le siège d'érosions polycycliques implantées sur une plage érythémateuse et se recouvrant d'un enduit jaunâtre.

#### Cas clinique 2 :

Il s'agit d'un homme de 37 ans qui s'est présenté à la consultation pour des douleurs et saignements muqueux empêchant l'alimentation, la parole et altérant son état

général. A l'inspection endobuccale, la muqueuse labiale et jugale montre des plages érodées où le chorion est mis à nu, sanguinolent et rouge avec la présence de fines pseudomembranes nécrotiques. Une biopsie effectuée au niveau labial inférieur était concluante pour un EP buccal.

Ces 2 cas cliniques illustrent 2 formes cliniques différentes de l'EP : EP majeur post herpétique classique (1<sup>er</sup> cas) et EP à localisation buccale dont l'étiologie est indéterminée (2<sup>e</sup> cas).

Le diagnostic positif d'EP a reposé sur l'examen clinique confronté aux données histologiques qui révèlent une bulle intra-épithéliale à clivage basal non acantholytique dont le toit et la lumière renferment de nombreux kératinocytes nécrosés et polynucléaires éosinophiles. Au niveau de la muqueuse buccale, on note souvent une vacuolisation des cellules de la partie superficielle du corps de Malpighi. Le traitement a comporté deux volets : un traitement local chez les deux patients à base de bains de bouche anesthésiques, antiseptiques et d'une alimentation liquide. Un traitement général à base de corticoïdes systémiques (Prednisone 0,5 à 1 mg/Kg/j) a favorisé la rémission en 5 à 10 j respectivement chez le deuxième et le premier patient. Pour la forme post herpétique, un traitement à base d'Aciclovir (600 à 800 mg/j pendant 6 mois) a été associé par le dermatologue à ces thérapeutiques. (Piette, 1995)

L'évolution de certaines formes avec atteinte pulmonaire et poly viscérale peut être fatale d'où la nécessité d'une prise en charge pluridisciplinaire rapide et efficace.

Nom et adresse du conférencier

CHAJRI Samah  
Rue Ain Oulmes, résidence Réunis, Apt 13,  
Bourgogne Casablanca, Maroc  
lamiakissi@yahoo.fr

**L'érythème polymorphe – du diagnostic au traitement au travers d'un cas clinique**

Tchomakov E, Malinge A, Ben Lagha N, Maman L

UFR d'odontologie de Paris 5

Département de Médecine buccale et Chirurgie buccale

L'érythème polymorphe ou multiforme – (ICD 6<sub>95.1</sub>) est une affection inflammatoire, cutanéomuqueuse, rare, identifiée avant tout par des critères cliniques : des lésions cutanées pathognomoniques par leur seul aspect « en cocarde », distribuées symétriquement et prédominant aux extrémités. Les lésions buccales sous formes de bulles nécrotiques des muqueuses, apparaissent chez 40 à 60 % des patients. Le terme de polymorphe est encore souvent interprété, de façon erronée, comme une juxtaposition dans l'espace de lésions différentes alors qu'il ne désigne qu'une modification de l'expression morphologique des lésions élémentaires dans le temps, ce qui entraîne de nombreux diagnostics abusifs (Piette et Reyckler, 1991).

Le cas clinique présenté décrit un érythème polymorphe post-herpétique. Il s'agit d'un patient, âgé de 35 ans qui consulte en urgence pour des douleurs buccales aiguës, insomniantes, ayant imposé l'arrêt de toute alimentation, depuis 48 heures. Le patient se plaint de nombreuses lésions dans toute la cavité buccale et nous montre ses coudes et ses genoux maculés de petites érosions. Les signes présents sont apparus brutalement deux jours auparavant. Le patient signale l'éruption d'un « bouton de fièvre » labial 2 à 3 semaines avant cette consultation, éruption décrite comme occasionnelle par le patient. A l'examen clinique nous observons des lésions inflammatoires, croûteuses, hémorragiques au niveau du versant externe des lèvres. La palpation des aires ganglionnaires cervico-faciales montre la présence d'adénopathies bilatérales. Des lésions au niveau des coudes et des genoux se présentent sous la forme de papules érythémateuses,

légèrement déprimées en leur centre, s'étendant vers la périphérie par l'alternance concentrique de couleurs. Ces lésions sont dites en « cocarde ». L'examen clinique endobuccal montre une atteinte de l'ensemble de la muqueuse. Des vésicules précocement rompues, laissent place à des érosions inflammatoires, couvertes d'une pseudo-membrane, à fond fibrineux, cernées par des plages érythémateuses. Sur le versant interne des lèvres, on observe des lésions blanchâtres, nécrotiques, étendues, mais l'épithélium de surface semble être intact. L'étiologie de l'érythème polymorphe est difficile à déterminer. Le diagnostic différentiel se pose avec de nombreuses affections cutanées, muqueuses ou cutanéomuqueuses. Le traitement est essentiellement symptomatique, puisque l'évolution spontanée se fait vers la guérison en 2 à 4 semaines.

Dans sa forme post-herpétique, l'érythème polymorphe est aujourd'hui décrit comme une maladie virale à composante auto-immune. Il représente à ce titre une maladie inflammatoire, herpès spécifique, qui serait la réponse immunitaire de l'organisme face à l'expression d'antigènes Virus Herpès Simplex à la surface des kératinocytes (Aurelian et coll, 2003).

Nom et adresse du conférencier

TCHOMAKOV Emile  
UFR d'Odontologie Paris 5  
Service d'Odontologie d'Ivry  
Hôpital Charles Foix, 12, rue Fouilloux  
94200 Ivry sur Seine  
emobg@yahoo.com

médecine  
buccale  
chirurgie  
buccale

vol. 10, n° 2  
2004

page 99

**Risque de dégénérescence de lésions ulcérées et papillomateuses de la muqueuse buccale sans facteur de risque : observation à partir d'un cas clinique**

Bravetti P, Gangloff P, Perrot G, Polo A, Lê A, Viennet D

Service d'Odontologie Chirurgicale, Faculté de Chirurgie Dentaire, Nancy.

Le terme de papillomatose orale floride recouvre au niveau de la muqueuse bucco-pharyngée des lésions cliniquement assez différentes avec des formes limitées ou extensives homogènes ou hétérogènes dont le profil évolutif n'est pas corrélé à l'aspect clinique. Le terme de proliférative verrucosus leucoplakia a été proposé par Silverman en 1985 afin de permettre de considérer cette entité comme un processus continu évoluant de façon très prolongée de la leucoplasie au carcinome épidermoïde en passant par le stade de carcinome verruqueux.

L'observation décrite concerne une patiente de 74 ans adressée pour une lésion ulcérée vestibulaire sans régression depuis un an. L'interrogatoire révèle une hypertension

artérielle. Dans ces antécédents hygiéno-diététiques, il n'est retrouvé aucun élément d'intoxication éthylotabagique, ni aucun facteur et risque professionnels. L'examen clinique montre une lésion vestibulaire ulcéro-papillomateuse de 14 à 16 et une papule ferme surélevée de 0,5 cm de large à surface verruqueuse de couleur blanche située au niveau rétro-tubérositaire. La biopsie vestibulaire révèle une kératose verruqueuse avec dysplasie légère, la biopsie palatine révèle une papillomatose orale floride de grade 2 avec dysplasie sévère. L'examen radiologique complémentaire n'objective aucune lésion dentaire. Il est décidé l'exérèse complète de la lésion palatine. L'histologie de la pièce d'exérèse révèle dans la partie profonde du prélèvement un car-

cinome épidermoïde infiltrant moyennement différencié. La patiente est adressée dans le service d'ORL où une tomodensitométrie-cervico-thoracique est demandée. Cet examen révèle la présence de petites adénopathies infracentimétriques sous digastrique et submandibulaire homolatérales. Dans ce service, elle subit l'ablation chirurgicale de la région gingivale supérieure de 14 à 18. L'histologie de la pièce opératoire et des nœuds cervicaux n'objective aucune atypie tissulaire. Trois mois après la chirurgie, la patiente subit une tumorectomie mammaire associée à un curage ganglionnaire axillaire inférieur suite à un carcinome canalaire infiltrant de 8 mm de grand axe. Le réexamen de l'anatomopathologie des deux lésions muqueuses gingivales et du tissu mammaire ne montre pas de lien.

Il semble donc que le carcinome épidermoïde se soit développé à partir d'une lésion papillomateuse (Civatte, 1986 ; Cohen, 1991).

La papillomatose orale floride est mentionnée dans 3 % des cas avant l'apparition d'un cancer de la cavité buccale, isolée dans la moitié des cas, associée dans les autres cas à des lésions lichéniennes ou des leucoplasies,

ou encore à des candidoses chroniques sévères. Selon les auteurs ce pourcentage varie de 2 à 9 %. La transformation est presque toujours précédée elle-même par l'apparition d'une dysplasie sévère (Ben Slama, 2001). Une prédominance du sexe féminin pour ces lésions est rapportée par certains auteurs et il n'y a pas de relation avec l'intoxication tabagique (31,6 % dans la série de Silverman, 1998). Le siège de prédilection de ces lésions est la langue, les gencives et la face jugale et souvent plusieurs foyers peuvent être observés chez la même personne.

La surveillance, la biopsie et l'exérèse de ces lésions permettent de dépister précocement les transformations en carcinomes épidermoïdes.

Nom et adresse du conférencier

BRAVETTI Pierre  
Faculté de Chirurgie Dentaire  
Service d'Odontologie Chirurgicale  
rue du Dr Heydenreich  
54000 Nancy (France)  
bravettip@hotmail.com

médecine  
buccale  
chirurgie  
buccale

VOL. 10, N° 2  
2004

page 100

### Maladie d'Hodgkin : à propos d'une localisation linguale

Chevalier V\*, Karam A\*\*, Boisramé S\*, Berthou C\*\*\*, Predine Hug F\*

\* Service d'odontologie

\*\* Service de dermatologie

\*\*\* Service d'hématologie

La maladie de Hodgkin est une affection tumorale débutant souvent dans les tissus lymphoïdes ganglionnaires. La dissémination tumorale se fait par voie lymphatique ou hématologique et affecte la moelle osseuse, les tissus lymphoïdes hépatiques, pulmonaires, rénaux ou digestifs. Les localisations orales sont rares : nous rapportons une observation linguale.

Un homme de 55 ans a été hospitalisé pour la prise en charge thérapeutique d'une maladie d'Hodgkin scléronodulaire, stade IV d'Ann Arbor (ganglionnaire, foie, reins), de découverte récente. L'examen clinique de la cavité buccale a montré la présence d'une ulcération de 6 cm de diamètre, à contours géographiques, infiltrée, pseudomembraneuse et peu symptomatique, évoluant depuis deux semaines sur la face dorsale de la langue. Le patient ne prenait pas de médicament. Les prélèvements mycobactériologiques et la recherche de l'herpes virus par réaction en chaîne par polymérase (PCR) se sont avérés négatifs. L'examen anatomo-pathologique a révélé la présence de cellules compatibles avec des cellules d'Hodgkin (cellules à noyaux volumineux bien nucléolés et exprimant la molécule CD 30). L'examen du cercle de Waldeyer, la fibroscopie et les prélèvements biopsiques digestifs étaient sans particularité. La chimiothérapie par ABVD - MP (adriamycine, bléomycine, vinblastine, doxorubicine, méthylprednisolone) associée à une radiothérapie ont permis une cicatrisation complète de la lésion linguale.

La littérature rapporte peu de localisations orales extra ganglionnaires de la maladie de Hodgkin. Ont été retrouvées des localisations gingivales (Tanaka et coll, 1992) ou osseuses, maxillaires (Lello et Raubenheimer, 1989) et mandibulaires (Forman et Wesson, 1970). Elles sont rares puisque les développements extra-ganglionnaires incluant la cavité orale, le pharynx, le larynx ou les sinus ne représentent que 4 % des maladies de Hodgkin (Urquhart et Berg, 2001).

Chez notre patient cette ulcération pseudomembraneuse linguale est une localisation digestive exceptionnelle de la maladie de Hodgkin. L'apparition d'une ulcération muqueuse chez un patient atteint d'une hémopathie maligne, en l'absence de toute maladie sexuellement transmissible, maladie de système, lésion traumatique ou aphte doit faire évoquer une lésion infectieuse, iatrogénique ou tumorale.

Les patients atteints d'une localisation linguale de la maladie de Hodgkin peuvent bénéficier d'une chimiothérapie parfois associée à une radiothérapie des aires ganglionnaires cervico-faciales satellites. Chez ce patient, ce protocole a permis une régression complète de l'ulcération linguale.

