

43^e Journées Scientifiques de la SFMBCB

Lille

18-19-20 octobre 2001

Implants et volumes osseux limites. Etude clinique sur 6 ans

Bischof M^{*/**}, Nedir R^{*/**}, Samson J^{*}

^{*} Division de Stomatologie et Chirurgie Orale, Université de Genève

^{**} CdR Clinique Dentaire SA, Vevey

La crête osseuse idéale pour la pose d'un implant (PI) doit avoir une largeur d'au moins 6 mm. Cette largeur permet la PI de diamètre standard (4 mm) en conservant au moins 1 mm de corticale vestibulaire (V) et 1 mm de corticale linguale (L) ou palatine (P). De nombreux cas ne remplissent pas ces conditions idéales mais plusieurs techniques permettent actuellement d'apporter une solution simple.

Cette étude réalisée dans une clinique privée porte sur 592 implants ITI[®] (Straumann AG) posés chez 275 patients entre janvier 1995 et avril 2001. Après l'implantation, la largeur de la crête osseuse résiduelle V et L (ou P) est mesurée et le diamètre implantaire noté. Pour ces 592 implants, il a été procédé à 70 (11,8 %) élargissements de la crête. Les techniques utilisées pour l'élargissement de la crête se répartissent en 3 groupes : les augmentations osseuses préalables à la pose, les expansions de crête lors de la pose, les augmentations latérales (AL) par utilisation d'une membrane résorbable et/ou d'un biomatériau, simultanées à la pose.

Dans 7 (1,2 %) cas, des augmentations préalables à la PI ont été effectuées en utilisant une membrane résorbable Bio-Gide Perio[®] (Geistlich Pharma AG) et un biomatériau Bio-Oss Collagen[®] (Geistlich Pharma AG) pour rétablir le profil de la crête osseuse.

Dans 63 (10,6 %) cas, une augmentation de volume osseux simultané à la PI avec la technique d'implants non-enfouis a été réalisée. Ces 63 cas se répartissent de la manière suivante :

- 33 (5,5 %) cas d'expansion de crête, 31 au maxillaire et 2 à la mandibule par disjonction +/- Ostéotomes de Summers (OS), (3I[®], Implant Innovations AG) (Summers 1994, Rosen et Coll 1999)
- 16 (2,7 %) cas d'AL avec biomatériau pour traiter une fenestration V, L ou P
- 14 (2,4 %) cas d'élévation du plancher sinusien par OS avec ou sans biomatériau

Le diamètre des implants était \geq à 4 mm dans 561 cas (94,8 %) et $<$ à 4 mm dans 31 cas (5,2 %). La largeur des corticales crestaes V et P/L après la PI a été évaluée. Dans 29 % (171/592) des cas, la largeur crestale résiduelle après la pose était $<$ 1 mm sur au moins 1 des 2 versants.

La largeur de la crête osseuse représente souvent une limitation à la PI. Au maxillaire, il est souvent possible d'utiliser des implants ayant au moins 4 mm de diamètre en compensant le déficit osseux par une technique d'expansion (OS +/- disjonction) ou d'apposition (membrane résorbable et biomatériau) tout en utilisant une technique d'implants non enfouis. A la mandibule, la technique d'AL paraît plus adaptée. L'utilisation d'OS comporte l'avantage d'abolir le forage, évitant ainsi la perte et le risque d'échauffement du tissu osseux. La condensation osseuse obtenue avec les OS contribue aussi à une meilleure stabilité primaire. Dans la région maxillaire infra-sinusienne, où la hauteur osseuse est parfois également un facteur limitant, l'utilisation des OS permet de poser un implant dès qu'il y a au moins 4 mm de hauteur osseuse.

En raison des risques de fracture de fatigue des implants de diamètre inférieur à 4 mm, leur utilisation se limite surtout à la mandibule où la disjonction et l'expansion de crête sont plus difficiles à obtenir. Tous les implants posés dans des sites de volume réduit ont pu être mis en charge et aucun implant n'a été perdu à ce jour. Ces techniques peu invasives permettent de limiter le nombre d'interventions d'augmentation préalables à la pose des implants tout en maintenant une technique en un seul temps chirurgical.

Nom et adresse du conférencier

BISCHOF Mark
CdR Clinique Dentaire SA
3 rue du collège
CH-1800 Vevey

Intérêt des implants de diamètre réduit pour limiter le recours à des interventions d'augmentation osseuse latérale pré-implantaire. Etude clinique prospective sur 217 implants

Pessotto S, Szmukler-Moncler S, Bonfim A, Bernard JP

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

Une largeur de crête de l'ordre de 6 mm est habituellement recommandée pour poser des implants de diamètre standard dans des conditions optimales (Buser et coll. 1990). Quand ce volume n'est pas disponible, des techniques d'augmentation latérales peuvent être mises en œuvre. Celles-ci augmentent toutefois le désagrément pour le patient ainsi que la durée et le coût du traitement. L'utilisation d'implants de diamètre réduit (3,25-3,3 mm) peut permettre une implantation sans recourir à une intervention supplémentaire. Cependant, la diminution des propriétés mécaniques de ces implants est susceptible d'augmenter le risque de fracture (Scacchi 2000), c'est pourquoi leur usage est contre-indiqué dans des conditions de contraintes biomécaniques élevées (Buser et coll. 2000). Le but de ce travail est de présenter le résultat de 9 années d'utilisation des implants ITI de diamètre 3,3 mm.

Depuis 1992, 217 implants ITI de diamètre 3,3 mm, comprenant 23 implants de 8 mm (10,6 %), 64 de 10 mm (29,5 %) et 130 (59,9 %) de 12 mm, ont été posés chez 130 patients, dont 160 chez 94 femmes (72,3 %) et 57 chez 36 hommes (27,7 %), âgés de 18 à 79 ans avec une moyenne de $50,7 \pm 14,8$ années. 111 implants ont été posés au maxillaire (51,2 %) et 106 à la mandibule (48,8 %). 35 implants (16,1 %) ont été posés en secteur incisif (14 à la mandibule et 21 au maxillaire) et 182 en secteurs canine, pré-molaire et molaire, soumis à des contraintes occlusales plus importantes (102 à la mandibule et 80 au maxillaire). 165 implants (76,0 %) ont été posés dans de l'os de densité normale (type II et III), 18 implants (8,3 %) dans de l'os dense (type I), 34 implants (15,7 %) dans de l'os de faible densité (type IV). 28 implants ont été posés

chez des patients totalement édentés (14 à la mandibule et 14 au maxillaire), et 189 chez des patients partiellement édentés pour des réhabilitations intercalaires (63 implants) et distales (89 implants), 74 (34,1 %) ont été utilisés pour la réalisation de couronnes unitaires posées en position canine, prémolaire et molaire. 138 implants (63,6 %) ont été posés sans augmentation, 79 (36,4 %) furent posés en associant une technique d'augmentation latérale simultanée à l'aide de membranes collagène résorbables, tout en maintenant une technique chirurgicale en un seul temps.

