

53^e Congrès de la SFMBCB (1^{re} partie)
Marseille
24-26 avril 2008

**Etude comparative de la Cone Beam Computed Tomography (CBCT)
avec la tomodensitométrie en odonto-stomatologie**

Salmon B

Département de Médecine buccale et Chirurgie buccale, Université Paris Descartes

Plusieurs constructeurs proposent une modalité d'imagerie alternative à la tomodensitométrie (TDM) en odonto-stomatologie : la Cone Beam Computed Tomography (CBCT). Présentée comme moins irradiante (Ludlow et coll., 2006; Tsiklakis et coll., 2005), cette méthode de tomographie volumique par faisceau conique réalise, en une rotation unique, l'acquisition radiologique d'un volume restreint et permet des reconstructions multi-planaires et tridimensionnelles. Les imageries de coupe CBCT ou TDM constituent des examens diagnostiques complémentaires adaptés à l'étude morphologique des tissus durs osseux et dentaires ainsi qu'à la visualisation des rapports anatomiques. Les données d'acquisition sont aujourd'hui exploitées par des logiciels de planification de traitement en orthodontie (céphalométrie 3D) et en implantologie orale (simulation assistée par ordinateur, transfert du projet prothétique en bouche via des guides de forage ou navigation chirurgicale). L'objectif de cette étude consiste à évaluer la précision géométrique et la qualité subjective des images de dispositifs CBCT versus TDM.

Cinq mandibules sèches porteuses de repères radio-opaques sont scannées par deux CBCT (NewTom 3G®, QR et ProMax3D®, Planmeca), deux TDM (Lightspeed16®, et Lightspeed VCT 64®, GE) et un scanner optique (Laserscanner® de Konica-Minolta). Toutes les données natives sont exportées au format Dicom dans le même logiciel de visualisation et de traitement d'images. La résolution spatiale de chaque modalité d'imagerie, est évaluée

en traçant une courbe de transfert de modulation. Une première approche par recalage tridimensionnel donne une estimation des différences de mise en correspondance spatiale des volumes radiologiques et optiques. Des mesures linéaires répétées entre des structures anatomiques sont ensuite déterminées pour chaque dispositif d'imagerie puis comparées par une analyse de variance Anova. Enfin, 40 praticiens sont interrogés sur la qualité perçue de coupes axiales et vestibulo-linguales issues des acquisitions CBCT et TDM.

La résolution spatiale varie de 0.2 à 0.5 mm selon les modalités. Les différences moyennes obtenues entre les mesures linéaires CBCT et TDM sont statistiquement significatives et comprises entre 0.04 et 0.44 mm. Globalement, les praticiens interrogés préfèrent l'imagerie TDM pour l'interprétation des coupes axiales, mais la supériorité de la définition des reconstructions vestibulo-linguales issues du ProMax3D® est soulignée. La performance des images TDM dépend de l'algorithme de reconstruction appliqué. La qualité des images CBCT est inégale selon les dispositifs.

Les techniques émergentes de planification assistées par ordinateur réclament une précision géométrique satisfaisante pour des évaluations cliniques fiables. Les écarts entre les mesures linéaires CBCT et TDM sont acceptables compte tenu de la tolérance clinique attendue et du pouvoir de résolution des dispositifs d'imagerie. La qualité de l'image conditionne, par sa lecture, la préci-

médecine
buccale
chirurgie
buccale

vol. 14, n° 2
2008

page 111

sion finale des mesures cliniques. Comparativement à la TDM, les images ProMax3D® présentent une meilleure résolution spatiale pour un contraste satisfaisant. Cette modalité d'imagerie admet cependant un champ d'exploration plus limité, un temps d'acquisition plus long susceptible d'entraîner des artéfacts cinétiques et s'avère sensible aux artéfacts métalliques. Répondant aux principes de justification et d'optimisation de dose, introduits par les directives européennes Euratom 97/43, les dis-

positifs CBCT offrent une précision géométrique fiable et une qualité d'image adaptée aux indications odonto-stomatologiques et à la planification implantaire.

Nom et adresse du conférencier

SALMON Benjamin
11 rue Friant
75014 Paris
benjamin.salmon@univ-paris5.fr

Ancrage orthodontique au moyen de mini-vis palatines : étude anatomique

Tilotta F^{1,2}, Lazaroo B¹, Gaudy JF^{1,2}

1 Université Paris Descartes, Institut d'Anatomie, Centre Universitaire des Saints-Pères

2 Université Paris Descartes, Laboratoire d'Anatomie fonctionnelle

L'os cortical maxillaire peut procurer une stabilité primaire suffisante pour assurer un ancrage orthodontique chez l'adulte. Le versant palatin est utilisé dans les cas d'orthodontie traités par technique linguale ou si une grande efficacité biomécanique est nécessaire. Ainsi, le site compris entre la deuxième prémolaire et la première molaire peut être envisagé, entre autres, pour procurer l'ancrage nécessaire à l'intrusion des molaires maxillaires. Cependant, peu d'études ont mis en corrélation les considérations biomécaniques et les risques de lésion des éléments anatomiques présents dans cette région. L'objectif de l'étude est d'évaluer les risques de lésion des éléments anatomiques lors de la mise en place de mini-vis au maxillaire et d'adapter les critères biomécaniques en fonction des risques de lésions.

L'étude est menée sur 2 types de pièces : 40 maxillaires dentés secs et 24 maxillaires humains dentés prélevés sur des cadavres frais provenant du service du don du corps du Centre universitaire des Saints-Pères, après injection de latex coloré dans le réseau carotidien externe, afin de visualiser le trajet de l'artère palatine descendante. Toutes les pièces sont sectionnées selon un plan axial passant par le sinus et maintenues grâce à un étau, dans une position comparable à la position opératoire du patient. Des mini-vis en titane de 9 mm de longueur et de 2 mm de diamètre et dont le filetage est autoforant (Gamme Ancotek® - Tekka) sont insérées à 5 mm, puis à 8 mm du sommet du septum alvéolaire palatin séparant la deuxième prémolaire de la première molaire, sur une longueur de 7, puis 9 mm. La position de la mini-vis est évaluée par contrôle radiologique, puis par contrôle visuel après extraction de la deuxième prémolaire et de la première molaire.

Le risque de lésion d'une racine dentaire est augmenté en cas d'espace interradiculaire faible. Il concerne principalement la racine mésio-vestibulaire de la première molaire. Ce risque est accru si la première molaire est en rotation mésio-palatine, ou si ses racines sont fortement divergentes. Le risque de lésion d'une racine est augmenté avec une vis de 9 mm de longueur.

Le risque d'effraction sinusienne est principalement constaté avec l'utilisation des mini-vis de 9 mm. Ce risque est augmenté si la mini-vis est placée à 8 mm du sommet du septum alvéolaire et si l'axe de la mini-vis est incliné en direction apicale. La vis peut léser une petite artériole provenant de l'artère palatine descendante, sans conséquences cliniques.

Pour diminuer le risque de lésion d'un élément anatomique, l'utilisation de mini-vis courtes de 7 mm est indispensable, associée à une insertion perpendiculaire au grand axe des dents, à 5 mm du sommet du septum alvéolaire. L'examen radiologique pré-opératoire reste indispensable pour permettre au praticien d'évaluer la proximité radulaire et sinusienne. Il doit lui permettre d'une part, de confirmer ou d'infirmer le choix de ce site pour l'ancrage et, d'autre part, d'adapter son protocole en fonction des données anatomiques.