Nom et adresse du conférencier

CHEVALIER Valérie  
Service d'odontologie - C.H.U. Morvan  
2 rue A. Le Faux  
29200 Brest  
valerie.chevalier@chu-brest.fr

**Ulcération de la muqueuse buccale et prise de nicorandil : à propos d'un cas**

Sainte-Marie Spataro S\*, Fricain JC\*, Sibaud V\*\*, Lepreux S\*\*\*, Taieb A\*\*

\*UFR odontologie de Bordeaux II

\*\* Service de Dermatologie - Hôpital Saint André, Bordeaux

\*\*\* Service d'Anatomie et Cytologie Pathologiques - Hôpital Pellegrin-Enfants, Bordeaux

Le nicorandil utilisé dans le traitement de l'angine de poitrine appartient à une nouvelle classe d'activateurs des canaux potassiques. Commercialisée en France depuis 1994 (AMM en 1992), les premiers articles faisant état d'ulcérations de la muqueuse buccale imputables à la prise de cette substance remontent à 1997 (Marquart-Elbaz, 1999). Ces ulcérations sont décrites comme algiques, de volume important (0,5 à 3 cm d'après Bourlinguez, 2000), apparaissant dans un délai de quinze jours à quarante quatre mois après l'introduction du nicorandil et disparaissant une à douze semaines après l'arrêt de sa prise. Le cas rapporté est celui d'une patiente âgée de 77 ans, adressée par son médecin traitant pour des ulcérations linguales douloureuses et persistantes depuis trois semaines. Cette patiente polymédicamentée présente un rétrécissement aortique serré, une insuffisance aortique de grade 1 à 2, une insuffisance mitrale de grade 2 associés à une hypertension artérielle et à un état angoreux. De plus, elle est traitée pour hypercholestérolémie, Alzheimer et a subi plusieurs pontages coronaires (1981, 1993) et angioplasties (1990, 1992). Parmi l'ensemble des médicaments pris journalièrement par la patiente on relève du nicorandil et un antivitamine K (fluidione). Lors de la consultation, l'examen clinique a montré deux ulcérations linguales, d'environ 1 cm de diamètre, aux contours non érythémateux, creusantes, à fond blanchâtre, sans induration. Le médecin traitant avait prescrit depuis quinze jours des bains de bouche à l'héxétidine et de la bêta-méthasone (deux tablettes trois fois par jour) sans amélioration de la symptomatologie. Ni l'examen clinique, ni l'interrogatoire de la patiente et de son entourage n'ont permis de retenir une étiologie traumatique. La surveillance médicale dont elle bénéficie permet d'écarter une étiologie générale (hémopathie...) et aucun autre des médicaments pris n'est à priori susceptible d'induire des ulcérations buccales. En conséquence, le diagnostic évoqué est celui d'une probable étiologie iatrogène due à la

prise de nicorandil (10 mg trois fois par jour depuis 24 mois). Il est décidé dans un premier temps de stopper la prise de nicorandil. Un mois plus tard, le nouvel examen note la persistance des deux ulcérations linguales. Une biopsie est programmée. Compte tenu du traitement par anticoagulant et du risque d'endocardite infectieuse, un relais des AVK par héparines de bas poids moléculaire et une chimio-prophylaxie (amoxicilline 3 g, 1 heure avant le geste) ont été instaurés. L'anatomopathologie décrit un aspect histologique d'ulcération aspécifique avec un épithélium absent, un chorion oedémateux congestif présentant un infiltrat inflammatoire à polynucléaires neutrophiles et une hyperplasie vasculaire. Revues quinze jours après la biopsie, les ulcérations sont en voie de régression et la lésion linguale de la face dorsale a presque totalement disparue. Huit mois après, aucune nouvelle ulcération n'a été rapportée.

Le cas exposé est comparable à ceux décrits dans la littérature. Une ulcération d'une surface supérieure à un centimètre, dépourvue de halo érythémateux, hyperalgique, sans étiologie traumatique chez un patient angoreux traité par nicorandil doit faire évoquer la possibilité d'une étiologie iatrogène médicamenteuse, retrouvée chez environ 5 % de ces patients (Boulinguez, 2000) et pour des doses rarement inférieures à 20 mg par jour (Scully, 2001). La suppression du nicorandil conduit inmanquablement à la disparition des ulcérations, sans récurrence si le médicament n'est pas réintroduit. La survenue d'ulcérations buccales induites par le nicorandil semble dose-dépendante mais la physiopathologie demeure obscure.

Nom et adresse du conférencier

SAINTE-MARIE SPATARO Sabine  
Service du Pr Jeandot  
Hôpital Xavier Arnoz  
33610 Pessac  
remsab@aol.com

médecine  
buccale  
chirurgie  
buccale

vol. 10, n° 2  
2004

page 101

**À propos de deux cas d'ulcérations de la muqueuse buccale induites par le nicorandil**

Frachon X, Quéro J, De Mello G

Service de Pathologie et Chirurgie Buccales

Centre Hospitalier Universitaire de Rennes

Les lésions de la muqueuse buccale provoquées par la prise de médicaments prescrits en cardiologie sont relativement rares et le nombre de cas recensés pour chaque molécule est généralement réduit.

Depuis 1996 le nicorandil est régulièrement mis en cause dans l'apparition d'ulcérations douloureuses dont l'apparence clinique peut évoquer un aphte géant (Boulinguez

et coll, 2000, Vincent et coll, 1999). Ces ulcérations touchent préférentiellement la muqueuse linguale mais toutes les zones de la cavité buccale peuvent être intéressées (Cribier et coll, 1998, Madinier et coll, 2000).

Le nicorandil (N- [2- (Nitroxy) ethyl]-<sub>3</sub>-pyridinecarboxamide) est un activateur des canaux potassiques du myocarde entraînant une vasodilatation artérielle, développée

au Japon dans les années 80 et commercialisé en France sous les noms d'Adancor, (Laboratoire Merck-Clévenot) et Ikorel, (Laboratoire Aventis). Il est, en raison de sa bonne tolérance, régulièrement prescrit en France depuis 1994 en prévention de l'angine de poitrine, seul ou en association avec d'autres anti-angineux (Scully et coll, 2001). Le premier cas présenté concerne un homme de 68 ans traité par Adancor® depuis 3 ans adressé à notre consultation pour une ulcération de la face dorsale de la langue apparue 1 mois auparavant.

Le second cas clinique concerne une femme de 77 ans traitée par Adancor® depuis 3 mois qui présente une ulcération du trigone rétomolaire droit depuis 15 jours. Cette ulcération avait été précédée 2 mois auparavant d'une autre lésion du bord langue dont l'examen anatomopathologique avait conclu à une ulcération non spécifique et qui avait conduit à l'extraction de plusieurs dents.

Dans les 2 cas, l'arrêt du traitement par nicorandil a permis une guérison totale en 15 jours sans récurrence.

Les publications recensées rapportent des cas de patients souffrant de larges ulcérations très invalidantes dont la taille varie de 0,5 à 2 cm de diamètre (Marquart-Elbaz,

1999), persistant plusieurs semaines en l'absence de traitement, et ayant une tendance à la récurrence.

L'analyse histologique met en évidence une ulcération non spécifique ou bien une lésion compatible avec un ulcère à éosinophiles (Laveau et coll, 2000).

Le délai d'apparition des ulcérations après le début du traitement par le nicorandil peut varier de 15 jours à 2 ans et fait parfois suite à une augmentation des doses (Reichert et coll, 1997). L'évolution de la lésion avant prise en charge varie selon les cas de 1 mois à 3 ans (Boulinguez et coll, 2000). Une notion d'effet dose a été évoquée (Schotts et coll, 1999), l'apparition des lésions étant le plus souvent liée à une posologie élevée (supérieure à 30 mg/j). Dans tous les cas la guérison est totale après arrêt du traitement.

Nom et adresse du conférencier

FRACHON Xavier  
Service de Pathologie et Chirurgie buccales  
CHU Pontchaillou  
2, rue H. Le Guillou  
35000 Rennes  
xavier.frachon@9online.fr

médecine  
buccale  
chirurgie  
buccale

### **Ulcération buccale par irritation chimique médicamenteuse chez la personne âgée. Rapport de 2 cas cliniques**

Sarry B\*, Amaniou M\*\*, Merle L\*\*, Charmes J.P\*\*\*, Michlovsky S\*

\*Service d'Odontologie, CHU de Limoges

\*\*Centre Régional de Pharmacovigilance, CHU de Limoges

\*\*\*Département de Gériatrie, CHU de Limoges

Les lésions de la muqueuse buccale par irritation chimique chez les sujets de plus de 75 ans ont été rarement décrites. Pourtant la population des sujets présentant un trouble du comportement (démences, maladie d'Alzheimer avancée...), pour laquelle l'expression de la douleur est mal évaluée, semble plus particulièrement exposée à cette pathologie favorisée par l'absence d'hygiène buccale. Nous rapportons deux cas d'ulcérations d'origine médicamenteuse. – Le premier concerne une femme de 82 ans, dépendante, hospitalisée à la suite d'une fracture du bassin, adressée à notre consultation pour suspicion de douleurs buccales avec refus d'alimentation. Les antécédents généraux notables sont : paralysie faciale gauche, nécrose intestinale avec résection du grêle, maladie de Paget, troubles du comportement... L'état cognitif est très dégradé et l'état nutritionnel nécessite des compléments. Le traitement médical comprend : amitriptyline, miansérine, clonazépam, clorazépate dipotassique, naftidrofuryl, acide folique, oméprazole, fentanyl, nadroparine calcique, céfiximine (per os, arrêté depuis 6 jours).

L'examen clinique, difficile, met en évidence une ulcération de la muqueuse mandibulaire au fond du vestibule, remontant sur la face interne de joue, en regard de 46 et 47. Il n'existe pas d'adénopathie cervicale palpable. L'aspect de cette lésion, ovalaire, mesurant 3 cm environ

sur son plus grand axe, au centre creusé, grisâtre, et au bord déchiqueté, souple et douloureux à la palpation, est très évocateur d'une irritation chimique. Un examen bactériologique et mycologique demandé à titre systématique, met en évidence la présence de staphylocoque doré.

Seule la responsabilité du traitement médicamenteux est retenue mais l'agent causal de cette lésion n'a pu être identifié. Un doute persiste concernant la céfiximine pour laquelle la banque de données des centres de pharmacovigilance a répertorié un cas d'éruption avec ulcérations buccales. Aucun autre argument ne permet d'affirmer la responsabilité de cet agent.

– Le deuxième cas concerne une femme de 83 ans, hospitalisée pour altération de l'état général. Ses antécédents généraux sont : hypertension artérielle, diabète de type 2, cancer de la vessie stabilisé et troubles du comportement. Le traitement médical comprend : nifédipine, gliclazide, clomipramine, sulfate ferreux, acide folique et nitrofurantoïne. L'examen clinique permet la découverte fortuite d'une lésion de la muqueuse mandibulaire, en regard du secteur molaire gauche, au fond du vestibule. Son aspect évoque également une irritation chimique. Compte tenu du contexte, l'origine médicamenteuse de la lésion est avancée. La possibilité d'une automédication est écartée. Le produit le plus suspect est le sulfate ferreux.



L'évolution est favorable en quinze jours environ après l'arrêt du médicament.

Une ulcération de la muqueuse buccale par action directe et prolongée du sulfate ferreux a été rapportée (Fernandez-Viadero et coll, 1998). Ce produit est irritant pour l'épithélium gastrique (Laine et coll, 1988). Il peut entraîner des lésions transfixiantes du jéjunum (Ingoldby, 1977), (Walsh, 1980), une lésion de la muqueuse hypopharyngée (Abbarah et coll, 1976). La présomption d'irritation chimique de la muqueuse buccale par le sulfate ferreux repose essentiellement sur les argu-

ments bibliographiques. Il convient donc d'être vigilant chez les patients polymédicamentés, en particulier s'ils sont âgés, ont un déficit cognitif ou des troubles du comportement.

Nom et adresse du conférencier

SARRY Bernard  
Service d'odontologie  
CHU. Hôpital J. Rebeyrol  
87000 Limoges  
bernard.sarry@chu-limoges.fr

### **Ulcérations aphtoïdes buccales récidivantes chez un patient transplanté rénal : rôle possible du mycophénolate mofétil ? À propos d'une observation**

Mauprivez C (1), Hafian H (1), Germain ML (2), Salmon Ehr V (3), Lavaud S (4), Pluot M (5), Lefèvre B (1)

(1) Service d'odontologie

(2) Centre régional de pharmacovigilance

(3) Service de dermatologie,

(4) Service de néphrologie

(5) Service d'anatomie et de cytologie pathologiques - CHU de Reims

La survenue d'ulcérations buccales récidivantes chez un immunodéprimé doit faire évoquer en priorité trois causes possibles : une origine infectieuse, une origine hématologique et enfin une origine médicamenteuse. Un cas d'ulcérations aphtoïdes buccales récidivantes survenant chez un patient transplanté rénal est rapporté et illustre les difficultés du diagnostic étiologique.

Il s'agit d'un homme de 25 ans, hémodialysé depuis 1998 pour une insuffisance rénale chronique sévère. Il a bénéficié d'une greffe rénale en janvier 1999. Le traitement médical associe deux immuno-suppresseurs, la ciclosporine A (CsA) et le mycophénolate mofétil (MMF) pour la prévention du rejet du greffon et un inhibiteur calcique, l'amlodipine comme traitement préventif de l'hypertension artérielle. En mars 2000, des ulcérations aphtoïdes buccales multiples très douloureuses apparaissent. Elles évoluent par poussées subintrantes. Une lésion de grande taille (> 2 cm) creusante est observée à la face interne de la joue gauche. Deux autres lésions de taille plus réduite existent sur la muqueuse labiale inférieure et sur la face dorsale de la langue. Il n'y a ni fièvre, ni asthénie, ni adénoopathie cervicale, ni dysphagie, ni trouble digestif associé. Aucune localisation extra-buccale (conjonctive, muqueuse génitale ou anale) n'est observée. Le patient ne rapporte aucune poussée d'aphte avant sa transplantation rénale. Le bilan initial, comprenant hémogramme, vitesse de sédimentation, fer, folates, vitamines B12 et zinc, est normal. La sérologie VIH est négative. Les recherches d'une infection par virus herpès simplex, cytomégalovirus, virus Epstein-Barr et parvovirus B19 par immunofluorescence sur lame et sérologie s'avèrent également négatives. Parallèlement une corticothérapie locale (prednisone 20 mg 3 fois par jour en bain de bouche pendant 15 jours) est prescrite. A J + 15, il est observé la persistance de l'ulcération principale et la gué-

risson sans cicatrice des autres lésions initiales, cependant de nouvelles petites lésions apparaissent. Un prélèvement bactériologique et mycologique ainsi qu'une biopsie de l'ulcération principale ne retrouvent aucun élément spécifique. Une surveillance hebdomadaire par hémogramme pendant plusieurs semaines n'a pu déceler une éventuelle neutropénie cyclique idiopathique. Une origine hématologique et infectieuse étant écartée, une toxidermie médicamenteuse est avancée. L'amlodipine et la CsA n'ont fait l'objet, à ce jour, d'aucune notification dans la survenue d'ulcérations buccales auprès des centres de pharmacovigilance. En revanche, l'imputabilité du MMF a été rapporté récemment dans deux cas (Garrigue et coll, 2001 ; van Gelder et coll, 2003). Cependant, l'arrêt isolé du MMF est refusé par le service de néphrologie en raison d'un rapport bénéfice/risque défavorable. Un traitement médical symptomatique est donc instauré ; la colchicine malgré une bonne tolérance s'avère inefficace. Seul un traitement par sulfate de zinc (300 mg/j) au long cours a permis une rémission quasi-totale des lésions et ce avec un recul de plus 2 ans.