Durant ces 9 années, 1 échec (0,4 %) fut enregistré durant la phase d'ostéointégration ainsi qu'un échec (0,4 %) après 13 mois de fonction, par fracture d'un implant unitaire en position 23. Dans cette étude, où 118 implants ont dépassés 5 ans d'implantation, le risque de fracture ne s'est pas avéré plus élevé que celui rapportés dans la littérature pour des implants standard de diamètre 3,75 mm (Eckert et coll. 2000). Ces résultats positifs montrent que les implants ITI TPS de diamètre 3.3 mm peuvent constituer une alternative utile aux augmentations latérales pré-implantaires. Si lors de la pose, une augmentation s'avère nécessaire pour couvrir un défaut osseux, elle peut s'effectuer en simultané et en un seul temps.

Nom et adresse du conférencier

BERNARD Jean-Pierre
Division de Stomatologie et Chirurgie orale
Ecole de Médecine Dentaire
Université de Genève
rue Barthélémy Menn, 19
CH-1211 Genève 4, Suisse

médecine
buccale
chirurgie
buccale

VOL. 8, N°
2002

page 59

Implantation immédiate transgingivale dans le secteur maxillaire antérieur. Etude clinique sur 40 implants

Boukari A, Villemin S

Service de Pathologie et de Chirurgie buccales, UFR Odontologie, Strasbourg

Le recours au processus d'ostéointégration a permis, grâce aux implants en titane, d'avoir des restaurations prothétiques stables, fonctionnelles, esthétiques, et avec des résultats prévisibles. La plupart de ces études ont été réalisées avec des implants enfouis, dont la mise en nourrice était considérée comme condition indispensable (Branemark et coll., 1977 ; Adell et coll., 1981 ; Van Steenberg et coll., 1989-1990). D'autres études cliniques et histologiques, avec des implants non enfouis ont montré des résultats cliniques

au moins aussi élevés qu'avec les implants en deux étapes chirurgicales (Buser et coll., 1991, 1997). L'utilisation d'implants immédiatement dans les sites alvéolaires post-extractionnels présente des avantages importants pour le patient et pour le praticien, et fait actuellement l'objet de nombreuses études expérimentales et cliniques (Lazzara, 1989 ; Becker et coll., 1991-1992 ; Brazilay et coll., 1996 ; Akimoto et coll., 1999 ; Grunder et coll., 1999). La plupart de ces études ont fait appel à des implants enfouis et à la technique de

régénération osseuse guidée. Les références à l'implantation post-extractionnelle transgingivale ne sont pas nombreuses (Schulte et coll., 1992 ; Lang et coll., 1994 ; Bräger et coll., 1996 ; Gomez et coll., 1997 ; Garber et coll., 2000).

Le but de ce travail est d'analyser la faisabilité et de cerner les pré-requis à la technique d'implantation immédiate transgingivale dans la région maxillaire antérieure.

Entre 1991 et 2001, quarante implants (ITI et Frialit 2) ont été ainsi insérés immédiatement après extractions des incisives, des canines et des prémolaires maxillaires chez 36 patients.

La vis de cicatrisation est mise immédiatement après la pose de l'implant, et la restauration prothétique est réalisée trois mois plus tard. Le suivi est assuré à l'aide de contrôles cliniques et radiographiques réguliers.

Un seul implant a été perdu par manque d'ostéointégration, trois semaines après sa mise en place. Aucun autre échec n'a été observé depuis.

L'analyse des résultats montre un taux de survie des implants de 97 %, une préservation du rempart alvéolaire pour tous les cas étudiés, que les meilleurs résultats esthétiques sont observés lorsque l'implantation s'est pratiquée sans lambeau, et que le taux de satisfaction des patients est très élevé (100 %).

Ces données cliniques montrent que l'implantation immédiate transgingivale est une technique fiable qui donne des résultats prévisibles à condition de respecter une procédure chirurgicale très rigoureuse.

Nom et adresse du conférencier
BOUKARI Abdessamad
Faculté de Chirurgie Dentaire
1 place de l'hôpital 67000 Strasbourg

Implantologie post-carcinologique : stratégie thérapeutique. A propos de 4 cas cliniques

Delestan C, Lozza J, Lapeyrie P, Vernières JC
Service d'odontologie et de prothèse maxillo-faciale CHU de Nimes

Le traitement prothétique des pertes de substance maxillo-faciales a suivi une évolution parallèle à celle de l'implantologie en prothèse classique durant ces dix dernières années. Malgré les progrès considérables de la chirurgie réparatrice des cancers (Turk et Coll. 1994, Siciliano et Coll. 1995) et en particulier l'utilisation de plus en plus large de greffons microvascularisés (Pogrel et Coll. 1997), le plan de traitement prothétique intègre le plus souvent possible l'utilisation d'implants (August 1998, Kovacs 2000) pour résoudre le difficile problème de réhabilitation chez un patient lourdement pénalisé par une thérapeutique mutilante et avec des séquelles psychologiques importantes.

4 cas cliniques particuliers sont présentés afin d'illustrer le caractère essentiel des implants dans la réhabilitation prothétique. Ils se caractérisent par :

- des protocoles thérapeutiques différents en particulier chirurgie avec ou sans chimio radiothérapie.
- des difficultés techniques différentes : hémimandibulectomie, résection osseuse partielle, mandibule irradiée, greffe de fibula chez un enfant.

Chacune des situations permet de montrer à la fois la nécessité implantaire et les particularités techniques.

- Nécessité ou non de préparer le site lorsqu'une greffe tissulaire de recouvrement a été mise en place
- Précautions et limites des indications lorsque l'os a été irradié (Oechslin et Coll. 1999)
- Rôle multiple de l'implant dans le cas d'un greffon de fibula microvascularisé chez un enfant (Chang et Coll. 1999, Betz et Coll. 1999). Dans ce cas, l'implant permet non seulement de réhabiliter prothétiquement

mais entretient une stimulation bio-mécanique du transplant, montrant une croissance de ce dernier.

- Impossibilité d'appareiller prothétiquement lorsqu'il s'agit d'une héli-mandibule édentée.

Le suivi dans le temps après mise en fonction des implants est évoqué en ayant toujours présent à l'esprit le risque de récurrence du processus néoplasique. Des systèmes de jonction prothétique fiables (Huband 1998) seront utilisés, laissant la possibilité d'une évolutivité dans le temps. Dans aucun cas la technique d'oxygène hyperbare n'a été utilisée, l'ostéointégration implantaire s'étant faite de manière optimum quel que soit le type d'implant utilisé. Un cas de tumeur cancéreuse chez un enfant pose en outre le problème de la croissance qu'il convient de gérer avec le chirurgien pédiatrique.

