

51<sup>e</sup> Congrès de la SFMBCB  
Genève  
26-27 avril 2007

**A propos d'un ostéosarcome du maxillaire**

Chbicheb S, Oujilal A, El Wady W

Service d'Odontologie chirurgicale, CCTD, Rabat, Maroc

L'ostéosarcome du maxillaire est une tumeur conjonctive maligne caractérisée par l'élaboration d'os ou de substance ostéoïde d'aspect tumoral malin (Nakayama, 2005).

Un patient âgé de 23 ans a été suivi et traité conjointement depuis novembre 2004 par le Service d'Odontologie chirurgicale et d'ORL pour une volumineuse tuméfaction maxillaire gauche, évoluant depuis 6 à 8 mois. L'examen exobuccal objective une asymétrie faciale. L'examen endobuccal révèle une tuméfaction bourgeonnante intéressant les deux muqueuses, s'étendant de la 23 jusqu'à la 28, de consistance ferme, saignant au contact. Les dents en rapport sont saines et répondent positivement aux tests de vitalité. La radiographie panoramique montre une image ostéocondensante s'étendant de la région incisive jusqu'à la région molaire. Un examen tomodynamométrique montre un processus tumoral avec un aspect hétérodense comportant une composante hyperdense entourée à la périphérie d'une composante isodense. Une biopsie tumorale a précisé qu'il s'agit d'un processus sarcomateux de nature chondroïde. Le bilan d'extension général était négatif.

Une chirurgie d'exérèse tumorale par voie externe, type voie paralatéronasale, consistant en une maxillectomie gauche en monobloc. L'étude anatomopathologique a conclu à un ostéosarcome type ostéoblastique. Le patient bénéficie en postopératoire d'une chimiothérapie et d'une radiothérapie complémentaire à la dose de 60 Gy. Après 18 mois d'évolution, une récurrence tumorale est constatée et confirmée par l'examen tomodynamométrique. Le patient est traité actuellement par chimiothérapie à visée palliative.

L'ostéosarcome représente la tumeur maligne primitive la plus fréquente. L'âge moyen des patients varie entre 30 et 40 ans (Bennet, 2000). Sur le plan étiopathogé-

nique, la plupart des ostéosarcomes se développent de manière primitive (Mardinger, 2001). Dans certains cas, un antécédent traumatique est retrouvé. Ces tumeurs peuvent également apparaître à la suite d'une dégénérescence d'une lésion osseuse bénigne comme la dysplasie fibreuse, la maladie de Paget (Wright, 2003). La radiothérapie peut favoriser la survenue ultérieure des ostéosarcomes radio-induits. Sur le plan clinique, les deux signes les plus fréquemment retrouvés sont la douleur et la tuméfaction de consistance élastique, ferme ou dure. Dans des formes assez évoluées, d'autres signes souvent associés entre eux sont également notés : mobilité, douleurs et chute dentaires, troubles nerveux sensitifs (hypoesthésie ou anesthésie) dans le territoire du nerf infra-orbitaire (Yamaguchi, 2004). Sur le plan radiologique, l'aspect classiquement retrouvé, est celui d'un « feu d'herbes ». Histologiquement, cette tumeur est caractérisée par l'existence au sein d'un stroma sarcomatoïde de tissu squelettogène disposé de façon anarchique. Le traitement se base sur une chirurgie d'exérèse tumorale radicale en sandwich avec une chimiothérapie pré- et postopératoire, complétée par une radiothérapie à titre palliatif (Yoon, 2005).

Sur le plan évolutif, l'ostéosarcome se caractérise par la rapidité de son évolution, par sa forte tendance à donner des récurrences tumorales locales et par son faible pouvoir métastatique à distance (Guinebretière, 2001).

Nom et adresse du conférencier

CHBICHEB Saliha  
Faculté de Médecine dentaire  
BP 6212, Rabat Instituts  
Irfane – Rabat, Maroc  
s\_chbicheb@yahoo.fr

médecine  
buccale  
chirurgie  
buccale

vol. 13, n° 3  
2007

page 167

### Sclérodermie généralisée : à propos d'une observation

Chbicheb S, El Wady W

Service d'Odontologie chirurgicale, CCTD, Rabat, Maroc

La sclérodermie est une maladie rare qui fait partie des collagénoses et qui résulte d'un défaut de régulation de la synthèse du collagène. Elle atteint surtout la femme entre l'âge de 30 à 40 ans. Cette affection, d'étiopathogénie inconnue, est caractérisée par un tableau clinique polymorphe qui associe une atteinte cutanée, des lésions viscérales et maxillo-faciales caractéristiques (Fischhoff, 2000).

Une patiente, âgée de 43 ans, nous a été adressée pour une mise en état de sa cavité bucco-dentaire. Sa maladie a débuté en 1995 par des polyarthralgies suivies de l'apparition d'un syndrome de Raynaud. L'inspection révèle un faciès cireux et momifié. Son nez est effilé; ces lèvres sont pâles, fines et soulignées par des ridules radiaires. La palpation du revêtement cutané de l'avant bras révèle une peau cartonnée et indurée. Des télangiectasies y sont également visibles. Les doigts sont incurvés avec une sclérodactylie. L'examen endobuccal est marqué par la limitation d'ouverture buccale. Les muqueuses sont pâles et sèches. La langue est dépaillée et le frein lingual est rétracté, gênant la protraction linguale. Les piliers du voile sont par ailleurs amincis et tendus. Le schéma dentaire révèle aussi de nombreuses caries profondes, ainsi que des restaurations défectueuses.

La radiographie panoramique révèle une radioclarité bilatérale des deux angles mandibulaires signant un début de lyse osseuse et des élargissements ligamentaires, surtout dans les secteurs postérieurs. La patiente est actuellement sous traitement vasodilatateur périphérique. Son état bucco-dentaire a nécessité un détartrage, suivi de nombreuses extractions dentaires et soins de caries.

La sclérodermie se traduit cliniquement par une sclérose cutanée, des manifestations viscérales caractérisées par des dyskinésies oeso-gastro-intestinales, une fibrose interstitielle diffuse des poumons, une myocardite sclérodermique spécifique (Rout, 1996).

Les lésions maxillo-faciales sont fréquentes, caractérisées par la présence de télangiectasies, une dépaillage de la langue, une limitation d'ouverture buccale, une xérostomie qui est due soit à une sclérose glandulaire, soit à un syndrome de Gougerot-Sjogren associé (Nagy, 1994). Les lésions dentaires consistent en un épaississement du ligament alvéolo-dentaire (signe de Stafne). Les lésions osseuses siègent préférentiellement à la mandibule (Haers, 1995). Le traitement de cette maladie est empirique et aléatoire. Il comporte des médications à visée vasculaire. Sa prise en charge odonto-stomatologique, rendue difficile par la microstomie, nécessite pour le chirurgien dentiste la mise en œuvre de toutes les ressources de motivation pour l'hygiène bucco-dentaire, de dentisterie conservatrice et de prothèse pour maintenir un état sain de la cavité buccale. Le pronostic est essentiellement lié à l'étendue de l'atteinte viscérale, une collaboration étroite entre le dermatologue, le clinicien et le chirurgien dentiste s'avère indispensable afin d'assurer une surveillance de cette maladie dont l'évolution est péjorative.

Nom et adresse du conférencier

CHBICHEB Saliha  
Faculté de Médecine dentaire  
BP 6212 Rabat Instituts  
Irfane – Rabat, Maroc  
s\_chbicheb@yahoo.fr

### Maladie de Rendu-Osler ou télangiectasies héréditaires hémorragiques

Chbicheb S, Cherkaoui A, El Wady W

Service d'Odontologie chirurgicale, CCTD, Rabat, Maroc

La maladie de Rendu-Osler (MRO) est une dysplasie capillaire héréditaire, à transmission autosomique dominante se caractérisant par une angiomatose télangiectasique à la fois cutanée, viscérale et muqueuse (Sukkarieh, 2003). Un patient âgé de 60 ans dont la maladie de Rendu-Osler a été diagnostiquée devant des épistaxis à répétition, des angiomes cutanés du visage et du tronc et des angiomes muqueux de la cavité buccale. Plusieurs membres de la famille, du côté maternel, présentaient la même maladie. Le patient a consulté dans notre service pour une hémorragie buccodentaire spontanée, siégeant dans la région molaire inférieure gauche. La prise en charge du patient a consisté à stopper le saignement en utilisant les moyens

d'hémostase locale, puis le malade a été adressé à son médecin traitant.

Sur le plan physiopathologique, les manifestations de MRO sont dues à des anomalies vasculaires. La lésion initiale est une dilatation localisée des veinules post-capillaires. Ces altérations vasculaires rendent compte des hémorragies survenant lors des blessures ou parfois lors des ruptures spontanées (Plauchu, 1992). Sur le plan clinique, la MRO se définit par une triade clinique. Les épistaxis apparaissent trois fois sur quatre dans la 2<sup>e</sup> décennie de la vie, elles sont caractérisées par leur survenue spontanée, parfois nocturne, sans aucun traumatisme favorisante ; leur variabilité est très grande pour l'abondance, la

durée, le moment de survenue et l'évolution. Elles sont dues à des dilatations angiomateuses des vaisseaux de la tache rouge des fosses nasales. Ces épistaxis sont responsables, chez près de la moitié des malades de plus de 45 ans, de l'installation d'une anémie ferriprive longtemps bien supportée (Plauchu, 2004).