Les ulcérations buccales d'origine médicamenteuse sont de diagnostic difficile (Boulinguez et coll, 2000). La responsabilité du MMF semble être la plus probable. L'arrêt isolé du MMF n'ayant pu être réalisé, l'hypothèse d'une toxidermie médicamenteuse repose uniquement sur un diagnostic d'élimination.

Nom et adresse du conférencier

MAUPRIVEZ Cédric  
Service d'odontologie - CHU de Reims  
Hôpital Maison Blanche  
45 rue Cognacq-Jay  
51092 Cedex Reims  
cedricmauprivez@wanadoo.fr

médecine  
buccale  
chirurgie  
buccale

vol. 10, n° 2  
2004

page 103

### La « périadénite » de Sutton : à propos d'un cas

Medaghri Alaoui O, Ben Yahya I

Faculté de Médecine Dentaire, Casablanca

L'aphtose buccale touche 20 à 60 % de la population avec une prédominance féminine (Pannequin, 1995). L'aphte est la lésion commune à toutes les formes d'aphtoses (Agbo-Godeau, 2002).

L'aphtose buccale récidivante (ABR) est caractérisée par une fréquence de poussées supérieure à 4 par an, quel que soit le nombre d'éléments, leurs tailles et leurs durées. La forme majeure de l'ABR ou « périadénite » de Sutton (Godeau, 1987) est sévère mais rare, l'aphte y est décrit sous le terme d'« aphte nécrosant » (Coulon et Piette, 1999). Ce travail rapporte le cas d'une jeune femme de 23 ans, qui consulte pour des lésions buccales, évoluant depuis environ deux ans.

L'enquête médicale précise :

- le caractère récidivant de ces lésions, avec de courtes périodes de rémissions.
- la douleur importante qui s'y associe, entraînant des difficultés à l'alimentation, une dysphagie.
- une asthénie.

L'examen des aires lymphatiques, trouve 3 adénopathies sub-mandibulaires, de 1 cm de diamètre, fermes, mobiles et indolores.

A l'examen endobuccal, ces lésions se présentent sous forme d'ulcérations très profondes, siégeant au niveau de la face interne de la joue, du bord de la langue, de la face interne de la lèvre inférieure. Elles sont de tailles variables allant de 1 cm à 4 cm de diamètre, leur contour est irrégulier, avec des bords surélevés mais éversés par endroits, leur fond est jaunâtre.

Cet examen trouve également une zone cicatricielle d'un aphte géant, qui présente un aspect nodulaire, blanchâtre de consistance ferme. A ce stade plusieurs diagnostics sont évoqués : maladie de Behcet, neutropénie cyclique, S.I.D.A., tuberculose, aphtose géante récidivante, syphilis...

Une consultation spécialisée nous permet d'écarter la maladie de Behcet.

Une série d'examens est alors prescrite :

- hémogramme.
- sérologies VIH et syphilis.
- test à la tuberculine.

Ces examens étant normaux, une biopsie est réalisée. Elle montre une ulcération profonde, non spécifique, altérant l'épithélium, le conjonctif et les vaisseaux en profondeur, avec un important infiltrat inflammatoire.

A la lumière des renseignements cliniques, biologiques, et histologiques, le diagnostic est celui d'ABR majeure ou « périadénite » de Sutton.

Le traitement comporte deux volets, d'abord local à base de corticothérapie pour le traitement de la crise en cours, associé à un traitement général à la Colchicine (1 mg/j) pour espacer les récurrences.

Actuellement les poussées sont toujours aussi fréquentes, mais la taille des aphtes est plus petite et l'état général n'est pas altéré.

La revue de littérature nous conforte dans le diagnostic établi. En effet, pour Lesclous et coll. (2000); l'aphte géant se distingue par son évolution longue, sa profondeur, et par sa cicatrisation fibreuse. Selon Coulon et Piette (1999), ces ulcérations débutent habituellement après la puberté, avec une évolution chronique. Elles peuvent affecter n'importe quel site de la muqueuse buccale, et persistent jusqu'à six semaines et laissent souvent une cicatrice.

Nom et adresse du conférencier

MEDAGHRI ALAOUI O  
Faculté de Médecine Dentaire  
Rue Abou Al Aala Zahar  
B. P. : 9157  
21100 Casablanca Maroc  
o.alaoui@fmd-uh2c.ac.ma

### Tumeur fibreuse solitaire du maxillaire : à propos d'un cas

Campan Ph\*, Courtois B\*, L'homme A\*, Labadie MP\*, Nespoulous M\*\*

\*Département de Médecine Buccale et Chirurgie Buccale, Faculté d'Odontologie, Toulouse

\*\*Laboratoire d'Anatomo-Pathologie, Toulouse

La tumeur fibreuse solitaire est une tumeur bénigne rare décrite en 1931 par Klemperer et Rabin, d'origine mésodermique, dont l'étiologie reste encore inconnue. Rapportée au niveau du péritoine, du foie, du poumon, du médiastin, du thymus, on la retrouve plutôt chez l'adulte jeune, indépendamment du sexe. La localisation maxillo-faciale se situe le plus souvent au niveau des

fosses nasales et de l'orbite (Coindre, 1999). Elle reste exceptionnelle au niveau de la cavité buccale (Harada, 2002 ; Yamashita, 2002).

Le cas d'un homme de 65 ans qui présente une tuméfaction labiale supérieure gauche et du seuil narinaire est rapporté. D'évolution lente depuis 4 ans, son diamètre est d'environ 3 cm. Le patient ne ressent ni douleur, ni

gène fonctionnelle. La lésion, bien limitée, légèrement mobile par rapport aux plans adjacents est de consistance ferme et élastique. Sa palpation est indolore. Le tissu cutané superficiel est normal. L'examen endo-buccal, laisse apparaître une muqueuse d'aspect « en feuillet de livre », en rapport avec le port d'une prothèse adjointe dont les limites sont en contacts intimes avec la tuméfaction. Aucune adénopathie sous angulo-mandibulaire n'est retrouvée. Sur le plan général, on note des antécédents de plaques d'athéromes fémorales, traitées par pontage, anti-aggrégant plaquettaire, vasodilatateur et antihypertenseur. Devant un bilan radiologique standard peu spécifique, une exploration TDM est réalisée. Elle révèle une formation sous-cutanée relativement volumineuse bien délimitée, associée à une lyse osseuse de la corticale du maxillaire sous-jacent. La lésion se prolonge sur le plancher de la fosse nasale gauche et vient combler partiellement le vestibule narinaire.

La symptomatologie plaide en faveur d'une tumeur bénigne de type fibrome dont l'étiologie reste difficile à déterminer.

Une biopsie, réalisée dans un premier temps, permet de mettre en évidence la présence d'une prolifération cellulaire fusiforme plus ou moins fasciculée avec un fond riche en collagène et vascularisée selon une architecture hémangiopéricytaire. Les noyaux cellulaires sont modérément atypiques, sans activité mitotique notable. L'immunomarquage montre des cellules tumorales fortement positives pour l'anti-CD34, mais négatives pour

les anti-protéines S100 et actine musculaire lisse alpha. Le diagnostic est en faveur d'une tumeur fibreuse solitaire, sans signe de malignité. L'exérèse chirurgicale, effectuée sous anesthésie générale, révèle un nodule non encapsulé facilement clivable. La tuméfaction s'avère ferme, élastique et de couleur blanc nacré. L'examen histologique et immunohistochimique de la totalité de la pièce opératoire corrobore les résultats de la biopsie. A ce jour, le patient qui est suivi, ne présente aucune récurrence.

La tumeur fibreuse est une lésion dont les caractéristiques cliniques et radiologiques sont peu spécifiques. L'examen microscopique permet d'effectuer un diagnostic différentiel, principalement avec des lésions telles que : la neurofibromatose, le schwannome, l'histiocytofibrome, le synoviosarcome, le fibrosarcome et surtout l'hémangiopéricytaire dont l'aspect morphologique et la positivité pour le CD34 est retrouvée. Cela pose d'ailleurs le problème du lien entre les deux tumeurs. D'évolution favorable après exérèse chirurgicale totale, elle peut cependant récidiver. La transformation maligne de la tumeur est rare (Hasegawa, 1998).

Nom et adresse du conférencier  
CAMPAN Philippe  
Faculté de Chirurgie Dentaire  
3 chemin des Maraîchers  
31062 Toulouse  
phcampan@wanadoo.fr

médecine  
buccale  
chirurgie  
buccale

vol. 10, n° 2  
2004

page 105

## Naevomatose basocellulaire : à propos d'un cas

Peycru L\*, Marteau JM\*, Gorry P\*\*, Caix P\*\*\*, Jeandot J\*

\* Service d'odontologie, CHU de Bordeaux

\*\* Service de génétique médicale, CHU de Bordeaux

\*\*\* Service de chirurgie maxillo-faciale, CHU de Bordeaux

La naevomatose basocellulaire ou syndrome de Gorlin est une maladie génétique autosomique dominante caractérisée par un spectre d'anomalies du développement et une prédisposition à différents cancers (Lacombe et coll, 1997). Ce syndrome associe principalement des naevi basocellulaires multiples, des « puits » palmoplantaires, des kératokystes odontogènes et un aspect morphologique cranio-facial particulier. La calcification intracérébrale ectopique sur la radiographie du crâne de face est un excellent critère de diagnostic précoce. Sa prévalence est estimée à 1/56000. Le gène responsable a été identifié sur le chromosome 9q22-3 : c'est le gène suppresseur de tumeur « Patched » (PTCH1) ; il code pour un récepteur membranaire. L'étude des mutations du gène n'a pas révélé de point chaud mutationnel ni de corrélation génotype/phénotype (Gorry et coll, 1996). Le diagnostic moléculaire est aujourd'hui disponible en France (Boutet et coll, 2003). Malgré son importance, la prise en

charge odontologique et chirurgicale a été peu décrite (Haag et coll, 1989, Sandor et coll, 2001).

Une fille de 9 ans vient consulter pour de volumineux kystes maxillaires et mandibulaires : le diagnostic génétique de naevomatose basocellulaire a été retenu devant une dysmorphie faciale associant une macrocéphalie et une saillie des bosses frontales (Gorlin et coll, 1995), des antécédents personnels de craniosténose opérée à la naissance et des antécédents familiaux. L'ensemble de ces signes cliniques est identifiable par l'odontologiste, notamment en présence de nombreux kératokystes odontogènes qui contrastent avec les kératokystes solitaires rencontrés dans les cas non liés à cette maladie. Toutefois, au niveau dermatologique, la porokératose palmo-plantaire (érosion ponctuée de la plante du pied et de la paume de la main) est absente. Par contre, il existe bien quelques naevi basocellulaires (papules de même couleur que la peau ou brun de 1 mm à 1 cm de

diamètre surtout au niveau de la face et du cou). Le panoramique dentaire révèle la présence de zones radioclares uniloculaires bien limitées dans les 4 secteurs. L'examen tomographique souligne le volume important de la tumeur mandibulaire gauche incluant les germes de 32, 33 et 34.

Cette patiente a été prise en charge au niveau buccal par l'étroite collaboration entre l'orthodontiste et le chirurgien. Les interventions chirurgicales ont été réalisées, sous anesthésie générale et loco-régionale, en fonction de la coopération de la patiente. Les difficultés opératoires rencontrées ont été fonction de l'adhérence de la paroi kystique aux structures anatomiques refoulées et de la mobilité des germes dentaires inclus dans ces tumeurs qui nécessitent leur exérèse. La prise en charge orthodontique permet d'agir sur les déformations osseuses, les anomalies d'éruption et les déplacements dentaires. Au

décours de l'adolescence la maladie rentre dans une nouvelle phase où la survenue des carcinomes basocellulaires impose une surveillance dermatologique accrue ; l'exposition solaire doit être prévenue au maximum. Par ailleurs, chez les filles, une surveillance gynécologique devra être proposée afin de prévenir la survenue de fibromes ovariens.

En conclusion, au-delà de la prise en charge médicale, l'action concomitante de l'orthodontiste et du chirurgien permettra la correction précoce des dysmorphies, donc la diminution des dysfonctions et des déformations squelettiques secondaires.

Nom et adresse du conférencier  
PEYCRU Laurent  
131, rue Seguineau  
33700 Mérignac

### Lichen plan buccal et hépatite virale C : à propos de 3 cas cliniques

Kissi L, Benyahya I

*Service d'odontologie chirurgicale. Faculté de médecine dentaire de Casablanca*

Le lichen plan buccal (LPB) est une maladie inflammatoire chronique bénigne, d'origine cutanéomuqueuse qui affecte des patients d'âge moyen (entre 30 et 70 ans). Il peut atteindre la peau et les phanères, les muqueuses génitale, anale et conjonctivale et plus rarement d'autres muqueuses comme celles de l'estomac (Szipirglas et Benslama, 1999).

Sa prévalence dans la population générale est estimée entre 0,5 et 2 %.

Son diagnostic positif est essentiellement histologique. Les deux sexes sont atteints avec une prédominance féminine comprise entre 55 et 70 %.

En fonction de sa localisation, et de son stade évolutif, le lichen plan buccal se présente sous différents aspects cliniques (Malherbe et coll, 1997).

L'étiologie du LPB demeure obscure. Plusieurs facteurs aussi bien locaux, généraux qu'iatrogènes ont été incriminés. L'hypothèse auto-immune sur l'association entre LPB et un certain nombre de maladies telles que la pelade, le diabète et même les hépatopathies principalement l'hépatite virale C est décrite (Ingofou et coll 1997). A ce propos, trois cas cliniques de lichen plan buccal chez des patientes avec hépatite virale C (HVC) sont rapportés.

Le premier cas est celui d'une femme atteinte d'HVC, sous Interféron\*. L'examen clinique endobuccal révèle des lésions bulleuses au niveau de la face interne de la joue droite et de la langue avec des érosions généralisées au niveau de la gencive. L'examen anatomo-pathologique conclut à un lichen plan.

Le deuxième cas est celui d'une femme avec une cirrhose post hépatite C sous Interféron\*.

L'examen clinique endobuccal montre des lésions jugales droites et gauches sous formes d'érosions apparues depuis la mise en route du traitement.

L'examen anatomo-pathologique confirme un lichen plan érosif.

Enfin, le troisième cas est celui d'une patiente qui consulte pour des brûlures et des picotements buccaux.