- 1 - Lee JS, Kim JK, Park Y-C, Vanarsdall Jr RL. Applications cliniques des mini-implants en orthodontie. Quintessence International, Paris, 2008.
- 2 - Gaudy J-F. Anatomie clinique. Editions CdP, Rueil-Malmaison, 2003.
- 3 - Sung JH, Kyung HM, Bae SM, Park HS, Kwon OW, McNamara JA. Microimplants in orthodontics. Daegu, Dentos, 2006.
- 4 - Gaudy J-F. Atlas d'anatomie implantaire. Elsevier Masson, Issy-les-Moulineaux, 2006.
- 5 - Kwak HH, Park HD, Yoon HR, Kang MK, Koh KS, Kim HJ. Topographic anatomy of the inferior wall of the maxillary sinus in Koreans. Int J Oral Maxillofac Surg 2004; 33 : 382-8.

Nom et adresse du conférencier

TILOTTA Françoise
Laboratoire d'Anatomie fonctionnelle
1 rue Maurice Arnoux
92120 Montrouge
francoise.tilotta-yasukawa@univ-paris5.fr

Neuropathies post-implantaires : données actuelles

Alantar A¹, Beatrix JC², Zajtman D², Godefroy JN³, Galeazzi JM¹, Maman L⁴, Sorel M²

1 Service d'Odontologie de l'Hôpital de Nanterre

2 Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur, Centre hospitalier de Nemours

3 Collège National des Chirugiens Dentistes de la Douleur

4 Faculté de Chirurgie Dentaire de l'Université Paris Descartes

Les neuropathies post-implantaires sont mal documentées et sous-évaluées. La fréquence de ces atteintes neurologiques post-implantaires, tous tableaux cliniques confondus, varie de 5 à 15 % (Gregg, 2000). Les territoires les plus fréquemment atteints sont par ordre décroissant : la lèvre (64 %), le menton (46 %), la gencive (32 %) et la langue (14 %) (Ellies, 1992). Les tableaux cliniques varient du simple trouble de la sensibilité à une douleur neuropathique (DN), voire une anesthésie douloureuse. Certaines lésions neurogènes peuvent avoir un impact psycho-social tel qu'elles perturbent l'activité masticatoire, phonatoire et sexuelle. Ces lésions neuropathiques peuvent s'exprimer à l'examen clinique par des douleurs dites de « désafférentation » que sont l'allodynie et/ou l'hyperalgésie, mécanique ou thermique. Le diagnostic clinique repose, à l'interrogatoire, sur une échelle d'évaluation globale et le DN4 (Bouhassira et coll., 2004) et, à l'examen clinique, sur les tests neurologiques. L'image en « croissant de lune » du canal alvéolaire traumatisé, visible sur un examen par TDM, permet de confirmer le diagnostic. Les traitements médicaux actuels des DN sont basés sur les antidépresseurs tricycliques associés aux antiépileptiques de nouvelle génération, en particulier les bloqueurs des canaux sodiques (Attal et coll., 2006) ; les anesthésiques locaux topiques peuvent compléter ces traitements *per os* (Attal et coll., 2006). La dépose de l'implant incriminé est indiquée en cas de douleur neuropathique. La prévention des neuropathies post-implantaires est surtout chirurgicale et repose sur le respect des tissus nerveux : pour les implants mentonniers, cela implique une zone de sécurité de 1 mm entre la face postérieure de l'implant le plus distal et le bord

antérieur du foramen mentonnier ou de la boucle (Mardongers et coll., 2000). Pour les implants postérieurs, une zone de sécurité de 2 mm est nécessaire avec le canal mandibulaire (Bartling et coll., 1999 ; Greenstein et Tarnow, 2006). La prévention médicale des douleurs neuropathiques séquellaires par la prescription de corticoïdes, recommandée par la HAS, repose sur un accord professionnel ; leur efficacité a été démontrée sur la composante inflammatoire des douleurs neuropathiques chez le rat avec le modèle expérimental de la ligature lâche du nerf spinal (Li et coll., 2007). Le mécanisme d'action en serait essentiellement le remodelage de l'activité anti-cytokinique. En l'absence de modèle expérimental à caractère neuropathique pur et d'essais cliniques contrôlés, son extrapolation aux DN post-chirurgicales doit être envisagée avec prudence. Le pronostic des neuropathies est favorable en cas de paresthésies ou de dysesthésies ; la sensation tactile est dans la majorité des cas recouvrée (Dao et coll., 1998). Le pronostic est défavorable en cas d'allodynie et nécessite généralement une prise en charge médico-psychologique. Bien que généralement transitoire, l'impact parfois important sur la qualité de vie des neuropathies post-implantaires nécessite des évaluations sur des études mieux documentées.

Nom et adresse du conférencier

ALANTAR Alp

Service d'Odontologie, Hôpital de Nanterre

403 av. République

92000 Nanterre

alpalantar@wanadoo.fr

médecine
buccale
chirurgie
buccale

vol. 14, n° 2
2008

page 113

Etude rétrospective de l'évolution de la douleur après la réalisation d'une consultation d'information à 43 patients souffrant de glossodynie maladie

Fricain JC¹, Waemere J², Catros S¹, Sibaud V³

1 Pôle d'Odontologie et Santé buccale, CHU Bordeaux

2 Praticien libéral, Bordeaux

3 Service de Dermatologie, Hôpital Saint-André, Bordeaux

La glossodynie est caractérisée par une sensation de douleur linguale qui peut être le symptôme d'une pathologie locale, locorégionale ou générale (glossodynie-symptôme) ou l'expression d'une pathologie sans substratum anatomique (glossodynie-maladie). La glossodynie maladie (GM) est la manifestation clinique la plus fréquente des paresthésies buccales médicalement inexplicables (Samson, 1999). Si la GM est bien définie sur le plan

symptomatique (classification de Lamey, 1988), le traitement reste mal codifié. Parmi les nombreuses thérapeutiques proposées, le clonazepam (Grushka, 1998 ; Woda, 1998), l'acide alpha lipoïque (Femiano, 2002, 2004) et les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) (Bergdahl, 1995 ; Humphris, 1996), semblent avoir montré une certaine efficacité. Les TCC représentent certainement l'approche la plus adaptée, cependant l'accès aux

consultations est limité en raison du faible nombre de praticiens ayant recours à ces méthodes, et aussi pour des raisons financières. L'objectif principal de cette étude était d'évaluer l'évolution de la douleur après réalisation d'une consultation d'information standardisée pratiquée par un praticien spécialiste en pathologie buccale et novice en TCC. Les objectifs secondaires concernent la description de la cohorte et la manière dont l'information avait été perçue. Les patients ont été contactés par téléphone 6 mois à 4 ans après la consultation. L'évolution de la douleur a été évaluée sur des questions fermées (amélioration, rémission, stabilisation, aggravation). La douleur quand elle persistait, était évaluée quantitativement (échelle numérique) et qualitativement (questionnaire de Saint Antoine). Enfin l'évaluation de l'écoute, la compréhension et l'acceptation du message de la consultation ont été réalisées par des questions ouvertes. Les patients vus en consultation étaient adressés par leur chirurgien dentiste (46 %), leur médecin généraliste (44 %) ou un médecin spécialiste (10 %). Quarante-trois pour cent étaient des femmes. Dans 80 % des cas la langue était normale, plicaturée dans 2 % des cas, saburrale dans 2 % des cas, géographique dans 9 % des cas et scrotales dans 2 % des cas. Sur les 43 dossiers sélectionnés, 25 patients ont pu être contactés. Sur les 25 patients contactés, 8 ont été améliorés (4 rémissions partielles et 4 rémissions totales), 15 stabilisés et 2 aggravés. La moyenne d'âge de la cohorte était de 61,8 ans et 92 % étaient des femmes ; 44 % étaient traités par anti-dépresseur. La durée moyenne de la douleur était de 5 ans avec