Il est bien évident que la prise en charge globale de ces patients ne peut se faire que dans le cadre d'une équipe médicale pluridisciplinaire intégrant diverses spécialités comme le chirurgien ORL ou maxillo-facial, l'odontologiste, le radiothérapeute, le radiologue, voire l'orthophoniste ou le psychologue, travaillant conjointement dans une structure hospitalière adaptée.

Nom et adresse du conférencier
DELESTAN Christian
Service d'odontologie et de prothèse
maxillo-faciale,
CHU de Nimes
5 rue Hoche
30029 Nimes cedex 9

Présentation d'un protocole de réhabilitation implantaire de patients traités pour un cancer des VADS par pelvimandibulectomie interruptrice. Rapport de 3 cas cliniques

Lair JM*, Gourmet R**, Lucas R**

* Faculté d'odontologie, Lyon

** Unité fonctionnelle d'odontologie, Centre régional anti-cancéreux Léon Bérard, Lyon

La réhabilitation prothétique de patients édentés totaux ayant bénéficié d'une pelvimandibulectomie interruptrice et d'une radiothérapie complémentaire, pose de nombreux problèmes de stabilisation et de rétention, du fait d'un déficit d'appuis prothétiques et d'une grande susceptibilité de la muqueuse buccale.

Dans la littérature, de nombreuses études ont été réalisées, entre 1998 et 2000, à propos de la mise en place d'implants en territoire irradié. (Anderson et Coll. 1998 ; Weischer et Mohr 1999). Le délai entre la fin de la radiothérapie et la mise en place des implants endo-osseux varie de 9 mois pour Jacobson (1998) à 2 ans pour Taylor et Worthington (2000).

La présentation de ce protocole s'appuie sur 3 cas cliniques ; il s'agit de 3 patients de sexe masculin, âgés en moyenne de 65 ans, édentés complets, qui ne pouvaient supporter une prothèse adjointe. La tumeur initiale était dans chaque cas un carcinome épidermoïde (2 amygdales gauches, 1 commissure intermaxillaire droite). Les chirurgies interruptrices ont été réalisées en 1991, 1994 et 1996. Ils ont tous bénéficié d'une radiothérapie externe de 56 Gy à 60 Gy, complétée pour deux d'entre eux, d'une curiethérapie de 16 Gy et 20 Gy. Ces patients avaient arrêté tout toxique depuis le traitement de leur lésion initiale. Le délai entre la fin de la radiothérapie et la mise en place des implants a été, au minimum, de 24 mois (24 mois, 47 mois, 84 mois). Des examens tomodensitométriques ont permis de préciser les limites des résections osseuses et

de ce fait le nombre d'implants potentiels. Les interventions se sont déroulées sous anesthésies générales avec antibiothérapie per opératoire (2 g amoxicilline en perfusion). 7 implants vis en titane commercialement pur de 4 mm de diamètre et de 14 mm (2) et 16 mm (5) de long ont pu être mis en place (2 chez 2 patients, 3 chez le 3^e). Les suites opératoires ont été simples et une antibiothérapie a été prescrite pendant 10 jours (2 g amoxicilline per os). Un délai minimum de 6 mois a été respecté entre la mise en place des implants et le 2^e temps chirurgical de réouverture. La prise d'empreintes a été effectuée 15 jours plus tard, et des barres de jonction de type Akermann ont été réalisées pour stabiliser les prothèses complètes.

Actuellement, avec un recul moyen de 35 mois (28-35-42 mois), les implants sont tous en fonction, et sont cliniquement et radiologiquement ostéointégrés. Ces résultats qui devront être contrôlés dans le temps, corroborent ceux de la littérature (August et Coll. 1998 ; Grandstrom et Coll. 1999).

L'utilisation d'implants semble être une aide importante dans la réhabilitation prothétique de ces patients édentés totaux, permettant d'améliorer l'esthétique et la fonctions masticatoire, et de ce fait, leur qualité de vie.

Nom et adresse du conférencier

LAIR Jean Michel
32 bis rue Centrale
69290 CRAPONNE

médecine
buccale
chirurgie
buccale

VOL. 8, N°
2002

page 61

Protocole de réhabilitation prothétique sur implants de patients traités pour un cancer des VADS par reconstruction mandibulaire par lambeau libre de fibula. A propos de 3 cas cliniques

Gourmet R**, Lair JM*, Lucas R**

* Faculté d'Odontologie, LYON

** Unité d'Odontologie, Centre Anti-Cancéreux Léon Bérard, LYON

La greffe micro-anastomosée d'un lambeau libre de fibula fait partie de l'arsenal chirurgical du traitement des pertes de substance de patients ayant «bénéficié» d'une pelvimandibulectomie interruptrice.

La réhabilitation prothétique classique est très aléatoire, voire impossible du fait de l'épaisseur et du volume des tissus mous sous-jacents, de l'absence de relief cressal, de l'absence de vestibule, de sillon pelviglosse, et par la présence de brides cicatricielles.

La pose d'implants endo-osseux au niveau de ces greffons va permettre une réhabilitation prothétique fonctionnelle et esthétique.

Le choix du site implantaire revêt une importance capitale du fait de la prise en compte de certaines particularités anatomiques : longueur, diamètre et position du greffon et du matériel d'ostéosynthèse. Il faut intégrer tous ces paramètres pour permettre une réalisation prothétique amovible ou fixée selon les possibilités,

n'entraînant aucune iatrogénie vis à vis du greffon osseux, en particulier au niveau des zones d'ostéosynthèse. Il faut respecter l'axe médullaire fibulaire et prendre en compte les particularités des tissus mous avoisinants.

Trois cas cliniques, représentant 7 implants de 3 mm de diamètre et de longueur 10 (2), 12 (2) et 14 (3) mm de long vont illustrer ce protocole. Actuellement, avec un recul de 27 mois (23 – 31 mois), les implants sont cliniquement et radiologiquement ostéointégrés, et sont bien en fonction.

Les résultats correspondent à ceux rencontrés dans la littérature (Keller et coll 1998, Goga et coll 1998) et sont

encourageants quant à la réhabilitation prothétique et fonctionnelle de ces patients.

La greffe microanastomosée de fibula permet de recréer un arc mandibulaire anatomique durable.

Pour qu'elle devienne fonctionnelle, la solution paraît être la mise en place d'implants endo-osseux, supports prothétiques, à condition de respecter les contraintes induites grâce à un choix judicieux des sites implantaires.