L'examen clinique endobuccal montre des lésions bulleuses au niveau du vestibule ainsi que des érosions au niveau des bords latéraux de la langue. L'examen anatomo-pathologique conclut à un lichen plan buccal bulleux. Une sérologie HVC est demandée, celle-ci s'avère positive, la glycémie étant normale.

L'association entre LPB et HVC existe (28,8 %, 47,4 %) bien que les mécanismes étiopathogéniques sont encore obscure (Mignogna et coll, 1998 ; Benyahya, 2002). L'aspect des lésions sont d'autant plus exacerbées que les transaminases sont élevées.

Enfin, l'Interféron \*alpha qui représente le traitement de choix de l'HVC pourrait contribuer à la disparition, l'amélioration voire l'aggravation des lésions cutanéomuqueuses.

Nom et adresse du conférencier  
KISSI Lamia  
42, bd Moulay Driss I<sup>er</sup>, appt 9, 3<sup>e</sup> étage  
Casablanca. Maroc  
lamiakissi@yahoo.fr

## Dosage de l'albumine salivaire: intérêt diagnostique et physiopathologique dans le syndrome de Gougerot-Sjögren primitif

Devoize L (1), Baudet-Pommel M (1), Huard C (1), Deschaumes C (1), Orliaguet T (1), Plazonnet MP (2), Albuissou E (3), Kemeny JL (4), Sauvezie B (5)

(1) Service d'Odontologie, Unité de Médecine et Chirurgie Buccale, CHRU Clermont-Ferrand

(2) Service de Biochimie médicale B, CHRU Clermont-Ferrand

(3) Service d'informatique médicale, Faculté de médecine Clermont-Ferrand

(4) Service d'anatomie pathologique, CHRU Clermont-Ferrand

(5) Service d'immunologie clinique, CHRU Clermont-Ferrand

Le syndrome de Gougerot-Sjögren primitif est une maladie auto-immune qui affecte environ 0,2 % de la population. Les formes sévères seraient de l'ordre de 10 à 15 % (Skopouli et coll, 2000). Le syndrome peut être également secondaire à d'autres maladies auto-immunes comme la polyarthrite rhumatoïde, le lupus érythémateux disséminé, la sclérodermie, la cirrhose biliaire primitive. Pour faire le diagnostic différentiel entre syndrome de Gougerot-Sjögren primitif et secondaire et permettre d'éliminer les syndromes secs d'origine non immunologique, la présence de critères est indispensable. Au niveau sérique, on recherchera l'existence d'une anomalie immunologique patente, à savoir la présence d'auto-anticorps (anti Ro-SSA, anti La-SSB). Au niveau oro-facial, les signes subjectifs et objectifs de xérostomie et de xérophtalmie ne sont pas suffisants. Il faut rechercher une atteinte pathologique des glandes salivaires accessoires (Vitali et coll, 1994).

Des études précédentes (Baudet-Pommel et coll, 1994) ont mis en évidence des lésions dentaires et un édentement précoce. Or, cette perte dentaire survient environ 10 ans avant l'apparition des premiers symptômes subjectifs de sécheresse buccale : les altérations précèdent donc la réduction des flux salivaires et ne proviennent pas seulement de cette diminution quantitative.

Ce travail a pour but de vérifier que la modification de la biochimie salivaire est un des reflets de l'évolution de la maladie et peut être un élément diagnostique à part entière. La population étudiée est constituée de patients suspectés d'être atteints du Syndrome de Gougerot-Sjögren et adressés pour confirmer le diagnostic, établir un bilan lésionnel et instaurer une thérapeutique adaptée. Outre les bilans cliniques immunologiques et ophtalmologiques, chaque malade a bénéficié d'un examen

stomatologique. Celui-ci est constitué de débitmétries salivaires sans stimulation (patient à jeun ne s'étant pas brossé les dents) et après stimulation. Un dosage salivaire est réalisé pour les immunoglobulines (IgG, A, M), les ions Na<sup>+</sup>, K<sup>+</sup>, Cl<sup>-</sup>, ainsi que pour l'albumine, l'urée et la créatinine. Les dosages sériques de ces mêmes paramètres sont réalisés simultanément. Une biopsie des glandes salivaires accessoires a été systématiquement effectuée, et pour certains patients, une scintigraphie des glandes salivaires principales en statique et en dynamique. Cette étude a mis en évidence l'importance de l'albumine salivaire dans la prédictibilité de l'intensité des atteintes histologiques. En comparant les dosages biochimiques salivaires et les différents stades de la maladie, on s'aperçoit qu'il y a une corrélation significative entre le stade 4 de Chisholm et une concentration en albumine salivaire supérieure ou égale à 200 mg/l et la présence d'auto-anticorps anti-nucléaires supérieure ou égale à 1/160 ( $p < 0.038$ ). Cette augmentation de l'albumine salivaire peut s'expliquer par l'augmentation de la perméabilité capillaire (« leakage ») du fait d'une atteinte endothéliale (Nagashunmugam et coll, 1998), elle-même probablement dépendante de cytokines des cellules immunitaires. En conclusion, l'albumine salivaire serait un marqueur fiable des syndromes de Gougerot-Sjögren de forte intensité (stade 4).

Nom et adresse du conférencier

DEVOIZE Laurent

UFR Odontologie

Unité de Médecine et Chirurgie Buccale

11 Boulevard Charles de Gaulle

63000 Clermont-Ferrand

médecine  
buccale  
chirurgie  
buccale

vol. 10, n° 2  
2004

page 107



## Apport de la photothérapie dynamique dans la prise en charge thérapeutique des carcinomes de la muqueuse buccale. Note technique

Gangloff P \*, \*\*, Garron X \*, Dolivet G \*

\* Service de chirurgie cervico-faciale, Centre Alexis Vautrin, Nancy

\*\* Service d'odontologie chirurgicale, Faculté de chirurgie dentaire, Nancy

Les cancers de la cavité buccale et de l'oropharynx s'intègrent, avec les cancers du pharynx et du larynx, dans l'entité pathologique particulière des cancers des voies aérodigestives supérieures. L'ensemble représente 8 % des cancers chez l'homme. Les carcinomes représentent 96 % des lésions malignes buccales et le carcinome épidermoïde 91 %. Les lésions sont classées selon les critères de la classification TNM à partir desquels sont définies les indications thérapeutiques. Les moyens thérapeutiques habituels font appel à la chirurgie, à la radiothérapie ou à la chimiothérapie seuls ou associés (Barrelier, 1999). Depuis quelques années se développe une nouvelle approche thérapeutique pour les lésions uniques, accessibles et dont la profondeur d'extension est inférieure à 10 mm (associée à une classification N0 et M0) : la photothérapie dynamique (Mang, 1993). Cette technique nécessite l'injection d'un photosensibilisant (meta-tetra hydroxyphenyl chlorin : FOSCAN®). Il a un comportement pharmacocinétique favorable puisqu'il va se fixer préférentiellement sur la tumeur même si une partie se fixe sur les tissus sains (Jones, 2003), il absorbe intensément la lumière dans la zone rouge du spectre visible. Ce photosensibilisant va être activé par une illumination spécifique du site tumoral qui va provoquer l'initiation de réactions phototoxiques (Teiten, 2003). Une réponse inflammatoire va débiter avec des destructions vasculaires et la production de produits cytotoxiques. Ce processus aboutit à la destruction tissulaire au niveau de la zone illuminée.

Cette technique nécessite des précautions strictes vis-à-vis de la lumière. L'injection intra veineuse se fait 4 jours avant (J-4) l'illumination à la dose de 0,15 mg/kg. Ce délai est nécessaire pour que le photosensibilisant aille se fixer sur les cellules cancéreuses. Le jour de l'intervention (J0), le patient ne doit pas être exposé à la lumière du jour. A J1, le patient reste dans une pièce sombre. La première

semaine (J2 – J7), le patient doit rester couvert et éviter d'aller à la lumière du jour. A J22, la situation se normalise. L'illumination se fait à l'aide d'un laser d'une longueur d'onde de 652 nanomètres pendant une durée de 200 secondes. La lésion est illuminée en incluant des marges en zone saine de 0,5 centimètres identiques à celles de la chirurgie carcinologique classique. Les zones saines sont protégées de la lumière du laser pour éviter leur destruction à l'aide des différents caches opaques (diffuseurs de lumière fenêtrés). L'intervention se fait sous anesthésie générale, dans une salle dont la lumière est diminuée. Cette technique pouvant se révéler assez douloureuse pour le patient, des antalgiques adaptés sont prescrits. La nécrose tissulaire induite est maximale à J14. La cicatrisation se fait à partir de la quatrième semaine et elle est complète à la huitième semaine.

Cette approche thérapeutique, dont les indications sont très précises, permet de diminuer le geste carcinologique. C'est une amélioration pour le patient mais également pour le praticien. La durée d'hospitalisation est plus courte, le geste est moins traumatique et les séquelles post-opératoires sont nettement diminuées. Il est néanmoins indispensable de respecter les contre indications sous peine d'échec du traitement. Les principaux effets secondaires de cette technique sont l'apparition de brûlures si les conditions d'intensité lumineuse environnementales ne sont pas respectées.

Nom et adresse du conférencier

GANGLOFF Pierre

Centre Alexis Vautrin

service de chirurgie cervico-faciale

Avenue de Bourgogne

54511 Vandœuvre les Nancy Cedex (France)

Gangloffp@aol.com

## Apport de la kinésithérapie en prothèse maxillo-faciale.

Huard C, Foucaud C, Devoize L, Orliaguet T, Baudet-Pommel M, Deschaumes C

UFR d'Odontologie de Clermont Ferrand

La kinésithérapie maxillo-faciale s'intègre parfaitement dans l'arsenal thérapeutique nécessaire à la lutte contre le cancer de l'oropharynx. Elle intervient en complément de la mécano-thérapie pour prévenir et lutter contre les conséquences et séquelles des buccopharyngectomies transmandibulaires interruptrices associées ou non à la radiothérapie (Bialas, 1998).

En effet, ces traitements carcinologiques (Gery, 1999) perturbent grandement les fonctions de mastication, déglutition et phonation mais aussi l'esthétique (Benoist, 1973). La chirurgie reconstructrice permet de corriger une partie plus ou moins importante des séquelles intéressantes, outre la mandibule, le hamac pelvilingual et la musculature de l'oropharynx (Thone et coll, 1998). Mais bien sou-

vent la qualité des tissus, altérés par la radiothérapie, ne permet pas d'obtenir les résultats escomptés. Aussi des techniques de kinésithérapies ont été développées pour optimiser la correction apportée par les prothèses guides (Fauconnier, 1994) (Pierrisnard, 1998). Par massages, électro et vibrothérapie, ainsi que par des mobilisations actives ou passives, le kinésithérapeute intervient tôt en phases pré et post opératoires (Jouvin, 1985). Ces soins sont à poursuivre impérativement jusqu'à l'obtention de résultats stables, permettant également un suivi à long terme du patient. Les objectifs du traitement sont multiples : récupération d'une souplesse et d'une élasticité tissulaire mais également récupération d'une certaine amplitude articulaire afin de redonner au patient des fonctions de mastication, de déglutition et de phonation acceptables (Jortay et coll, 1998).

Bien que les résultats de la kinésithérapie semblent intéressants, elle n'est prescrite habituellement que très ponctuellement par les équipes soignantes (Psaume

Vandebeek, 1991). En effet, la kinésithérapie post opératoire immédiate se concentre essentiellement sur les problèmes liés à l'intervention chirurgicale (kinésithérapie respiratoire) (Guerrier, 1999). L'aspect fonctionnel est souvent oublié. Le praticien de l'équipe soignante le plus sensibilisé à cet aspect est l'odontologiste qui a en charge la réhabilitation de la mastication. C'est donc à lui qu'incombe de s'assurer dès l'intervention chirurgicale, du concours du kinésithérapeute. Il faut pour cela une coopération entre tous les membres de l'équipe soignante. Ainsi l'acceptation et l'aspect fonctionnel des prothèses maxillo-faciales seront améliorés et ceci d'autant plus que la rééducation sera précoce.

Nom et adresse du conférencier

HUARD Cédric  
Le Bourg  
42440 Les Salles  
cedric\_odonto@yahoo.fr

### **Validation de la précision des mesures obtenues à partir de coupes tomographiques du maxillaire avec un tomographe à faisceau conique pour le bilan pré-implantaire : étude in vitro**

Fortin T\*, Thierry A\*, Bianchi S\*\*, Coudert JL\*

\* Département de chirurgie buccale, Lyon

\*\* Département de radiologie, Université de Turin, Italie

La tomographie à faisceau conique permet, à l'instar du scanner X classique qui est à faisceau étroit, d'obtenir des coupes tomographiques sans superposition à un coût moindre, avec une irradiation comparable à celle d'une tomographie conventionnelle (Ludlow, 2003), 3 à 6 fois inférieure à celle produite par les scanner classiques les plus récents (Mozzo, 1998). Le défaut inhérent à l'utilisation d'amplificateur de brillance associée à cette technologie est d'une part une distorsion géométrique locale des images qui est compensée efficacement (Fortin, 2002) et d'autre part une qualité d'images qui apparaissent légèrement bruitées ce qui pourrait perturber l'appréciation de détails anatomiques indispensables à l'examen clinique préimplantaire. L'objet de cette étude est d'évaluer la lisibilité des images et la précision des mesures. Des coupes tomographiques de trois maxillaires humains secs immergés dans l'eau ont été acquises avec un NewTom (QR, Vérone, Italie). 16 sites ont été sélectionnés et repérés par 3 points de gutta percha définissant un plan de coupe. Après l'examen radiologique les maxillaires ont été coupés selon les plans définis par les points de gutta percha. Les mesures ont été effectuées sur les sections de crânes et sur les coupes tomographiques passant exactement par les trois points de gutta percha grâce à un logiciel de planification. Nous avons comparé les mesures des hauteurs et des largeurs

maximales des crêtes, pour la plupart dans les régions sous sinusienne. La différence moyenne des mesures de hauteur est de 0,27 mm (écart type 0,21) et de 0,16 mm (écart type 0,11) pour les mesures des largeurs. Ces différences ne sont pas significatives à un seuil de 5%. Cette étude révèle que la qualité des coupes tomographiques permet une appréciation fiable des dimensions pour un planning implantaire malgré un rapport signal/bruit moins favorable que celui du scanner X. La machine que nous avons utilisée fournit d'emblée une image tridimensionnelle à partir de laquelle des plans de coupe dans toutes les directions de l'espace sont reconstruits, coupes axiales, coupes perpendiculaires à la courbure du maxillaire, vues panoramiques, radiographies de profil. Pour une irradiation sensiblement égale à la tomographie conventionnelle, il fournit une information non limitée à une ou deux dents mais de la totalité du maxillaire sans superposition des structures adjacentes et sans que la qualité des images ne soit opérateur-dépendante.

