

4^e Congrès Européen de l'EFOSS
Paris
19 au 21 octobre 2006

médecine
buccale
chirurgie
buccale

VOL. 12, N° 4
2006

page 227

Adénome pléomorphe à localisation palatine : à propos de deux cas cliniques

Abidi H, Oualha L, Hentati H, Bouagga M, Selmi J
Faculté de Médecine Dentaire, Monastir

L'adénome pléomorphe est la tumeur bénigne la plus fréquente des glandes salivaires principales et accessoires (Laskaris, 1997). Elle était jadis appelée tumeur mixte pour souligner l'aspect polymorphe ou pléomorphe de sa constitution : éléments épithéliaux noyés dans une matrice mucoïde, myxoïde ou chondroïde (Chbicheb, 2003).

Deux cas cliniques sont présentés. Le premier cas est celui d'une femme âgée de 30 ans qui consulte pour une tuméfaction palatine évoluant depuis 4 ans. Cette masse palatine de 1,2 cm de grand axe, de consistance ferme, est recouverte d'une muqueuse normale. Le deuxième cas clinique rapporte l'histoire d'une patiente âgée de 50 ans présentant une formation nodulaire palatine médiane ferme, soulevant une muqueuse d'aspect normal et de 1,5 cm de diamètre. Ce nodule évolue depuis 2 ans.

Le diagnostic clinique d'adénome pléomorphe est proposé après avoir évoqué dans le diagnostic différentiel un abcès sous-périosté, un lipome, les autres tumeurs des glandes salivaires et les tumeurs sinusiennes extériorisées à la voûte palatine.

Une exérèse chirurgicale a été pratiquée et l'examen anatomopathologique a confirmé le diagnostic clinique initial.

L'adénome pléomorphe représente 62,5 % à 75,5 % de toutes les tumeurs des glandes salivaires principales et 42,5 % à 70 % de toutes les tumeurs des glandes salivaires accessoires. Il atteint également les deux sexes entre 40 et 70 ans (Laskaris, 1997). D'après la littérature, l'adénome pléomorphe palatin se présente généralement comme une tumeur sous-muqueuse ferme, dure et bien limitée, de 2 à 3 cm de diamètre recouverte d'une muqueuse le plus souvent normale. Ce qui correspond aux deux cas cliniques rapportés ci-dessus.

Selon Gleizal (2005) cette tumeur siège sur la partie latérale du palais et de façon exceptionnelle sur la ligne médiane comme pour la deuxième patiente. Le traitement est chirurgical et l'exérèse doit se faire en totalité. Les récurrences sont peu fréquentes (Chbicheb, 2003). Le diagnostic clinique doit être confirmé par un examen anatomopathologique.

Nom et adresse du conférencier

ABIDI Hajer
Médecine et Chirurgie Buccales
Faculté de Médecine Dentaire
Monastir 5000, Tunisie
abidihajer2006@yahoo.fr

Ostéoblastome : présentation d'un cas mandibulaire

Bischof M* **, Jaques B***, Beyer S*, Samson J**, Nedir R* **, Lombardi T**

* Clinique Dentaire de Chauderon, Swiss Dental Clinics Group, Lausanne, Suisse

** Division de Stomatologie et Chirurgie Orale, Ecole de Médecine Dentaire, Université de Genève, Suisse

*** Division de Chirurgie Maxillo-faciale, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, Lausanne, Suisse

L'ostéoblastome (OB) est une tumeur osseuse primitive habituellement médullaire, qui représente environ 1 % de toutes les tumeurs osseuses. Presque 10 % des OB intéressent les os de la face. La localisation est prédominante à la mandibule, particulièrement le ramus. Ces lésions sont observées généralement chez des sujets jeunes (20-30 ans), plus fréquemment chez l'homme (2:1). L'OB se manifeste par des douleurs persistantes d'apparition spontanée, exacerbées par la palpation, ou par une tuméfaction qui précède dans certains cas l'apparition des douleurs. Ces dernières sont parfois soulagées par les salicylates. L'examen radiologique montre au début une lésion ostéolytique arrondie dans laquelle vont apparaître plus tard des calcifications d'importance variable. Le bord est rarement souligné par un liseré sclérotique. L'examen microscopique montre au centre de la lésion, le « nidus », représenté par des travées ostéoïdes entourées d'ostéoblastes volumineux, souvent disposés en petits amas dans un stroma bien vascularisé, et en périphérie, des travées ostéoïdes qui fusionnent avec l'os voisin normal. Des lésions telles qu'un fibrome ossifiant, une dysplasie ostéo-fibro-cémentaire focale, un cémentoblastome et un ostéosarcome peuvent présenter des aspects cliniques et radiologiques similaires. Par ailleurs, ces mêmes lésions sont souvent discutées dans le diagnostic différentiel histopathologique. L'importante cellularité et la présence dans certains cas de cellules avec atypies sont probablement responsables des OB diagnostiqués comme ostéosarcomes. Les auteurs présentent ici un cas d'OB mandibulaire chez une femme noire, âgée de 27 ans.