un écart type de 4,5 ans. Il était dénombré 55 % de glosodynie de type I, 35 % de type II et 10 % de type III. La localisation des douleurs concernait la pointe et les bords de la langue dans 85 % des cas. La douleur moyenne sur l'échelle numérique était de 6,2 avec un écart type de 1. Les qualificatifs de la douleur les plus souvent cités dans le questionnaire de saint Antoine étaient : brûlure et gêne (90 %), déprimante et énervante (60 %), picotements (50 %), oppressante (35 %), exaspérante (30 %). Le taux d'écoute du message de la consultation (restitution du message) était de 92 %, la compréhension (explication du message) de 60 %, l'acceptation (analyse du message) de 32 %.

Les résultats de cette étude semblent confirmer l'effet bénéfique d'une consultation d'information standardisée sur la GM, notamment chez les patients ayant accepté le message délivré. Si les résultats observés sont comparables à ceux obtenus par une psychothérapie cognitive, ils seraient inférieurs à ceux obtenus par des traitements au clonazépam (60 % de rémission) (Grushka, 1998 ; Woda, 1998) ou à l'acide alpha lipoïque seul (80 % de rémission) ou associé à une TCC (90 % de rémission) (Femiano, 2004).

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

médecine
buccale
chirurgie
buccale

VOL. 14, N° 2
2008

page 114

Diagnostic des douleurs neuropathiques cranio-oro-faciales Proposition d'un arbre décisionnel informatique

Sorel M¹, Alantar A², Beatrix JC¹

1 Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur, Centre hospitalier de Nemours

2 Service d'Odontologie, Hôpital de Nanterre

Le diagnostic de douleur neuropathique est un diagnostic syndromique purement clinique (Baud, 2007 ; Bouhassira et coll., 2004). Les questions que le clinicien se pose sont : est-ce une douleur d'origine dentaire ? S'agit-il d'une douleur nociceptive et/ou neuropathique ? L'examen clinique qui ne s'arrête pas uniquement à la sphère oro-faciale, doit également intégrer les différents paramètres des troubles de la posture. La déstabilisation de l'appareil locomoteur mandibulaire va amener la transmission au cortex cérébral d'informations comparables aux informations cutanées, issues du système podal (Villeneuve Parpay et coll., 2001). Les pathologies dentaires ont une répercussion sur les récepteurs desmodontaux, les troubles de l'occlusion pouvant retentir sur le système musculaire, ligamentaire, et capsulaire de l'articulation temporo-mandibulaire (Nobili et Adversi, 1996). L'acteur principal de ces douleurs neuropathiques cra-

nio-oro-faciales est le nerf trijumeau ; son noyau principal et le noyau masticateur avec ses afférences sensitives faciales et endo-buccales s'étendent du mésencéphale à C2 (Hatesse et Hatesse, 2007). Il est alors aisé de comprendre les liens unissant les diverses pathologies (dentaires, oculaires, ORL et posturales). Compte tenu de la diversité des signes cliniques concernés par le diagnostic des douleurs neuropathiques, un arbre décisionnel informatique destiné aux praticiens, toutes spécialités confondues aussi bien médicales que chirurgicales, est proposé. Le Pain Multiplex Board est un outil assurant un recueil et une analyse de données cliniques standardisées menant à un arbre décisionnel diagnostique et thérapeutique à partir d'outils validés (EVA, DN4, QDSA, HAD) (Bouhassira et coll., 2004 ; Boureau et coll., 1984 ; Zigmund et coll., 1983), de relevés topographiques précis et de référentiels pharmaco-

logiques actualisés (Attal et coll., 2006). C'est une démarche intuitive et visuelle, où l'ergonomie a une grande place afin de rendre son utilisation aisée. Enfin, il permet également de mener des études en population générale aussi bien prospective que rétrospective, mono ou multicentrique, dans des conditions de travail facilitées. Cet outil est déjà utilisé au CETD de Nemours et en cours d'expérimentation dans le Service de Neurologie du CHU de Créteil. A l'issue d'un travail de collaboration entre de nombreux référents, l'extension à la sphère cranio-oro-

faciale et la posture constitue la dernière étape de notre démarche.

Nom et adresse du conférencier

SOREL Marc
Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur
Centre hospitalier
15 rue de Chaudins
Nemours
M.sorel.@ch-nemours.fr

Relation entre somatisation et douleur dans une population de patients atteints de dysfonctions de l'appareil manducateur

Klécha A, Hafian H, Noël L, Leplaideur M, Bourgeois G, Lefèvre B
Service d'Odontologie, Hôpital de la Maison Blanche, CHU Reims

Introduction : Une partie des patients souffrant de dysfonctions de l'appareil manducateur (DAM) idiopathiques présentent aussi des troubles psychologiques (Gatchel et coll., 1996) comme les patients douloureux chroniques souffrant d'autres parties du corps (dos, membres). Les syndromes fonctionnels (SF) sont des affections marquées par des symptômes impliquant divers systèmes organiques, sans étiologie ni processus pathologique identifiés (Barsky et Borus, 1999). Comparée à la population générale, la fréquence des SF est plus élevée dans les populations de douloureux chroniques, tels les patients atteints de fibromyalgie (Aaron et Buchwald, 2003 ; Palmer, 2005). L'objectif de cette étude est d'évaluer la co-morbidité des SF chez des patients atteints de DAM ainsi que les liens éventuels entre SF, somatisation, dépression et douleur.

Patients et méthodes : 56 patients venus consulter pour DAM ont complété un auto-questionnaire recueillant des informations socio-démographiques, la présence d'éventuels antécédents de SF (syndrome du colon irritable, colopathie fonctionnelle, dyspepsie non ulcéreuse, sensation de boule dans la gorge, douleur cardiaque atypique, hyperventilation, fibromyalgie, céphalées de tension, syndrome de fatigue chronique, syndrome prémenstruel, douleur pelvienne chronique, cystalgie à urine claire, glossodynie ou stomatodynie, douleur faciale atypique, odontalgie atypique) et comprenant l'échelle de dépression et les deux échelles de somatisation de la symptom checklist 90-revised (SCL-90-R). Le niveau de douleur, évalué par une échelle visuelle analogique (EVA), et la durée d'évolution de la douleur ont également été enregistrés.