Nom et adresse du conférencier

FORTIN Thomas  
18, avenue du Maréchal Leclerc  
38300 Bourgoin Jallieu  
ThomasFORTIN@aol.com

### Apport du scanner X versus orthopantomographie dans l'extraction de la dent de sagesse supérieure incluse : étude rétrospective sur 22 cas

Bouquet A\*, Bourgeois D\*, Mazoyer J-F\*\*, Bossard D\*\*, Coudert J-L\*

\*SCTD, Hospices Civils de Lyon

\*\*Service de Radiologie, Clinique Saint-Jean de Lyon

L'extraction de la dent de sagesse supérieure incluse est un acte pratiqué couramment. Lors de cet acte chirurgical, des communications bucco-sinusiennes et des projections de la dent dans le sinus peuvent survenir (Atterbury, 1991 ; Sailer, 1999). La fréquence avancée varie de 0,6 à 3,8 % (Chiapasco et coll, 1993 ; Hirata et coll, 2001, Wachter et coll, 1995). Si l'orthopantomogramme rend de considérables services au chirurgien dentiste pour le bilan pré-opératoire, il comporte certaines lacunes.

Dans le département de chirurgie du Service de Consultation et de Traitement Dentaire de Lyon, 22 scanners ont été prescrits pour déterminer la position des dents sagesse supérieures par rapport au sinus et pour lesquelles l'indication d'extraction a été posée, dans la période de 1996-2002. L'étude porte sur 34 dents de sagesse qui apparaissaient en rapport direct avec le sinus sur la radiographie panoramique. Les patients, âgés de 15 à 59 ans se répartissent en 13 femmes et 9 hommes. Le scanner a été réalisé en acquisition spiralee en coupes millimétriques jointives tous les 1 mm, complétées par des reconstructions multi-planaires à l'aide du logiciel Dentascan. L'étude repose sur la comparaison, pour chaque cas inclus dans l'étude, entre orthopantomographie et scanner X. Les critères de l'étude ont été la longueur des racines dans le sinus, la distance entre la couronne de la 2<sup>e</sup> molaire et celle de la dent de sagesse, la hauteur d'os séparant les racines et le sinus, le niveau d'inclusion des dents de sagesse et l'angulation des dents de sagesse par rapport à la verticale. L'analyse statistique repose sur une analyse descriptive produite pour les principales variables de l'étude. Des comparaisons de moyennes sur séries appariées ont été faites (Test T de Student).

Le scanner est plus précis de 1,67 mm que l'orthopantomographie pour la mesure du niveau d'inclusion des dents de sagesse, de 12,44° pour la mesure de l'angulation des dents de sagesse, de 0,74 mm pour la mesure de la hauteur d'os séparant les racines des dents de sagesse et le sinus de 2,26mm pour la longueur des racines dans le sinus. Le scanner possède la même performance pour la mesure de la distance séparant les deux couronnes pour 34 cas.

Lorsque la décision d'avulsion de la dent de sagesse maxillaire est prise, l'examen de cette région caractérisée doit être attentif (Terakado, 2000 ; DelBalso et coll, 1990). L'orthopantomographie possède des lacunes concernant les superpositions de structures (Langlais, 1995) et la formation d'images fantômes (Higashi, 1983). Le scanner, en montrant la situation anatomique de la dent de sagesse de façon plus précise dans la troisième dimension, aide le diagnostic et le geste thérapeutique. Les gestes pratiqués lors de l'extraction s'effectuent avec une meilleure visualisation mentale des obstacles anatomiques et de la position tridimensionnelle de la dent de sagesse. L'étude effectuée confirme le gain de précision du scanner par rapport aux techniques conventionnelles. Le scanner présente donc un intérêt dans l'extraction des dents de sagesse supérieures par l'apport d'informations qualitatives et quantitatives influençant le diagnostic et l'attitude thérapeutique.

Nom et adresse du conférencier

BOUQUET Annabelle

31, rue béchevelin

69007 Lyon

bouquetannabelle@yahoo.fr

### Intérêts du scanner X dans la chirurgie des dents de sagesse mandibulaires : rapports des racines avec le canal mandibulaire

Rigal I\*, Plasse S\*, Mazoyer JF\*\*, Bossard D\*\*, Bourgeois D\*, Coudert JL\*

\*SCTD, Hospices Civils de Lyon

\*\*Service de Radiologie, Clinique Saint-Jean de Lyon

Les racines de la dent de sagesse mandibulaire peuvent présenter des rapports anatomiques étroits avec le canal mandibulaire. L'avulsion de la dent peut alors être à l'origine de complications post-opératoires: paresthésie temporaire ou permanente. L'incidence de ces paresthésies varie dans la littérature de 0,4 à 8,4 % (Batatineh, 2001). Selon Smith (1997), l'orthopantomographie (OPT) est la radiographie d'investigation de choix mais Bell (2003) souligne la faiblesse de sa valeur diagnostique.

Les coupes du scanner X, par la précision des informations qualitatives et quantitatives qu'elles apportent, permettraient-elles de réduire le risque de complications ? Cette étude rétrospective porte sur l'extraction de 158 dents de sagesse mandibulaires dont l'OPT indiquait déjà la possibilité d'un rapport conflictuel entre les racines et le canal mandibulaire. Un scanner a donc été prescrit pour préciser la position du canal et l'avulsion a toujours été réalisée par le même praticien.

Seules 96 dents seront retenues dans l'étude statistique puisqu'il n'a pas été possible de réunir à chaque fois le scanner et l'OPT. Les patients, âgés de 20 à 68 ans (moyenne : 27,7), se répartissent en 37 femmes et 20 hommes.

Les critères de jugement anatomiques retenus sont des critères qualitatifs : position du canal mandibulaire par rapport aux racines dentaires (visualisée sur les coupes scanners) et des critères quantitatifs : comparaison du degré de recouvrement du canal mandibulaire par les racines (mesuré sur les coupes scanner et l'OPT).

Une analyse descriptive puis comparative est réalisée (Test  $\chi^2$ , test de Student sur séries appariées).

Les résultats montrent que le scanner permet la localisation exacte du canal mandibulaire par rapport aux racines des dents de sagesse. Il se trouve le plus fréquemment en position vestibulaire (36,5 %) puis en position linguale (22,9 %). L'analyse statistique montre que le scanner est plus précis pour la mesure du recouvrement du canal mandibulaire par les racines de dents de sagesse ( $p < 0,001$ ). Le taux de paresthésie retrouvé est faible : 1,3 % (2 cas sur 158).

Ainsi, le scanner X permet de localiser les éléments anatomiques avec précision : il aide au diagnostic et à la thérapeutique. Kaeppler (2000), dans une étude portant sur 347 dents, retrouve aussi le canal mandibulaire

situé le plus souvent en position vestibulaire sur les coupes scanner.

Christiaens (2002), retrouve un taux de paresthésie de 7,2 % en cas de proximité anatomique du canal et des racines à l'OPT. Les renseignements précis donnés par le scanner ont permis au praticien d'anticiper intellectuellement le geste thérapeutique, le modifier en conséquence et peuvent expliquer le faible taux de complications retrouvé (1,3 %).

Les deux dents de sagesse pour lesquelles des paresthésies ont été rapportées présentaient une courbure ou un renflement de la racine, non visibles sur les coupes 2D du scanner X. L'hypothèse est que ces paresthésies sont liées à un déplacement des trabécules osseux contre le canal mandibulaire lors du geste chirurgical, entraînant une lésion ou une compression du paquet vasculo-nerveux.

La reconstruction 3D permettra peut-être d'augmenter encore la précision des mesures avec une visualisation virtuelle de la situation clinique exacte.

Nom et adresse du conférencier

RIGAL Isabelle  
49, avenue Barthélémy Buyer  
69005 Lyon  
isabelle.rigal@9online.fr

médecine  
buccale  
chirurgie  
buccale

VOL. 10, N° 2  
2004

page 111

## Gestes Médicaux et Chirurgicaux Assistés par Ordinateur et dégageement chirurgico-orthodontique des canines incluses palatines

Dubos N\*, Trunde F\*\*, Huet A\*, Bossard D\*\*\*, Coudert JL\*

\* SCTD, Hospices Civils de Lyon

\*\* Laboratoire LISA, CPE Lyon

\*\*\* Service de Radiologie, Clinique Saint-Jean de Lyon

Une dent est incluse lorsqu'elle est contenue dans des structures anatomiques au delà de sa date normale d'éruption et entourée d'un sac péricoronaire sans communication avec la cavité buccale (Favre de Thierrens, 2003). L'inclusion de la canine maxillaire se rencontre chez 2 % de la population orthodontique (Kuftinec 1995). La canine incluse maxillaire est vestibulaire dans 30 % des cas, intermédiaire dans 20 % des cas et palatine dans 50 % des cas (Chambas, 1993). Le traitement actuel est la désinclusion chirurgico-orthodontique. La canine en situation palatine est difficile à localiser précisément à partir des examens clinique et radiologique initiaux. Un examen tomodensitométrique est actuellement souvent prescrit.

L'importance du lambeau palatin à réaliser rend le dégageement chirurgical invasif (Korbendau, 1998).

La reconstruction tridimensionnelle permet-elle la localisation précise de la canine palatine et une chirurgie moins invasive ?

Matériels et méthode : une tomographie assistée par ordinateur est réalisée sur un CT-scan (Siemens somatom 16. Erlangen.

Germany). Les fichiers numériques des coupes sont utilisés pour la reconstruction tridimensionnelle basée sur la croissance de région :

- Segmentation unitaire des éléments anatomiques suivants : dents, os et muqueuse palatine ;
- Scène tridimensionnelle avec les éléments anatomiques précédemment segmentés. Chaque acteur de la scène est indépendant des autres acteurs ;
- Le point central du bracket est marqué sur la face palatine de la couronne de la canine ;
- La normale géométrique de ce point à la surface amélaire palatine de la canine traverse la muqueuse palatine en un point nommé point muqueux. Ce point muqueux permettra au chirurgien de localiser sur le site chirurgical la position de la canine ;
- Pour reporter ce point muqueux du virtuel dans le réel, trois points sont définis respectivement sur trois dents présentes sur l'arcade et leur distance au point muqueux est mesurée.

Les trois mesures sont reportées dans la cavité buccale sur la muqueuse palatine, l'intersection de ces trois

mesures définit le point muqueux. L'incision au bistouri (lame froide) crée une fenêtre muqueuse autour de ce point, cette fenêtre ayant un diamètre supérieur à celui du bracket qui sera collé.

Korbendau (1998) ne recommande pas un accès direct à la dent par réalisation d'une fenêtre dans la muqueuse palatine, car la situation et les dimensions de cette fenêtre sont difficiles à déterminer avec précision. La reconstruction tridimensionnelle permet de reporter sur le site chirurgical la projection muqueuse de la position de la

canine incluse. Le geste chirurgical devient précis et peu invasif. Le temps opératoire est diminué. Le collage peropératoire du bracket peut être réalisé. Les suites opératoires sont plus simples.

Nom et adresse du conférencier

DUBOS Nathalie  
108, boulevard Croix-Rousse  
69001 Lyon  
nath.dubos@wanadoo.fr

### **Evaluation et prise en charge de l'anxiété lors des avulsions dentaires en odontologie chirurgicale chez l'enfant. Etude sur 40 enfants**

Moby V, Bravetti P, Gangloff P, Droz D, Strazielle C  
*Service d'Odontologie, CHU Nancy*

La prise en charge de l'anxiété ne peut être abordée sans parler de la douleur car anxiété et douleur s'influencent réciproquement.

Le but de cette étude est de tester une technique de prise en charge efficace de la douleur et de l'anxiété par l'utilisation de saccharose en tant qu'anxiolytique. De nombreuses études ont mis en évidence cette action (Blass et Shah, 1991 ; Skogsdal et coll, 1997). Le saccharose n'a pas encore été utilisé pour lutter contre la douleur et l'anxiété en odontologie et notamment lors des avulsions dentaires.

L'étude concerne 40 enfants âgés de 7 à 11 ans, adressés au Service Chirurgical Odontologique pour avulsions dentaires. Ils sont divisés en deux groupes expérimentaux : 20 enfants vont recevoir une solution de 30 % de saccharose et 20 enfants vont recevoir un placebo (eau). Deux groupes témoins se rendent au même endroit mais ne subissent aucun soin : 20 reçoivent une solution à base de saccharose et 20 enfants : la solution placebo.

L'utilisation des groupes témoins dans notre étude nous permet de vérifier que les modifications possibles des tests de cortisol salivaire sont dues à la douleur et l'anxiété engendrées par l'avulsion et non à une action du saccharose ou à l'effet du fauteuil.

Pour chaque enfant, l'évaluation de la douleur et de l'anxiété est effectuée par échelle visuelle analogique ou E.V.A. et échelle anxiété-douleur en odontologie pédiatrique (A.D.O.P.) à 4 reprises : en préopératoire (avant le soin, quand l'enfant vient de s'asseoir sur le fauteuil), en peropératoire : au moment de l'anesthésie et de l'avulsion, et en postopératoire (après l'avulsion). Le dosage du cortisol est utilisé pour la détermination du stress physiologique. Il n'y aucune différence significative entre les deux sexes pour les différentes évaluations.

Les sujets du groupe expérimental placebo montrent une augmentation des scores EVA et ADOP jusqu'à l'avulsion (EVA pour l'avulsion : 46 +/- 14, 14). Les enfants du groupe expérimental saccharose ont une diminution de leur scores obtenus à l'EVA et à l'ADOP entre le moment où l'anesthésie est réalisée et le moment où l'avulsion est effectuée (cette diminution se prolonge jusqu'en postopératoire : EVA : 4,08 +/- 2,40).

Il n'y pas de différence significative au niveau des tests de cortisol salivaire entre les deux groupes expérimentaux, ni entre les groupes expérimentaux et les groupes témoins.