La patiente consulte en juillet 1999 pour une carie perforante sur la dent 36 et subit un traitement endodontique. En février 2005, un examen radiologique routinier révèle une lésion radioclaire à l'apex d'une des racines mésiales de la dent, bien limitée, faiblement trabéculée, de 7 mm

de diamètre. La révision endodontique est effectuée. Il n'y a ni résorption radiculaire, ni déplacement dentaire, ni érosion osseuse. En juin 2005, le suivi radiographique montre que la tumeur a doublé de volume (13 mm). Une résection apicale et un prélèvement de la zone centrale de la lésion sont alors pratiqués. L'analyse histologique révèle une section transversale de l'apex de 36, siège d'une discrète hypercémentose et plusieurs fragments d'os spongieux ou lamellaire vivants, dépourvus de cellules inflammatoires, dont certains ont un aspect fibreux en lumière polarisée. Les espaces médullaires sont très vascularisés. Il existe par endroits de nombreux ostéoblastes groupés en paquets. L'exérèse chirurgicale totale sera effectuée par la résection d'un bloc radiculo-osseux de 15 x 15 x 10 mm en octobre 2005. L'examen microscopique montre au centre de la pièce, correspondant à la biopsie précédente, un aspect de réparation osseuse sous forme de multiples travées d'os fibreux anastomosé avec des ostéocytes dans leur logette. Les espaces entre les travées sont occupés par une moelle riche en vaisseaux. Il existe localement des liserés d'ostéoblastes mais pas d'amas, contrairement à l'ostéoblastome voisin. Le ciment du moignon radiculaire est séparé de l'ostéoblastome par un desmodonte normal. Si le traitement de l'OB est effectué par exérèse chirurgicale en bloc, les récidives sont rares. La corrélation entre les données clinico-radiologiques et histopathologiques est indispensable pour poser le diagnostic d'OB.

Nom et adresse du conférencier

BISCHOF Mark

Clinique Dentaire de Chauderon

Swiss Dental Clinics Group, Place Chauderon 16

1003 Lausanne, Suisse

mark.bischof@swissdentalclinics.ch

Surgical treatment of a rare case of extraoral sinus tract - Case report

Borges T, Carvalho A, Carvalho V, Afonso A

Bragança

The absence of an effective treatment for an odontogenic infection process may establish a chronic sinus tract that can drain intraorally or extraorally. If the sinus tract drains extraorally, the draining area in contact with the skin can assume different forms and also be covered by hairs. Definitive treatment of a chronic sinus tract requires resolution of the original problem, that is treatment of the

necrotic pulp by endodontic procedures or extraction of the tooth involved.

This work describes the case of a 38 year old male patient that presented a carious lesion of a lower incisor with a previous treatment. The patient also presented an asymptomatic area with edema and redness in the buccal area of the lower incisors. The extraoral examination showed

a deep medial sulcus of the chin, with no inflammatory signs in the area. The patient referred no complains related with the extraoral region. After the radiographic evaluation and the intraoral examination, that showed signs of high mobility of the tooth, the extraction was the chosen treatment procedure. After the tooth extraction, it was possible to observe the strange presence of a large amount of hairs in the socket and the absence of the vestibular cortical plate. A careful examination confirmed the presence of a sinus tract that was draining extraorally to the medial sulcus of the chin, and was full of beard hairs that had grown in its interior. The surgical debridement of the sinus tract was the following treatment option. The collected sinus tract tissues were sent to the anatomopathology examination.

In a sinus tract that drains extraorally in contact with the skin, the draining hole can be covered by beard hairs mainly in men. This situation can lead to the entrance of the beard hairs to the oral cavity through the sinus tract, causing a rare situation of presence of hair in the mouth. They can also stay enucleated and increase their size as in the presented case. Both situations make more difficult the resolution of the chronic infection situation.

Nom et adresse du conférencier

BORGES Tiago
Rua Sarmiento Rodrigues 43
5300-078 Bragança Portugal
tiagoferreiraborges@gmail.com

Envahissement du sinus maxillaire par un processus tumoral odontogène : du diagnostic au traitement d'un cas clinique

Bourgeois G*, Moizan H**, Mouret P***, Gérard E**

* Interne, Service d'Odontologie, Unité de Pathologie et Chirurgie Buccale, CHU de Reims

** Praticien hospitalier, Département d'Odontologie, CHR de Metz-Thionville

*** Praticien hospitalier, Service d'ORL, CHR de Metz-Thionville

Les sinus maxillaires et les dents maxillaires antrales entretiennent parfois des relations plus qu'ombrageuses. L'intimité de rapport entre ces deux entités anatomiques explique le retentissement sinusien des pathologies odontogènes. Parmi les étiologies susceptibles de produire des images sinusiennes, maxillaires, unilatérales, radio-claires à composante opaque, plusieurs diagnostics différentiels sont à évoquer : la tumeur odontogène adénomatoïde (Dilu et coll., 1999), fibrome améloblastique (Pereira et coll., 2004), fibro-odontome améloblastique (Ozer et coll., 1997), odontome complexe (Mupparapu et coll., 2004), kyste dentigère (Marsot-Dupuch et coll., 1991), améloblastome (Adou et coll., 2000) kératokyste (Vered et coll., 2004) pouvant être associés à des dents incluses.

Une patiente âgée de 22 ans est adressée en consultation d'odontologie en 2002 pour un avis diagnostic et thérapeutique à propos de 4 dents de sagesse incluses. L'examen clinique et radiologique réalisé posait l'indication d'avulsion de ces 4 dents avec une 18 dystopique, en position horizontale et haute. La patiente qui n'a pas donné suite à la proposition thérapeutique initiale, consulte à nouveau 3 ans plus tard. Un nouvel orthopantomogramme révèle une image radio-opaque d'assez faible tonalité, englobant la 18, bien circonscrite en périphérie, envahissant le sinus maxillaire droit. Un bilan tomodontométrique est réalisé pour préciser les limites de la lésion dans les trois plans. Celui-ci confirme la présence d'un processus tumoral, développé aux dépens des tissus mous, comblant le sinus maxillaire droit, à l'exception d'une petite zone en regard de la paroi antérieure.