Les télangiectasies se présentent comme un réseau de capillaires distendus ou comme un angiome stellaire, centré sur un point rouge vif, de la taille d'une grosse tête d'épingle. La taille habituelle des éléments est de 1 à 2 mm, leur siège est le plus souvent sur le bord cutanéomuqueux des lèvres, mais peut se rencontrer sur la face dorsale de la langue comme dans notre cas, la face interne des joues, les gencives, la muqueuse vélo-palatine, la paroi pharyngée (Szpirglas, 1994).

Le risque hémorragique est proportionnel au nombre et à la taille des lésions vasculaires. L'évolution peut être entièrement bénigne, sans anémie, En plus du dépistage, l'odontologiste joue un rôle important dans la prise en

charge des lésions qu'elles soient primaires ou secondaires, dans les thérapeutiques mises en œuvre. Ainsi, le praticien doit assurer une bonne motivation et un enseignement adéquat de l'hygiène bucco-dentaire afin de prévenir la surinfection de ces lésions. Les actes sanglants pouvant être réalisés en prenant des précautions particulières (Bouziane, 2002).

Une collaboration étroite entre l'hématologue et le chirurgien dentiste est d'un grand apport pour la prise en charge de ces malades atteints d'affections générales à expression buccale.

Nom et adresse du conférencier

CHBICHEB Saliha

Faculté de Médecine dentaire

BP 6212, Rabat Instituts

Irfane – Rabat, Maroc

s\_chbicheb@yahoo.fr

## Etude rétrospective des ulcérations buccales chez les patients transplantés rénaux traités par sirolimus

Fricain JC<sup>1</sup>, Cellérié K<sup>1</sup>, Catros S<sup>1</sup>, Merville P<sup>2</sup>

1 Service d'Odontologie. Hôpital Pellegrin, Bordeaux.

2 Service de Néphrologie. Hôpital Pellegrin, Bordeaux.

Les ulcérations buccales peuvent être d'étiologies infectieuses (Ajay, 2006), inflammatoires (Fricain, 2005), traumatiques (Baroni, 2006), cancéreuses (Czeminski, 2006) ou iatrogènes (Huttenberger, 2002). Parmi les ulcérations d'origine médicamenteuse, certaines ont été corrélées à la prise d'immunosuppresseurs : mycophénolate mophétil (Apostolou, 2004), tacrolimus (Maccario-Barrel, 2001), azathioprine (Madinier, 2000). Plus récemment, le sirolimus a été incriminé (Van Gelder, 2003 ; Montalbano, 2004). Les objectifs de notre étude étaient pour la première fois de caractériser les ulcérations, de rechercher des facteurs externes associés à leur survenue et de discuter l'imputabilité du sirolimus dans la survenue des ulcérations.

Trente sept dossiers de patients transplantés rénaux, traités par sirolimus entre juin 2002 et février 2006 ont été analysés. Les données collectées incluaient : l'âge, le sexe, les causes de la transplantation, la dose moyenne de sirolimus administrée et la sirolémie, les traitements en cours, la présence d'infection virale, l'hémogramme et les dosages sériques des folates, de la ferritine, du fer et de la vitamine B<sub>12</sub>, l'existence d'une maladie chronique inflammatoire de l'intestin et de traumatismes locaux. Les patients ont été divisés en 2 groupes en fonction de la survenue ou non d'ulcérations buccales. L'imputabilité du sirolimus dans la survenue des ulcérations a été discutée selon la méthode décrite par Begaud et coll., 1985.

Les ulcérations ont été observées sur 8 patients sur 37 dossiers. Celles-ci étaient de forme variable, le fond fibrineux, les bords n'étaient pas surélevés et il n'existait

pas de liseré périphérique érythémateux, leur taille variait de 1 à 15 mm et leur nombre de 2 à 5. La muqueuse de recouvrement était systématiquement intéressée alors que les muqueuses masticatoires et spécialisées étaient indemnes. L'examen histologique révélait une ulcération non spécifique associée à un infiltrat inflammatoire polymorphe. Le sexe ratio était de 1 femme pour 3 hommes dans le groupe avec ulcérations (GAU) et de 1 femme pour un homme dans le groupe sans ulcérations (GSU). La moyenne +/- écart type pour le sirolimus absorbé (mg) et la sirolémie (ng) étaient de 3,2 mg +/- 1,7 dans le GSU, 3,2 mg +/- 1,05 dans le GAU et 9,8 ng +/- 4,09 dans le GSU, 9,48 ng +/- 3,67 dans le GAU. Parmi les maladies à l'origine de l'insuffisance rénale, la glomérulonéphrite était plus fréquente dans le GSU et la maladie de Berger dans le GAU. Le pourcentage de patients ayant arrêté le sirolimus était de 55 % dans le GSU et 62 % dans le GAU. Deux patients ont arrêté le sirolimus en partie à cause des ulcérations buccales. L'association sirolimus avec mycophénolate mophétil était de 62 % dans le GSU et 62,5 % dans le GAU. Sur les 8 cas d'ulcérations observées, l'imputabilité intrinsèque était douteuse dans 2 cas mal documentés, possible dans 4 cas et vraisemblable dans deux cas. L'imputabilité extrinsèque basée sur les données de la littérature est cotée B2, c'est-à-dire qu'il s'agit d'un effet secondaire peu connu, rarement publié. Les résultats de cette étude semblent mettre en évidence que les ulcérations buccales observées sont superposables sur le plan clinique à celles observées au cours de la prise d'autres

médicaments comme le nicorandil (Boulinguez, 2003). Parmi les paramètres étudiés dans les deux groupes, il ne semble pas exister de facteur externe favorisant la survenue des ulcérations. Enfin l'imputabilité si elle n'a pu être systématiquement prouvée, est possible, voire vraisemblable.

Nom et adresse du conférencier  
FRICAIN Jean-Christophe  
Service d'Odontologie, Hôpital Pellegrin  
Place Amélie Raba Léon  
33000 Bordeaux  
jean-christophe.fricain@biophys-u-bordeaux.fr

### **Prise en charge des cellulites odontogènes : comparaison entre une cohorte de patients hospitalisés et une cohorte de patients ambulatoires**

Davido N<sup>1</sup>, Toledo-Arenas R<sup>2</sup>, Charpentier E<sup>2</sup>, Ménard P<sup>3</sup>, Azérad J<sup>2</sup>

1 Service d'Odontologie, CHU Pitié-Salpêtrière, Université Paris VII

2 Service d'Odontologie, CHU Pitié-Salpêtrière

3 Service de Chirurgie maxillo-faciale, CHU Pitié-Salpêtrière, Université Paris VI

La littérature ne fournit pas de protocole explicite pour la prise en charge des cellulites maxillo-faciales odontogènes. Si le traitement est presque toujours médico-chirurgical, la prise en charge en hospitalisation, autrefois de règle, peut se voir désormais remplacée par un traitement ambulatoire. Au sein du Groupe Hospitalier Pitié-Salpêtrière, une réflexion menée par les services d'Odontologie et de Chirurgie Maxillo-Faciale a abouti en 2005 à une formalisation des règles de prise en charge. Ces cellulites sont désormais gérées par le service d'Odontologie ; celles-ci sont évaluées à l'aide notamment du score de Flynn (Flynn et coll., 2006), basé sur les localisations et le nombre d'espaces atteints, et ne sont adressées en hospitalisation que si ce score est  $\geq 4$ . Pour évaluer cette prise en charge ambulatoire, nous avons comparé une cohorte prospective de patients atteints de cellulite traités en ambulatoire du 1<sup>er</sup> juin 2006 au 31 juillet 2006 à une cohorte de patients hospitalisés du 1<sup>er</sup> juin 2004 au 31 juillet 2004.

Méthodes : Une grille d'évaluation (Wang et coll., 2005) portant sur l'âge, le sexe, la couverture sociale, l'intoxication alcool-tabagique, les médications préalables, la co-morbidité évaluée par la classification de l'American Society of Anesthesiologists (ASA), le score de Flynn et les facteurs pronostiques locaux et généraux a servi de base à la décision d'hospitalisation. Ces mêmes données ont été comparées à celles de 2004. Les critères de guérison étaient définis par la disparition des signes fonctionnels, de la tuméfaction, de signes de gravité éventuels et l'absence de suppuration.

Résultats : Les résultats portent sur 50 patients hospitalisés en 2004 et 67 patients ambulatoires en 2006. Les différences statistiquement significatives entre les deux cohortes sont faibles : les patients adressés par un centre hospitalier

sont plus nombreux en 2006, de score ASA très légèrement inférieur et fument moins. Le score de Flynn est  $\geq 4$ , dans 3/67 cas en 2006 et 3/44 en 2004 ( $p=0,680$ , NS). La durée moyenne d'hospitalisation en 2004 est supérieure (3,35 jours) à celle de 2006 (0,25 jour) ( $p < 2,2 \cdot 10^{-16}$ ). Ces différences ne suffisent pas à expliquer que seuls 3 des 67 patients de 2006 ont dû être hospitalisés, les autres ayant bénéficié avec succès d'une prise en charge mettant en œuvre parage canalaire, incision et drainage et/ou avulsion de la dent causale, alors que tous les patients étudiés en 2004 ont été hospitalisés.