Nom et adresse du conférencier

GOURMET René
28 rue Laënnec
69373 LYON Cedex 08

Ostéogenèse par distraction osseuse mandibulaire après tumorectomie. A propos d'un cas

Jammet P*, Torres JH**

CHU Montpellier

* Service de Chirurgie Maxillo-Faciale, ** Service d'Odontologie

La reconstruction du squelette facial après tumorectomie a pour but de rétablir les contours osseux de la face et de permettre une réhabilitation prothétique dentaire. Les greffes osseuses non vascularisées ne permettent dans la plupart des cas que des résultats hypothétiques de par l'incidence infectieuse post-opératoire et la résorption importante dont elles font l'objet. L'apport des greffes osseuses micro-anastomosées, quelles soient d'origine iliaque, scapulaire ou de péroné permettent des reconstructions maxillaires ou mandibulaires avec des résultats d'une plus grande fiabilité et d'un volume résiduel stable. Ces techniques nécessitent l'utilisation d'un site donneur périphérique et induisent donc des séquelles à ce niveau.

La distraction osseuse est un procédé décrit en 1989 par G.A. Ilizarov. Appliqué dans un premier temps à la chirurgie orthopédique périphérique, ce procédé de réparation a vu son indication étendue en chirurgie maxillo-faciale (McCarthy J.G et Col 1992), (Molina F, Ortiz Monasterio F 1995) (Chin M, Toth B.A 1996) (Polley J.W, Figueroa A.A 1997). L'intérêt de cette technique est de permettre une ostéogenèse par utilisation de distracteurs soit exo soit endo-buccaux. Le but de la reconstruction est d'aboutir à la mise en place d'implants dentaires. Son intérêt est de supprimer les séquelles du site donneur.

Ce procédé de réparation est illustré par le cas d'un enfant qui nous est adressé pour hémorragie endo-buccale spontanée. L'examen clinique de celui-ci fait ressortir un syndrome hémorragique en regard de la région molaire. On note une tuméfaction muriforme labiale associée. Le bilan radiographique et scannographique révèlent la présence d'une malformation osseuse artérielle, intra-mandibulaire. On décide

donc d'une mandibulectomie qui est réalisée sous anesthésie générale. L'intervention, extrêmement hémorragique nécessite l'utilisation d'un self saver car le pronostic vital de l'enfant est mis en jeu. Le bilan anatomopathologique retrouve un angiome intra-osseux dont le pédicule nourricier était l'artère alvéolaire inférieure. Les suites favorables immédiates et tardives nous conduisent à revoir cet enfant cinq ans plus tard. Le bilan radiographique permet de retrouver une ostéogenèse spontanée mais partielle de la cavité d'exérèse. Il persiste une zone prémolaire édentée. La perte osseuse ne permet ni la réhabilitation prothétique fixe, ni la mise en place d'implants dentaires. On décide donc d'utiliser une distraction verticale mono-directionnelle. Sous anesthésie générale, est réalisée une ostéotomie segmentaire basilaire et la mise en place d'un distracteur. Dès la deuxième semaine post-opératoire celui-ci fait l'objet d'une activation journalière jusqu'à obtention de l'élévation muqueuse et osseuse. Celle-ci fait l'objet d'un suivi radiographique et scannographique. Dès obtention de la restitution corticale interne et externe mandibulaire, on décide de la dépose du matériel et de la mise en place simultanée d'implants dentaires. Six mois plus tard, ceux-ci ont fait l'objet d'une mise en charge par prothèse implanto-portée.

Nom et adresse du conférencier

JAMMET Patrick
Service de Chirurgie Maxillo-Faciale,
CHU
34295 Montpellier cedex 5

Le bilan tomodensitométrique pré-implantaire : nécessité médicale ou médico-légale ?

Bernard JP, Samson J

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

L'utilisation d'implants endo-osseux ostéointégrés nécessite un volume d'os suffisant. La détermination du volume osseux disponible représente donc une étape importante du bilan pré-implantaire.

En complément des informations obtenues grâce à l'examen clinique et aux techniques radiologiques conventionnelles, l'examen tomodensitométrique semble intéressant puisqu'il permet la mesure de la hauteur et de l'épaisseur de la crête, une évaluation de la densité osseuse ainsi que la localisation des différentes structures anatomiques. Cet examen présente toutefois certains inconvénients, en particulier l'irradiation distribuée, le coût de sa réalisation ainsi que des imperfections techniques qui limitent sa précision. Comme tout examen complémentaire, sa prescription devrait relever d'indications médicales pour lesquelles l'intérêt des renseignements obtenus justifie les risques éventuels liés à sa réalisation.

De façon assez surprenante la notion d'un examen tomodensitométrique pré-implantaire systématiquement obligatoire pour des raisons médico-légales apparaît progressivement en France.

Cette prétendue obligation ne repose pas sur des recommandations officielles élaborées à la suite d'études scientifiques mais est exposée de façon assez insidieuse sous la forme de phrases retrouvées au sein de présentations ou de textes se rapportant à l'implantologie. Le caractère national de cette pratique est assez facilement reconnu et peut être facilement vérifié en observant des comportements différents dans d'autres pays (Lambrecht et coll 1999). Cette notion d'un examen pas toujours médicalement utile mais qui serait nécessaire pour des raisons médico-légales, peu à peu acceptée comme une fatalité par les praticiens, est un exemple précis de déviation de la pratique médicale et de renforcement de la pression médico-légale favorisés par des professionnels du domaine.

Ce type de comportement qui peut être observé pour d'autres sujets, en particulier en implantologie, repré-

sente un risque pour l'exercice des professions médicales et devrait amener des réflexions permettant d'en apprécier les origines et d'en limiter le développement. Dans le cas précis du bilan tomodensitométrique pré-implantaire, seule une nécessité médicale établie, devrait amener à en recommander l'utilisation systématique. Des données de la littérature (Dula et col 2001, Pieper et Lewis 2001) ainsi que l'expérience de la Division de Stomatologie et de Chirurgie Orale de l'Université de Genève s'opposent à cette nécessité absolue.

En effet depuis 1989, 1463 interventions ayant permis la pose de 3001 implants chez 1205 patients ont été effectuées dans la Division en ne prescrivant que de façon absolument exceptionnelle (moins de 1 % des cas) des examens tomodensitométriques pré-opératoires. Ces interventions n'ont été responsables que de 26 échecs implantaire immédiats (0,9 %) et d'aucune complication post-opératoire. La tomodensitométrie n'a, en particulier, jamais été utilisée pour localiser le canal mandibulaire et 1383 implants mandibulaires postérieurs ont pu être placés sans aucun déficit sensitif persistant.

Ces résultats montrent que le bilan tomodensitométrique pré-implantaire ne devrait pas être considéré comme obligatoire mais seulement comme un examen complémentaire qui, en fonction de l'expérience de l'opérateur, peut être utile pour certains cas cliniques. Les réflexions actuellement en cours dans différentes sociétés scientifiques internationales devraient permettre de préciser ces indications.

