

**3^e Congrès de l'EFOSS
Barcelone
30 septembre au 2 octobre 2004
Communications présentées par la SFMBCB**

Ostéonécrose des maxillaires et bisphosphonates : présentation de trois cas

Abi Najm S*, Lysitsa S*, Bourdin L*, Carrel JP*, Exquis B***, Lombardi T**, Samson J*

* *Division de Stomatologie, Chirurgie Orale et Radiologie Dento-Maxillo-Faciale, Genève*

** *Laboratoire d'Histopathologie Buccale, Genève*

*** *Spécialiste en médecine interne et onco-hématologie, Genève*

médecine
buccale
chirurgie
buccale

VOL. 11, N° 1
2005

page 38

Les bisphosphonates agissent sur le micro-environnement osseux (action anti-ostéoclastique, propriétés anti-angiogéniques). Ils sont utilisés pour le traitement de l'ostéoporose et ils sont devenus le traitement de choix pour l'hypercalcémie maligne. Récemment, on a décrit des ostéonécroses des maxillaires induites par les bisphosphonates.

Un homme de 67 ans vient consulter en novembre 2003 pour une infection du maxillaire antérieur. Sur la crête édentée où il reste 13 et 24 délabrée, on observe deux spicules osseuses associées à une discrète suppuration. A l'anamnèse, on note : myélome multiple découvert en janvier 2002, triple pontage coronarien réalisé en mai 2002, polymédication (Procef®, Sintrom®, Aspirine Cardio®, Zantal®, Lopressor® et bisphosphonates - Aredia®, puis Zometa®). Après quatre jours d'antibiothérapie, sous anesthésie locale, on effectue l'extraction de 13 et 24 et la régularisation de la crête alvéolaire de 13 à 24 ; on remarque quelques cavités contenant un os ramolli faisant suspecter une ostéomyélite. Une suture étanche et une hémostase locale au Tissucol® (INR = 3.5) sont réalisées. Après une semaine, on constate un retard de cicatrisation : l'antibiothérapie est poursuivie et, après deux semaines, tout l'os alvéolaire résiduel entre les alvéoles de 13 et 24 est exposé. Cette évolution semble confirmer le diagnostic d'ostéomyélite. L'os exposé est éliminé ; l'examen histologique confirme qu'il s'agit d'os nécrosé. L'examen tomographique et la scintigraphie montrent que l'ostéomyélite intéresse presque tout le maxillaire. Ces résultats et l'évolution amènent à réaliser, sous anesthésie locale, une maxillectomie subtotalaire en plusieurs temps. Le second cas concerne un homme de 45 ans consultant en mai 2004 pour une tuméfaction submandibulaire

gauche avec douleurs et trismus évoluant depuis trois semaines après perte spontanée de la 37. Ce patient présente une GVH sévère après greffe de moelle allogénique (avril 1996) pour traiter un myélome multiple. Il reçoit du Zometa® pour diminuer l'ostéoporose cortisonique. Lors de l'examen initial, on entrevoit une zone osseuse exposée dans la région mandibulaire postérieure gauche. L'examen tomographique montre un foyer d'ostéomyélite dans la région de 37. Après deux semaines d'antibiothérapie, la symptomatologie a régressé et on peut observer une large exposition osseuse (crête et corticale linguale) avec décollement du périoste de la corticale vestibulaire.

Le troisième cas, une femme de 70 ans, prend de l'Aredia® pour une hypercalcémie maligne (cancer du sein). Trois mois après l'extraction de 16 et 17, elle développe une exposition osseuse. L'examen tomographique confirme le diagnostic d'ostéomyélite.

Les bisphosphonates constituent un progrès thérapeutique important pour le traitement de l'ostéoporose et de l'hypercalcémie maligne mais ils induisent des ostéonécroses des maxillaires probablement d'origine ischémique. Leur traitement est difficile (débridement, élimination de l'os nécrosé...) et on devrait pouvoir agir préventivement.

Nom et adresse du conférencier

ABI NAJM Simon

Division de Stomatologie, Chirurgie Orale et

Radiologie Dento-Maxillo-Faciale

Ecole de Médecine Dentaire, Genève

19, rue Barthélemy-Menn – 1211 Genève 4

abns77@hotmail.com

Agranulocytose aiguë médicamenteuse. Manifestations buccales. À propos d'une observation

Dierckx-Chazanne C*, Noel L*, Trenque T**, Blaise AM***, Lefèvre B*, Mauprivez C*.