Discussion : Cette étude, limitée par son caractère rétrospectif, montre toutefois que les deux cohortes étudiées ne diffèrent que peu, et notamment pas sur le critère de Flynn actuellement utilisé pour la décision d'hospitalisation. L'identité des résultats cliniques incite à penser que cette règle de décision permet une prise en charge optimale des patients.

Conclusion : Cette étude rétrospective montre la possibilité d'une prise en charge ambulatoire de première intention d'une grande majorité des patients présentant une cellulite maxillo-faciale avec un taux de succès optimal. Cependant, il ne faut pas perdre de vue que certains patients présentant des signes de gravité doivent être hospitalisés. D'autres études prospectives randomisées sont toutefois nécessaires pour démontrer ce résultat.

Nom et adresse du conférencier  
DAVIDO Nicolas  
27 rue Pauline Borghèse  
92200 Neuilly sur Seine  
nicolas@garanciere.com

## Ostéite suppurée mandibulaire : découverte fortuite d'un diabète sucré

Radoi L, Vidaud C, Baranes M, Nguyen T, Poidatz E  
*Université Paris 5, Service d'Odontologie, Hôpital Louis Mourier*

Les ostéites sont des affections inflammatoires du tissu osseux d'origines diverses, souvent infectieuses, mais parfois apparemment primitives, survenant dans ce cas soit isolément (ostéomyélite chronique primitive), soit dans le cadre d'une atteinte multifocale (ostéomyélite chronique récurrente multiple, syndrome SAPHO), voire lors d'un traitement par bisphosphonates (Marx et coll., 2003 ; Ruggiero et coll., 2004).

Les ostéites sont en nette régression depuis quelques décennies, grâce aux progrès de l'hygiène bucco-dentaire et de l'antibiothérapie, mais persistent en raison de certains comportements (négligence) ou d'un terrain immunodéprimé. Leurs tableaux cliniques varient selon la localisation, la présence de suppuration, la durée et la cause. Le traitement des ostéites est une urgence médico-chirurgicale dont le but est de guérir l'affection et d'en limiter les séquelles (Maes et coll., 2005).

Le cas d'une patiente de 43 ans, sans antécédents médicaux en dehors d'une allergie aux pénicillines, adressée pour « un abcès submandibulaire gauche fistulisé à la peau », est rapporté. L'affection évolue depuis six semaines malgré le traitement par érythromycine instauré par son médecin. Le tableau clinique est dominé par la présence d'une tuméfaction, d'une fistule submandibulaires gauches et d'une hypoesthésie labio-mentonnaire gauche. Les examens clinique et radiologique concluent au diagnostic d'ostéite mandibulaire suppurée, chronique,

d'origine dentaire. Une antibiothérapie a été instaurée en urgence (association de pristinamycine et métronidazole). Devant la gravité de l'ostéite, une pathologie générale a été recherchée. Le bilan clinique et biologique a révélé un diabète. Le traitement de l'ostéite a été pluridisciplinaire, médical (antibiotiques et insuline) et chirurgical (avulsions, exérèse de l'os nécrotique et des séquestres). L'antibiothérapie a été poursuivie pendant trois mois. La prise en charge endocrinienne a permis l'équilibration du diabète. L'évolution clinique a été favorable, avec la disparition des signes cliniques après deux mois de traitement et la réapparition complète de la sensibilité labio-mentonnaire après six mois. Radiologiquement, la réparation osseuse a été complète après six mois. L'odontologiste joue un rôle important dans le dépistage des maladies générales ayant des manifestations buccales. La survenue d'une ostéite suppurée doit conduire à la recherche systématique d'une pathologie générale méconnue, comme le diabète. En effet, sur 2000 patients qui consultent, 70 sont diabétiques et la moitié l'ignore (Roche, 1996).

Nom et adresse du conférencier

RADOI Loredana  
Service d'Odontologie, Hôpital Louis Mourier  
178 rue des Renouillers, 92700 Colombes  
lradoi@yahoo.fr

médecine  
buccale  
chirurgie  
buccale

vol. 13, n° 3  
2007

page 171

## Accroissement gingival induit par la prise d'inhibiteurs calciques

Bertaud L, Delcourt E, Libersa J-C  
*Service d'Odontologie, CHRU, Lille*

L'accroissement gingival est une gingivopathie qui se caractérise par une augmentation de volume cliniquement visible, des tissus parodontaux superficiels, kératinisés. Histologiquement, il est associé à une substance fondamentale anormalement élevée, ainsi qu'à une augmentation du volume des cellules. Cette pathologie est classiquement liée à trois facteurs étiologiques distincts. Il peut en effet s'agir de fibromatose idiopathique, d'accroissement associé à une hémopathie leucocytaire, ou encore d'accroissement induit par les médicaments, tels la ciclosporine, certains antiépileptiques, ou encore les inhibiteurs calciques. (Borghetti, Liebart, 2000).

Un cas d'accroissement gingival induit est rapporté. Il s'agit d'un sujet de quatre-vingt ans, consultant pour une gingivorragie spontanée. L'anamnèse met en évidence une hypertension artérielle stabilisée par un traitement médical (amlodipine.) ainsi qu'une intervention relative à une cataracte. L'examen clinique révèle une augmenta-

tion du volume gingival impliquant les deux arcades, et intéressant la moitié de la hauteur coronaire. L'aspect inflammatoire de la muqueuse et le saignement spontané, augmenté à la palpation, sont notés. Les bilans biologique et radiographique prescrits sont sans anomalie. Le tableau clinique, associé à la prise d'inhibiteur calcique, de type dihydropyridine, oriente le diagnostic vers un accroissement gingival induit par les médicaments. La prise en charge du patient comporte initialement un contrôle de l'inflammation par des moyens locaux (détritage, eau oxygénée à cinq volumes + bicarbonate de soude, chlorhexidine) et un traitement étiologique est envisagé avec le médecin traitant. L'échange de la molécule contre un inhibiteur de l'angiotensine II a favorisé une régression rapide des signes inflammatoires, ainsi que du volume gingival.

Après l'observation d'un délai de stabilité, la persistance d'un volume résiduel indique un complément chirurgical,

sous forme de gingivectomie à biseau externe. L'intervention est réalisée sous anesthésie locale. Les suites opératoires sont simples, et la cicatrisation de seconde intention est contrôlée à une semaine. L'examen anatomopathologique confirme les caractéristiques histologiques associées à l'accroissement.

Une visite de contrôle, réalisée à six mois, permet d'apprécier l'absence de récurrence et la stabilité du résultat. L'accroissement gingival induit par les médicaments doit faire envisager un traitement étiologique, faisant intervenir conjointement le médecin traitant. Cependant, la per-

sistance d'excédent tissulaire nécessite une phase chirurgicale correctrice, devant intervenir après l'obtention d'une régression stable du volume gingival.

La mise en place d'un calendrier de suivi permet au praticien de contrôler l'absence de récurrence de la pathologie.

Nom et adresse du conférencier  
BERTAUD Luigi  
Centre Abel Caumartin  
Avenue Oscar Lambret, 59000 Lille  
Luigi.bertaud@wanadoo.fr

### Intérêts de la reconstruction tridimensionnelle dans la prise en charge des canines incluses maxillaires

Veyre-Goulet S<sup>1</sup>, Salino S<sup>1</sup>, Dubos N<sup>1</sup>, Morgon L<sup>1</sup>, Huet A<sup>1</sup>, Trunde F<sup>1</sup>, Bossard D<sup>1</sup>, Coudert J-L<sup>2</sup>

*1 Service de Consultations et de Traitements dentaires, Hospices civils, Lyon*

*2 Clinique Saint-Jean, rue Bataille, 69008 Lyon*

Les canines incluses maxillaires touchent 2 % de la population (Kuftinec, 1995). Le traitement chirurgico-orthodontique de ces canines comporte trois phases : préparation orthodontique de l'arcade, chirurgie du collage de l'attache orthodontique sur la dent et traction orthodontique de celle-ci jusqu'à sa position correcte au sein de la denture. L'abord chirurgical de la canine incluse est classiquement effectué par le site anatomique où elle se trouve (Korbendau et Guyomard, 1998) : abord vestibulaire pour les canines en position vestibulaire ou intermédiaire et abord palatin pour les canines en position palatine.

L'objectif de ce travail a été d'évaluer l'aide apportée au diagnostic et à la thérapeutique par un logiciel de reconstruction tridimensionnelle (MVS Hospices Civils de Lyon) dans le cadre de la chirurgie minimale invasive des Gestes Médico-Chirurgicaux Assistés par Ordinateur. Cette étude porte sur 104 patients (71 femmes, 33 hommes) âgés de 11 ans à 25 ans.