Nom et adresse du conférencier

BERNARD Jean-Pierre
Division de Stomatologie et Chirurgie orale
Ecole de Médecine Dentaire,
Université de Genève,
rue Barthélémy Menn, 19
CH-1211 Genève 4, Suisse

médecine
buccale
chirurgie
buccale

VOL. 8, N°
2002

page 63

Etude biomécanique d'un système amortisseur en prothèse implanto-stabilisée

Jacquy N*, Micallef JP**, Torres JH*

* *UFR d'Odontologie Montpellier*** *Centre Propara, INSERM, Montpellier.*

Un implant endo-osseux n'induit pas les contraintes à l'os de la même manière qu'une racine naturelle, principalement en raison du rapport intime entre l'implant et le tissu osseux, sans interposition d'un dispositif ligamentaire amortisseur tel que le desmodonte. Par ailleurs, il a été démontré qu'une gaine fibreuse péri-

implantaire représente un facteur biomécanique défavorable, conduisant à l'échec de l'implantation (Dubruille et coll. 1994). Le succès à long terme en implantologie ne pouvant être acquis que si, ni l'implant, ni le tissu osseux, ne subissent une contrainte supérieure à leur résistance mécanique, il est donc

essentiel de maîtriser l'intensité et la distribution des contraintes au travers de l'implant et dans le tissu osseux. Dans ce but, divers systèmes amortisseurs intra-prothétiques ont été préconisés pour compenser l'absence de desmodonte péri-implantaire (Skalak 1988; Chapman et Kirsch 1990 ; McGlumphy et coll. 1989). La méthode P.A.R.O. [Piliers Artificiels Résilients et Ostéo-intégrés], proposée par la société Biotech International®, vise à amortir une prothèse totale implanto-stabilisée, en interposant, entre la barre de stabilisation et les implants, des bagues en polymères de chloro-trifluoro-éthylène, qui joueraient le rôle de rupteurs de forces (Poulmaire et coll. 1995).

Afin de comprendre le comportement biomécanique de ce concept de barre de stabilisation amortie, une étude de l'efficacité de ces bagues en matériau compressible a été menée. Son objectif est de comparer les contraintes subies par un implant unitaire ou par chacun des implants supportant la barre, lors de l'application de chocs et de forces calibrés, et ce, avec et sans interposition de ces bagues «anti-stress». Un système de mesure spécifique a été développé à partir de capteurs de forces qui transforment les variations de contraintes en différences de potentiel électrique. L'expérimentation consiste à enregistrer sous la forme de graphiques, les variations de forces au cours de l'impact et lors de l'application de forces statiques, selon différents paramètres [nombre d'implants supportant la barre, présence ou non des bagues, couple de force de vissage de la barre influant sur la compression des bagues]. Les mesures réalisées montrent que

la présence des bagues «anti-stress», sur un implant unitaire ou dans un complexe «barre-implants», a une influence sur le tracé des courbes enregistrées. La diminution de la valeur du pic maximum de force, ainsi que l'augmentation de son temps d'apparition, indiquent une atténuation de la transmission de l'effet de choc sur l'implant. De plus, avec les bagues, le retour au point d'équilibre du signal est plus lent, ce qui traduit une rigidité moindre du complexe, conduisant à une transmission moins violente des contraintes à l'implant et au tissu osseux environnant. La mise en compression initiale du matériau assure une absorption optimale de l'impact, qui se traduit par une valeur de pic maximum plus faible d'environ 15 %, et des amplitudes d'oscillations moins élevées.

La mise en place de bagues en matériau compressible, dans le but de réduire les contraintes nocives pour l'implant, paraît être une idée séduisante qui satisfait les utilisateurs depuis plusieurs années (Poulmaire et coll. 1990). Toutefois, l'évolution de ces résultats dans le temps et surtout l'efficacité *in vivo* de ce dispositif, nécessitent à présent d'être confirmées par une étude clinique.

Nom et adresse du conférencier

JACQUEY Nicolas
Centre de Soins, d'Enseignement et de
Recherche Dentaires
549, av. du Pr J.L Viala
34295 Montpellier Cedex 05

médecine
buccale
chirurgie
buccale

DL 8, N° 1
2002

page 64

La nacre utilisée comme substitut osseux : étude de la cytocompatibilité spécifique *in vitro* et de la réponse des tissus mous après implantation en site sous-cutané chez le rat

Fricain JC* , Cagnet JM, Bareille R, Lepetitcorps Y

*I.N.S.E.R.M U.443

La nacre *pinctada maxima* a récemment été proposée comme substitut du tissu osseux (Atlan et Coll. 1997-1999) car elle présente un comportement *in vitro* et *in vivo* suggérant des propriétés ostéoinductrices (Le Faou A. 1996 et Lopez et Coll. 1998). L'objectif de ce travail est d'évaluer la cytocompatibilité *in vitro* et de rechercher *in vivo* le potentiel ostéoinducteur d'implants de nacre d'une huître perlière jamais étudiée dans son application comme substitut osseux : *pinctada margaritifera*.

La cytocompatibilité a été évaluée au contact de cellules ostéoprotéiniques d'origine humaine. L'attachement à 1 heure et 3 heures est mesurée par l'activité de la N-acetyl- β -D hexosaminidase, la prolifération par suivi de l'activité métabolique mesurée par le test au MTT (ou Bromure de 3-(4,5 Diméthiazol-2yl)-2,5 Diphényl Tétrazolium), la morphologie par microscopie électronique à balayage et la dif-

férenciation par mise en évidence de la synthèse de collagène de type I et d'ostéocalcine par immunocytochimie.

La réponse des tissus mous a été évaluée au contact de plaques et de poudre de nacre placées en site sous-cutané ventral chez des rats Wistars pendant 3, 6 et 12 semaines. Les méthodes d'étude étaient la gravimétrie, l'histologie décalcifiée et non décalcifiée, la microscopie électronique à balayage et à transmission.

Les résultats obtenus *in vitro* ont montré que les cellules ostéoprogénitrices s'attachent à la nacre (2/3 du témoin plastique), qu'elles prolifèrent selon une courbe présentant une allure standard (augmentation de l'activité métabolique suivie d'une stabilisation et d'une décroissance), qu'elles synthétisent du collagène de type I et de l'ostéocalcine et qu'elles présentent une morphologie analogue aux cellules témoins cultivées sur le plastique des puits de culture.

Les résultats de l'expérimentation *in vivo* ont montré que la nacre sous forme de poudre et de plaques subit une biodégradation. Les cellules au contact du matériau sont des macrophages et des polykarions qui émettent de longs prolongements entre les strates de la nacre. Ces cellules présentent de nombreuses inclusions intracytoplasmiques qui évoquent des fragments de nacre. L'étude à la microsonde d'analyse couplée au microscope électronique à transmission a révélé la présence d'une faible quantité de calcium associé à du carbone ce qui est compatible avec l'hypothèse émise. A distance du matériau, sur quelques coupes, il existe parfois des cellules inflammatoires mononuclées évo-

quant des monocytes et des lymphocytes qu'il est difficile de relier à la présence de la nacre du fait de leur présence sporadique.