La 18 apparaît refoulée dans l'angle postéro-médial du sinus. L'examen clinique exobuccal ne met en évidence aucune asymétrie du visage. L'examen endobuccal est strictement normal (absence de tuméfaction gingivale, pas de déplacement dentaire). L'interrogatoire médical de la patiente et l'examen clinique ORL sont peu concluants : absence d'écoulement nasal purulent, pas de douleur à la palpation de la fosse canine, ni de sensation de masse sinusienne ou de congestion nasale unilatérale. Un examen rhinoscopique complet s'avère normal. A ce stade, l'hypothèse diagnostique est en faveur d'un kyste dentigère remanié, développé à partir de la troisième molaire maxillaire incluse, elle-même déplacée par rapport à sa position initiale, envahissant le sinus maxillaire homolatéral.

Le schéma thérapeutique envisagé en collaboration avec le chirurgien ORL comprend l'exérèse de la pseudotumeur par méatotomie mixte couplée à l'avulsion de la 18 par voie d'abord de Caldwell-Luc. La pièce opératoire confiée au laboratoire d'anatomopathologie conduit au diagnostic de certitude de kyste dentigère. L'énucléation de la lésion doit être complète pour garantir le succès thérapeutique.

Nom et adresse du conférencier

BOURGEOIS Geoffrey
Service d'Odontologie
CHU de Reims
45 rue Cognacq-Jay
51100 Reims
geoffrey.bourgeois1@voila.fr

Fibrome cémento-ossifiant : à propos d'un cas à localisation maxillaire

Catherine JH*, Buisson J*, Gilmé A*, Roche-Poggi P*, Meunier-Carpentier S**

* Service d'Odontologie, Hôpital Nord, Marseille

** Service d'anatomie et de cytologie pathologiques, Hôpital Nord, Marseille

Le fibrome cémento-ossifiant (FCO) est une tumeur fibro-ossuse bénigne. Il s'agit d'une entité tumorale non odontogénique, d'évolution lente et progressive. Bien que considérée comme la plus fréquente des tumeurs fibro-ossuses, le FCO reste rare au niveau des maxillaires. La localisation est essentiellement mandibulaire (70 % des cas) avec une prédilection pour la région prémolo-molaire, une prédisposition féminine et une tranche d'âge comprise entre 20 et 30 ans (Chomette, 1997).

Un cas de FCO à localisation maxillaire est rapporté. Il s'agit d'une jeune fille âgée de 10 ans, adressée par son orthodontiste, pour la prise en charge d'une tuméfaction vestibulaire interincisive, de découverte fortuite. A l'examen clinique, la patiente présente une voussure vestibulaire de 10 mm située entre les apex de 11 et 21, celles-ci ne présentant pas de mobilité. Un diastème interincisif est observé. La palpation est ferme, indolore, de consistance osseuse.

L'orthopantomogramme révèle la présence d'une radiopacité hétérogène, limitée par un liseré radioclaire. L'examen tomographique montre une masse radio-opaque inhomogène, respectant les apex de 11 et 21. Cette masse semble composée de plusieurs fragments. L'exérèse de la lésion est réalisée sous anesthésie locale par abord vestibulaire. L'examen anatomopathologique de la pièce opératoire décrit un tissu conjonctif riche en fibroblaste au sein duquel s'édifie une substance cimentaire et osseuse avec une prédominance osseuse.

Longtemps individualisés, le fibrome cémentifiant et le fibrome ossifiant constituent maintenant une seule entité (Waldron, 1970). Le FCO a pour origine les cellules desmodontales du ligament alvéolo-dentaire (Thierbach, 2000). L'étiopathogénie reste inconnue, le FCO serait lié à un trouble de la maturation osseuse d'origine congénitale (Favre, 1995). La localisation maxillaire est rare, d'exceptionnelles localisations extra-maxillo-mandibulaire sont rapportées.

L'originalité de ce cas est l'âge de la patiente ainsi que la localisation maxillaire de la tumeur. Le diagnostic différentiel fait souvent envisager la dysplasie cémento-ossuse focale, le fibrome ossifiant juvénile ou une dysplasie fibreuse. Seul l'examen anatomopathologique permet de poser le diagnostic de FCO mais les examens cliniques et radiologiques sont en général contributifs. En l'absence de traitement, l'évolution de la tumeur menace les dents avoisinantes.

Nom et adresse du conférencier

CATHERINE Jean-Hugues
Service de Stomatologie et
Chirurgie Maxillo-Faciale
Hôpital Nord
27 chemin des Bourrelys
13015 Marseille
jean-hugues@netcourrier.com

A propos d'un cas de fistule palatine du canal incisif, sans kyste associé

Catros S*, Campana F*, Stoll D**, Fricain JC*

* Service d'Odontologie Hôpital Pellegrin, Bordeaux

** Service d'Oto-Rhino-Laryngologie, Hôpital Pellegrin, Bordeaux

Le canal incisif est constitué par la réunion des canaux nasopalatins droit et gauche et il livre passage aux nerfs et vaisseaux nasopalatins. Lors du développement embryologique, le canal incisif est formé par la fusion des deux bourgeons maxillaires. Sur la zone de jonction, la persistance à l'âge adulte de cellules épithéliales embryonnaires explique la formation de kystes non odontogènes à ce niveau. Ainsi le kyste du canal incisif peut se former dans différents sites, le long de l'accolement des deux canaux embryonnaires, depuis la partie postérieure du palais jusqu'à la papille palatine. L'étiologie de la prolifération des cellules épithéliales est mal définie : on évoque le rôle d'éléments traumatiques ou infectieux (Marx et Stern, 2003). Le kyste du canal incisif a été décrit la première fois par Meyer (1914), c'est le kyste non odonto-

gène le plus fréquent dans la région buccale (1 à 10 % de tous les kystes) et sa prévalence est d'environ 1 % (Mealey, 1993). De nombreuses observations différentes de kystes du canal incisif existent dans la littérature (Allard, 1981 ; Righini, 2004), et ces lésions parfois volumineuses provoquent toujours une lyse osseuse caractéristique (cœur de carte à jouer), avec de rares fistules associées à un processus infectieux.