* Service d'odontologie

** Centre régional de pharmacovigilance

*** Service d'hématologie clinique - CHU de Reims

L'agranulocytose aiguë médicamenteuse (AAM) se définit comme un effondrement brutal du nombre de polynucléaires neutrophiles circulants inférieur à 0,5 G.L⁻¹, secondaire à une prise médicamenteuse à l'exclusion des agents anti-mitotiques. L'incidence des AAM est estimée entre 1,6 et 3,4 cas par million d'habitants et par an en France. Il s'agit d'un accident imprévisible témoignant d'une susceptibilité individuelle très importante. L'AAM est réversible et son pronostic est lié aux complications infectieuses. Le taux de mortalité associé varie entre 5,7 et 7 % selon les études. (Andres et coll, 2003). Le cas clinique rapporté concerne une AAM due à des psychotropes accompagnée de lésions buccales ulcéro-nécrotiques. Il s'agit d'un homme âgé de 24 ans, ayant pour antécédent médical un état dépressif traité par venlafaxine (Effexor®) et par cyamémazine (Tercian®). Trois mois après le début du traitement psychotrope, le patient présente un état fébrile associé à une angine pseudomembraneuse. Il reçoit pendant une semaine l'association amoxicilline + acide clavulanique et du paracétamol. Devant l'absence d'amélioration, la prescription d'un hémogramme permet de découvrir une agranulocytose (0,4 G.L⁻¹). Le malade est alors hospitalisé. Le myélogramme révèle une hypoplasie élective de la lignée granulocytocytaire avec blocage de maturation. Hémocultures et sérologies VIH, VHB, VHC, EBV, CMV sont négatives et le dosage du complément sérique est normal. Une étiologie médicamenteuse est évoquée. Au cours de l'hospitalisation, des complications infectieuses pulmonaires et ORL sont observées. Des prélèvements microbiologiques révèlent une surinfection bronchique à *Pseudomonas aeruginosa* et à *Candida albicans*, ainsi qu'une cellulite cervico-faciale extensive à germes non spécifiques. La récupération de la lignée granulocytocytaire, faci-

litée par l'administration de filgrastime (Neupogen®), est obtenue en 8 jours. Malgré cette reconstitution hématologique, le patient est adressé dans le service d'odontologie pour la découverte d'une gingivite ulcéro-nécrotique étendue des maxillaires. L'examen endobuccal objective 4 lésions ulcéro-nécrosantes irrégulières et douloureuses. Deux lésions de grandes tailles (>2 cm x 2 cm), profondes laissant à nu l'os, sont localisées au niveau des vestibules droit et gauche en regard des prémolaires et molaires maxillaires. Deux ulcérations existent en regard de 26 du côté palatin et de 46 du côté vestibulaire. Les prélèvements microbiologiques locaux ne révèlent pas de germes spécifiques. Un traitement anti-infectieux topique à base de chlorhexidine et d'amphotéricine B est instauré. Afin de limiter le risque infectieux, une nutrition par voie parentérale est établie jusqu'à cicatrisation complète des lésions. Elle est effective en 3 semaines.

Les AAM sont dues à deux grands mécanismes physiopathologiques : une réaction immuno-allergique, ou une atteinte toxique. Cette dernière est généralement évoquée avec les phénothiazines. Ici, la toxicité est dose-dépendante et apparaît lors de traitements prolongés. L'imputabilité médicamenteuse est affirmée sur la prise de médicament (s) suspect(s), l'élimination des autres causes d'agranulocytose et la récupération de l'agranulocytose à l'arrêt du ou des médicaments entre 7 et 14 jours (Vial et coll, 1996).

Nom et adresse du conférencier

DIERCKX-CHAZANNE Caroline
Service d'odontologie CHU de Reims
Hôpital Maison blanche
45 rue Cognacq-Jay
51092 Cedex Reims

médecine
buccale
chirurgie
buccale

vol. 11, n° 1
2005

page 39

Améloblastome maxillaire : piège diagnostique. À propos d'un cas

Haïtami S, Khazana M, Benyahya I.

Service d'odontologie chirurgicale, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

L'améloblastome dérive des tissus préformateurs de la dent et appartient au groupe des tumeurs odontogènes (Janah et coll, 1995).

L'améloblastome s'individualise par sa fréquence, son potentiel évolutif local important et surtout son polymorphisme aussi bien clinique que radiologique, source de pièges diagnostiques. Le caractère localement invasif de cette tumeur bénigne justifie un diagnostic précoce précédant un traitement adapté (Favre-Dauvergne et coll, 1992).