En conclusion, la *nacre pinctada margaritifera* est cyto-compatible *in vitro*. Au contact du tissu sous-cutané, elle induit une réaction à corps étrangers sans formation de tissu osseux.

Nom et adresse du conférencier

FRICAIN Jean-Christophe
I.N.S.E.R.M U.443
146 rue Léo Saignat
33076 Bordeaux Cedex

Evaluation *in vivo* d'un revêtement bioactif résorbable, obtenu par dépôt électro-chimique : le bonit®

Perrin D*, Szmukler-Moncler S**, Ahossi V*, Pointaire PH***, Magnin G***

* Service d'Odontologie CHU. Dijon,

** UFR Hôpital Salpêtrière Université Paris VI,

*** Département d'Anesthésie et Réanimation CHU. Dijon.

Les revêtements bioactifs obtenus par plasma-spray à la surface des implants dentaires, le plus souvent de l'hydroxyapatite (HA), permettent : 1) d'augmenter le pourcentage d'apposition osseuse autour des implants, 2) de raccourcir les délais de mise en charge, 3) une meilleure ostéointégration dans un os type IV, 4) d'augmenter le seuil de tolérance aux micro-mouvements (SØballe et al. 1993, Szmukler-Moncler et al. 1996). Cependant, ces avantages à court terme peuvent être contre-balancés par des complications à plus long terme. En effet, lors d'une récession gingivale, le revêtement HA peut être rapidement colonisé par la plaque et conduire à la perte de l'implant. La mise au point d'un revêtement bioactif soluble permettrait de profiter des avantages des revêtements bioactifs sans en subir les inconvénients à long terme. Le BONIT® constitue un de ces revêtements solubles. Il est obtenu par un procédé électro-chimique et est constitué majoritairement de bruchite sur une épaisseur de 15 à 20 microns (Szmukler-Moncler et al. 1998). L'évaluation *in vivo* de ce revêtement constitue l'objet de cette présentation.

Deux expériences pilotes sont rapportées, l'une testant l'innocuité du revêtement, l'autre testant son efficacité par rapport à un groupe contrôle et son degré de dissolution. Expérience 1 : Le BONIT® est déposé sur 6 implants ITI (Straumann, Waldenburg, CH) revêtus d'un plasma spray de titane (TPS), Ø 4.1 x 8 mm. Le modèle animal utilisé est le porc Land Race. Trois implants ont été insérés dans la mandibule et 3 autres dans le maxillaire. Après 12 semaines de mise en nourrice, les pièces sont prélevées par ostéotomie partielle et préparées pour analyse histologique.

Expérience 2 : Le BONIT® est déposé sur des implants Pitt Easy Bio-Oss (Oraltronic, Bremen, D) de Ø 4,9 x 8 mm

qui présentent également un revêtement TPS. Ces implants sont insérés au maxillaire d'un porc Land Race. Un groupe test revêtus de BONIT® et un groupe contrôle non revêtus sont insérés en alternance, n = 8. Après 6 semaines de mise en nourrice, les pièces sont prélevées par ostéotomie partielle et préparées pour analyse histologique.

Après 12 semaines, le revêtement n'est plus détecté au microscope optique ou électronique. Au maxillaire, 60 % du pourtour de l'implant est recouvert par une fine couche d'os trabéculaire quasi-continue alors que l'os environnant est de type IV. Des réactions cellulaires de type macrophagique ou pluri-nuclées ne sont pas observées. Après 6 semaines, le revêtement est résorbé à plus de 99 %, seuls 2 points localisés de BONIT® sont encore détectés. Le degré d'apposition est de $73,0 \pm 6$ % pour le groupe test et de $49,8 \pm 13$ % pour le groupe contrôle ($p=0.09$, Wilcoxon). L'action d'ostéoconduction est notable entre les spires ou un os néo-formé couvre une grande partie du périmètre implantaire. Aucune activité macrophagique n'est observée.

Ces deux études pilotes semblent montrer que le BONIT® est résorbé dans un intervalle de 6-12 semaines, et qu'il exprime des propriétés d'ostéoconduction intéressantes dans un os spongieux. Ce type de revêtement soluble, déposé sur une surface implantaire déjà préparée, constitue une nouvelle génération de revêtement bioactifs.

Nom et adresse du conférencier

PERRIN Daniel
Service d'Odontologie
CHU - BP 1519 - 21033 Dijon

médecine
buccale
chirurgie
buccale

VOL. 8, N°
2002

page 65

Absence de résorption du revêtement d'hydroxyapatite d'un implant. Dépose à 5 ans pour raison prothétique. Observation histologique

Campan P*, Gineste L*, Armand S**

* Département de chirurgie buccale, Toulouse

** Département de prothèse, Toulouse, France

Plusieurs systèmes d'implants dentaires recourent à des fixtures recouvertes d'hydroxyapatite. Ce revêtement bio-actif permettrait une intégration osseuse plus rapide et plus intense (Block, 1987), aboutissant à une bio-intégration de ces implants (Meffert, 1987). Cependant un débat subsiste quant au pronostic à long terme de ces implants en raison de la résorption du revêtement d'hydroxyapatite (Albrektsson, 1998).

Le cas d'une patiente âgée de 61 ans est rapporté. Elle présente deux implants para-symphysaires mis en place cinq ans auparavant pour assurer la rétention d'une prothèse adjointe complète mandibulaire. Cette patiente consulte pour la réfection de sa prothèse inadaptée en l'absence de supra-structures rétentives sur les implants. L'examen clinique met en évidence l'implant gauche en position linguale, vestibulo-versé, sans supra-structure, laissant émerger des créneaux caractéristiques de l'implant Spline de Calcitek® (Sulzer medica, Rungis, France). Cet implant est inutilisable prothétiquement. Il est décidé de le retirer en accord avec la patiente. L'examen tomodensitométrique précise l'orientation de cet implant dont la partie apicale affleure la corticale linguale. Le retrait de cet implant

d'un diamètre de 3,25 mm est effectué à l'aide d'un trépan de 4 mm, permettant ainsi de prélever une fine lamelle osseuse vestibulaire adhérente à l'implant. Une étude histologique non décalcifiée est réalisée sur ce prélèvement : Après inclusion dans le polyméthylméta-crylate, une coupe est effectuée à l'aide d'une scie diamantée, puis coloré au Giemsa. L'évaluation histologique qualitative montre que l'implant est recouvert d'un revêtement d'hydroxyapatite, sans signes de résorption, présentant un contact intime avec le tissu osseux environnant qui est dense et lamellaire. L'absence de résorption du revêtement d'hydroxyapatite et la qualité de

L'intégration osseuse observée suggèrent qu'un revêtement spécifique (Proussaefs, 2000) ne subit pas de dégradation à long terme.