Un cas clinique de fistule palatine du canal incisif, sans kyste, est rapporté. Il s'agit d'un homme de 55 ans, sans antécédents médicaux ni chirurgicaux, qui se plaint d'écoulements liquides, visqueux, en arrière de la papille rétro-incisive. Cet écoulement persiste depuis plusieurs années et bien qu'il soit indolore, il provoque une gêne persistante chez ce patient.

Cliniquement, on note une tuméfaction discrète de la papille rétro-incisive, mais la muqueuse est normale. Il est possible de cathétériser deux fistules situées de part et d'autre de la papille.

L'examen radiographique rétro-alvéolaire et occlusal, avec des cônes de gutta en place montre deux dents traitées endodontiquement, sans lyse osseuse péri-apicale, ni de l'os environnant.

Un examen tomodynamométrique est pratiqué et les bâtonnets de gutta objectivent le trajet des deux fistules, qui mettent en communication la cavité buccale et le canal incisif, jusqu'à hauteur du plancher des fosses nasales. Il n'y a pas de cavité kystique visible radiologiquement, et le canal incisif a un diamètre normal d'environ 4 mm (Chamada, 1980).

Une première intervention a été entreprise, avec une voie d'abord palatine ; celle-ci n'a pas permis d'éliminer entièrement le trajet fistuleux puisqu'une récurrence des écoulements s'est produite rapidement. Une seconde intervention réalisée sous anesthésie générale, avec une double voie d'abord (nasale et buccale), a permis de suivre le trajet fistuleux depuis le plancher des fosses nasales jusqu'à l'émergence endobuccale du conduit. L'exérèse du trajet fistuleux a été réalisée, ce qui a permis une disparition des signes cliniques en trois mois. L'examen anatomo-pathologique a montré un tissu

conjonctif dense, fibreux, avec de nombreux vaisseaux et quelques filets nerveux ; l'épithélium n'était pas visible sur le prélèvement.

Il a été rapporté quelques cas d'écoulements muqueux ou séreux, dus à la présence de kystes du canal incisif, qui peuvent parfois permettre de diagnostiquer ces lésions. Ces écoulements auraient pour origine des cellules glandulaires tapissant la paroi kystique (Keith, 1979 ; Marx et Stern, 2003). Dans le cas rapporté ici, on peut penser d'abord que la fistule a permis de drainer naturellement les produits de sécrétion de cellules glandulaires embryonnaires présentes dans le canal incisif, ce qui pourrait expliquer les écoulements séreux et l'absence de formation de cavité kystique chez ce patient. La deuxième hypothèse est que les deux fistules observées chez ce patient soient les vestiges des canaux naso-palatins embryonnaires droit et gauche.

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. 12, N° 4
2006

page 231

Perforation palatine liée à l'usage d'héroïne

De Nuncques MA*, Maetz B**, Langlois JM*, Libersa JC*

* Service d'Odontologie, CHRU de Lille

** Service d'ORL, Hôpital C Huriez, CHRU de Lille

Les perforations palatines consécutives à la prise de cocaïne sont bien documentées. En revanche, les cas rapportés de complications bucco-faciales liées à l'utilisation d'héroïne sont plus rares. Le cas présenté est celui d'un patient héroïnomanie qui avait une fistule bucco-nasale, consécutive à des lésions destructives des voies nasales par la prise quotidienne d'héroïne endo-nasale, depuis 15 ans, sans consommation de cocaïne associée. Lors de la consultation, le patient qui disait avoir sensiblement réduit sa consommation, suivait un traitement de substitution par la méthadone.

Le patient âgé de 40 ans, s'est présenté en consultation pour des difficultés d'élocution et une gêne lors de la mastication, associée à une perforation palatine évoluant depuis plusieurs mois. La voix du patient était nasonnée, il ne décrivait pas de douleurs mais un écoulement fréquent dans la région de la lésion. L'examen clinique mettait en évidence une fistule médiane ovoïde, bien délimitée, d'environ 5 millimètres de diamètre. L'examen endoscopique des fosses nasales montrait une destruction totale de la structure septale avec une ulcération du plancher. Les coupes scanographiques et la reconstitution tridi-

mensionnelle réalisée confirmaient l'étendue des lésions. Compte tenu de la présentation clinique très similaire aux cas rapportés de complications locales liées à l'inhalation de cocaïne et autres opiacés, les étiologies néoplasiques, infectieuses et auto-immunes ont été éliminées. L'héroïne peut être consommée sous différentes formes : injectée, fumée ou, plus rarement, inhalée en association avec de la cocaïne. La prise endo-nasale d'héroïne seule est donc peu fréquente, ce qui pourrait expliquer le peu de cas de complications locales décrits dans la littérature. Les mécanismes physiopathologiques ne sont pas clairement connus, une vasoconstriction et une immunosuppression locales pourraient être à l'origine de ces lésions.

La colonisation bactérienne et fongique semblerait également jouer un rôle dans le développement de ces lésions. Chez le patient, la prise en charge thérapeutique a été symptomatique, avec la réalisation d'une plaque palatine obturatrice qui a sensiblement amélioré son élocution et sa mastication. Compte-tenu de la poursuite de la consommation d'héroïne, la reconstruction chirurgicale n'a pas été envisagée d'emblée.

Ce cas présente un cas de perforation palatine liée à l'usage endo-nasal d'héroïne. Devant le nombre croissant de consommateurs inhalant l'héroïne, ce type de complication locale doit être connu.