Ces patients ont été adressés dans le Service de Chirurgie buccale du Service de Consultations et de Traitements dentaires de Lyon. L'examen clinique de ces patients ainsi que les examens complémentaires radiographiques conventionnels n'ont pas permis de localiser de manière certaine la position de la canine incluse. Chaque patient a subi un scanner X (Siemens série Somatom multi-détecteurs, Erlangen, Allemagne) avec des coupes de 0,5 à 0,3 mm d'épaisseur parallèles au plan d'occlusion ; dose moyenne : 300mAS, 120kV, 55mGy.

A partir des coupes scanner, il a été réalisé un bloc anatomique correspondant à l'anatomie de la dent incluse et à ses rapports avec les éléments adjacents. Les reconstructions tridimensionnelles obtenues sont de type surfacique autorisant la prise de dimensions dans le vir-

tuel ordinateur et leurs reports dans le réel anatomique chirurgical. Sur les 133 canines incluses mises en place grâce au traitement chirurgico-orthodontique, cette reconstruction tridimensionnelle a permis :

- pour les 41 canines incluses en position vestibulaire ou intermédiaire, le report des dimensions virtuelles dans le réel par l'intermédiaire d'une « pige » a permis de réduire le lambeau chirurgical d'accès à une largeur de 8 mm et de coller l'attache orthodontique en per-opératoire.
- pour les 63 canines incluses en position palatine, deux techniques chirurgicales ont été utilisées :
  - méthode de la « pastille palatine » (Dubos, 2003) : chirurgie minimale invasive appliquée sur 7 canines incluses ;
  - méthode du couloir chirurgical par abord vestibulaire (Salino, 2005) réalisée pour 56 canines incluses.

L'abord vestibulaire des canines palatines dans le cadre d'un traitement chirurgico-orthodontique présente plusieurs intérêts :

- diminution de la durée du traitement par un trajet direct de la sa position palatine en direction vestibulaire, l'orthodontiste pouvant définir le point de traction sur l'arc lourd ;
- éviter les mouvements parasites par absence de rotation (cas du collage palatin) ;
- meilleur respect du parodonte, la canine vient spontanément derrière sa gencive attachée vestibulaire.

Nom et adresse du conférencier  
VEYRE-GOULET Sophie  
47 avenue Valioud  
69110 Sainte-Foy-lès-Lyon  
sophieveyre@hotmail.com

## Un nouvel agent antibactérien : les atomes d'azote produits par plasma

Cousty S<sup>1,2</sup>, Villegier S<sup>1</sup>, Lakhssassi N<sup>2</sup>, Duran D<sup>2</sup>, Ricard A<sup>1</sup>, Sixou M<sup>2</sup>

1 Centre de Physique des Plasmas et Applications, Université Paul Sabatier, Toulouse

2 Faculté de Chirurgie dentaire, Université Paul Sabatier, Toulouse

Actuellement, le procédé de stérilisation de référence utilise une température de traitement élevée (134°C pour l'inactivation des prions). Il n'est donc pas adapté au traitement de l'instrumentation thermosensible. Les méthodes de stérilisation à basse température n'ont, à ce jour, pas fait la preuve de leur efficacité vis-à-vis des prions. De plus en plus de dispositifs médicaux contiennent des polymères thermosensibles. Il existe donc un réel intérêt à développer un nouveau procédé de stérilisation, non toxique, fonctionnant à une température voisine de la température ambiante. Dans ce contexte, la technologie plasma à basse pression et pression atmosphérique, fréquemment utilisée dans le traitement de surface, pourrait être une alternative aux méthodes de stérilisation actuelles (Laroussi et coll., 2005 ; Moisan et coll., 2001). L'inactivation totale de bactéries issues de la flore buccale (*Streptococcus mutans*, *Porphyromonas gingivalis*, *Prevotella intermedia*, *Fusobacterium nucleatum*), en 20 à 30 minutes de traitement, en utilisant une post-décharge « Azote moléculaire oxygène moléculaire », a déjà été démontrée (Villegier et coll., 2005). Le travail présenté s'intéresse à l'action antibactérienne d'une post-décharge d'azote moléculaire pur, à température ambiante (Cousty et coll., 2006). Les mécanismes de l'inactivation bactérienne sont également étudiés.

*Escherichia coli* (*E.coli*), bactérie non sporulée, Gram négative, est choisie comme modèle bactérien. Les bactéries, à des concentrations variant de 10<sup>2</sup> à 10<sup>10</sup> ufc/ml, sont soumises à la post-décharge d'azote moléculaire pur (conditions de création du plasma : générateur micro-ondes, puissance 100W, pression 5.2 10<sup>2</sup>Pa, débit

1 l<sub>n</sub>.min<sup>-1</sup>). Les temps de traitement varient de 2 à 100 min. Le nombre de bactéries survivantes est évalué par la technique d'étalement sur boîte de Pétri.

Une inactivation complète est obtenue en 30 min de traitement, à température ambiante. La valeur D, définie comme le temps nécessaire pour inactiver 90 % des organismes témoins, est de 5 min. La cinétique d'inactivation montre une seule pente. Les atomes d'azote produits par plasma ont une action antibactérienne sur *E.coli*, même pour des concentrations bactériennes importantes (10<sup>10</sup> ufc/ml). Cette action s'effectue en l'absence de toute émission ultraviolette et d'oxygène, ce qui prévient toute oxydation du matériel médical. Ce procédé paraît de plus particulièrement intéressant pour les polymères thermosensibles puisque le traitement a lieu à température ambiante. De plus, l'azote moléculaire est un gaz non toxique et relativement peu onéreux. Les atomes d'azote semblent agir par gravure, en érodant atome par atome la surface des bactéries. La gravure est un principe d'action non spécifique, ne dépendant pas de la nature du support à traiter. Ainsi, il n'existerait aucune résistance théorique à l'action des atomes d'azote qui seraient aussi bien actifs sur les spores, les virus, que sur les prions. De nouvelles expériences sont à mener afin de vérifier ces hypothèses.

Nom et adresse du conférencier

COUSTY Sarah

Faculté de Chirurgie dentaire

Université Paul Sabatier

3 chemin des Maraîchers, 31400 Toulouse

sarahcousty@hotmail.com

médecine  
buccale  
chirurgie  
buccale

VOL. 13, N° 3  
2007

page 173

## Champ opératoire à liaison étanche « champ-tubulure » pour éliminer les erreurs d'asepsie

Ravineau M<sup>1</sup>, Descroix V<sup>2</sup>, Toledo R<sup>2</sup>, Perrin D<sup>3</sup>

1 Odontologiste (Blois)

2 Service d'Odontologie, GHPS, Paris

3 Service d'Odontologie, CHU, Dijon

Le risque infectieux en chirurgie buccale doit être limité au maximum, tant en structure libérale qu'en structure hospitalière. Des fautes d'asepsie peuvent se produire lors de l'apport d'instruments vers la zone stérile comme la mise en place de tubulures d'aspiration chirurgicale sur un champ opératoire stérile (Meifredy, 2004). Les prises de vide des unités dentaires et les systèmes d'aspiration chirurgicale représentant une source potentielle de bio-contaminations aéroportées et manuportées, une étude réalisée au CHU de Dijon a analysé les avantages d'un

nouveau champ opératoire Dravino® à liaison étanche « champ-tubulure » par rapport aux champs traditionnels (Ravineau et Perrin, 2006).

Le système Dravino® est constitué d'un champ à usage unique traversé de façon étanche par une tubulure afin de limiter le risque d'infection du site opératoire (Ravineau, 2004). Les sources de contamination du champ sont essentiellement représentées par les gestes de fixation et de réglage de la tubulure. Dans ce système, la tubulure est déjà fixée au champ et ne nécessite ni la mise en

place d'une gaine stérile, ni la fixation de la tubulure à l'aide d'adhésifs ou autres. Pendant le geste de dépliage du champ sur le patient, la partie non stérile de la tubulure qui se trouve sous le champ, reliée à la prise de vide septique, est automatiquement isolée et ne peut plus revenir sur le champ. Les mouvements des tubulures sur les bords septiques du champ sont ainsi impossibles. Par ailleurs, les tubulures habituellement conditionnées sous contrainte dans leur emballage peuvent produire des mouvements anarchiques, rompre leur fixation et perturber l'utilisation des canules d'aspiration. Ce système de tubulure intégrée, plié industriellement sans contrainte, réglée à bonne longueur d'utilisation en chirurgie buccale permet d'éliminer ces inconvénients.

L'installation de ce champ facile, fiable et sans contact avec l'environnement, permet d'obtenir une ergonomie très satisfaisante en un temps réduit. Ce concept vise à éliminer le risque infectieux d'origine endogène et exogène lors de l'utilisation d'une tubulure d'aspiration chirurgicale et d'un champ opératoire en chirurgie buccale, notamment implantaire, et pour la prise en charge de patients à risque.