Le cas rapporté est celui d'un homme de 18 ans, qui s'est présenté à la consultation pour une tuméfaction maxillaire droite évoluant progressivement depuis 3 ans sans douleurs.

A l'examen clinique exobuccal, on retrouve une tuméfaction jugale haute effaçant le sillon naso-labial. A l'examen endobuccal, le vestibule est comblé de la 11 à la 17 par une tuméfaction bien limitée de consistance ferme et indolore. A l'examen dentaire, on note l'absence de la 12

et 13 avec persistance de la 52 et 53. La radiographie panoramique montre une image radioclaire uniloculaire s'étendant de la 11 à la 16 avec inclusion de la 12, la 13 étant refoulée en haut et dorsalement.

L'ensemble des éléments recueillis (mode d'évolution, aspect radiologique, inclusion dentaire) permettent d'évoquer le diagnostic de kyste folliculaire.

La thérapeutique a consisté en une énucléation kystique avec avulsion de la dent incluse dans la lésion et abstention pour la dent 13 refoulée.

L'examen anatomo-pathologique de la pièce opératoire conclut à un améloblastome folliculaire.

La migration occlusale progressive de la 13, constatée au cours des contrôles radiographiques, a incité à réintervenir pour mettre en place un dispositif de traction par une technique chirurgico-orthodontique.

Souvent, l'améloblastome réalise une image radioclaire typique en bulles de savons. Cependant, il existe des

images différentes qui soulignent le polymorphisme radiologique de cette tumeur et constituent des pièges diagnostiques : l'image radiologique de l'améloblastome folliculaire peut facilement être confondue avec celle d'un kyste péricoronaire, les aspects cliniques et radiographiques étant souvent similaires (Sadeghi et coll, 1995). Ceci confirme la nécessité de l'examen anatomo-pathologique de toute pièce opératoire. De ce diagnostic dépendront les qualités de la surveillance post-opératoire qui doit être prolongée dans les cas d'améloblastome afin de dépister une éventuelle récurrence.

Nom et adresse du conférencier

HAÏTAMI Sofia
28, rue Ahmed El Mokri, 4^e étage, Quartier Racine
Casablanca
Maroc
lam@casanet.net.ma

Présentation inhabituelle d'un granulome à corps étranger dans la langue

Lysitsa S*, Abi Najm S*, Samson J*, Lombardi T**

* Division de Stomatologie, Chirurgie Orale et Radiologie Dento-Maxillo-Faciale – Ecole de Médecine Dentaire, Genève

** Laboratoire d'Histopathologie Buccale – Ecole de Médecine Dentaire, Genève

La découverte d'un corps étranger dans la langue est rare. Dans la plupart des cas, ce corps étranger résulte de la pénétration accidentelle de matériel d'origine alimentaire, mais le patient n'a souvent aucune notion de l'accident causal. Dans la littérature, on retrouve seulement 36 cas de corps étranger dans la langue si l'on exclut le piercing. Ils donnent généralement naissance à un abcès. Dans quelques cas exceptionnels (Lin et coll, 2003), le corps étranger peut induire le développement d'un granulome à corps étranger.

Une femme de 40 ans vient consulter en mai 2002 pour une tuméfaction du dos de la langue en voie de régression, après un bref épisode de saignement. L'examen clinique révèle un petit nodule ferme, sous-muqueux, para-médian droit, à 1,5 cm de la pointe de la langue. Après l'évocation des différentes hypothèses diagnostiques (abcès sur corps étranger...), la patiente décide d'attendre avant de réaliser l'exérèse proposée. Elle consulte de nouveau en octobre 2003 car elle vient de présenter un nouvel épisode inflammatoire avec saignement. Il persiste une tuméfaction en verre de montre, de 7 x 3 mm, recouverte par une muqueuse kératosique comportant de nombreuses petites papilles comme il peut en exister sur un naevus épidermique. La pièce d'exérèse mesure 9 x 5 x 5 mm. A l'examen histologique, on observe un épithélium présentant une discrète acanthose associée à une papillomatose avec une couche superficielle composée de cellules à cytoplasme clair. Au centre de la pièce, le chorion qui devient fibreux et cica-

triciel, contient un granulome giganto-cellulaire entourant un corps étranger, probablement d'origine végétale, biréfringent en lumière polarisée. Les cellules à cytoplasme clair ressemblent à des koilocytes mais l'étude immunohistochimique n'a pas mis en évidence de HPV.