Nom et adresse du conférencier
DE NUNCQUES Marie-Adeline
Centre Abel Caumartin
Avenue Oscar Lambret
59000 Lille
mariedegouve@hotmail.com

Manifestations buccales de l'histoplasmose : intérêt dans le diagnostic du SIDA

Guiavarc'h C*, Boisramé-Gastrin S*, De Saint Martin L**, Quintin-Roué I***, Le Toux G*

* Service d'Odontologie, CHRU de Brest

** Service de Médecine Interne, CHRU de Brest

*** Service d'Anatomo-Pathologie, CHRU de Brest

L'histoplasmose est une mycose endémique donnant des lésions buccales dans sa forme disséminée, surtout chez les sujets immunodéprimés.

Une Camerounaise de 32 ans est adressée par son chirurgien-dentiste traitant pour une suspicion de parodontite, associée à une ulcération douloureuse de la muqueuse buccale, évoluant depuis plusieurs semaines, et à une altération de l'état général se manifestant par une asthénie, des céphalées et des douleurs mandibulaires gauches.

L'examen clinique retrouve une vaste érosion gingivale sur toute l'hémimandibule gauche : cette lésion est ulcérovégétante à base indurée associée à des mobilités dentaires et à une adénopathie submandibulaire homolatérale. Cependant, l'orthopantomogramme ne met en évidence aucune atteinte osseuse. Une biopsie de la gencive ainsi qu'un prélèvement bactériologique sont réalisés sur le versant lingual : les résultats des examens concluent au diagnostic d'histoplasmose cutanéomuqueuse. La patiente est donc adressée au service de médecine interne qui, devant cette situation clinique, demande un test sérologique VIH qui s'avère positif. La patiente bénéficie d'un traitement initial à base d'amphotéricine B mais un relais par itraconazole s'impose rapidement devant l'apparition de réactions immuno-allergiques.

Il s'agit donc d'une histoplasmose disséminée, à *Histoplasma capsulatum*, chez une patiente séropositive pour le VIH, très immunodéprimée (13 CD4/mm³, 1 %). Quelques jours après ce diagnostic, elle présente un syndrome neurologique grave avec un épisode de confusion et de convulsions suivi de troubles de la marche.

L'examen tomodynamométrique de l'encéphale retrouve une quinzaine d'abcès cérébraux et la ponction stéréotaxique confirme la présence de *Histoplasma capsulatum*. Le traitement par itraconazole est donc intensifié. Devant l'amélioration clinique, un traitement anti-rétroviral (quadrithérapie) est mis en place. La tolérance est moyenne avec réapparition des céphalées, associées à des diarrhées profuses. Un nouvel épisode neurologique sous forme d'épilepsie partielle est mis en évidence. Il s'agit d'un syndrome de réimmunisation.

L'histoplasmose est une mycose endémique survenant par inhalation de spores. Il existe trois formes cliniques et la forme disséminée est assez fréquente chez le sujet présentant un déficit de l'immunité cellulaire avec moins de 100 CD4/mm³ (Loeb, 2004). Selon les auteurs, les lésions buccales se retrouvent dans 30 à 45 % des formes disséminées et constituent souvent, dans la population d'Amérique du Nord, la première manifestation clinique du SIDA (Gomes Ferreira, 2001). Le diagnostic précoce et la prise en charge thérapeutique des lésions, sont d'une importance capitale devant l'issue souvent fatale de la maladie (Economopoulou, 1998 ; Hodgson et Rachanis, 2002).

Nom et adresse du conférencier
GUIAVARC'H Carine
Service d'Odontologie
CHU Morvan
2 rue Auguste Le Faux
29200 Brest
carine.guiavarch@wanadoo.fr

Syndrome de Melkersson Rosenthal à caractère familial : à propos d'un cas

Hentati H*, Hammami S**, Oualha L*, Mannäi I*, Selmi J*

* Service de Médecine et Chirurgie Buccales, Clinique Universitaire d'Odontologie, Monastir, Tunisie

** Service de Médecine Interne, Hôpital Universitaire Fattouma Bourguiba, Monastir, Tunisie

Le syndrome de Melkersson-Rosenthal (SMR) est rare et caractérisé par la triade œdème facial, paralysie faciale périphérique (PFP) et langue plicaturée. En 1928, Melkersson décrit l'association d'une paralysie faciale et d'un œdème oro-facial au sein d'un même syndrome. En 1931, Rosenthal complète ce tableau par la description d'une langue plicaturée. Ce syndrome touche essentiellement des adultes jeunes, sans prédilection de sexe. La pathogenèse reste très discutée.

Le cas rapporté est celui d'un patient de 18 ans qui consulte en mai 2005 pour une macrochéilite supérieure, évoluant par poussées depuis 5 mois, sans que la lèvre reprenne son aspect normal entre les poussées. L'anamnèse révèle des antécédents de PFP gauche survenue en juin 2004 qui a guéri sans séquelles après un traitement médical. L'examen endobuccal trouve une langue plicaturée, des dents fluorotiques, sans caries, la 38 et la 48 enclavées sans signes infectieux et le site d'une extraction récente (47). La radiographie panoramique montre que 18 et 28 sont incluses. L'arbre généalogique retrouve la triade symptomatique chez 2 cousins de 2^e degré et des formes incomplètes (œdème facial et/ou langue plicaturée) au sein des frères et sœurs. La biopsie des glandes salivaires accessoires objective des acini et des canaux excréteurs de morphologie normale, un tissu interstitiel qui renferme un discret infiltrat lymphocytaire et plasmocytaire ; il n'y a pas de granulomes épithélioïdes. Les explorations biologiques sont normales. L'absence de signes gastro-intestinaux permet d'éliminer une maladie de Crohn. Le diagnostic de SMR à caractère familial est retenu. Le patient est mis sous corticothérapie systé-

mique (0,5 mg/kg/jour), une nette amélioration est observée. Après trois mois, la dose est réduite progressivement pour atteindre 10 mg/jour ; des poussées de macrochéilite sont alors signalées. Des injections intralésionnelles de triamcinolone acétonide (Kénacort Retard® 40 mg/ml) sont réalisées : 0,5 ml réparti en 4 points d'injection. Le résultat immédiat est satisfaisant.