Nom et adresse du conférencier

RAVINEAU Michel  
16 rue des Lices  
41000 Blois  
michel.ravineau@wanadoo.fr

### **Blanchiment cutané facial au cours d'une anesthésie locale dentaire : hypothèse physiopathogénique d'une observation**

Noël L, Furon V, Lefèvre B, Hafian H

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

Les complications de l'anesthésie locale sont le plus souvent liées à une action pharmacologique de la molécule anesthésique, du vasoconstricteur qui lui est le plus souvent associé, ou encore à un mécanisme allergique (Malamed, 1997 ; Gaudy, 1999). La vasoconstriction réflexe est un incident mineur de l'injection anesthésique plus rarement décrit. Elle correspond à un blanchiment de territoires cutanés et/ou muqueux, immédiatement après l'infiltration locale ou loco-régionale d'une solution anesthésique.

L'observation rapportée est celle d'une vasoconstriction réflexe des branches collatérales de l'artère faciale à la suite de l'anesthésie du nerf buccal, en vue de l'extraction de deux molaires mandibulaires. Il s'agit d'un homme de 29 ans, allergique à la pénicilline, qui consulte pour des douleurs en rapport avec un accident d'évolution de la 38. L'accident infectieux de la 38 et l'important délabrement de la 37 justifient l'indication d'extraction des deux dents. Une anesthésie loco-régionale du nerf alvéolaire inférieur est réalisée par l'injection d'une solution de mépivacaïne à 3 % (3,4 ml). L'anesthésie du nerf buccal est obtenue par une infiltration sous-muqueuse d'une solution d'articaine à 4 % (1 ml environ), adrénalinée au 1/200 000. Immédiatement après cette infiltration, un blanchiment cutané facial homolatéral est observé. Il englobe l'aile du nez, les hémis-lèvres supérieure et inférieure et la région naso-génienne. La sensibilité de ces territoires n'est pas modifiée et l'examen de la muqueuse buccale ne montre aucune décoloration. Le patient ne rapporte pas de sensation de malaise et aucune manifestation systémique n'est notée. La recoloration des territoires cutané-muqueux concernés par le phénomène est spontanément retrouvée après quelques minutes. Aucune complication per- ou postopératoire immédiate ou retardée n'est observée.

La physiopathogénie de ce phénomène s'envisage sous deux aspects : anatomique et neurophysiologique.

Anatomiquement, la topographie impliquée répond strictement au territoire de vascularisation cutanée de l'artère faciale. Physiologiquement, l'action vasoconstrictrice répond à une stimulation massive des récepteurs alpha-1 adrénergiques des cellules musculaires lisses vasculaires. La stimulation sympathique efférente est donc, pour l'observation rapportée, issue du ganglion cervical supérieur. La richesse du réseau nerveux autonome autour des branches de la carotide externe et les nombreuses anastomoses avec les branches du trijumeau seraient à l'origine d'un arc réflexe sympathique. L'influx afférent est, selon toute probabilité, initié sur le site de l'injection par un traumatisme nerveux direct de fibres sensitives somatiques et/ou sympathiques par l'aiguille.

Les complications locales et systémiques de l'anesthésie locale sont bien documentées (Uckan, 2006 ; Smeets, 1999). En revanche, les manifestations vasoactives faciales lors d'une anesthésie locale sont rarement rapportées (Kronman, 1987). Il s'agit de manifestations bénignes spontanément réversibles et toujours sans gravité. Si le mécanisme physiopathogénique n'est pas totalement élucidé, l'hypothèse d'une injection intra-vasculaire accidentelle ou d'une diffusion de la solution anesthésique, avancée par certains auteurs (Heasman, 1995 ; Lustig 1999), semble peu probable dans le cas présenté. En effet, la topographie vasculaire, l'absence de manifestation systémique, la rapidité d'installation, la courte durée de la manifestation et la fréquence de sa survenue sont en faveur d'un incident rare réflexe d'origine sympathique.

Nom et adresse du conférencier

NOEL Laurence  
Service d'odontologie, CHU  
45 rue Cognacq-Jay, 51092 Reims Cedex  
noel.laurence@wanadoo.fr

## Syndrome de Scott : à propos d'un cas et prise en charge en chirurgie buccale

Alno N<sup>1</sup>, Guillet B<sup>2</sup>, Guéret P<sup>2</sup>, De Mello G<sup>1</sup>

1 Service de Chirurgie buccale, CHU Rennes

2 Laboratoire d'Hématologie, CHU Rennes

Le syndrome de Scott est une thrombopathie héréditaire, de transmission autosomique récessive, identifiée en 1979 par H.J. Weiss. A ce jour, seuls quelques cas ont été rapportés dans la littérature mondiale. Ce syndrome se caractérise par un défaut d'exposition des phosphatidylsérines à la surface membranaire des plaquettes activées, ce qui empêche l'assemblage des complexes de coagulation ténase et prothrombinase, qui sont normalement à l'origine de l'augmentation de la cinétique d'activation de la thrombine. Les patients atteints de ce syndrome ne présentent aucun signe clinique, à l'exception d'hémorragies provoquées. Leur bilan d'hémostase est normal, hormis le test de consommation de la prothrombine.

Le cas d'un homme de 58 ans est rapporté. Ce patient a été adressé au service de Chirurgie buccale du CHU de Rennes par son chirurgien-dentiste traitant pour l'extraction d'une incisive latérale maxillaire délabrée. Le diagnostic de syndrome de Scott avait été posé en 2001 après deux épisodes hémorragiques : l'un en 1975 après un accident de la voie publique ayant nécessité une transfusion sanguine au cours de laquelle le patient a été contaminé par le virus de l'hépatite C, l'autre dans les années 90 avec une hémorragie profuse qui avait duré dix jours après une extraction dentaire. Lors de la consultation pré-

opératoire, la décision de réaliser l'intervention sous anesthésie locale en hospitalisation ambulatoire, sans apport plaquettaire, a été prise conjointement avec le médecin hématologue. L'extraction a été conduite de manière classique et a été suivie de la réalisation d'une hémostase locale par compression intra-alvéolaire de niveau 2 : collagène, colle biologique, sutures résorbables et compressions intermittentes à l'acide tranexamique. La surveillance post-opératoire a été continue le jour de l'intervention, et aucun saignement n'a été observé. Aucune complication n'est survenue par la suite.

Le syndrome de Scott est une maladie hémorragique extrêmement rare, le peu de cas répertoriés ne permet ni d'identifier l'anomalie génétique à l'origine du phénotype, ni de systématiser la prise en charge de ces patients en vue d'un acte invasif. La technique d'hémostase locale mise en œuvre a permis d'intervenir dans de bonnes conditions per-opératoires et sans complication hémorragique post-opératoire.

Nom et adresse du conférencier

DE MELLO Gilbert

Service de Chirurgie buccale, CHU

2 rue Henri Le Guilloux, 35033 Rennes Cedex

gilbert.de-mello@univ-rennes1.fr

médecine  
buccale  
chirurgie  
buccale

vol. 13, n° 3  
2007

page 175

## Evaluation de la tolérance et du délai d'élimination d'un fil de suture à résorption rapide (tresse d'acide polyglycolique irradié) en chirurgie orale

Roux M, Legens M

UFR d'Odontologie, Université de Bretagne Occidentale, CHU, Brest

La pose de points de suture endo-buccaux est un acte de pratique quotidienne qui trouve son indication à la suite de la plupart des incisions, afin de faciliter l'hémostase, d'assurer la coaptation des berges et de permettre une meilleure cicatrisation. Cependant, souvent encore, le choix du matériau de suture utilisé reste empirique et le praticien peut être amené à hésiter entre les fils non résorbables, résorbables ou à résorption rapide (Rockwood et Miller, 1988). Les qualités attendues d'un fil de suture sont à la fois mécaniques (facilité d'utilisation, souplesse, résistance, descente et tenue des nœuds) et biologiques (tolérance tissulaire, faible affinité pour les fluides et les germes, réaction inflammatoire minime en résorption) (Macht et Krizek, 1978 ; Sugarman et Muschler, 1981 ; Tamplenizza et coll., 1988). Les sutures résorbables présentent un certain nombre d'avantages, en particulier celui d'éviter au patient l'appréhension d'une visite post-opératoire comprenant la dépose des fils, et les incon-

véniants de la persistance à long terme de matériaux exogènes au niveau des tissus (Canarelli et coll., 1988). Les matériaux synthétiques résorbables comme les polymères d'acide glycolique (PGA) ont montré leurs qualités mécaniques et biologiques dans ce type d'utilisation (Mc Caul et coll., 2000 ; Charbit et coll., 2005 ; Chung et Weinberg, 1978 ; Racey et coll., 1978).

Le but de cette étude est d'apprécier la tolérance et la vitesse de résorption, dans le milieu buccal, d'un fil de suture synthétique à résorption rapide composé d'une tresse homopolymère d'acide polyglycolique (PGA), irradiée et enduite de polycaprolactone (Optim<sup>®</sup> R).

Une série de 30 patients présentant une indication d'avulsion chirurgicale de 3<sup>e</sup> molaire mandibulaire incluse ou enclavée sous anesthésie loco-régionale, avec pose de sutures, est réalisée. Une consultation de contrôle est effectuée 10 jours après l'acte opératoire (J + 10). La tolérance est évaluée selon trois critères (tolérance subjek-

tive, coaptation des berges muqueuses, aspect local des tissus) et le délai d'élimination mesuré par comptage à J + 10 des fils encore présents, des fils déposés à la compresse et des fils nécessitant une section.