Le diagnostic de granulome à corps étranger dans la langue est rarement évoqué sur l'aspect clinique. Le plus souvent, la lésion se présente comme un nodule de taille variable, recouvert d'une muqueuse normale ou érythémateuse, plus ou moins douloureux. Le diagnostic différentiel, doit envisager de nombreuses affections : un abcès, une hyperplasie fibro-épithéliale, un granulome pyogénique, une tumeur à cellules granuleuses, un schwannome, un neurofibrome, un hémangiome... et même une tumeur maligne.

Dans le cas rapporté, l'aspect clinique et l'évolution n'ont pas permis de suspecter le diagnostic de granulome à corps étranger. En présence d'un nodule de la langue sans caractères particuliers, le diagnostic différentiel doit inclure le granulome à corps étranger, même si on ne retrouve pas la notion d'accident causal.

Nom et adresse du conférencier

LYSITSA Stella
Division de Stomatologie, Chirurgie Orale et
Radiologie Dento-Maxillo-Faciale
Ecole de Médecine Dentaire
19, rue Barthélemy-Menn - 1211 Genève 4
slysitsa@hotmail.com

Ostéomyélite sclérosante diffuse : à propos de trois cas

Catherine J-H*, Roche-Poggi P*, Belloni D*

*Département de médecine et de chirurgie buccale, Faculté d'odontologie de Marseille

L'ostéomyélite sclérosante diffuse (OSD) est une atteinte osseuse rare caractérisée par des zones d'ostéolyse et de sclérose osseuse accompagnée d'épisodes douloureux. L'incidence de l'OSD est d'environ 1/200000 (Jacobson, 1984). L'affection survient le plus souvent chez l'adulte jeune, l'âge moyen étant de 27 ans avec une prédominance du sexe féminin (sex ratio de 4 :1). La localisation est essentiellement mandibulaire et plus particulièrement angulaire. L'origine bactérienne est retenue avec une colonisation osseuse par *Propionibacterium acnes* et *Peptostreptococcus intermedius*.

Trois cas d'OSD sont rapportés. Il s'agit de trois femmes âgées de 25 à 30 ans sans antécédent particulier. Elles sont adressées par leur praticien traitant à la suite d'épisodes douloureux d'une durée d'une à deux semaines localisés dans la région angulomandibulaire accompagnée d'un trismus. A l'interrogatoire ces trois patientes ont été traitées pour une dystrophie de l'appareil manducateur (DAM) sans amélioration et présentent depuis plusieurs mois des épisodes douloureux mandibulaires. L'examen clinique met en évidence une tuméfaction de la région angulaire douloureuse à la palpation. L'orthopantomogramme montre des zones d'ostéolyse et de sclérose osseuse. La TDM montre un épaississement des structures osseuses. Seule la vitesse de sédimentation est élevée lors des examens biologiques. Le diagnostic différentiel se pose avec les DAM, la périostite de Garré, la dysplasie fibreuse et certaines tumeurs malignes osseuses.

Devant les signes cliniques et radiographiques le diagnostic d'OSD est posé. Plusieurs traitements ont été proposés. L'utilisation de la roxythromycine à 300 mg/j au long cours permet d'obtenir une diminution des crises douloureuses dans leur intensité et leur fréquence (Yoshii et coll, 2001). L'oxygénothérapie hyperbare a été utilisée chez une patiente et interrompue chez une autre en raison de barotraumatismes. Les corticoïdes sont prescrits lors des accès douloureux. Ces trois patientes ont montré sous traitement une amélioration du tableau clinique.

L'examen TDM est caractéristique dans les cas d'OSD, mais les atteintes osseuses ne sont visibles qu'après 12 à 18 mois d'évolution. Actuellement, l'association de la roxythromycine et de l'oxygénothérapie hyperbare semble le traitement de référence. Les traitements chirurgicaux n'étant envisagés qu'en cas d'échec de la thérapeutique médicale.