Le caractère familial est retrouvé dans la littérature où l'on note des cas de SMR survenant simultanément chez plusieurs membres d'une famille ou dans une famille sur plusieurs générations successives (Chaine, 1990 ; Meisel-Stosiek, 1990). Sur le plan thérapeutique, c'est l'œdème qui pose le plus de difficultés. L'œdème facial touche surtout les lèvres. Des localisations extrafaciales et même extracéphaliques ont été quelquefois décrites (Grosshans, 1991). La langue plicaturée est le plus souvent bien tolérée. Quant à la PFP, certains auteurs ont décrit des gestes chirurgicaux exceptionnels de décompression du nerf facial dans son segment intrapétréux (Labrouhe, 1994). Pour la macrochéilite, deux options thérapeutiques sont envisageables : traitement médical ou chirurgical. Ces traitements n'empêchent pas la récurrence.

Nom et adresse du conférencier

HENTATI Hajer Aloulou
Service de Médecine et Chirurgie Buccales
Clinique Universitaire d'Odontologie
de Monastir
Avenue Avicenne
5019 Monastir, Tunisie
hajer.hentati@laposte.net

médecine
buccale
chirurgie
buccale

vol. 12, n° 4
2006

page 233

Homeopathy vs. allopathic medication after third molar surgery: a comparative study of postoperative outcome

Hernán T, Donado M, Martínez JM, Cáceres E, Kathan C

Department of Medicine and Orofacial Surgery, Madrid Complutense University Dental School, Spain

Since Hahnemann established the fundamental principles of homeopathy, its use has increased considerably. It has been used as an alternative to allopathic treatments in several medical fields showing less side effects than conventional therapies. There are few references in the literature of the use of homeopathy after surgical third molar removal. The aims of the present study were to compare swelling, pain, and trismus after third molar removal in patients treated with homeopathy and allopathy. Ninety patients, 18 to 30 years old, who were subjected to the removal of impacted mandibular third molars, were

divided into two groups. Exclusion criteria were: heavy smoking, previous treatments with homeopathy and patients unwilling to continue with the study. Also patients whose operation time exceeded 20 minutes or those treated with any medication were excluded. Prior to the surgical procedure the maximum mouth opening was measured between the incisal edges of the upper and lower central incisors. A modified protocol based on Amin and Laskin's measures, was used to evaluate postoperative swelling. The forty-five patients in Group A received Traumeel S® (10 drops, 4 times per day) during

7 days. The other forty-five patients, Group B, served as controls and received a combination of Amoxicillin 750mg every 8 hours for 7 days and Diclofenac every 8 hours for 5 days. Metamizol was prescribed as an analgesic in both groups. Patients were re-examined 48 hours and 1 week after surgery. The degree of pain (by the use of a scale visual analogue and record of analgesic use) was also recorded. The same measurements of mouth opening and the distances on the side of the face were taken.

There was no significant difference between the two groups in terms of the duration of the operations. The difference in the percent of swelling between the two groups was not significant; the mean percent of swelling 48 hours after surgery was 5.38 ± 0.59 S.E. in Group A and 4.89 ± 0.57 S.E. in Group B ($t=0.60$). It was 1.71 ± 0.29 S.E. in Group A and 1.45 ± 0.27 S.E. in Group B 1 week after surgery ($t=0.63$). The difference in the percent of trismus between the two groups was not significant 48 hours after surgery, but after 1 week the percent of trismus was

significantly less in Group B 1.45 ± 0.27 S.E. than in Group A 1.71 ± 0.29 S.E. ($t=3.72$) ($p < 0.0005$). There was no significant difference in the degree of pain between the two groups. No side effects were reported in Group A. One patient of Group B complained of gastric upset.

The results of this study suggest that Traumeel S® can be used as an alternative to standard medication to manage postoperative swelling. Trismus, however, was less, 1 week postoperatively, in those patients receiving allopathic treatment. Pain was the same in both groups.

Nom et adresse du conférencier

HERNÁN PÉREZ DE LA OSSA Tomás
Oral and Maxillofacial Surgery Teaching Unit
Department of Medicine and Orofacial Surgery
Madrid Complutense University Dental School
Santa Engracia 19, 4^oDcha
28010 Madrid, Spain
drthernan@hotmail.com

Projection de racines dentaires dans le sinus maxillaire. A propos de dix neuf cas

Lattafi R*, Amarouche S*, Kanoun R*, Mezghiche Y*, Saari B*, Azouani Y**, Ferdjaoui A**, Kabir A**, Hafiz S**

* Service de Pathologie Bucco-Dentaire et Chirurgie Buccale, CHU Mustapha, Alger

** Service de Chirurgie Maxillo-Faciale, CHU Mustapha, Alger

La projection d'une racine ou d'une dent dans le sinus est un accident rare qui survient en présence d'un plancher sinusien affaibli, lors d'une extraction dentaire traumatique. Ce refoulement radiculaire est provoqué par la poussée d'un davier (l'organe dentaire s'échappe des mors du davier), d'un élévateur ou d'un syndesmotome. Cette étude porte sur dix neuf cas recensés entre mai 1998 et avril 2005 ; les résultats sont les suivants.

Dans 60 % des cas, les patients étaient de sexe masculin, l'âge variait entre 30 et 39 ans. L'interrogatoire a révélé que le diagnostic de la présence de la racine dans le sinus se fait soit le jour même, soit tardivement (jusqu'à 2 ans plus tard).

La carie avec ses complications a représenté l'indication principale de l'extraction dentaire à réaliser. Les dents les plus fréquemment incriminées sont :

- la 1^{re} molaire : 11 cas ;
- la 2^e molaire : 8 cas.