Nom et adresse du conférencier

CAMPAN Philippe

Faculté de Chirurgie Dentaire

3, chemin des Maraichers

31062 Toulouse Cedex

médecine
buccale
chirurgie
buccale

JL. 8, N° 1
2002

page 66

Préparation d'un site pré-implantaire unitaire dans le cas d'un défaut osseux tridimensionnel. Greffe autogène en bloc (10 cas), versus régénération osseuse guidée (10 cas)

Bader G*, Frachon X, Quero J

* CMC Volney, 24 Bd Volney- BP 1118, 35700 Rennes

La préparation d'un site destiné à recevoir un implant unitaire a souvent pour but, à la fois de permettre d'obtenir un environnement osseux satisfaisant autour de l'implant et d'assurer un résultat esthétique optimal à la restauration implanto-portée.

Depuis maintenant quelques années (Buser 1993) il a été proposé d'utiliser les techniques de régénération tissulaire guidée (RTG) de parodontologie pour créer une régénération osseuse guidée (ROG), par l'emploi de membranes. Ces techniques offrent des résultats cliniquement acceptables en matière de gain de volume pour les défauts à 3 parois (spires de fixture apparentes). Par contre dans les défauts importants à une paroi ou horizontaux, la constance des résultats est moins évidente.

La greffe en onlay (Misch 1996) semble pouvoir améliorer significativement le pronostic.

Nous avons donc réalisé 10 préparations de sites en vue d'implants unitaires selon le protocole de ROG et 10 préparations à l'aide d'une greffe osseuse en onlay.

Des mesures ont été réalisées dans les plans verticaux et sagittaux afin d'apprécier le gain final en volume. Des mesures ont également été réalisées au niveau des dents adjacentes pour déterminer le gain en recouvrement osseux sur ces dents en fonction de la technique. Des radios de contrôle ont permis également de vérifier les densités des secteurs réparés.

Chaque préparation de ROG a été réalisée à l'aide d'une membrane non résorbable (Gortex,) maintenue par au moins une vis de micro-fixation (Nolwenn,) et d'un comblement par du phosphate tricalcique (Cérasorb.). Le délai de cicatrisation, avant pose de l'implant a été, dans tous les cas, compris entre 6 à 8 mois.

Pour la greffe en onlay, le prélèvement est réalisé soit au niveau de la symphyse mentonnière, soit au niveau de l'angle mandibulaire, à l'aide de micro-scies. Le greffon est fixé par une ou plus souvent par deux vis de micro-fixation. Le délai de cicatrisation, avant pose de l'implant a été de 4 mois.

Le bilan radiologique et clinique de l'ensemble des sites traités a montré une bonne récupération globale du volume quelle que soit la technique, et une possibilité de rendu esthétique satisfaisante.

Cependant, dans les cas de régénération osseuse, nous avons toujours retrouvé, sous la membrane lors de sa dépose, un tissu sain en surface de la crête restaurée, mais macroscopiquement non osseux, de nature cliniquement fibreuse, avec des granules résiduels du matériau de comblement.

Dans les cas avec greffe en onlay, c'est toujours du tissu dur, ayant cliniquement un aspect d'os, qui est retrouvé lors de la mise en place de l'implant, au moment de la dépose des micro-vis. Au niveau des dents adjacentes, nous avons observé, dans tous les

cas une amélioration du recouvrement des racines dénudées par la perte osseuse, ce qui par contre s'est révélé très inconstant avec la ROG.

Radiologiquement la densité des comblements avec de l'os autogène est toujours homogène est sans solution de continuité avec le site greffé. Cet aspect radiologique n'est jamais retrouvé dans les techniques de ROG.

Enfin en termes de coût, la différence pour le patient est très significative en faveur de la greffe en bloc.

Nom et adresse du conférencier

BADER Gérard
CMC Volney, 24 Bd Volney-BP 1118
35700 Rennes

Technique de prélèvement d'une source alternative d'os membraneux : le greffon osseux issu du corps mandibulaire

Roche Y*, Legens M*, Schwartz HC**

* Université Paris 7

** Université de Californie à Los Angeles

Les greffes osseuses libres utilisées dans la région maxillo-faciale sont le plus souvent d'origine enchondrale. Quand de larges volumes osseux sont nécessaires, la crête iliaque constitue le site donneur de choix. Cependant, deux sites chirurgicaux nécessaires. De plus, la douleur post-opératoire au niveau du site donneur est supérieure à celle du site receveur. Si de faibles quantités sont nécessaires, les greffons d'os membraneux, prélevés sur la calotte crânienne, se sont révélés particulièrement adaptés. En effet, l'os membraneux présente plusieurs avantages par rapport à l'os d'origine enchondrale. Les séquelles au site donneur sont moins conséquentes et la douleur post-opératoire est plus modérée (Tessier, 1992). De plus, ces greffons sont beaucoup moins sujets à la résorption (Alberius et al., 1992). La calotte crânienne représente la source usuelle d'os membraneux (Hankovan et Jackson, 1992). De multiples fragments d'os cortical peuvent être issus de ce site. Cependant, de sérieuses complications, bien que rares ont été rapportées (Cannella et Hopkins, 1990 ; Lewis et al., 1990). La mandibule constitue une autre source d'os membraneux. Différents sites de prélèvement ont été proposés. Parmi ceux-ci, il faut citer le ramus mandibulaire (Laskin et Edwards, 1977), l'apophyse coronoïde (Youmans et Russel, 1969), la symphyse mentonnière (Meyer, 1972 ; Jensen et Sindet-Pedersen, 1991 ; Precious et Smith, 1992) et la corticale linguale (Girdler et Hosseini, 1992). Turvey (1985) a aussi proposé l'utilisation d'os mandibulaire destiné à stabiliser les fragments distaux fracturés au cours des ostéotomies sagittales.

Nous décrivons ici une autre source d'os membraneux obtenu à partir du cortex du corps mandibulaire. La

technique décrite consiste à réaliser une ostéotomie sur la ligne oblique externe mandibulaire dont chaque extrémité est ensuite connectée à une ostéotomie verticale pratiquée dans le cortex latéral et s'étendant jusqu'au rebord basilaire. Ces trois ostéotomies sont limitées à l'os cortical permettant ainsi de réduire au maximum toute possibilité d'altération du paquet vasculo-nerveux alvéolaire inférieur. Le greffon osseux ainsi obtenu est séparé du corps mandibulaire à l'aide d'ostéotomes. Les limites des ostéotomies verticales sont situées, en avant à environ 3mm du foramen mentonnier et, en arrière elles peuvent s'étendre à la région rétro-molaire. Un greffon rectangulaire d'environ 1,5 x 3 cm peut être prélevé sur chaque héli-mandibule.