Les échelles ont mis en évidence une diminution de la perception douloureuse et de l'expression de la douleur et de l'anxiété lors de l'utilisation du saccharose. Les corrélations entre les résultats des deux échelles révèlent la présence d'une anxiété à laquelle on assimile l'intensité de la douleur perçue.

L'utilisation du saccharose comme technique de prise en charge de la douleur et de l'anxiété lors des avulsions dentaires est une technique simple, efficace et peu onéreuse. Mais cette étude devra être étendue à une population avec un effectif encore plus important pour pouvoir étendre les conclusions.

Nom et adresse du conférencier

Pierre BRAVETTI  
Faculté de Chirurgie Dentaire  
service d'Odontologie Chirurgicale  
Rue du Dr Heydenreich  
54000 Nancy (France)  
bravettip@hotmail.com



**Zona facial débutant par une algie aiguë rebelle : à propos d'un cas**

Ahossi V, Thery L, Larras P, Tazi M, Perrin D

*Service d'odontologie CHU Dijon*

La douleur dentaire et l'algie faciale aiguë rebelle constituent une des premières causes de consultation d'urgence en odontologie. Ces douleurs souvent très aiguës sont parfois déroutantes, surtout lorsqu'elles sont liées à un geste récent. Un soin, une avulsion dentaire, la mise en place d'une prothèse, peuvent contribuer à égarer le diagnostic. (Robinson et al 2001)

Cette observation rapporte le cas d'un patient de 38 ans traité il y a 3 ans pour une leucémie lymphoblastique aiguë et présentant une algie faciale persistante motivant la consultation de son praticien traitant. Devant ce tableau clinique supposé d'origine odontologique, la dévitalisation de la 28 et l'avulsion de la 38 sont réalisées. Plusieurs heures après, le patient consulte à nouveau ce même praticien pour des douleurs de plus en plus intenses irradiant dans toute l'hémi face gauche. Le pansement antalgique sur la 28 est changé. En l'absence d'amélioration, le patient se présente dans la soirée aux urgences du Centre Hospitalier le plus proche. Le médecin urgentiste prescrit un patch de Durogesic® et adresse le patient au service d'accueil des urgences du C.H.U. pour une prise en charge odontologique. Ce dernier se présente dans un état confus, hyperalgique (non calmé par le patch de Durogesic® 10 mg). Une anesthésie tronculaire permet une sédation transitoire de la douleur, la réalisation d'un interrogatoire médical et un examen clinique dans des conditions acceptables. L'examen clinique et l'orthopantomogramme ne révèlent aucune pathologie particulière en dehors de l'alvéole déshabillée de 38 et du soin sur la 28. Il n'existe pas de lésion exo et endobuccale apparente, ni d'adénopathie. Devant l'intensité de la douleur et le manque d'éléments de diagnostic positif, l'hospitalisation du patient est décidée pour permettre une surveillance clinique et une sédation algique intraveineuse (Acupan® 20 mg toutes les six heures, remplacé par la Morphine® 10 mg en sous cutanée toutes les 4 heures, Perfalgan® 1gr en iv toutes les 6 heures). Vingt quatre heures plus tard, le patient présente un début de paralysie faciale homolatérale, une limitation d'ouverture de la cavité buccale et des vésicules sur l'hémiface gauche. Le diagnostic clinique d'un zona est porté. Le patient est mis en isolement en raison du risque de contamination par voie aérienne (Suzuki, 2003). L'Aciclovir par voie intraveineuse a raison de 800 mg x 3/jour pendant 8 jours est prescrit (Gross, 2003). Une amélioration clinique du zona et une diminution des algies sont constatées. Lors d'une consultation de contrôle 4 mois plus tard, le patient nous signale l'exfoliation spontanée de 4 dents, corroborant les complications éventuelles post-zostériennes décrites dans la littérature (Volvoikar, 2002)

Cette communication illustre les difficultés diagnostiques d'un zona facial dans sa période pré-éruptive. Cette pathologie infectieuse intéresse l'odontologiste qui doit d'une part discerner l'origine d'une algie faciale afin de conduire un traitement approprié et d'autre part connaître les complications odontologiques qui peuvent survenir.

Nom et adresse du conférencier

AHOSSI Victorin  
Service d'odontologie - CHU  
3 rue du faubourg Reines  
21000 Dijon  
victorin.ahossi@chu-dijon.fr

médecine  
buccale  
chirurgie  
buccale

vol. 10, n° 2  
2004

page 113

**Traitement des aphtoses buccales récidivantes (ABR) par colchicine : étude ouverte sur 15 cas**

Catros S\*, Fricain JC\*, Campana F\*, Sibaud V\*\*, Taïeb A \*\*, Jeandot J\*

\* *Service d'Odontologie, Hôpital Pellegrin, Bordeaux*\*\* *Service de Dermatologie, Hôpital Saint André, Bordeaux*

Les aphtes sont des infarctus de la muqueuse buccale d'étiologie dysimmunitaire mettant en jeu des processus de vascularite leucocytoclasique (Samson, 1992). Il existe des formes cliniques sporadiques ou récidivantes. Ces dernières font appel à des traitements spécifiques afin de diminuer la durée et l'intensité des poussées ainsi que le taux de récurrence : sucralfate (Alpsoy, 1999), pentoxifylline (Chandrasekhar, 1998), colchicine (Mizushima, 1977 ; Katz, 1994 ; Fontes 2002), thalidomide (Revuz, 1990 ; Bonnetblanc, 1996). Cette étude rétrospective propose d'évaluer l'efficacité du traitement par colchicine chez des patients atteints d'aphtose buccale récidivante. Les

dossiers de 8 patients du service de dermatologie de l'hôpital St André à Bordeaux (7 femmes et 1 homme, d'âge moyen 43,9 ans) et de 7 patients du service d'odontologie de l'hôpital Pellegrin à Bordeaux (3 hommes et 4 femmes d'âge moyen 42,9 ans) traités pour une aphtose buccale récidivante entre 2000 et 2003 ont été repris et analysés : il s'agit donc de 15 patients (4 hommes et 11 femmes), tous atteints d'ABR idiopathique, examinés par le même praticien : 13 cas isolés, 1 cas d'aphtose bipolaire et 1 cas de maladie de Behcet. Les formes cliniques retrouvées sont pour la plupart des aphtes vulgaires et dans 3 cas des aphtes géants. Dans tous les

cas, l'aphtose évolue depuis au moins un an avec plusieurs poussées mensuelles. Un traitement par colchicine (1 à 1,5 mg par jour) a été instauré sur une durée d'au moins deux mois puis les patients ont été revus en consultation. La fréquence ainsi que la durée et l'intensité de chaque crise sont notées par le patient.

L'analyse des résultats après deux mois de traitement montre 4 patients (26 %) en rémission complète et 5 patients (33 %) chez qui on note une diminution du nombre et de la durée des crises. En revanche, chez 6 patients (40 %), le traitement était inefficace ou mal toléré. Des effets secondaires bénins (diarrhées) ont été notés dans 3 cas (20 %).

Ces résultats confirment les études précédentes (Kuffer, 1990 ; Katz, 1992 ; Fontes, 2002). L'analyse des échecs montre que dans tous les cas il s'agit d'ABR anciennes (plus de 10 ans) pour lesquelles il est difficile de retracer un historique précis. On peut ainsi expliquer la différence des taux d'échecs du traitement par colchicine entre le service de dermatologie (63 %) et le service d'odontologie (15 %) par un recrutement différent dans ces deux structures. Il est communément admis qu'une période de

3 mois est nécessaire pour juger l'efficacité de la colchicine (Fontes 2002). Or il ressort de cette étude que lorsque la colchicine est efficace, elle l'est dès les premières semaines. Est-il donc utile d'attendre trois mois pour juger l'efficacité du traitement ? Les résultats de cette étude montrent qu'à 6 mois, il semble exister une stabilité de l'efficacité de la colchicine alors que Fontes (2002) a observé un échappement thérapeutique à 11 mois.

Le traitement par colchicine semble donc adapté pour traiter l'ABR récente, par contre le nombre d'échecs observés dans les ABR anciennes pose la question de l'intérêt de son association à d'autres traitements ayant démontré leur efficacité (sucralfate, pentoxyfilline) ou de l'utilisation isolée de ces thérapeutiques avant le recours à la thalidomide qui présente de nombreux effets secondaires.

Nom et adresse du conférencier

CATROS Sylvain  
Service d'Odontologie - Hôpital Pellegrin  
place Amélie Raba Léon  
33000 Bordeaux  
sylvaincatros@hotmail.com

médecine  
buccale  
chirurgie  
buccale

VOL. 10, N° 2  
2004

page 114

### **Ulcération jugale à cytomégalovirus en contexte d'aplasie : à propos d'un cas clinique**

Boisramé-Gastrin S\*, Karam A\*\*, Chevalier V\*, Le Roy JP\*\*\*, Berthou C\*\*\*\*, Legens M\*

\* Service d'odontologie

\*\* Service de dermatologie

\*\*\* Service d'anatomie pathologie

\*\*\*\* Service d'hématologie

L'apparition d'une ulcération buccale chez un patient immunodéprimé doit faire évoquer une origine tumorale, iatrogénique ou infectieuse ; parmi ces agents infectieux le cytomégalovirus (CMV) est rarement responsable d'une ulcération buccale isolée (Regezi et coll, 1996). Nous rapportons une observation chez un patient aplasique.

Un homme de 50 ans, CMV positif, a reçu en juillet 2002 une allogreffe de moelle (frère : HLA génotype identique, CMV négatif) dans le cadre du traitement d'une leucémie aiguë myélomonocytaire, réfractaire, diagnostiquée en 1999. Son traitement préventif de la maladie du greffon contre l'hôte (GVH) associe la ciclosporine A et la prednisone. Deux mois plus tard le patient est hospitalisé pour la prise en charge d'une GVH aigue associée à une virémie à CMV (110 noyaux X 105 cellules). L'examen clinique de la muqueuse buccale révèle la présence d'une ulcération pseudo-membraneuse jugale postérieure gauche de 3 x 2,5 cm, asymptomatique, évoluant depuis une semaine. Il n'existe pas d'adénopathies cervicales. Les prélèvements bactériologiques et mycologiques sont stériles. Le prélèvement virologique pour examen par réaction en chaîne par polymérase (PCR) et culture cellulaire révélait une positivité à CMV. L'examen immunohisto-chimique d'une biopsie en fer à cheval sur le bord

de l'ulcération montre un marquage avec l'anticorps anti-CMV au niveau des cellules épithéliales. Le reste de l'examen clinique ne trouve pas d'argument en faveur d'une atteinte viscérale. Un traitement par Foscarnet® a permis une cicatrisation complète de la lésion jugale contemporaine de la négativation de l'antigénémie CMV.

Le cytomégalovirus fait partie de la famille des  $\beta$  herpès virus. Parfois asymptomatique, sa réactivation entraîne des complications chez les sujets immunodéprimés, au même titre que herpes simplex virus, varicelle zoster virus, human papillomavirus, epstein barr virus (Landolfo et coll, 2003). Les infections à cytomégalovirus chez les allogreffés de moelle sont estimées à 36 % (Busca et coll, 2003). Elles surviennent dans la majorité des cas entre le 1<sup>er</sup> et le 4<sup>e</sup> mois après la greffe, au moment où l'immuno-dépression est la plus forte. Les manifestations cliniques les plus communes de l'infection à CMV siègent au niveau de l'œsophage et du tractus gastro-intestinal ; l'atteinte de la muqueuse buccale prenant souvent l'aspect d'une gingivite hémorragique. Les ulcérations isolées sont rares, elles sont la conséquence de l'ischémie et de la thrombose engendrées par la vascularite à CMV. Les principaux agents antiviraux contre le CMV sont le ganciclovir,

le foscarnet et le cidofovir. Ils ont cependant de nombreux effets secondaires (Sharland et coll, 2001).

L'ulcération à CMV doit donc être considéré comme un diagnostic différentiel des différentes ulcérations retrouvées chez des patients immunodéprimés.

Nom et adresse du conférencier

BOISRAMÉ-GASTRIN Sylvie  
Service d'odontologie  
C.H.U. Morvan  
2 r A. le Faux  
29200 Brest  
sylvieboisrame@hotmail.com

## Ulcération linguale persistante après Nécrolyse Epidermique Toxique : à propos d'une observation

Fricain JC\*, Sibaud V\*\*, Campana F\*, Lepreux S\*\*\*, Taieb A\*\*, Jeandot J\*

\* Service d'Odontologie. Hôpital Pellegrin, Bordeaux

\*\* Service de Dermatologie. Hôpital Saint André, Bordeaux

\*\*\* Service d'Anatomie et Cytologie Pathologiques

La Nécrolyse Epidermique Toxique (TEN) ou syndrome de Lyell est une toxidermie rare mais particulièrement grave caractérisée par un décollement cutané dépassant 30 % de la surface corporelle et dont la mortalité se situe entre 25 et 40 % selon les séries (Roujeau, 1990). Des séquelles peuvent également être observées après l'épisode aigu (troubles de la pigmentation, hypersudation des zones décollées, brides cicatricielles oculaires ou génitales). La persistance d'ulcérations muqueuses ne fait pas partie des complications classiquement décrites (Sheridan, 2002). Une observation d'ulcération de la muqueuse buccale ayant persisté de nombreux mois après une TEN est rapportée.

Le cas concerne un homme de 73 ans hospitalisé en réanimation pour une TEN, survenue 10 jours après la prescription de sulfamides pour une infection de prothèse du genou. Un décollement cutané de plus de 70 % était noté, avec atteintes des muqueuses buccale et ophtalmique associées. Trois mois après cet épisode aigu, le patient nous était adressé pour persistance d'une ulcération du dos de la langue. A l'examen clinique une ulcération isolée à bords nets, d'apparence non surinfectée, de 9 cm de diamètre dans le plus grand axe était observée. La lésion était hyperalgique, limitant l'alimentation. L'étude histologique réalisée à la fois sur la lésion et en bordure mettait en évidence une ulcération non spécifique avec très discret infiltrat inflammatoire. L'immunofluorescence directe réalisée avec les anticorps anti IgG, IgA, C<sub>3</sub> était négative. De même, le prélèvement bactériologique n'isolait que des germes saprophytes. Une simple surveillance clinique était initialement décidée et 4 mois après la lésion était strictement stable. On réalisait alors à titre symptomatique des injections mensuelles intra lésionnelles de corticoïdes (Kenacort®) et l'ulcération régressait très progressivement. Treize mois après l'épisode initial de TEN, la lésion ne mesurait plus qu'un centimètre et était entourée d'un halo cicatriciel. Au bout de 19 mois, celle-ci avait pratiquement totalement régressée.