Résultats : Un antécédent d'au moins un syndrome fonctionnel est retrouvé chez 44.6 % des patients. Les niveaux modéré ou sévère du score de dépression de la SCL-90-R sont atteints par 71.4 % des patients, et par 75 % des patients en ce qui concerne les scores de somatisation. Les scores de somatisation sont positivement liés avec le nombre de SF ($p < 0.001$). Les scores de dépression ($p < 0.01$) et de somatisation ($p < 0.01$) sont positivement

corrélés avec la durée depuis laquelle la douleur existe. Discussion : La relation entre douleur et trouble psychologique chez les patients atteints de DAM est complexe. Notamment, les résultats concernant l'intensité de la douleur et la dépression sont contradictoires (Holzberg et coll., 1996 ; Auerbach et coll., 2001). Cependant, il existe une corrélation entre la somatisation et la dispersion des sites douloureux au sein de la face (Wilson, 1994), comme dans le reste du corps (Dworkin et coll., 1990), chez les patients atteints de DAM. Or, la tendance à la somatisation diminue les chances de succès de traitement par des moyens « somatiques » (orthèses occlusales, kinésithérapie, médicaments) chez ces patients (McCreary et coll., 1992). Interroger les patients sur d'éventuels antécédents de SF pourrait donc être un moyen simple d'évaluer le degré de somatisation des patients et d'introduire rapidement l'approche psychologique dans la thérapeutique. La recherche systématique des SF pourrait se révéler également utile pour la prise en charge d'autres types de douleurs oro-faciales idiopathiques, telles les paresthésies bucco-pharyngées psychogènes et les odontalgies atypiques ; en effet, une tendance à rapporter des symptômes dispersés dans le corps a été observée chez des patientes souffrant d'odontalgie atypique (List et coll., 2007). Enfin, selon une étude épidémiologique récente (Aggarwal et coll., 2007), les personnes souffrant de douleurs faciales idiopathiques ont un risque 3 fois plus élevé de souffrir du syndrome du colon irritable que les patients souffrant de douleurs bucco-dentaires avec une étiologie identifiée.

Nom et adresse du conférencier

KLECHA Anne
Hôpital de la Maison Blanche
45 rue Cognacq Jay
51092 Reims
anneju.morin@wanadoo.fr

Enquête sur les urgences médicales survenant au cabinet dentaire en France

Calon B¹, Bildstein A², Samin J¹, Bahi S², Féki A²

1 Service d'Anesthésie, Réanimation chirurgicale, CHU de Haute-pierre, Strasbourg,

2 Département de Médecine buccale et Chirurgie buccale, Faculté de Chirurgie dentaire, Strasbourg

Introduction : La survenue d'urgences médicales au cabinet dentaire est rare mais non exceptionnelle. Cette enquête a été réalisée afin d'en évaluer la fréquence et le devenir, ainsi que l'état de préparation du cabinet et du praticien.

Matériel et méthodes : Cette enquête a été menée sur 3 ans (octobre 2004 à novembre 2007), auprès de 1453 (4 %) dentistes sur 34563 en activité en France, lors de journées d'enseignement post-universitaire. Le questionnaire comportait 11 items : années de carrière, soins et réanimation au cabinet et en dehors, malaises, appels au SAMU, décès, disponibilité d'une source d'oxygène et d'un tensiomètre. En outre, lors de la dernière année, 16 questions à choix multiple (QCM) sur les urgences (vitales ou non) ont été soumises à 429 praticiens. Résultats : Le taux de réponse a été de 99 %. La durée moyenne de pratique dentaire était de 21,5 années. Une réanimation cardio-pulmonaire (RCP) a été pratiquée au cabinet par 3 % des praticiens (1 cas sur 20 pour 40 ans d'activité), avec un taux de survie de 84 % et, en dehors du cabinet pour 5 % d'entre eux. L'incidence des malaises vagues au cabinet sont apparus 6 fois plus élevée que les autres étiologies. Le SAMU a été contacté par près d'un quart (23 %) des praticiens. L'équipement matériel du cabinet comprenait une source d'oxygène dans 79 % et un tensiomètre dans 42 % des cas. Concernant les connaissances sur les urgences (QCM), la prise en charge du malaise diabétique était erronée dans 1/3 des cas, le diagnostic du malaise vagal dans 1/3 des cas ou de l'emphysème sous-cutané bénin dans 2/3 des cas. Pour la douleur, un quart (1/4) des praticiens ont prescrit des anti-inflammatoires non stéroïdiens chez la femme enceinte (attitude contraire aux recommandations de la Haute Autorité de la Santé - HAS).

Discussion : Cette étude est la première de ce type réalisée en France. Un praticien rencontre 2,6 malaises/an, le plus fréquent étant le malaise vagal. En ce qui concerne les urgences vitales, près d'1 praticien sur 4 (23 %) fera appel au SAMU au cours de sa carrière, et 1 sur 20 sera amené à réaliser une RCP au moins une fois au cours de sa carrière ; leur évolution (84 % de survie) paraît remarquable, bien que comparable aux données de la littérature¹⁻². La formation obligatoire des chirurgiens dentistes aux gestes d'urgence (Journal Officiel du 10 mars 2006) paraît d'autant plus utile qu'ils peuvent être sollicités non seulement au cabinet mais encore plus souvent lors de leurs activités de loisirs. Il paraît toutefois utile d'élargir cet enseignement aux urgences non vitales ainsi qu'aux rappels de pharmacologie.

- 1 - Chapman PJ. Medical emergencies in dental practice and choice of emergency drugs and equipment : a survey of Australian dentist. Aust Dent J 1997 ; 42 : 103-8.
- 2 - Findler M, Galili D. Cardiac arrest in dental offices. Report of 6 cases. Refuat Hapeh Vehashinayim 2002 ; 19 : 79-87.

Nom et adresse du conférencier

CALON Bartholomeus
Service de Réanimation chirurgicale 6361
CHU de Haute-pierre
Avenue Molière
67098 Strasbourg Cedex
Bartholomeus.Calon@chru-strasbourg.fr

médecine
buccale
chirurgie
buccale

VOL. 14, N° 2
2008

page 116

Erythème polymorphe : du diagnostic au traitement A propos de deux observations

Chbicheb S, Taleb B, El Wady W

Service d'Odontologie chirurgicale au CCTD, Rabat, Maroc

L'érythème polymorphe (EP) est une maladie inflammatoire, cutanéomuqueuse, qui atteint surtout les sujets jeunes, du sexe masculin, entre 20 et 40 ans. Un grand nombre de facteurs étiologiques comme le virus herpétique humain, certains médicaments ont été reconnus responsables de l'apparition de l'EP bien que le mécanisme exact de l'EP soit inconnu, on admet qu'il s'agit probablement d'une réaction d'hypersensibilité à médiation cellulaire, induite par des agents variés chez des sujets génétiquement probablement prédisposés (Vaillant, 2004).

Cas cliniques :

1^{er} cas : il s'agit d'une patiente, âgée de 42 ans, qui consulte pour des lésions douloureuses siégeant uniquement dans la cavité buccale. En 2005, la patiente a présenté en premier un tableau clinique d'infection herpétique récurrente (fièvre + bouton de fièvre). L'examen clinique a révélé des lésions buccales à type de bulles rompues, recouvertes d'un dépôt fibrineux, entourées d'un halo érythémateux, siégeant dans la région labiale et la face interne des joues. L'examen de la peau et des

phanères n'a montré aucune lésion. Une biopsie réalisée sur la face interne des joues était concluante pour un EP buccal. La patiente a bénéficié d'un traitement à base d'aciclovir (Zovirax®), 200 mg, 2 comprimés/j pendant 3 mois. Huit mois après la première poussée, la patiente a consulté pour récurrence des lésions buccales et apparition de nouvelles lésions intéressant la région cutanée (jambe) et les phanères. Sur le vermillon des lèvres, les lésions étaient croûteuses et sanglantes ; sur le revêtement cutané, les lésions étaient croûteuses, entourées d'un érythème, localisées sur les jambes et les doigts et sur les avant-bras. La patiente a été adressée à un dermatologue pour une prise en charge. Le traitement instauré a été à base d'aciclovir (Zovirax®) 200 mg, 5 fois/j pendant 2 mois. La patiente a bénéficié d'un traitement préventif à base d'aciclovir (Zovirax®) 200 mg, 2 fois/j pendant 4 mois. Après 6 mois de traitement, la patiente a été revue, il y a une nette amélioration.