Nom et adresse du conférencier

CATHERINE Jean-Hugues
Service d'Odontologie, Pr Meyere
Centre Gaston Berger
17,19 Avenue Mireille Lauze
13010 Marseille France
jean-hugues@netcourrier.com

médecine
buccale
chirurgie
buccale

vol. 11, n° 1
2005

page 41

Sclérodémie généralisée : à propos d'un cas clinique

Ben Yahya I, Lamhaouar L, Karim H

Service d'odontologie chirurgicale, Faculté de Médecine dentaire – Casablanca, Maroc

La sclérodémie généralisée (SG) est une maladie du tissu conjonctif caractérisée par une synthèse excessive de collagène (Francès et coll, 2002). Elle entre dans le cadre nosologique des collagénoses. Les classifications récentes sont basées sur des critères cliniques, histologiques, immunologiques et capillaroscopiques ; elles définissent cette maladie comme une affection multisystémique. Son étiopathogénie reste toujours inconnue mais la survenue de la fibrose tissulaire est apparemment due à un terrain génétique prédisposé et à certains facteurs environnementaux (Farge, 2002). Cette maladie concerne surtout la femme dans sa 4^e décennie. Elle est caractérisée par une atteinte cutanée qui débute par le phénomène de Raynaud signe annonciateur de la maladie dans 90 % des cas (Carpentier, 2002). Des complications systémiques risquent d'enrichir progressivement le tableau clinique, elles peuvent être gastriques, hépatiques, cardiaques, pulmonaires, rénales et articulaires...

Au niveau bucco-facial, la SG présente souvent des manifestations spécifiques au niveau muqueux, musculaire, parodontal, dentaire et souvent un retentissement squelettique avec des troubles fonctionnels. Le rôle du chirurgien dentiste dans le dépistage précoce et la prise en charge des patients atteints sera illustré par deux observations cliniques.

Le cas rapporté concerne une femme âgée de 42 ans adressée par son médecin interniste pour une limitation d'ouverture buccale et une sensation de brûlure muqueuse avec des antécédents de phénomène de Raynaud et de péricardite. Après examen clinique et radiologique buccal, une biopsie des glandes salivaires accessoires a été réalisée. Les résultats ont montré des lésions salivaires de stade I de Chisholm. Dans la littérature, une association entre la SG et le syndrome de Gougerot-Sjögren a été décrite dans 20 à 90 % des cas (Laskaris, 1997).

Ainsi devant les signes cliniques et les résultats des examens complémentaires, le diagnostic de sclérodermie est évoqué. La patiente est adressée chez un dermatologue pour instaurer une prise en charge adéquate. La prise en charge odontologique de cette patiente a consisté en une rééducation à l'ouverture buccale, puis des soins dentaires et une réhabilitation prothétique. Donc la prise en charge des patients atteints d'une SG ne peut être adéquate sans l'étroite collaboration entre chirurgien dentiste, interniste, rhumatologue et dermatologue.

Nom et adresse du conférencier
BEN YAHYA Ihsane
Faculté de Médecine Dentaire.
Rue Abou Alaâ Zahar
Casablanca
i.benyahya@fmd-uh2c.ac.ma

Syndrome de Melkersson-Rosenthal : à propos d'un cas

Lamhaouar L, Ben Yahya I, Karim H

Service d'Odontologie Chirurgicale, Faculté de Médecine Dentaire, Casablanca, Maroc

Le syndrome de Melkersson-Rosenthal (SMR) est une pathologie neuro-muco-cutanée rare caractérisée dans sa forme complète par l'association d'un œdème labial, d'une paralysie faciale récidivante et d'une langue fissurée. Il est extrêmement rare de rencontrer la triade au complet. Les formes incomplètes de ce syndrome comportent deux signes, tandis qu'il existe des formes monosymptomatiques (Ang, Jones, 2002).

Sur le plan épidémiologique, ce syndrome a une prédominance féminine. L'apparition des premiers signes se fait dans la 2^e et la 3^e décades de la vie (64 % des cas). L'incidence du SMR varie entre 0,05 et 0,08 % et décroît avec l'âge (De Labrouche et Favre-Dauvergne, 1993). Son étiologie reste inconnue : l'état actuel des connaissances est réduit à des hypothèses pathogéniques dont la multiplicité traduit l'ignorance du mécanisme et de l'étiologie réelle de ce syndrome.

Les manifestations cliniques sont polymorphes, cependant un examen anatomo-pathologique des tissus œdémateux est nécessaire pour orienter le diagnostic (Cousin, 1998).

Dans les formes incomplètes il faut évoquer d'autres affections notamment une sarcoïdose, une maladie de Crohn, une chéillite glandulaire ou une tumeur labiale.

Le traitement est mal défini car il souffre des incertitudes étiopathogéniques. Il faut traiter séparément chacun des symptômes.