La tolérance subjective a été très bonne dans 40 % des cas, bonne dans 43 % des cas, mauvaise dans 13 % des cas, très mauvaise dans 3 % des cas. La coaptation des berges muqueuses a été très bonne dans 40 % des cas, bonne dans 40 % des cas, mauvaise dans 20 % des cas, très mauvaise dans 0 % des cas. L'aspect local des tissus était très bon dans 40 % des cas, bon dans 47 % des cas, mauvais dans 13 % des cas, très mauvais dans 0 % des cas. Le taux d'élimination spontanée est d'environ 50 % à 10 jours.

De part leurs propriétés mécaniques et biologiques, les fils de suture synthétiques sont bien adaptés à l'utilisation dans le milieu buccal. En conservant ces qualités, les fils à résorption rapide tels que la tresse homopolymère

d'acide glycolique irradiée et enduite (Optime® R) présentent une très bonne indication en chirurgie orale, en particulier quand une visite post-opératoire comprenant la dépose des points n'est pas indispensable ou pas possible en fonction des impératifs ou de la motivation du patient. Le comportement mécanique et biologique de ce matériau est conforme aux données énoncées par le fabricant, et ses qualités répondent aux exigences de ce type de chirurgie : tenue, tolérance et délai d'élimination.

Nom et adresse du conférencier

LEGENS Michel  
UFR d'Odontologie, CHU  
22 avenue Camille Desmoulins  
29200 Brest  
michel.legens@univ-brest.fr

### Tumeurs des glandes salivaires accessoires palatines : à propos de deux observations cliniques

Catherine J-H<sup>1</sup>, Richard O<sup>2</sup>, Paris J<sup>2</sup>, Roche-Poggi P<sup>1</sup>

1 Service d'Odontologie, Hôpital Nord, Marseille

2 ICCORL, Clinique Clairval, Marseille

Les tumeurs des glandes salivaires accessoires (GSA) représenteraient 10 à 20 % des tumeurs des glandes salivaires (Ito et coll., 2005). La localisation palatine de ces tumeurs est d'environ 55 %. Elles posent des difficultés de diagnostic, souvent tardif, du fait de leur lente évolution. Deux observations cliniques sont rapportées.

La première est celle d'une patiente de 37 ans qui présente une tuméfaction palatine postérolatérale gauche. A l'interrogatoire cette tuméfaction est apparue un an auparavant, elle est parfois douloureuse, gênant l'alimentation. L'examen clinique montre une tuméfaction de 3 cm de diamètre polylobée, siégeant à la fois sur le palais osseux et mou. Cette masse est polylobée, indurée et mal limitée. La muqueuse qui la recouvre est érythémateuse. Le bilan d'imagerie révèle une masse associée à un envahissement osseux rejoignant les fosses nasales et la présence d'un ganglion nécrotique submandibulaire. Une biopsie pose le diagnostic de carcinome adénoïde kystique (ICDM 8200/3). Le traitement proposé est une maxillectomie postérieure, associée à un lambeau chinois de reconstruction et un évidement ganglionnaire bilatéral. Le bilan d'extension est négatif.

La deuxième observation est celle d'une patiente de 74 ans, consultant également pour la prise en charge d'une tuméfaction palatine. A l'interrogatoire celle-ci évolue depuis 8 ans de façon indolore. L'examen clinique

met en évidence une masse de 6 cm de diamètre, polylobée, ferme et bien limitée à la palpation. La muqueuse qui la recouvre est saine. L'imagerie révèle une lyse osseuse palatine rejoignant les fosses nasales. Une panendoscopie montre un bourgeon non ulcéré sur le plancher des fosses nasales. La biopsie pose le diagnostic d'un adénome pléomorphe (ICDM 8940/0). Le traitement consiste en une exérèse de la lésion avec 5mm de marge, associée à une véloplastie et une greffe de peau totale. L'adénome pléomorphe est la plus fréquente des tumeurs des glandes salivaires (65 %) (Clark et coll., 1999). L'atteinte des GSA représente 8 %. On note une prédominance féminine et l'âge moyen de découverte est de 40 à 50 ans. Le carcinome adénoïde kystique représente 16 % des tumeurs des GSA, la localisation est palatine dans 50 % (Giannini et coll., 2006). Le sex ratio est à prédominance masculine (3/2), l'âge moyen de découverte de 50 ans. Les deux observations montrent les difficultés de diagnostic de ces lésions puisque celui-ci est souvent tardif ce qui aggrave le pronostic dans le cas du carcinome adénoïde kystique.

Nom et adresse du conférencier

CATHERINE Jean-Hugues  
Service d'Odontologie, Hôpital Nord  
27 chemin des Bourrelys, 13015 Marseille  
jh.catherine@free.fr

## Prise en charge des communications bucco-sinusiennes induites par la consommation de cocaïne : à propos de deux cas cliniques

Bémer J, Paycha M, Maire F

Service d'Odontologie, Centre Alexis Vautrin, Nancy

La consommation chronique de cocaïne par voie nasale induit une vasoconstriction locale, puis à terme une nécrose ischémique des tissus aboutissant à une perforation du septum nasal ou du palais. Plus de 50 % des personnes prenant de la cocaïne par voie nasale ont des changements olfactifs et des sinusites chroniques. Si la perforation du septum nasal touche 5 % des consommateurs de cocaïne par inhalation, les perforations palatines sont rares et apparaissent plus tardivement (Mari, 2002 ; Padilla-Rosas, 2006).

Les perforations bucco-nasales, le plus souvent asymptomatiques, sont à l'origine d'un reflux liquidien par les fosses nasales lors de l'alimentation, premier motif de consultation de ces patients, mais aussi des difficultés d'élocution. La prise en charge repose sur l'exploration diagnostique pour confirmer l'origine de la perforation, puis envisager les modalités de sa fermeture. Les principaux diagnostics différentiels à évoquer sont ceux de la granulomatose de Wegener, du lymphome nasal à cellules T/NK, des infections spécifiques telles que l'infection actinomycosique et la syphilis tertiaire (Jewers, 2005 ; Smith, 2002). Pour pallier aux problèmes fonctionnels, la solution chirurgicale reste actuellement la solution de choix (Ladnert, 2004 ; Benazzou, 2006), mais doit s'opérer sur un terrain stabilisé et non infecté. Dans l'attente de cette chirurgie ou lorsqu'elle est partielle ou encore impossible, la fermeture d'une communication bucco-sinusienne est prothétique par l'association complémentaire d'une prothèse amovible et d'un obturateur. Le but de l'obturateur est de séparer hermétiquement les fosses nasales de la cavité buccale afin de redonner une voix de qualité et de permettre une alimentation sans reflux.

Le cas de deux patients édentés totaux maxillaires, au même profil médical [antécédents de toxicomanie par inhalation (cocaïne et héroïne) substituée actuellement à la méthadone, hépatite C chronique et tabagisme] et vus après exploration complémentaire, illustrent la prise en charge diagnostique et thérapeutique d'une perforation palatine induite par la consommation chronique de cocaïne. Lorsque le patient est édenté, la réhabilitation est plus délicate. La complexité repose sur la difficulté de la prise d'empreinte de la perte de substance. L'obturateur souple en silicone, devant non seulement participer à la fermeture de la communication, mais aussi à la stabilisation de la plaque palatine, constitue la solution de choix (Pomar, 1994). La prothèse complète maxillaire est ensuite réalisée selon les étapes conventionnelles. Si la rétention de la prothèse est insuffisante, un système aimant-capteur peut relier l'obturateur et la prothèse maxillaire.

Depuis les cinq dernières années, comme la consommation de cocaïne s'accroît, on peut donc s'attendre à une augmentation de ces pathologies. L'odontologiste pourra être amené à participer à la prise en charge multidisciplinaire et le suivi de ces patients, en particulier sur le plan prothétique. L'association complémentaire d'une prothèse amovible et d'un obturateur permet une réhabilitation fonctionnelle de qualité et rapide à réaliser.

Nom et adresse du conférencier

BEMER Julie  
Centre Alexis Vautrin  
Avenue de Bourgogne  
54511 Vandœuvre-lès-Nancy  
j.bemer@nancy.fnclcc.fr

médecine  
buccale  
chirurgie  
buccale

vol. 13, n° 3  
2007

page 177

## Odontome complexe : à propos d'un cas

Kissi L, Benyahya I

Service d'Odontologie chirurgicale

Faculté de Médecine dentaire, Casablanca, Maroc

L'odontome est une tumeur bénigne d'origine odontogénique composée d'un épithélium dentaire et de cellules mésenchymateuses dont l'étiopathogénie demeure obscure (Amado-cuesta et coll., 2003). Il représente 22 à 67 % de toutes les tumeurs odontogéniques des maxillaires (Kaneko et coll., 1998). En 1992, l'OMS différencie deux types d'odontomes : l'odontome composé et l'odontome complexe. Cette tumeur apparaît lors de la deuxième décennie avec une incidence égale entre les deux sexes et une localisation mandibulaire ou maxillaire en fonction

du type d'odontome. Le cas d'une jeune fille âgée de 20 ans, adressée pour la prise en charge d'une lésion mandibulaire, est rapporté. L'examen clinique exobuccal révèle une asymétrie faciale avec une tuméfaction génienne basse. L'examen clinique endobuccal révèle une tuméfaction mandibulaire droite comblant le vestibule, dure à la palpation, avec absence de 46-47-48. La radiographie panoramique, le mordue occlusal et la rétro-alvéolaire montrent la présence d'une image radioopaque circonscrite en rapport avec la 46 incluse et intéressant le corps et

l'angle de la mandibule. La TDM confirme la présence d'une lésion radioopaque inhomogène, soufflant les corticales vestibulaire et linguale. Le plan de traitement a comporté l'exérèse de la totalité de la lésion, l'extraction de la 46 incluse et une réhabilitation implanto-portée.