La nécrolyse épidermique toxique survient par un mécanisme immunologique complexe, non encore parfaitement élucidé. Ses complications surviennent surtout lors de la phase aiguë avec un taux de mortalité encore élevé par surinfections bactériennes, atteinte pharyngotra-chéale, défaillance viscérale (ulcérations digestives, nécrose tubulaire aiguë, déshydratation...). Des séquelles peuvent parfois être observées après l'épisode aigu (Sheridan, 2002). Les plus documentées sont les atteintes ophtalmologiques (synéchies, syndrome sec, métaplasie conjonctivale...). On peut parfois observer des sténoses œsophagiennes ou génitales. Sur le plan dermatologique, les complications les plus fréquentes sont des dyschromies du tégument et des dystrophies de la tablette unguéale. L'ulcération chronique rapportée représente une complication singulière de TEN. La persistance de cette ulcération peut difficilement s'expliquer par un simple retard de cicatrisation, plus d'un an après la TEN. De même, l'origine infectieuse ne semble pas devoir être retenue. S'agit-il d'un phénomène local de stimulation immunologique persistante ? L'analyse histologique et par immunofluorescence n'apporte pas d'éléments pour soutenir cette hypothèse. Par contre la régression progressive de la lésion après injection de corticoïdes pourrait s'expliquer par cette hypothèse. A notre connaissance, la persistance d'ulcérations muqueuses après TEN n'a été qu'exceptionnellement citée dans la littérature (Roujeau, 1990 ; Dawe, 2003). Seul le report systématique des cas observés permettra d'évaluer la fréquence de survenue de cette complication.

Nom et adresse du conférencier

FRICAIN Jean-Christophe  
Service Odontologie  
Hôpital Pellegrin  
33000 Bordeaux  
jean-christophe.fricain@biophys.u-bordeaux2.fr

médecine  
buccale  
chirurgie  
buccale

vol. 10, n° 2  
2004

page 115

### **Ulcération chronique palatine dans le cadre d'une atteinte myélomateuse : à propos d'un cas**

Cousty S\*, Courtois B\*, Duran D\*

\* Département de Médecine Buccale et Chirurgie Buccale, Faculté d'Odontologie, Toulouse

Le myélome multiple est une hémopathie maligne définie par la prolifération de lymphocytes B différenciés (plasmocytes). Il est caractérisé par l'accumulation d'un clone cellulaire au niveau médullaire, la présence d'une immunoglobuline monoclonale dans le sérum et/ou les urines, ainsi que des lésions osseuses ostéolytiques. (Seidl, Kaufmann, Drach, 2003 ; Van Marion et coll, 2003)

Le cas rapporté ici est celui d'une patiente de 77 ans, présentant une ulcération palatine indolore, chronique.

La patiente est traitée, depuis 8 ans, pour un myélome multiple, à IgG et chaînes légères Kappa. Le traitement combine Thalidomide, hydrocortisone, paracétamol et anti-vitamines K (Clerc, Fermand, Mariette, 2003)

Le tableau clinique regroupe une protéinurie de Bence Jones, des lésions osseuses caractéristiques (notamment au niveau du crâne), une anémie stable, ainsi qu'une insuffisance rénale. En ce qui concerne les manifestations bucco-cervico-faciales, la patiente présente une macroglossie majeure, malgré une glossectomie partielle réalisée 2 ans auparavant. A cette époque des biopsies linguales et des glandes salivaires sublinguales avaient confirmé une fibrose interstitielle de ces dernières ainsi qu'une amylose linguale. Le jour de l'examen, la langue est dépapillée, particulièrement indurée et volumineuse. L'examen clinique retrouve également une ulcération localisée à la partie postérieure gauche du palais dur. La lésion mesure environ 1 cm de diamètre. Ses bords sont réguliers, surélevés et érythémateux. Le fond est jaune, régulier. La palpation de la zone ulcérée met en évidence la dureté du fond ainsi que le caractère aiguë des bords de la lésion.

Le diagnostic de séquestre osseux en voie d'élimination est retenu. Aucun traitement spécifique n'est mis en route, compte tenu de l'absence de symptomatologie douloureuse. La surveillance de la bonne élimination du séquestre osseux est préconisée.

Les manifestations bucco-cervico-faciales des myélomes multiples sont relativement fréquentes (Lee et coll, 1996) (70 % des cas selon certains auteurs) et regroupent : ulcérations buccales, odontalgies, tuméfactions isolées (plasmocytomes), mobilités dentaires, hémorragies gingivales, macroglossie ou hypertrophie des glandes salivaires signant une amylose. Les lésions osseuses sont lacunaires, « à l'emporte pièce », sans condensation péri-lésionnelle. Des fractures spontanées sont également rapportées ; leur localisation est exceptionnellement maxillaire, comme dans le cas rapporté. Des métastases osseuses des myélomes multiples peuvent également être retrouvées. (Anacak, Kamer, Donmez, Haydaroglu, 2002) La bonne connaissance de ces diverses manifestations loco-régionales permet une prise en charge adaptée des patients dont la gammopathie est connue. Dans de rares cas, ces manifestations peuvent être inaugurales de l'atteinte myélomateuse. (Mozaffari et coll, 2002).

Nom et adresse du conférencier

COUSTY Sarah  
Faculté de Chirurgie Dentaire  
3 chemin des Maraîchers  
31062 Toulouse  
sarahcousty@hotmail.com

### **Manifestation buccale primitive d'un Lymphome de type B : à propos d'un cas**

Courtois B\*, Campan Ph\*, Labadie MP\*, L'homme A\*, Nespoulous M\*\*

\* Département de Médecine Buccale et Chirurgie Buccale, Faculté d'Odontologie, Toulouse

\*\* Laboratoire d'Anatomo-Pathologie, Toulouse

Les localisations maxillo-faciales extra-lymphatiques des lymphomes peuvent siéger dans les tissus mous ou les maxillaires, mais une manifestation buccale primitive reste rare (Richards, 2000). Les lymphomes des maxillaires simulent le plus souvent une pathologie d'origine dentaire, accompagnée de mobilités dentaires, rarement douloureuse. La mandibule est plus fréquemment atteinte que le maxillaire ; la lésion est parfois associée à une hypoesthésie labiale. Radiologiquement on retrouve des plages d'ostéolyse mal limitées. A un stade avancé, la destruction de la corticale se traduit au sein de la cavité buccale par une tuméfaction non douloureuse (Peleri, 1990).

Le cas d'une femme de 78 ans, adressée pour une tuméfaction non douloureuse de la face vestibulaire du pré-

maxillaire édenté et gênant le port de la prothèse adjointe est rapporté. Evoluant depuis 6 mois, la tuméfaction de 3 centimètres de diamètre apparaît ferme à la palpation. La muqueuse de recouvrement est légèrement bleutée. L'examen clinique ne retrouve pas d'adénopathie satellite et les signes généraux sont absents. Au plan général, la patiente porte une valve aortique biologique depuis 2 ans, présente une fibrillation auriculaire persistante et suit un traitement médical par amiodarone et fluindione. L'orthopantomogramme étant peu contributif, une exploration tomодensitométrique est réalisée. Elle montre une masse radioclaire polygédrique, bien circonscrite, ayant souflé la corticale vestibulaire et le plancher des fosses nasales. La symptomatologie plaide en faveur d'un pro-

cessus bénin, mais devant des signes frustes, une scintigraphie osseuse et une numération globulaire et formule sanguine sont demandées. La scintigraphie ne décèle pas d'autre localisation que maxillaire. L'hémogramme est normal. Une biopsie est réalisée sous anesthésie locale. L'examen histologique met en évidence une prolifération tumorale riche en cellules d'aspect immunoblastique dont certaines montrent une différenciation plasmocytaire. L'étude immuno-histochimique révèle une forte positivité de l'ensemble des cellules tumorales avec l'anticorps anti-CD79A, soulignant ainsi leur nature lymphoïde B. Le diagnostic histologique conclut à une prolifération lymphomateuse de type B. La patiente est adressée au service d'hématologie. Lors du bilan d'extension, l'hémogramme et le bilan biochimique sont normaux, le bilan sérologique viral et la biopsie de moelle osseuse sont négatifs. L'examen tomodensitométrique corps entier montre une adénopathie iliaque interne gauche de 19 x 29 mm. Le bilan d'extension conclut à un lymphome B diffus à grandes cellules au stade III-E. Compte tenu de l'âge de la patiente une chimiothérapie selon le protocole CHOP MABTHERA en 8 cycles suc-

cessifs est effectuée, entraînant, à ce jour, une régression de lésion.

Si le plus souvent le diagnostic de lymphome peut être soupçonné devant une augmentation rapide, en nombre et en taille, des adénopathies ou devant une localisation extra-lymphatique évocatrice, dans la cavité buccale le diagnostic reste difficile. La localisation intra-osseuse se manifeste par des plages d'ostéolyse pouvant mimer une infection d'origine dentaire (Wolvius, 1994). Face à des manifestations extra-osseuses, le diagnostic de lymphome MALT, de fibrosarcome ou de plasmocytome doit être éliminé (Margiotta, 1999). Au terme de la démarche clinique, le diagnostic positif repose sur l'examen histomorphologique et immunologique, élément déterminant pronostic de la maladie (Gaidano, 2002).

Nom et adresse du conférencier

COURTOIS Bruno  
Faculté de Chirurgie Dentaire  
3 chemin des Maraîchers  
31062 Toulouse  
brunocourtois-97.4@wanadoo. fr

## Granulome à cellules géantes périphérique et implant : à propos d'un cas

Bischof M<sup>\*/\*\*</sup>, Nedir R<sup>\*/\*\*</sup>, Samson J<sup>\*</sup>, Lombardi T<sup>\*</sup>

<sup>\*\*</sup> Division de Stomatologie et Chirurgie Orale, Université de Genève, Suisse

<sup>\*\*</sup> CdR Clinique Dentaire, Vevey, Suisse

Le granulome périphérique à cellules géantes (GCGP) se traduit par une formation nodulaire, pseudo-tumorale, siégeant sur la muqueuse recouvrant la crête alvéolaire, souvent associée à des facteurs irritatifs locaux (plaque bactérienne, traumatisme...) (Mighell et coll, 1995).

Une femme caucasienne de 56 ans présente une lésion tumorale à croissance lente, apparue environ six mois auparavant, qui s'est développée sur la gencive vestibulaire en regard d'un implant dans la région prémolaire mandibulaire gauche. La patiente a subi deux ans auparavant une intervention chirurgicale pour la pose de trois implants à surface lisse (Nobel Biocare®), avec la technique en deux temps. Les implants sont encore recouverts de leur coiffe de cicatrisation, partiellement dévissée. L'examen clinique révèle une lésion nodulaire, sessile, brun rougeâtre, d'environ 2 cm de diamètre. Radiologiquement, la résorption osseuse est minime, mais homogène sur les trois implants. Ceux-ci présentent une angulation inadéquate, rendant difficile la réalisation des soins d'hygiène et la réhabilitation prothétique. Le traitement consiste en une exérèse chirurgicale et en un nettoyage-polissage de l'implant concerné, rendant l'espace inter-implantaire accessible pour les soins d'hygiène. Après la cicatrisation, une reconstruction prothétique en résine acrylique de longue durée est réalisée.

L'examen microscopique montre qu'il s'agit d'un nodule polypoïde, avec en surface un épithélium malpighien en

grande partie kératinisé. Les crêtes épithéliales sont focalement hyperplasiques et acanthosiques. Le chorion sous-jacent qui est fibreux, comporte une double prolifération de cellules fibroblastiques et de cellules géantes plurinucléées ressemblant à des ostéoclastes. Il existe également de nombreuses lacunes vasculaires remplies d'hématies, des dépôts d'hémossidérine et un infiltrat inflammatoire lympho-plasmocytaire péri-vasculaire. Le dosage des taux sériques du calcium et des phosphates permet d'écarter le diagnostic d'hyperparathyroïdisme. Après la pose d'implants, les complications intéressant les tissus mous sont relativement fréquentes ; elles surviennent surtout dans les trois premières années (Tolman et Laney, 1992). L'hyperplasie gingivale est une complication pouvant atteindre 32 % des sujets dans certaines séries (Goodacre et coll, 1999), elle résulte de l'inflammation chronique induite par l'accumulation de la plaque bactérienne. Dans la plupart des cas rapportés, le traitement a comporté une gingivectomie et la mise en application de mesures d'hygiène strictes.

Le GCGP est une lésion relativement rare, siégeant toujours sur la muqueuse recouvrant la crête alvéolaire, pouvant provoquer une résorption de l'os sous-jacent. Le plus souvent, ce sont des adultes de 50-60 ans qui sont atteints. Il existe une faible prédilection pour les femmes, ce qui a fait évoquer l'hypothèse d'une influence hormonale. L'étiologie de cette pathologie n'est pas encore tota-



lement élucidée, mais des facteurs tels que le tartre, la présence de corps étrangers ou les traumatismes répétés pourraient jouer un rôle majeur. A ce jour, il n'y a qu'une publication faisant état de l'association implants - GCGP (Hirschberg et coll, 2003). Dans notre cas, l'angulation convergente des implants, les coiffes en partie dévissées et une hygiène bucco-dentaire insuffisante ont probablement favorisé le développement de cette lésion. En conclusion, bien que rare, le GCGP représente une éventuelle complication des implants. Son agressivité, sa tendance à la récurrence et la possibilité d'une résorption

osseuse péri-implantaire peuvent compromettre l'ostéointégration, et par conséquent le succès du traitement implantaire. Il est donc important de le diagnostiquer et de le traiter précocement.