L'observation clinique rapportée est celle d'une patiente âgée de 13 ans qui consulte pour un œdème labial supérieur survenant brutalement. A l'examen clinique, la présence d'une paralysie faciale est notée. La patiente est en bon état de santé général. Une biopsie des glandes

salivaires accessoires est réalisée. L'examen histologique met en évidence des granulomes épithélioïdes sans nécrose caséuse confortant ainsi le diagnostic de SMR. La patiente est adressée chez un neurologue pour sa paralysie faciale.

La prise en charge de l'œdème labial a consisté d'abord en un traitement corticoïde par voie systémique. Une régression minimale des symptômes a été constatée. Puis des injections de Kenacort® retard 40 mg/ml ont été réalisées sous la muqueuse labiale à raison d'une fois par semaine pendant un mois et demi, puis une fois toutes les trois semaines pendant deux mois. Actuellement la patiente en est à une injection par mois. Ce protocole a permis une amélioration avec stabilisation de l'œdème labial.

L'œdème oro-facial est un motif de consultation fréquent en odonto-stomatologie, il relève le plus souvent d'une origine infectieuse et/ou strictement inflammatoire. Néanmoins, un interrogatoire approfondi, un examen clinique et radiologique rigoureux peuvent mettre en cause un diagnostic préliminaire et permettre de ne pas écarter le diagnostic d'une pathologie d'origine immunitaire telle que le SMR.

Nom et adresse du conférencier
LAMHAOUAR Lamia
Place du Temple, Résidence Ennour, Esc. E
20100 Casablanca-Maârif
Maroc
lam@casanet.net.ma

Ultrasonography: a non-invasive tool to diagnose caliber-persistent labial artery

Vazquez L, Lombardi T, Guinand-Mkinsi H, Samson J

Department of Oral Surgery, Oral Medicine and Oral and Maxillofacial Radiology, School of Dental Medicine, University of Geneva

The term caliber-persistent artery was used in 1962 to describe an abnormal arterial branch of the stomach that showed no reduction of its caliber from the base of the gastric wall through the muscular layer and into the submucosa (Voth, 1962). Since Howell's first description of a « prominent inferior labial artery » in 1973 and the Miko's histopathological criteria of a « caliber-persistent artery » of the lower lip, a growing number of nodular or ulcerated lesions of the lip related to this abnormal artery have been reported (Howell and coll, 1973 ; Miko and coll, 1980). Currently practitioners use clinical and histopathological examination to diagnose caliber-persistent labial artery (CPLA). In this study, the effectiveness of ultrasonography as a non-invasive diagnostic tool to visualize this abnormal artery was evaluated.

The lips of three patients with suspected CPLA were examined. Prior to surgery, the extension of the intralabial artery was determined with ultrasonography, including pulsed and Color-Doppler analysis, using a high frequency 7 to 10-MHz transducer with a standard probe. The ultrasonograms were compared to the clinical and histopathological findings. A follow-up ultrasonographic examination was performed two years later.

Ultrasonograms showed clear enlargement of the labial artery in the three cases. The course of the constant-diameter artery was either vertical or oblique from the depth of the lip to the surface of the mucosa. This vascular abnormality was confirmed by histopathological examination. One asymptomatic nodule was not excised and had the same echographic and clinical aspect two years later.

All lesions showed the usual clinical features of CPLA and were consistent with the literature. The first and common clinical pattern is a unilateral pulsatile submucosal nodule of the vermilion border of the lower lip. The enlarged artery was clearly observed with ultrasonography and thus confirmed the clinical diagnosis of CPLA. In presence of a typical pulsatile nodule of the labial mucosa, neither ultrasonography nor a biopsy is necessary and only non-invasive identification is needed. The second pattern is a chronic ulceration, or a paramedian fissure related to CPLA, which may be responsible for repeated bleeding. Preoperative ultrasonographic examination of the chronic ulceration should look for an intralabial enlarged artery as this abnormal artery and its extension from depth of the lip to the surface of the mucosa can be easily analysed. Ultrasonography and Color-Doppler imaging are effective non-invasive tools for the diagnosis of caliber-persistent labial artery. This technique also eliminates the need for diagnostic surgery in typical clinical cases whereas for atypical cases, or cases accompanied by a chronic ulceration, a biopsy should be performed in order not to miss a pre-malignant process.

Nom et adresse du conférencier

VAZQUEZ Lydia

Department of Oral Surgery, Oral Medicine and
Oral and Maxillofacial Radiology

School of Dental Medicine

University of Geneva,

Rue Barthelemy-Menn 19

1205 Geneva, Switzerland

lydia.vazquez@medecine.unige.ch

médecine
buccale
chirurgie
buccaleVOL. 11, N° 1
2005

page 43