L'examen histologique de la pièce opératoire a révélé la présence d'un tissu osseux lamellaire délimitant des logettes renfermant du tissu fibreux dense fait de fibroblastes fusiformes réguliers, sans atypies ni mitoses, renfermant des structures odontogènes faites de petits amas ainsi que la présence de dépôts calcifiés d'aspect cémentogène avec un matériel calcifié rappelant la prédentine et la dentine, disposé de manière aléatoire sans architecture particulière. Cet examen a conclu à un odontome complexe. A 6 mois et un an post-opératoire, le site se réossifie normalement.

Le diagnostic différentiel doit se poser avec toutes les images radioopaques ou radioclares notamment avec l'odontoaméloblastome, le cémentome, l'ostéite, le fibrome cémento-ossifiant, et les dents surnuméraires. Le diagnostic d'odontome complexe est donc essentiellement anatomo-pathologique. Le pronostic est bon à cause de l'absence de récurrence (Lesclous et coll., 1995). Néanmoins un contrôle radiologique régulier reste nécessaire pour apprécier la régénération osseuse.

Nom et adresse du conférencier

KISSI Lamia  
42 boulevard Moulay Driss 1<sup>er</sup>  
Casablanca, Maroc  
lamiakissi@yahoo.fr

### **Présence simultanée d'un kératokyste odontogène et d'un améloblastome au sein d'une même lésion ostéolytique : à propos d'une observation**

Hiss J<sup>1</sup>, Raidot N<sup>1</sup>, Rieger J<sup>1</sup>, Marcellin L<sup>2</sup>, Féki A<sup>1</sup>

1 Département de Médecine buccale et Chirurgie buccale, Hôpitaux Universitaires, Strasbourg

2 Département d'Anatomie pathologique, Hôpitaux Universitaires, Strasbourg

Un patient âgé de 69 ans, sans antécédents particuliers, nous est adressé suite à la découverte d'une image radioclaire du corps mandibulaire droit dans la région prémolaire. L'examen clinique révèle un léger élargissement du processus alvéolaire dans la région prémolaire droite, les dents 43 à 45 ayant conservé leur vitalité. Cette tuméfaction vestibulaire dure, évoluant asymptotiquement depuis deux ans, est recouverte par une muqueuse d'apparence normale, sans fistule ni ulcération. Le bilan d'imagerie montre une zone radioclaire multifocale entre 43 et 45, avec érosion des deux tables osseuses. Une biopsie est effectuée sous anesthésie locale avec conservation, dans un premier temps, des dents adjacentes.

L'examen anatomopathologique met en évidence plusieurs fragments d'un matériel d'aspect fibreux. Histologiquement, les prélèvements sont bordés par un épithélium malpighien parakératinisé, reposant sur des segments de tissu fibreux englobant des restes de Malassez. Ces prélèvements correspondent à la paroi d'un kératokyste odontogène parakératinisé. Cependant, d'autres fragments, englobant une prolifération de petites cellules cuboïdes à noyau basophile, sans mitoses et sans atypies, prenant une disposition palissadique en périphérie des îlots dont la partie centrale plus lâche contiennent des cellules stellaires, correspondent à un améloblastome folliculaire kystique. Le diagnostic d'amé-

loblastome de type folliculaire kystique, développé sur un kératokyste odontogène semble le plus probable.

Plusieurs cas d'associations tumorales sont épisodiquement publiés, mais la présence simultanée d'un kératokyste et d'un améloblastome reste rare (Siar, 1993). La littérature offre de nombreuses hypothèses quant à la découverte simultanée de deux tumeurs odontogènes (Sien et coll., 2005 ; Philipsen, 1997). Pour certains auteurs, il s'agirait de la coïncidence du développement simultané de deux tumeurs indépendantes, hypothèse basée sur le fait que les types de tumeur varient d'une association à l'autre. D'autres suggèrent qu'une tumeur secondaire se développe à partir de la tumeur principale. D'autres encore affirment qu'il s'agit d'une entité à part associant les caractéristiques histologiques de deux types de tumeurs mais ayant des caractéristiques cliniques et évolutives propres et distinctes.

A travers cette observation, les auteurs présentent une synthèse des différentes hypothèses étiologiques de ces curiosités histologiques.

Nom et adresse du conférencier

HISS Jean  
Faculté de Chirurgie dentaire  
1 place de l'Hôpital, 67000 Strasbourg  
Ahmed.Feki@chru-strasbourg.fr

## Kyste odontogénique botryoïde : à propos d'un cas

Hombrouck S, Gilbert E, Azerad J

UFR Odontologie Université Paris 7 Denis Diderot,

Service d'Odontologie, Groupe Hospitalier Pitié-Salpêtrière, Paris

Le kyste odontogénique botryoïde, variante du kyste parodontal latéral, est un kyste épithélial de développement rare (0,8 %) qui touche l'espace parodontal des dents vivantes (Altini et Shear, 1992). Il a été décrit pour la première fois en 1973 par Weathers et Waldron. L'étiopathogénie reste controversée : développement à partir de résidus épithéliaux (lame dentaire ou débris de Malassez) ou à partir de germes surnuméraires.

Le cas rapporté est celui d'un homme de 55 ans qui consulte aux urgences odontologiques du Groupe Hospitalier Pitié-Salpêtrière, pour une tuméfaction mentonnière évoluant par poussées. L'anamnèse médicale ne rapporte aucun antécédent médicochirurgical. L'examen clinique révèle un comblement complet du vestibule antérieur, peu douloureux. Il n'y a pas de déplacement dentaire. Les tests de vitalité pulpaire, réalisés à la neige carbonique (tétrafluoroéthane), sont tous positifs. Une radiographie panoramique est réalisée et montre une image radioclaire polycyclique, multiloculaire, s'étendant des apex de la deuxième prémolaire mandibulaire gauche à la canine controlatérale. Un examen tomodynamométrique complémentaire est demandé et permet de visualiser l'effondrement de la corticale vestibulaire. La paroi osseuse linguale est préservée. L'émergence des nerfs

mentonniers semblent passer à distance de la lésion kystique. L'exérèse de la lésion est réalisée sous anesthésie locale après levée d'un lambeau vestibulaire de pleine épaisseur.

L'examen anatomo-pathologique de la pièce opératoire met en évidence la présence d'un kyste bordé par un épithélium malpighien contenant des cellules claires, caractérisant le kyste odontogénique botryoïde. A quatre mois post opératoire, un examen radiologique confirme une cicatrisation osseuse en cours. Une surveillance à plus long terme est cependant indispensable, du fait du caractère récidivant de cette tumeur (15 à 20 % selon Gurol et coll. 1995). En effet, la littérature rapporte plusieurs cas de multiples récurrences, parfois plus de 7 ans après la première chirurgie (Heikinheimo et coll., 1989), expliqués par la difficulté opératoire d'énucléer les multiples petits foyers lésionnels parfois existants (Uçok et coll., 2005).

Nom et adresse du conférencier

HOMBROUCK Samuel

Service d'Odontologie, CHU Pitié-Salpêtrière

47-83 boulevard de l'Hôpital

75651 Paris Cedex 13

samuel.hombrouck@wanadoo.fr

médecine  
buccale  
chirurgie  
buccale

vol. 13, n° 3  
2007

page 179

## Découverte fortuite d'une tumeur de Pindborg

Lavaud M<sup>1,2</sup>, Alantar A<sup>1</sup>, Maman L<sup>2</sup>, Galéazzi JM<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Service d'Odontologie, Hôpital de Nanterre

<sup>2</sup> Département de Médecine buccale et de Chirurgie buccale, Faculté de Chirurgie dentaire, Paris Descartes

La tumeur épithéliale odontogénique calcifiée a été individualisée par Pindborg en 1955. Elle est rare et concerne 0,4 à 3 % de toutes les tumeurs odontogéniques (Cicconetti et coll., 2004). Environ 200 cas ont été rapportés dans la littérature (Bouckaert et coll., 2000). L'âge moyen de diagnostic de tumeur de Pindborg est d'environ 37 ans (Philipsen et coll., 2000). Elle se manifeste majoritairement par des lésions intra-osseuses, plus rarement par des lésions extra-osseuses. 52% des lésions intra-osseuses sont associées à des dents incluses ou enclavées (Franklin et coll., 1976). Les lésions intra-osseuses, mandibulaires dans deux tiers des cas, sont situées dans la région molaire-prémolaire. L'examen radiologique révèle généralement la présence d'une lésion ostéolytique à contours irréguliers (Favre Dauvergne et coll., 1995).