Nom et adresse du conférencier

BISCHOF Mark

Division de Stomatologie et Chirurgie Orale

19, Rue Barthélemy-Menn

1205 Genève

markbischof@bluewin.ch

### Traitement au laser des lésions buccales dues au Papillome Virus Humain (VPH) : étude sur 7 patients

García Ortiz de Zárate F, España Tost AJ, Arnabat Domínguez J, Berini Aytés L, Gay Escoda C

*Máster de Cirugía e Implantología Bucal. Universidad de Barcelona. España*

Le Virus du Papillome Humain est un virus à ADN trophique affectant l'épithélium des tissus mous de la cavité buccale. Les manifestations de l'infection au VPH dépendent du génome de l'agent étiologique. Cette infection présente de nombreuses formes cliniques : papillomatose oral floride, hyperplasie focale de l'épithélium, leucoplasie orale chevelue, lichen plan et carcinome spinocellulaire (Sapp et coll, 1998).

Il s'agit d'évaluer le taux de récurrence des lésions papillomateuses après l'exérèse au laser CO<sub>2</sub> et Er, Cr : YSGG, de même que l'efficacité du laser dans le traitement des lésions récidivantes et auto-inoculées.

L'exérèse au laser CO<sub>2</sub> et Er, Cr : YSGG de sept lésions papillomateuses de 7 patients de genre masculin et d'âge compris entre 6 et 51 ans a été réalisée sous anesthésie locale (articaine 4 % adrénalinée au 1 : 100.000). La puissance utilisée a été de 1,5 W (Er, Cr : YSGG) et de 6 W (CO<sub>2</sub>) en mode focalisé. Les localisations des lésions ont été : une au palais, deux sur la gencive kératinisée, deux sur la langue, une sur la lèvre supérieure et une à la lèvre inférieure. Aucune lésion n'était supérieure à 5 mm sauf une qui occupait la lèvre supérieure.

Le traitement a été résolutif pour tous les patients, aucune lésion n'a récidivé. Les patients n'ont presque pas sai-

gné. La douleur post-opératoire, évaluée par la consommation de paracétamol à la demande après la chirurgie au laser, a été très faible ; de fait, un seul patient a reçu des analgésiques postopératoires.

Les lésions extrabuccales du VPH, dont il existe plus de 80 types différents, peuvent être éliminées avec des méthodes chimiques de destruction (acide trichloracétique, 5FU en crème, etc.) (Ceballos et coll, 2000). Cependant, le traitement de choix des lésions qui affectent les tissus mous de la cavité buccale consiste à l'exérèse au bistouri, cautérisation au bistouri électrique ou en utilisant le laser (Miller et coll, 2001). L'exérèse des lésions dues au VPH, au laser CO<sub>2</sub> et au laser Er, Cr : YSGG est un traitement efficace des lésions initiales et des récurrences, même chez les patients pour lesquels la chirurgie conventionnelle donne un résultat insuffisant. Enfin, il faut garder à l'esprit que le traitement élimine les lésions apparentes, mais n'élimine pas les virus.

Nom et adresse du conférencier

GARCÍA ORTIZ DE ZÁRATE Fernando

Urb. Terrazas de Sitges 1° A 3°1ª 08860

Castelldefels. Barcelona. España.

nanoquir@hotmail.com

### Apport de la muqueuse kératinisée en prothèse adjointe complète supra-implantaire : illustration par 4 cas cliniques

Jouveneaux C, Bousquet P, Montal S

*UFR d'Odontologie de Montpellier*

La réalisation d'une prothèse adjointe complète supra-implantaire doit répondre aux impératifs classiques de conception d'une prothèse adjointe complète tout en prenant en compte la présence des implants. Si l'existence de muqueuse kératinisée est indispensable à la rétention,

à la stabilisation et à la sustentation d'une prothèse complète amovible, son intérêt au niveau implantaire est plus discuté :

La littérature montre que la muqueuse kératinisée n'est pas indispensable. En effet, aucune donnée ne permet

d'affirmer que la hauteur de muqueuse kératinisée péri-implantaire influence le pronostic des implants ostéo-intégrés (Shou, 1992). Des études rétrospectives à long terme ont montré que la présence de tissus kératinisés n'était pas nécessaire au maintien des implants en fonction (Adel, 1981 ; Albrektsson, 1986) et la quantité de gencive n'influence pas l'état de santé gingival péri-implantaire si l'hygiène est parfaitement contrôlée (Freedman, 1999). Mais on note toutefois un intérêt croissant pour cette muqueuse. Le protocole de la gingivite expérimentale a été repris pour confirmer le rôle étiologique de la plaque bactérienne dans l'altération des tissus mous péri-implantaires (Pontoriero, 1994) et Giovannoli (1999) a montré que la hauteur de muqueuse kératinisée facilite le contrôle de plaque, favorise le maintien d'une bonne santé tissulaire et d'une stabilité tissulaire dans le temps. Pour aménager les tissus péri-implantaires, une augmentation de muqueuse kératinisée peut être entreprise avant ou après la chirurgie implantaire par deux types d'interventions : le lambeau déplacé apicalement au maxillaire et la greffe gingivale épithélio-conjonctive associée à une vestibuloplastie à la mandibule.

Le premier cas clinique illustre en pré-implantaire la réalisation d'un lambeau déplacé apicalement. Suite à une incision principale palatine et deux incisions de décharge en mésial et distal de la zone à aménager, un lambeau d'épaisseur partielle est disséqué. Ce lambeau libéré de ses attaches est replacé apicalement et suturé au périoste sous-jacent. La cicatrisation intervient par seconde intention par création de muqueuse kératinisée au niveau de la zone cruentée. Dans ce cas, les problèmes repré-

sentés par une crête flottante et une contre-dépouille osseuse vestibulaire ont pu être traités dans le respect du tissu osseux.

Cette technique peut également être employée au cours d'un deuxième temps chirurgical implantaire comme le montre le deuxième cas clinique.

À la mandibule, ou la rétention d'une prothèse transitoire est aléatoire et la force musculaire des muscles mentonniers importante, le maintien du résultat impose de coupler au lambeau déplacé apicalement une greffe épithélio-conjonctive à prélèvement palatin ou crestal. L'intervention débute comme la précédente par la réalisation d'un « lit » périoste symphysaire avec suture du lambeau en apical à la lèvre. Le prélèvement de tissu est ensuite réalisé : il peut être double, de chaque côté de la voûte palatine, ou simple en cas de prélèvement crestal (un cas clinique illustre chaque alternative). Ce prélèvement est placé sur le site aménagé et fortement maintenu en place par les sutures.

La convergence d'intérêts prothétique et implantaire envers la muqueuse kératinisée est réelle, en particulier en prothèse complète supra-implantaire, du fait de l'immobilité nécessaire de la prothèse pour les procédures d'hygiène qui doivent rester efficaces malgré le vieillissement des patients.

Nom et adresse du conférencier

JOUVENEUX Cédric  
10 bis, Rue H. Rech  
34090 Montpellier  
cjouveneaux@yahoo.fr

médecine  
buccale  
chirurgie  
buccale

vol. 10, n° 2  
2004

page 119

## Utilisation des sinus-ostéotomes dans la région maxillaire postérieure

Nedir R<sup>\*/\*\*</sup>, Bischof M<sup>\*/\*\*</sup>, Samson J<sup>\*</sup>

<sup>\*</sup> Division de Stomatologie et Chirurgie Orale, Université de Genève, Suisse

<sup>\*\*</sup> CdR Clinique Dentaire, Vevey, Suisse

Dans la région maxillaire postérieure, la hauteur osseuse est souvent le facteur limitant pour la pose d'implants. La hauteur minimale d'os nécessaire est sujette à controverse et varie entre 8mm (Van den Bergh et coll, 1998) et 5 mm (Cordioli et coll, 2001). En présence d'une hauteur disponible insuffisante, deux techniques peuvent être proposées : le sinus lift et les ostéotomes de Summers (Summers et coll, 1994). La première apporte des résultats satisfaisants quelque soit la hauteur osseuse résiduelle, mais elle nécessite l'utilisation de matériaux pour le comblement sinusien (greffons iliaques ou intrabuccaux ou pariétaux principalement, matériaux exogènes). Le délai d'attente recommandé avant la mise en charge implantaire varie entre 9 et 18 mois. La technique de Summers à l'aide des sinus-ostéotomes est moins invasive, elle nécessite uniquement un abord crestal. Toutefois, les indications, l'utilité des matériaux de comblement, et les délais de mise en charge sont mal définis.

Chez 14 patients, 21 implants ITI® SLA de longueur inférieure ou égale à 10 mm ont été posés dans la région maxillaire postérieure, en utilisant les sinus-ostéotomes ITI®. Les implants sont prévus pour supporter une réhabilitation prothétique fixe. Radiologiquement, l'extrémité apicale de l'implant dépasse de 3 mm ou plus dans le sinus maxillaire et l'ancrage osseux est inférieur ou égal à 5mm sur au moins une des 2 faces proximales. Le but de cette étude est d'évaluer la résistance à l'application d'un couple de serrage de 35 Ncm trois mois après la pose, et le gain osseux endosinusien observé sur des radiographies rétroalvéolaires.

La corticale crestale occlusale est perforée avec une fraise boule de 3,5 mm de diamètre, l'os spongieux est fraisé jusqu'à 1 mm du plancher sinusien. La hauteur osseuse est évaluée d'après les mesures faites sur les clichés radiographiques et la perception tactile de la densité. Avec les ostéotomes de diamètre 2,8 mm puis de 3,5 mm, la corticale sinusienne est fracturée à l'aide d'un maillet.

L'ostéotome est enfoncé en endo-sinusien à la profondeur de l'implant à poser, l'intégrité de la muqueuse sinusienne est alors évaluée à l'aide du guide chirurgical. L'implant d'une longueur de 6 à 10 mm est vissé, sans taraudage préalable. Aucun matériau de comblement n'est utilisé. Les implants doivent être cliniquement stables et non enfouis.

Un implant posé dans 1 mm d'os avec une légère mobilité lors de la pose, a été déposé après 4 semaines, en raison de sa mobilité persistante et de son égression. A 3 mois, tous les autres implants ont supporté le serrage à 35 Ncm, et ils ont pu être mis en charge. Un cas de perforation de la membrane sinusienne a été noté lors de la pose, elle fut sans influence sur la suite du traitement. A 3 mois, radiologiquement, le gain osseux intra-sinusien

n'est pas statistiquement significatif chez ce groupe de patients.

Dans la région maxillaire postérieure, en présence d'une hauteur inférieure à 5 mm, mais supérieure à 2 mm, l'utilisation des sinus-ostéotomes sans matériau de comblement sinusien permet d'assurer une stabilité primaire des implants. Après 3 mois, les implants supportent un couple de serrage de 35Ncm et une mise en charge prothétique.

Nom et adresse du conférencier

NEDIR Rabah  
CdR Clinique Dentaire SA  
3 rue du Collège  
CH-1800 Vevey  
rabah.nedir@medecine.unige.ch

### Réduction du « temps de cicatrisation » et nouvelles propositions de mise en charge

Lê A, Bravetti P, Perrot G

Département de chirurgie buccale - Service d'odontologie CHU Nancy

médecine  
buccale  
chirurgie  
buccale

VOL. 10, N° 2  
2004

page 120

Les techniques d'ostéointégration se résument à ce jour sous l'angle de deux concepts : une méthode enfouie (Ecole suédoise – Brånemark) et une méthode non enfouie (Ecole suisse – Schröder). Ce sont des solutions fiables et prévisibles pour la prise en charge de l'édentement ; cependant, la période imposée entre l'insertion des implants et la mise en œuvre de la prothèse d'usage, reste une des contraintes de la solution implantaire.

La stabilité implantaire à l'insertion, facteur clé, est un élément primordial à maîtriser. Depuis plus de 20 ans, de nombreuses modifications, basées sur des constats cliniques et expérimentaux, ont été apportées aux protocoles initiaux :  
– Les techniques chirurgicales ont été optimisées, l'objectif étant la « maîtrise » du site receveur (optimisation de la cicatrisation et stabilité initiale) (Friberg, Malò, Skalak et Zhao) ;  
– Les implants ont évolué sur le plan technologique, morphologique et textural (Rompen, Skalak et Zhao) ;  
– Les modalités d'évaluation de la qualité et quantité osseuse ainsi que de la stabilité implantaire se sont « affinées » (Sennerby, Meredith).

D'autre part, Friberg et coll. (1999) constatent les faits suivants : tout se passe comme si les implants s'orientaient vers un niveau semblable de stabilité secondaire quelque soit le niveau de stabilité primaire (Sennerby et Meredith, 1999) et la densité osseuse. De plus, la stabilité des implants mandibulaires n'augmente pas au cours de la période habituelle de cicatrisation, ce qui remet en cause la technique d'implantation en deux temps en présence d'os dense. La mise en charge immédiate, dans cette situation, semble constituer une alternative fiable. La zone symphysaire, considérée comme une zone de sécurité en technique classique, constitue un champ d'exploitation pour des tentatives de mise en charge immédiate. Dans un os moins dense, les périodes de

cicatrisation doivent être prolongées, si la stabilité primaire ne peut être optimisée.

Les protocoles chirurgicaux ont été adaptés pour optimiser la stabilité implantaire lorsque le praticien est confronté à un tissu osseux de faible densité. Ces aménagements semblent également présenter un intérêt dans les protocoles de mise en charge rapide.

Le premier consensus sur ce sujet s'est déroulé en 2002 (Aparicio et coll, 2003) :

- un implant est mis en charge de manière immédiate lorsque la prothèse d'usage ou transitoire est placée le jour même de l'insertion de l'implant ;
  - un implant est mis en charge de manière précoce lorsque la période de cicatrisation est plus courte (< à 3 ou 6 mois).
- Un grand nombre de protocoles ont été proposés et certains sont considérés comme suffisamment fiables (Aparicio et coll. 2003) :
- prothèses complètes fixées et prothèses adjointes supra-implantaires mandibulaires : implants placés dans des sites cicatrisés et mis en charge de manière immédiate ou précoce ;
  - édentements unitaires et de petites étendues, dans les zones esthétiques : provisoires placées en sous-occlusion. Par contre, la mise en charge immédiate/précoce, en occlusion ou non, dans d'autres secteurs est en cours de développement et est considérée comme un facteur de risque.

Nom et adresse du conférencier

LÊ Audrey  
Département de Chirurgie Buccale  
1, rue du Dr Heydenreich  
54000 Nancy  
audreyle1@free.fr