2^e cas : il s'agit d'un patient âgé de 17 ans qui consulte pour des douleurs et saignements muqueux empêchant l'alimentation et la parole, avec altération de son état général. L'examen clinique a révélé des lésions inflammatoires, croûteuses, hémorragiques sur le versant externe des lèvres, des lésions cutanées sur les coudes et les genoux sous forme de papules érythémateuses, légèrement déprimées en leur centre. La palpation des aires gonglionnaires cervico-faciales montre la présence

d'adénopathies bilatérales. L'examen endobuccal a montré une atteinte de l'ensemble de la muqueuse avec présence de fines pseudo-membranes nécrotiques. Une biopsie effectuée sur la lèvre inférieure a confirmé l'EP buccal. Le patient a été suivi par un dermatologue, qui a instauré un traitement à base d'aciclovir 400 mg/j pendant 6 mois. L'état de la patiente s'est amélioré ; il n'y a pas de récurrence pendant 3 ans.

L'EP se caractérise cliniquement par des lésions cutanées pathognomoniques en cocarde, distribuées symétriquement et prédominant aux extrémités. Les lésions buccales sous forme de bulles nécrotiques des muqueuses, apparaissent chez 40 à 60 % des patients (Ayanco, 2003). Le traitement est symptomatique : antiseptique des lésions bulleuses. La corticothérapie générale n'est pas toujours bénéfique dans le traitement d'un EP installé. Elle peut se discuter pour la prévention des formes récidivantes. L'aciclovir semble avoir une place dans les récurrences post-herpétiques (Grosber, 2007).

Nom et adresse du conférencier

CHBICHEB Saliha
Faculté de Médecine dentaire
BP 6212
Rabat- Instituts, Irfane, Rabat, Maroc
s_chbicheb@yao.fr

médecine
buccale
chirurgie
buccale

vol. 14, n° 2
2008

page 117

Incidences buccales d'un traitement par bisphosphonate dans le cadre du traitement d'un myélome. A propos d'un cas

Le Gac O, Estrade L, Gineste L, Campan Ph

Equipe médicale d'implantologie et Département de Chirurgie buccale, Faculté d'Odontologie, Toulouse

Le traitement de certaines affections osseuses par l'acide zolédronique (Zométa®), bisphosphonate puissant, peut se compliquer d'ostéonécroses des maxillaires. Depuis 2005, des publications témoignent de ce risque et l'AFSSAPS a publié une note de pharmacovigilance à ce sujet. Une méta-analyse récente (Woo et al., 2005) relève une prévalence de 6 à 11 % d'ostéochimionécrose des maxillaires chez les patients oncologiques traités par alendronate. Une autre étude (Barnias et al. 2005) avance les chiffres inquiétants de 9,9 % chez les patients sous bisphosphonates intraveineux.

Le cas rapporté est celui d'une patiente de 55 ans, qui a bénéficié en 1998, de la pose de 7 implants mandibulaires pour compenser un édentement bilatéral. La maintenance, réalisée chaque année, n'a pas révélé de pathologies inflammatoires autour des implants. En 2004, un myélome de la crête iliaque est diagnostiqué. L'ostéolyse est de 7 cm. Une chimiothérapie anticancéreuse est instaurée entraînant une rémission de la symptomatologie douloureuse et inflammatoire. Puis, un traitement par Zométa®, à visée régénérative, associé à une corticothérapie est prescrit.

En septembre 2005, son chirurgien-dentiste extrait la deuxième molaire maxillaire gauche, pilier de bridge. La patiente est revue 15 jours plus tard pour l'avulsion d'une racine résiduelle. Lors de cette intervention, il est constaté que l'os alvéolaire est particulièrement friable, brun et mal vascularisé. Une communication bucco-sinusienne (CBS) de très petite taille est refermée de façon extemporanée. Une surveillance est mise en place. Les contrôles attestent que l'os alvéolaire reste exposé et que la taille de la CBS augmente, dans un contexte de sinusite aiguë. Le diagnostic d'ostéonécrose est posé. Un traitement antibiotique (amoxicilline / acide clavulanique) de longue durée (6 mois) est prescrit et un premier séquestre est éliminé. En mars 2006, un début de réépithélialisation des berges de la CBS est constaté, après élimination d'un second séquestre. La muqueuse buccale à ce stade est légèrement inflammatoire. Une prothèse obturatrice pour la CBS est réalisée. Elle permet également de remplacer les dents absentes. Peu après, un séquestre mandibulaire incluant un implant parfaitement ostéointégré est éliminé. La cicatrisation s'avère également excessivement lente.

Compte tenu de l'amélioration de la symptomatologie clinique et fonctionnelle liée au myélome et, en accord avec l'hématologue, le traitement par Zometa® est interrompu, même si la demi-vie de l'acide zolédronique est particulièrement longue.

L'intérêt de l'utilisation des bisphosphonates chez des patients présentant un myélome semble indiscutable. Malgré l'incidence non négligeable des ostéochimionécroses, le rapport bénéfice / risque reste favorable.

Nom et adresse du conférencier
LE GAC Olivier
968 av. Général Leclerc
47000 Agen
olivierlegac@orange.fr

Pemphigus vulgaire avec atteinte gingivale isolée : à propos d'un cas

Hubert AC, Curien R

Service d'Odontologie, CHR Metz-Thionville

Le pemphigus profond (ancien pemphigus vulgaire) est une pathologie rare du sujet âgé où l'atteinte buccale est commune et fréquemment initiale ; l'atteinte gingivale est en revanche rare (Robinson et coll., 1997 ; Bercy et Tennenbaum, 1996). L'évolution de la pathologie peut être sombre et son traitement est axé sur l'arrêt du processus auto-immun (Robinson et coll., 1997).

Une patiente de 64 ans est adressée au service d'Odontologie par son praticien en raison d'une gingivite érosive du secteur incisivo-canin inférieur persistant depuis deux ans. L'examen clinique montre un aspect irrégulier, desquamatif de la gencive marginale vestibulaire allant de 33 à 43. Il n'existe pas d'algies. Les hypothèses diagnostiques sont les suivantes : lichen plan érosif, pemphigoïde bulleuse ou pemphigus. Une biopsie est pratiquée pour examen histopathologique et en immunofluorescence directe. Ce dernier retrouve des dépôts d'immunoglobulines G et de la fraction C3 du complément dans la partie profonde de l'épithélium, en périphérie des cellules, réalisant un aspect en mailles. La clinique et l'histopathologie sont donc en faveur d'un pemphigus profond. La patiente n'évoque pas d'autre localisation et le signe de Nikolsky est négatif.