Dans ce travail, nous avons noté que 11 cas intéressaient le côté gauche et 8 cas le côté droit. Pour ce qui est de l'état de la denture bordant la communication bucco-sinusienne avec racine(s) intra-sinusienne(s), un seul patient avait encore toutes les dents sur l'arcade. En ce qui concerne les racines refoulées dans le sinus, la racine palatine était concernée dans 6 cas.

Devant la rareté de ces accidents, la décision d'une intervention doit être correctement évaluée :

- En dehors d'une situation d'urgence, l'abstention thérapeutique se conçoit parfois, mais des complications peuvent survenir (Killey, 1964 ; Woolley, 1997).

- L'évaluation clinique d'une racine refoulée dans le sinus se fait en tenant compte de certains paramètres :
 - Les déplacements de la racine dus aux mouvements ciliaires de la muqueuse sinusienne ;
 - La situation naturellement haute et le diamètre de l'ostium ;
 - La racine refoulée dans le sinus constitue un corps étranger ;
 - Le rôle de la pesanteur dans la position de la racine ;
 - L'état général du patient ;
 - Et l'aspect médico-légal.

L'intervention chirurgicale sera réalisée, selon le cas, sous anesthésie locale ou sous anesthésie générale, en fonction de la position du fragment radiculaire déterminée par un bilan radiologique récent (cliché panoramique, scanner et cliché rétro-alvéolaire réalisés en préopératoire) et de l'état présent du sinus.

Lorsque l'intervention s'effectue sous anesthésie locale, la racine est éliminée par voie alvéolaire. Cette méthode a été utilisée dans 13 cas sur 19. Avec cette technique il y a eu un échec: après deux tentatives d'extraction par voie alvéolaire, l'une sous anesthésie locale et l'autre sous anesthésie générale, 1 des 2 racines pu être extraite. Le contrôle de cas se poursuit jusqu'à ce jour.

Nom et adresse du conférencier

LATTAFI Rachid
Rue Courbet 10
Pce Hoche, Alger Centre, Algérie
rlattafi@caramail.com

Supernumerary and impacted premolars revisited

Noujeim Z

Department of Oral and Maxillofacial Surgery, Department of Oral Pathology and Diagnosis
Lebanese University School of Dentistry, Beirut, Lebanon

Supernumerary premolars are "extra" teeth morphologically belonging to the premolar group: hyperdontia affecting these teeth can be single (if one supplemental premolar) or multiple (if several). Prevalence among the general population ranges from 0.09 to 0.64% (Valmaseda- Castellon, Berini-Aytès and Gay-Escoda, 2001; Rubenstein et al., 1991; Stafne, 1932). Supernumerary premolars can also be associated to some craniofacial anomalies and developmental syndromes, mainly cleidocranial dysplasia, cleft lip and palate and Gardner Syndrome (Soames and Southam, 1993; Van der Waal and Van der Kwast, 1988). 69.5 % of multiple supernumerary teeth are located in the premolar regions (Melamed et al., 1994) and unlike other supernumerary dental types, supernumerary premolars are much more frequent in mandible than in maxilla (Gay-Escoda, 1995; Rodrigues-Armijio et al., 1996; Nadal-Valldaura, 1987; Rubenstein et al., 1991; So, 1990).

The overall frequency of premolar impaction in adults has been reported to be 0.5% (Mead, 1930), the frequency of maxillary second premolar impaction ranging from 0.1% to 0.3% and that of mandibular premolar impaction from 0.2% to 0.3% (Sinkovits and Polczer, 1964; Oikarinen and Julku, 1974). In both maxilla and mandible, the last premolars to erupt (second premolars) are usually the ones that become impacted: failure of eruption of premolars is possibly the result of lack of space or space loss (Hitchin, 1966; Nordenram and Stromberg, 1968; Andreasen and Esmark, 1996), gross malposition (ectopic position of tooth germs), obstacles in their eruption path (such as ankylosed primary molars and presence of supernumerary teeth or odontomas). Premolar eruption problems can also be associated with a craniofacial anomaly and/or a developmental syndrome (Seward, 1987). According to scandinavian reports (Thilander and

Myrberg, 1973; Thilander et al., 1973) and excluding the third molar, the (permanent) maxillary canine accounts for 41% of impactions and this is followed by the maxillary second premolar (26.9%) and mandibular second premolar (23.8%) respectively. Clinical experience showed that impacted maxillary premolars are usually retained palatally and impacted mandibular premolars lingually, some of embedded premolars can also be retained in dentigerous (follicular) cysts (12-17% of all follicular cysts seem to develop from premolars according to Mourshed, 1964 and Brown et al., 1982).

Supernumerary and/or impacted premolars may cause aesthetic problems, masticatory inefficiency, difficulty in oral hygiene, marginal periodontal problems, space loss and pathological complications (follicular cyst formation, root resorption of adjacent teeth, nerve compression...). Although complications are rare, treatment planning should include radiographic evaluation, comprehensive medical and dental histories, and patient's attitude towards different treatment modalities. Managing options include non-invasive "wait and see" approach (Becker, 1998), surgical exposure and orthodontic repositioning, surgical repositioning and (surgical) removal.

The presentation will review more than ten clinical cases of impacted and supernumerary premolars. These cases are isolated cases or associated to local pathologies (cysts, tumors) or craniofacial anomalies or syndromes (cleidocranial dysplasia, Gorlin-Goltz syndrome).

Nom et adresse du conférencier

NOUJEIM Ziad
P.O. Box 166496
Achrafieh, Beirut 1100-2130
Lebanon
ziadnari@hotmail.com

médecine
buccale
chirurgie
buccale

vol. 12, n° 4
2006

page 235

Note technique : La navigation : implantologie pour tous ?