Un cas clinique de tumeur de Pindborg, de découverte fortuite, est rapporté. Il s'agit d'un patient de 57 ans adressé pour l'avulsion des dents de sagesse. Les signes cliniques sont discrets. A l'examen endobuccal, 38 sous-muqueuse est associée à une suppuration rétromolaire. La palpation du vestibule dans la région molaire mandibulaire

gauche révèle une tuméfaction dure qui semble être de nature osseuse. La radiographie panoramique montre, au niveau de l'angle mandibulaire gauche, une image au contour mal défini, étendue de 36 à l'échancrure sigmoïde, associant des zones radioclares à des zones radio-opaques dans l'angle mandibulaire gauche. Pour faire un bilan d'extension précis de la lésion dans les différents plans de l'espace, un examen tomodynamométrique est prescrit. Celui-ci met en évidence un entrelacs d'éléments minéralisés et d'éléments non minéralisés détruisant les tables osseuses interne et externe ainsi que le rebord basilaire. Il est décidé d'extraire 38 et de faire un prélèvement osseux pour pratiquer un examen anatomopathologique. Le diagnostic retenu est celui de tumeur de Pindborg : lésion extensive sans caractère de malignité. Les traitements envisageables sont l'énucléation de la lésion avec résection mandibulaire interruptrice ou non interruptrice. En raison des séquelles esthétiques et fonctionnelles qu'impliquerait une thérapeutique chirurgicale invasive, il est décidé, en accord avec le patient, de s'abstenir et de pratiquer un contrôle bi-annuel.

La tumeur épithéliale odontogénique calcifiée est une tumeur rare, qui affecte également les deux sexes et dont l'âge d'apparition se situe entre vingt et soixante ans. Son diagnostic est le plus souvent le fruit d'une découverte radiologique fortuite, suivie d'un examen anatomopathologique. Bien que cette tumeur soit bénigne, ce cas illustre son caractère invasif.

Quel que soit le traitement mis en œuvre, il convient de surveiller cliniquement et radiologiquement les patients. Deux cas de récidives avec transformation maligne et

métastases ganglionnaires sont rapportés dans la littérature (Veness et coll., 2001; Basu et coll., 1984).

Nom et adresse du conférencier

LAVAUD Marie  
Faculté de Chirurgie dentaire Paris 5  
1 rue Maurice Arnoux  
92120 Montrouge  
marielavaud@aol.com

### **Gestion des tissus de recouvrement lors d'une réhabilitation prothétique implantaire après reconstruction mandibulaire par lambeau libre ostéomyocutané fibulaire : à propos d'un cas**

Bouvet-Gerbetaz S<sup>1</sup>, Cochais P<sup>1</sup>, Dassonville O<sup>2</sup>

1 UFR Odontologie, Service d'Odontologie CHU, Nice

2 Service de Chirurgie cervico-faciale, Centre Antoine Lacassagne, Centre Régional de Lutte contre le Cancer, Nice

En oncologie cervico-faciale, les séquelles fonctionnelles, esthétiques et psychologiques sont souvent dramatiques (Rogers, 2005). Cependant, grâce aux progrès récents de la microchirurgie, certaines équipes de chirurgie cervico-faciale proposent aux patients une technique complexe mais efficace pour reconstruire les pertes de substance mandibulaires interrompues de grande ampleur : le transfert osseux libre revascularisé de fibula (Iizuka, 2005 ; Cariou, 1999). Malheureusement, la réhabilitation prothétique fonctionnelle et esthétique de ces patients reste délicate et nécessite souvent le recours aux ancrages implantaires. Alors que les principes chirurgicaux de mise en place des implants endosseux doivent s'adapter à la situation anatomique singulière et aux impératifs prothétiques, la gestion des tissus de recouvrement et des urgences implantaires est parfois assez difficile et demande la réalisation d'interventions chirurgicales d'aménagement complémentaires.

A propos d'un cas clinique de carcinome épidermoïde de la muqueuse buccale ayant été traité par exérèse et reconstruction simultanée par lambeau libre ostéomyocutané fibulaire, nous exposerons les critères de sélection qui ont permis au patient de bénéficier d'une réhabilitation prothétique implantaire. Nous évoquerons,

de même, les difficultés rencontrées liées à l'épaisseur, la dépressibilité, la fragilité des tissus de recouvrement et à la présence de brides cicatricielles (Marunick, 1999). Nous exposerons un protocole d'approfondissement vestibulaire avec greffe cutanée associée à un conformateur implanto-porté, mis en œuvre grâce à l'étroite collaboration entre le Service de Chirurgie cervico-faciale du Centre Antoine Lacassagne (Centre Régional de Lutte contre le Cancer) et le Service d'Odontologie de l'Hôpital St-Roch du CHU de Nice.

Nous discuterons des différents protocoles décrits dans la littérature et des alternatives thérapeutiques proposées afin d'optimiser une rééducation fonctionnelle précoce et l'intégration biologiquement durable de nos réhabilitations prothétiques dans le but d'offrir à nos patients une qualité de vie la plus acceptable possible (Kao, 2005 ; Metin, 2003).

Nom et adresse du conférencier

BOUVET-GERBETTAZ Sébastien  
UFR Odontologie  
24 avenue Diablos bleus, 06300 Nice  
bouvet.seb@free.fr

### **Reconstruction mandibulaire par membrane induite associée à une autogreffe osseuse ou à un phosphate de calcium biphasique.**

Catros S<sup>1,3</sup>, Zwetyenga N<sup>2,3</sup>, Fricain JC<sup>1,3</sup>

1 Faculté d'Odontologie Bordeaux II

2 Service de Chirurgie maxillo-faciale, Hôpital Pellegrin, Bordeaux

3 Inserm U577, Université Victor Segalen, Bordeaux II

Les techniques de reconstruction des grandes pertes de substance de la mandibule font appel classiquement à différentes techniques de greffes osseuses pédiculées ou non, associées à des plaques d'ostéosynthèse. Les

deux principaux inconvénients de ces techniques sont la morbidité liée au site donneur de greffe osseuse et la résorption parfois importante des greffons osseux lors de la cicatrisation. La technique des membranes induites,

utilisée en chirurgie orthopédique pour la reconstruction des os longs permettrait de limiter la résorption des greffes osseuses (Masquelet, 2000) et la membrane néoformée posséderait des propriétés ostéo-inductrices (Pélissier, 2002).

L'objectif principal de cette étude est d'appliquer cette technique de reconstruction des os longs par membrane induite (Masquelet, 2000) à des défauts osseux de taille critique sur la mandibule de lapin. Le second objectif est de comparer la réparation obtenue après autogreffe ou après comblement par un biomatériau et d'évaluer le type de réparation osseuse obtenue.

21 lapins ont été utilisés dans cette étude. Les deux temps de la technique ont été réalisés : la première étape chirurgicale consistait en une mandibulectomie interruptrice bilatérale suivie d'un comblement de la cavité par un ciment polyméthylmétacrylate (PMMA) ; la contention était effectuée grâce à des plaques d'ostéosynthèse. Un mois plus tard, la seconde intervention chirurgicale permettait de retirer le ciment PMMA en préservant la membrane synoviale néo-formée autour du ciment. Puis les sites étaient greffés par un phosphate de calcium (HA-BTCP) à droite et par un greffon osseux iliaque autologue à gauche. Les animaux ont été répartis en trois groupes (1 mois, 3 mois et 6 mois) et ils ont subi une injection de <sup>45</sup>Ca une semaine avant sacrifice. Les méthodes d'analyse comprenaient des observations macroscopiques et radiologiques, des études histomorphométriques sur coupes décalcifiées et non décalcifiées, ainsi qu'une analyse de l'incorporation de calcium plasmatique par le tissu

osseux néoformé par autoradiographie et micro-imageur. Les résultats montrent une réparation osseuse corticale et spongieuse en présence d'autogreffe ou de biomatériau, mais la réparation corticale est toujours incomplète. L'analyse quantitative montre une reconstruction osseuse équivalente du côté greffé et du côté comblé par le matériau à 1, 3 ou 6 mois ( $p > 0,05$ ). Par contre la résorption est significative à 3 mois et à 6 mois lorsqu'on compare les échantillons aux témoins ( $p < 0,0001$ ). La présence des membranes induites n'a donc pas permis de limiter la résorption osseuse au cours du temps.

Cette technique ne présente pas tous les intérêts escomptés mais il semble toutefois que les résultats en terme de reconstruction osseuse sont équivalents avec un comblement, par autogreffe ou par biomatériau (HA-TCP), du défaut tapissé de la membrane induite, ce qui pourrait permettre de réduire le prélèvement d'os auto-gène, notamment chez les patients fragilisés. De plus, l'utilisation des membranes induites dans la reconstruction mandibulaire chez l'homme a montré des résultats cliniques satisfaisants (Goodger, 2005). La suite du travail devrait permettre de préciser le comportement des membranes induites en site non osseux et en site irradié.

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. 13, n° 3  
2007

page 181