La balance bénéfice / risque oriente donc vers une thérapie générale de durée limitée étant donné le caractère très localisé du pemphigus. Conformément aux données de la littérature (Robinson et coll., 1997), le traitement

associe un immunosuppresseur (azathioprine 100 mg/j) et un corticoïde (prednisolone 60 mg/j) pendant une durée de 1 mois. A la fin du traitement, l'amélioration locale n'est que minime mais le dosage des auto-anticorps anti-espaces intercellulaires est négatif, ce qui traduit une absence d'évolutivité de la maladie. D'autre part, les érosions ne sont pas invalidantes pour la patiente. C'est pourquoi un relai topique est mis en route avec une préparation associant un dermocorticoïde (bétaméthasone) à un adhésif (orabase), appliquée chaque nuit grâce à une gouttière. La patiente est revue en contrôle tous les trois mois.

Le cas décrit rejoint les descriptions de la littérature montrant une plus grande fréquence après 40 ans et chez la femme (Lamey et coll., 1992 ; Becker et Gaspari, 1993 ; Robinson et coll., 1997). L'accent est mis sur l'extrême rareté des lésions gingivales isolées. Les modalités thérapeutiques sont discutées, en insistant sur la grande corticorésistance des lésions buccales.

Nom et adresse du conférencier
HUBERT Anne-Cécile
Service d'Odontologie
Hôpital Bel Air
57100 Thionville
achubert@voila.fr

Proposition d'un protocole de lecture de l'orthopantomogramme destiné à réduire la prescription de scanner mandibulaire avant l'avulsion de 38/48

Radoi L, Nguyen T

UFR Paris Descartes, Service d'Odontologie de l'Hôpital Louis Mourier, Colombes

L'orthopantomogramme est l'exploration radiologique de première intention pour l'étude des rapports des racines des dents de sagesse mandibulaires avec le canal dentaire : sensibilité 66 %, spécificité 74 % (Blaeser et coll. 2003). Les signes prédictifs de relation intime nerf alvéo-

laire inférieur - racines de 38/48 décrits dans la littérature sont : l'assombrissement radiculaire, l'interruption des lignes radio-opaques délimitant le canal et le rétrécissement canalaire (Blaeser et coll., 2003 ; Sedaghatfar et coll., 2005).

Plusieurs protocoles d'analyse radiologique préopératoire des rapports nerf alvéolaire inférieur - racines de 38/48 sont décrits dans la littérature. Roisin-Chausson (1984) et Cavézian et coll. (1993) proposent de réaliser une incidence face basse dans le cas où les racines et le canal mandibulaire sont intriqués sur l'orthopantomogramme. Si cette incidence ne permet pas de les visualiser distinctement, les explorations tomographiques sont indiquées. Maegawa et coll. (2006) considèrent que l'interruption des lignes bordant le canal mandibulaire au contact des racines, associée à l'absence de visibilité du ligament parodontal de 38/48, est fortement prédictive du contact étroit nerf alvéolaire - racines. Alors, ils recommandent de prescrire un scanner mandibulaire.

Les résultats d'une étude rétrospective réalisée dans le Service d'Odontologie de l'Hôpital Louis Mourier, sur 72 cas, ont montré que les signes panoramiques les plus souvent associés à la présence d'un contact nerf - racines, confirmé par le scanner, ont été : l'interruption des lignes radio-opaques, les racines en crochet, l'absence de visibilité du ligament dentaire, les racines traversant le canal et la présence d'une image radio-opaque périapicale. L'analyse des résultats a permis de définir un protocole de lecture de l'orthopantomogramme pour guider le praticien dans la prescription préopératoire raisonnée d'un scanner mandibulaire. La lecture commence par l'analyse de la continuité du canal. En cas d'interruption, la visibilité du ligament parodontal est recherchée. Son absence indique la prescription du scanner.

La lecture se poursuit avec l'examen de la hauteur de l'inclusion. Si les racines traversent tout le canal, la continuité de celui-ci est recherchée. Si le canal est discontinu, le scanner est indiqué. Le troisième signe analysé est la présence de racines en crochet. Son association avec l'absence du ligament dentaire justifie la tomodensitométrie. Le dernier signe recherché est l'image opaque périapicale, sa présence indiquant le scanner. L'application de ce protocole a permis de réduire de 29,3 % la prescription inutile d'une tomodensitométrie mandibulaire, irradiante pour le patient et onéreuse.

Il n'existe aucune étude dans la littérature prouvant que la prescription d'un scanner réduirait le risque de lésion du nerf alvéolaire inférieur lors de l'avulsion de 38/48. Selon Carmichael et Mc Dowan (1992) et Miloro et Dabell (2005), les facteurs responsables de complications neurologiques après avulsion de 38/48 sont nombreux : l'âge du patient, le degré d'impaction et d'angulation de la dent, la technique chirurgicale employée, l'exposition du nerf, la présence de signes radiologiques prédictifs de contact nerf-racines et l'expérience du praticien. L'examen tomographique ne remplace pas son savoir-faire.

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. 14, n° 2
2008

page 119

Améloblastome unikystique : intérêt de l'examen histologique face au diagnostic radiologique présomptif

Harnet JCL¹, Rocca JP¹, Raybaud H¹, Mahler P¹, Lombardi T²

¹ Faculté de Chirurgie dentaire, Nice

² Laboratoire d'Histopathologie buccale, Faculté de Médecine, Genève, Suisse

L'image radiologique classique d'une lésion ostéolytique entourant la couronne d'une dent incluse impose souvent le diagnostic de kyste dentigère (kyste péri coronaire, kyste folliculaire). Ce diagnostic présomptif peut être discuté car d'autres lésions kystiques, en particulier le kératokyste odontogénique ou l'améloblastome unikystique (AU) (Robinson et Martinez, 1977) peuvent présenter une image radiologique très similaire (Dunsche et coll., 2003). Le diagnostic de certitude est important car ces dernières lésions sont connues pour être plus agressives et récidivantes, la précocité de leur traitement conditionnant, surtout chez l'enfant et l'adolescent, le pronostic de guérison. Un cas clinique de lésion kystique en « situation dentigère » mais révélée après examen histologique comme un améloblastome unikystique, est rapporté.

Une jeune patiente de 15 ans est adressée par son praticien traitant pour un avis concernant la découverte fortuite d'une image osseuse radioclaire mandibulaire, monogéodique, asymptomatique et sans signes physiques asso-

ciés. Cette lésion ostéolytique est située en arrière de 47 et refoule le germe de 48 contre le canal mandibulaire sous-jacent. Un examen radiologique panoramique plus ancien, réalisé deux ans auparavant, permet de visualiser une lésion ostéolytique dont la sémiologie radiologique est tout à fait superposable à celle d'un kyste dentigère développé aux dépens de 47, alors en phase d'éruption. Une exploration tomographique montre l'extension d'une lésion bien délimitée, à fond homogène, maintenant l'intégrité des corticales osseuses et qui semble indépendante d'une part de l'évolution de 48 et d'autre part de 47 dont l'éruption est aboutie et dont la position sur l'arcade est normale. Le traitement chirurgical est réalisé sous anesthésie locale par énucléation et curetage péri-lésionnel, il est complété par la germectomie de la 48 sans aucune complication post-opératoire. L'examen histologique de la pièce opératoire établit le diagnostic d'AU intraluminal plexiforme avec infiltration murale. Les limites de l'exérèse étant en tissu sain, il est décidé de poursuivre une surveillance clinique et radio-

logique régulière du processus de guérison s'étalant sur plusieurs années. Un examen TDM de contrôle est réalisé deux ans après l'intervention et montre l'absence de récurrence et une cicatrisation osseuse satisfaisante.