Roches JL

St Laurent du Var

Afin de concrétiser une planification prothétique précise, imposant un positionnement strict des implants, l'implantologiste a recours à un « outil » moderne alliant précision et fiabilité : la Navigation (Robodent Technology®). Déjà utilisée dans d'autres domaines médicaux-traumatologie, chirurgie reconstructrice, neurochirurgie – la navigation, tel le « GPS » de nos véhicules récents, permet de guider librement et de façon très précise, la main du chirurgien, tout au long de son intervention (Strauss,

Krueger et Ruppin, 2005).

L'exploitation informatique des données numériques du CT scan spiralé autorise dans un premier temps la réalisation d'une simulation de chirurgie implantaire, appelée planification. Une représentation 3D des structures osseuses offre quantité de renseignements (Schramm, Caversaccio, Langlotz). Le logiciel de planification permet le positionnement précis des axes prothétiques donnant ainsi un sens plus fonctionnel aux implants choisis.

La partie chirurgicale, qui se veut par cette technologie la moins invasive possible, est contrôlée en temps réel par l'ordinateur. La liberté de mouvement est donnée tant au chirurgien qu'au patient par l'utilisation de « trackers » optiques. Un faisceau infrarouge pulsé, émis 20 fois par seconde, par une caméra de télémétrie de grande précision, se reflète sur les billes de verre des trackers. (Krueger, Weber et Lueth, 2005). L'enregistrement du point zéro initial est réalisé de façon automatique par simple présentation de l'instrument de travail. On pourra, après avoir « opéré » le modèle de laboratoire, réaliser une prothèse provisoire pouvant être placée dès la fin de l'intervention chirurgicale. Développée dans divers hôpi-

taux allemands, cette technologie apporte incontestablement une avancée majeure dans l'acte implantaire. La présentation de plusieurs cas cliniques détaillés permettra à l'auditeur d'appréhender les protocoles d'utilisation de la navigation ROBODENT (Krueger et Lueth 2005). Les thèmes de la mise en charge immédiate de l'esthétique et de la robotique seront abordés.

Nom et adresse du conférencier

ROCHE Jean-Louis
167 Promenade des Flots bleus
06700 Saint Laurent du Var
jeanlouis.roche@wanadoo.fr

Manifestations buccales de la maladie de Wegener (MW) : à propos d'un cas

Rondi P* ***, Bischof M* ***, Vonlaufen-Voumard D*, Lombardi T**, Samson J*

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

** Laboratoire d'Histopathologie Buccale, Faculté de Médecine, Genève, Suisse

***CDC, Swiss Dental Clinics Group, Lausanne, Suisse

La MW est une vascularite granulomateuse rare, d'étiologie inconnue, probablement multifactorielle, intéressant les vaisseaux de petit et moyen calibre. Elle touche essentiellement les adultes d'âge moyen (20 cas/million d'habitants ; Mahr, 2004), se traduit par des lésions des voies aériennes supérieures, des poumons et des reins. Les manifestations stomatologiques, rares, comportent trois types de lésions: ulcérations douloureuses ou non, hyperplasies gingivales papillaires d'aspect pathognomonique et une atteinte des glandes salivaires (Eufinger, 1992). L'aspect histologique comporte trois éléments essentiels: granulomes inflammatoires, vascularite et nécrose. Sans traitement, le taux de mortalité est élevé (82 % dans une série ; Duna, 1995). Avec un traitement combinant corticoïdes et cyclophosphamide, on obtient en général une nette régression des manifestations.

Une femme de 44 ans consulte en janvier 2001 pour des lésions gingivales évoluant depuis 5 semaines. Elles sont constituées par des lésions tumorales, rouge foncé, d'aspect framboisé, non douloureuses, siégeant sur la fibromuqueuse gingivale dans les régions canines. Les lésions débordent sur la muqueuse libre vestibulaire, pelvienne et palatine. L'examen histopathologique montre un épithélium hyperplasique avec des crêtes épithéliales acanthosiques. Le chorion contient un infiltrat inflammatoire très dense, polymorphe, composé de lymphocytes, plasmocytes et polynucléaires neutrophiles avec de nombreux polynucléaires éosinophiles et de rares cellules géantes multinucléées. Cet aspect fait évoquer une MW mais, en l'absence d'autres manifestations, le médecin traitant n'encourage pas la patiente à effectuer des investigations complémentaires.

En avril 2002, la patiente développe une épisclérite nodulaire bilatérale, que l'ophtalmologue attribue à la MW. Le taux des c-ANCA (AntiNeutrophil Cytoplasmic Antibodies) s'élève à 43 U. Un traitement associant corticothérapie systémique et topique est prescrit. Un mois plus tard, la patiente présente des douleurs articulaires, une obstruction nasale, des érosions buccales associées à une perte pondérale et des épisodes fébriles. Les examens de laboratoire confirment l'évolution de la MW. Après la prescription de prednisone et de cyclophosphamide, on observe une régression des symptômes et du syndrome inflammatoire. À partir d'avril 2004, le traitement d'entretien (prednisone et azathioprine) permet d'obtenir une phase de rémission prolongée.

Après avoir été longtemps méconnues, les manifestations stomatologiques de la MW sont maintenant bien décrites. Elles semblent relativement fréquentes, mais elles sont souvent au second plan et rarement à l'origine de la découverte de la maladie. Elles peuvent comporter des lésions tumorales gingivales dont l'aspect clinique et histopathologique est pathognomonique de la MW. Ces lésions précèdent parfois de plusieurs mois l'apparition des lésions systémiques (Brooke 1969).

Nom et adresse du conférencier

RONDI Plinio
Division de Stomatologie
Chirurgie Orale et Radiologie
Dento-Maxillo-Faciale
Rue Barthélemy-Menn 19
1211 Genève 4, Suisse
rondip@bluemail.ch