Le cas clinique présenté illustre la difficulté du diagnostic radiologique pré-opératoire de l'AU (Tosaki et coll., 2001 ; Konouchi et coll., 2006). Il souligne l'importance de l'examen histologique systématique des lésions kystiques dans leur totalité (Ord et coll., 2002), le diagnostic ne pouvant être établi avec certitude à partir d'une biopsie incisionnelle. En effet, cet examen permet parfois la découverte d'un AU « de novo », mais également d'une transformation améloblastique de la bordure épithéliale d'un kyste dentigère. Compte tenu de la fréquence de récurrence de l'AU intramural après traitement par énucléation-curetage, une sur-

veillance post-opératoire régulière doit être poursuivie pendant plusieurs années. L'exploration tomographique réalisée deux ans après l'intervention montre une cicatrisation osseuse satisfaisante du site opératoire. Néanmoins il convient de poursuivre et de contrôler le processus de guérison, la durée moyenne de récurrence après traitement dépassant souvent quatre ans (Li, 2000).

Nom et adresse du conférencier

HARNET Jean-Claude
UFR Odontologie
Pôle universitaire Saint Jean d'Angely
24 av. des Diables bleus
06357 Nice Cedex 4
jean-claude.harnet@libertysurf.fr

Séquestre osseux de l'extrémité distale de la ligne mylo-hyoïdienne : à propos de six cas

Bouzouita I¹, Guermazi I¹, Abi Najm S¹, Lombardi T², Samson J¹

1 Division de Stomatologie et Chirurgie orale, Faculté de Médecine, Genève, Suisse

2 Laboratoire d'Histopathologie buccale, Faculté de Médecine, Genève, Suisse

La ligne mylo-hyoïdienne forme une crête oblique, de bas en haut et d'avant en arrière, sur la table interne de la branche horizontale de la mandibule. Son relief est plus marqué dans son tiers postérieur. Son extrémité distale se trouve à hauteur de la dent de sagesse, 7 à 8 mm en dessous de la crête alvéolaire. Plusieurs cas de formation d'un séquestre dans la région de l'extrémité distale de la ligne mylo-hyoïdienne ont été rapportés chez des adultes d'âge moyen ; l'anamnèse ne retrouve en général aucun antécédent de traumatisme ou de traitement dentaire.

La formation d'un séquestre se manifeste par des douleurs permanentes, lancinantes, souvent intenses, pouvant irradier vers l'oreille et l'hémiface homolatérales. Cliniquement, on observe une ulcération sur la muqueuse libre recouvrant la table interne de la mandibule dans la région de la dent de sagesse. Cette ulcération arrondie, de 4-5 mm de diamètre, située 7 à 10 mm en dessous du bord libre de la gencive, s'accompagne d'une exposition de l'os sous-jacent. Les tissus mous adjacents sont érythémateux, œdématisés, très sensibles ; le moindre contact exacerbe la douleur. L'os exposé est dur, un peu irrégulier, non sensible à la palpation. La radiographie périapicale ne révèle aucune anomalie et la radiographie occlusale montre quelquefois une image opaque, mais de densité inférieure à celle de la mandibule, semblant posée sur la corticale linguale. Puis la symptomatologie régresse, et après 7 à 10 jours d'évolution, les douleurs diminuent et il se forme un séquestre de 3 à 5 mm de diamètre à partir de l'os exposé. Après l'élimination du séquestre, la cicatrisation de la muqueuse s'effectue en quelques jours. En réalité, les douleurs apparaissent 5 à 7 jours avant l'ulcération et elles augmentent progressivement d'intensité ; le diagnostic est rarement évoqué à ce stade. Dans certains cas, on peut observer une régression spontanée ou induite par le trai-

tement, sans apparition d'une ulcération et sans formation d'un séquestre. Classiquement, le traitement associe antalgiques, désinfection locale et bains de bouche.

Le mécanisme étiopathogénique aboutissant à la formation de ce séquestre n'est pas élucidé. Le plus souvent, on évoque la notion de traumatisme favorisé par la prééminence de ce relief osseux tranchant, recouvert par une muqueuse fine. Le processus inflammatoire, par compression, entraînerait une diminution de la vascularisation du périoste, donc de l'os sous-jacent, ce qui provoquerait une nécrose ischémique. Ce processus de nécrose ischémique expliquerait l'intensité de la douleur perçue par le patient.

La présentation de 6 cas doit permettre d'illustrer cette affection méconnue afin d'améliorer la précocité du diagnostic pour arriver dans les meilleurs délais à une prise en charge adaptée et efficace. La douleur peut être contrôlée par les antalgiques usuels mais il semble préférable d'y associer des antibiotiques. Lorsque l'os exposé n'est pas encore séquestré, il paraît souhaitable de l'éliminer à la fraise afin de favoriser l'évolution. Au stade initial, il semble qu'une corticothérapie systémique précoce puisse stopper l'évolution vers la nécrose. Cette présentation doit également permettre de discuter l'étiopathogénie de cette affection.

Nom et adresse du conférencier

BOUZOUITA Imen
Division de Stomatologie et Chirurgie orale
19 rue Barthélémy-Menn
1205 Genève
Suisse
imen.bouzouita@medecine.unige.ch

Intérêt du laser de basse énergie Nd : YAP dans le traitement des ostéonécroses des maxillaires liés au bisphosphonates : à propos de 5 cas

Lescaille-Quéré G^{1,2}, Descroix V^{1,2}, Toledo R¹, Azérad J^{1,2}

1 Service d'Odontologie, Groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière

2 Université Paris 7

Depuis les travaux de Marx en 2003, de nombreux cas d'ostéonécroses des maxillaires associés aux bisphosphonates ont été décrits. Les bisphosphonates sont de puissants inhibiteurs de l'activité ostéoclastique, prescrits dans le traitement de l'ostéoporose sous forme orale, mais aussi dans la maladie de Paget, le myélome multiple et les métastases osseuses de multiples tumeurs, le plus souvent sous forme intraveineuse. Les mécanismes physiopathologiques de cet effet indésirable grave, bien qu'encore inconnus, impliqueraient la diminution du remodelage osseux et du turn-over osseux (perturbation de la balance apposition / résorption) (Licata, 2005) et de la prolifération endothéliale (Wood et Bonjean, 2002). Aucun traitement n'est véritablement reconnu comme efficace. Différentes approches sont alors possibles, allant du traitement médical seul (antiseptique, antibiotique) au traitement chirurgical interceptif. Récemment il a été proposé l'utilisation du laser (Vescovi, 2007) associé à l'acte chirurgical comme méthode potentiellement intéressante.

Patients et méthodes : Nous rapportons les résultats préliminaires sur cinq patients atteints d'ostéonécrose des maxillaires que nous avons traités classiquement par chi-

urgie, antiseptiques locaux et antibiotiques à large spectre, en combinant l'utilisation du néodymium : yttrium-aluminium-Perovskite laser ou nd : YAP. Une évaluation de la symptomatologie clinique a été réalisée, prenant en compte l'intensité de la douleur, la fermeture du site opératoire (réépithélialisation) et la présence d'un écoulement purulent.

Résultats : Après 10 jours de traitement, les 5 patients ont tous rapportés une nette amélioration de leurs symptômes avec une diminution significative de la douleur, et des signes locaux de l'inflammation et/ou de l'infection. Conclusion : Cette première étude, certes non significative, apporte la piste d'une solution supplémentaire dénuée d'effets indésirables qui permet de ralentir ou d'atténuer la symptomatologie des patients atteints d'ostéonécrose des maxillaires.

Nom et adresse du conférencier

LESCAILLE-QUERE Géraldine

UFR d'Odontologie

5 rue Garancière

75006 Paris

gegettepoint@hotmail.com

médecine
buccale
chirurgie
buccale

vol. 14, n° 2
2008

page 121

Le lymphome plasmoblastique : une nouvelle entité

Hauser F¹, Abi Najm S¹, Samson J¹, Lombardi T²

1 Division de Stomatologie et Chirurgie orale, Faculté de Médecine, Genève, Suisse

2 Laboratoire d'Histopathologie buccale, Faculté de Médecine, Genève, Suisse

L'incidence des lymphomes non hodgkiniens a significativement augmenté avec l'apparition du virus VIH : ils touchent 3 à 10 % des patients ayant un SIDA. Le lymphome plasmoblastique est une nouvelle entité touchant des sujets ayant un déficit immunitaire acquis. Ce lymphome B diffus à grandes cellules possède un phénotype spécifique : les cellules sont de type plasmoblastique mais elles possèdent l'expression antigénique des plasmocytes. Il présente une prédilection pour la cavité buccale et les maxillaires. Lorsqu'il intéresse la muqueuse, il apparaît comme une masse exophytique rougeâtre, de consistance molle, non fluctuante, mobile, non douloureuse à la palpation, ulcérée par endroits. Il se manifeste parfois initialement par une mobilité dentaire ; après l'extraction, il y a un retard de cicatrisation avec développement d'une masse exophytique qui déborde rapidement de l'alvéole pour envahir la gencive. Devant une telle prolifération, le diagnostic différentiel fait évoquer différentes lésions : granulome pyogénique, granulome périphérique à cellules géantes, carcinome épidermoïde, lymphome

anaplasique à cellules géantes, lymphome de Burkitt, plasmocytome anaplasique... Le bilan radiologique révèle généralement une atteinte limitée à l'os sous-jacent.

Histologiquement, la lésion est recouverte par un épithélium pluristratifié, hyperplasique, parakératinisé, parfois ulcéré. Dans le tissu conjonctif, on observe un important infiltrat inflammatoire composé de grands lymphocytes avec un cytoplasme volumineux et des noyaux pléomorphes et basophiles, caractéristiques d'une population immature avec différenciation plasmocytoïde. Les cellules tumorales ont un immunomarquage positif pour CD138, VS38c, CD38, les chaînes légères lambda, l'EMA (épitithélial membrane antigen) ; négatif pour CD20, CD3, les cytokératines, HMB45 et le LCA (leucocyte commun antigen). Dans 60 % des cellules, on retrouve l'ARN du virus Epstein-Barr. Le traitement du lymphome immunoblastique n'est pas encore bien codifié. Il associe exérèse chirurgicale et radiothérapie, parfois avec une chimiothérapie. La lésion régresse partiellement ou totalement lorsqu'on peut rétablir la fonction immunitaire.

Un patient de 75 ans, qui présente depuis 4 ans une leucémie lymphoïde chronique B non traitée (immunomarquage positif pour CD20, CD5, CD43, CD38 et monoclonalité pour les chaînes légères kappa) consulte pour des douleurs maxillaires postérieures gauches ; la 27 est extraite. Trois mois plus tard, le patient présente une volumineuse tumeur sur la crête alvéolaire supérieure gauche, débordant sur le palais. L'imagerie médicale (OPT, CT, IRM, PET) confirme l'existence d'un processus tumoral de 2x2.5x3.5cm, centré sur la région de la 27, envahissant l'os sous-jacent et s'infiltrant par une brèche osseuse pour envahir le sinus maxillaire gauche ; il n'y a pas d'effraction de la muqueuse sinusienne et la tumeur s'étend mésialement jusqu'à la 24.

L'examen histopathologique montre que la tumeur est constituée par un infiltrat inflammatoire composé de cel-

lules de grande taille ayant un cytoplasme abondant et des noyaux irréguliers, parfois excentrés. L'immunomarquage est positif pour CD138, IRF4, les chaînes légères lambda et négatif pour CD20, CD5, CD3 : il s'agit donc d'un infiltrat plasmocytoïde monoclonal, peu différencié. En l'absence de localisations secondaires, le diagnostic de lymphome plasmoblastique a été retenu. Le traitement a consisté en une radiothérapie à visée curative.

Nom et adresse du conférencier

HAUSER Fabien

Division de Stomatologie et Chirurgie orale

19 rue Barthélémy-Menn

1205 Genève, Suisse

fabien.hauser@medecine.unige.ch

Expérience dans le service de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale du CHU d'Alger

Dahmani DJ¹, Lattafi R², Saari B2, Hafiz S¹

1 Service de Stomatologie et de Chirurgie maxillo-faciale CHU Alger Centre

2 Service de Pathologie buccodentaire, CHU Alger Centre

L'améloblastome est une tumeur maxillaire bénigne, odontogène, d'origine épithéliale, localement invasive, caractérisée par une propension à la récurrence locale et locorégionale qui représente 1 % de l'ensemble des tumeurs et des kystes des maxillaires.

Cette étude rétrospective, portant sur 15 années, réalisée dans le service de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale nous a permis de retrouver 130 cas de tumeurs étiquetées améloblastomes, vérifiées histologiquement par le service d'anatomie pathologique du CHU d'Alger. Nous avons exclu de notre étude les malades qui se sont présentés pour récurrence d'une tumeur traitée avant 1990.

Sur le plan clinique, cette tumeur a intéressé surtout l'adulte jeune entre 10 et 40 ans, avec une légère prédominance masculine (78 cas sur 130). La localisation la plus fréquente est la mandibule (121 cas sur 130, soit 93 % des cas) ; le siège de prédilection est l'angle mandibulaire et c'est généralement une tuméfaction de l'angle mandibulaire qui amène le malade à consulter.

Sur le plan radiologique nous avons rencontré des images uniloculaires et des images multiloculaires, avec et sans inclusion dentaire ; il y a un fort pourcentage d'images uniloculaires (82 cas).

Sur le plan histologique, l'aspect le plus fréquemment rencontré correspond à l'améloblastome kystique

(55 cas), puis c'est la forme folliculaire (36 cas) et la forme plexiforme (12 cas).

Sur le plan thérapeutique, nous avons réalisé 113 curetages sur des tumeurs vierges ou récidivées ; il y a eu 23 récurrences (20,35 %) et 29 résections terminales qui ont donné 5 récurrences soit 17,25 %.

Notre bilan général nous a permis de dégager une notion très importante sur le choix thérapeutique de l'améloblastome à savoir un curetage associé à une électrocoagulation, même en deuxième intention.

Cette méthode nous a permis d'obtenir d'excellents résultats dans 80 % des cas. Ceci nous montre le bien fondé de notre attitude thérapeutique vis-à-vis de cette tumeur bénigne dont le traitement est beaucoup plus conservateur qu'il ne l'était auparavant. Une surveillance et un contrôle post-opératoire périodique et rigoureux sur plusieurs années sont indispensables afin de pouvoir ré-intervenir par un autre geste conservateur à la moindre récurrence.

Nom et adresse du conférencier

DAHMANI Djaffar

101 rue des Frères Bouchouchi El-Biar

Alger, Algérie

dahmani.djaffar@yahoo.fr