Les greffons issus du corps mandibulaire représentent une alternative aux greffons de calvaria. Cette technique bénéficie de plusieurs avantages, notamment : un seul site opératoire et l'absence de toute cicatrice. Les complications sont celles des ostéotomies mandibulaires sagittales. Le déficit osseux est identique à celui observé au niveau du cortex latéral lors des ostéotomies d'avancement mandibulaire. Le caillot qui se forme au site donneur est très vite envahi par des cellules ostéogéniques et une nouvelle corticale est rapidement reformée. Ainsi, aucune séquelle tant fonctionnelle qu'esthétique ne résulte de cette technique alternative.

Nom et adresse du conférencier

U.F.R. d'Odontologie de l'Université Paris 7
5 rue Garancière
75006 Paris

médecine
buccale
chirurgie
buccale

VOL. 8, N°
2002

page 67

Une étude prospective randomisée comparant 2 techniques d'augmentation osseuse : la greffe autogène seule ou associée à une membrane

Antoun H*, Missika P**

* Unité d'implantologie, Faculté de Chirurgie Dentaire - Université Paris 7 Denis Diderot

** Service d'Odontologie, Garancière - Hôtel Dieu

Le recours aux implants ostéointégrés est une option thérapeutique de plus en plus demandée dans les cas d'édentements complets ou partiels (Brånemark et Coll. 1985, van Steenberghe et Coll. 1990). Un problème majeur peut se poser, à savoir une hauteur et/ou une largeur insuffisantes du volume osseux du site implantaire. Cette déficience osseuse est généralement la conséquence d'un traumatisme, d'une pathologie ou tout simplement d'une extraction. Plusieurs techniques chirurgicales sont décrites pour la reconstruction d'une crête alvéolaire en vue de placer un implant.

Deux d'entre elles sont comparées, la première consiste en une greffe osseuse en onlay seule et la seconde en une greffe osseuse en onlay recouverte d'une membrane non résorbable. Cette étude prospective randomisée, comparée à 6 mois, la différence en terme de résorption, d'augmentation osseuse et de qualité osseuse obtenues entre ces deux techniques. Vingt quatre patients (11 hommes et 13 femmes) ont été inclus dans l'étude entre janvier 1997 et juin 1999. L'âge moyen était de 34 ans (compris entre 18 et 52 ans). Ces patients ont été randomisés dans l'un ou l'autre des deux groupes : 12 sujets dans le groupe «greffe seule» et 12 dans le groupe «greffe associée à une membrane non résorbable». Tous les greffons étaient d'origine mentonnaire. Des mesures cliniques ont été réalisées à l'aide de gouttières individuelles,

d'un compas d'épaisseur, d'une sonde graduée et de scanners.

L'épaisseur moyenne des greffons, tous patients confondus, est de 4,3 mm (comprise entre 1,0 et 8,0 mm). La résorption moyenne est de 1,4 mm (comprise entre 0,0 et 4,6 mm), tandis que l'augmentation osseuse moyenne est de 2,9 mm (comprise entre -0,3 et 6,2 mm). Le groupe membrane révèle, à 6 mois, moins de résorption osseuse statistiquement significative ($p < 0,01$) que le groupe greffe seule. Par contre, l'augmentation osseuse ne présente pas de différence significative entre les 2 groupes. Des implants ont pu être placés d'une façon adéquate au niveau de tous les sites greffés.

En conclusion, l'association d'une membrane non résorbable à une greffe osseuse en onlay, entrainerait moins de résorption que la greffe en onlay seule avec des risques modérés d'exposition de membrane liés à cette combinaison. Un suivi à long terme serait nécessaire afin de confirmer les bénéfices de l'adjonction d'une membrane non résorbable.

Nom et adresse du conférencier

ANTOUN Hadi

9, rue Galilée

75116 Paris

médecine
buccale
chirurgie
buccale

L. 8, N° 1
2002

page 68

La réhabilitation des secteurs antérieurs par greffon osseux autogène rétro-molaire alternative au greffon osseux symphysaire : indications et résultats. A propos de 10 cas cliniques

Fusari JP*, Sauvigne T**

* U.F.R. Odontologie Lyon,

** Hôpital de l'Antiquaille Lyon

La chirurgie implantaire de réhabilitation lors des pertes dentaires unique ou multiples nécessite obligatoirement un volume osseux suffisant. Pour cette réhabilitation, des greffes osseuses autogènes sont fréquemment nécessaires pour reconstruire les pertes osseuses initiales souvent importantes. A côté des sites classiques de prise de greffon autogène iliaque, crânien, costal...), il existe, pour des volumes limités, un site de prélèvement symphysaire mentonnier assez classique mais également un site plus original au niveau de l'angle mandibulaire et de la région rétro-molaire (Minch 1997, Von Arx et Kurt 1998, Khoury 1999, Fusari et Savigné 2000).

Matériel et méthodes

- 10 cas cliniques ont été ici retenus et suivis pendant plus de 24 mois.
- Age moyen : 21 ans, 3 hommes et 7 femmes.
- 7 cas unitaires, 3 cas multiples.
- 6 greffes stabilisées par ostéosynthèse, 4 greffes stabilisées par technique membranaire ROG Gore Tex.
- 6 cas ont été réalisés en pré-implantaire, 4 cas en péri-implantaire.

Le prélèvement est réalisé dans la région du trigone rétro-molaire uni ou bilatéral, parfois en association avec lablation d'une ou plusieurs dents de sagesse enclavées ou incluses, à l'aide de fraises fissures «tungstène» et ostéotome.

Résultats

Tous les greffons se sont parfaitement intégrés avec une résorption de 10 % à 30 %. Aucune complication infectieuse sur les deux sites avec une antibiothérapie de 7 jours.

Ce greffon osseux auogène de type membranaire semble particulièrement adapté aux greffes uniques, voire multiples des deux maxillaires et peut être réalisé soit en chirurgie pré-implantaire, soit par greffon d'apposition lors de la pose des implants. Le prélèvement peut également être réalisé soit en unilatéral, soit en bilatéral ce qui augmente bien entendu le volume osseux potentiel à greffer.

Ce site postérieur semble apporter plus d'avantage que d'inconvénients par rapport au prélèvement antérieur symphysaire avec une morbidité semble-t-il inférieure. Le prélèvement peut, à notre avis, être présenté aujourd'hui comme une alternative intéressante au prélèvement symphysaire, voire au prélèvement de taille modérée sur d'autres sites extra-osseux.

Nom et adresse du conférencier

FUSARI Jean-Pierre
U.F.R. Odontologie
Rue Guillaume Paradin
69008 LYON

Réhabilitation implantaire de maxillaires édentés très résorbés par ostéotomie de Le Fort 1 avec greffon iliaque sinusien et sous-nasal bilatéral. Illustration par un cas

Torres JH*, Jacquy N*, Jammet P**

* Service d'Odontologie,

** Service de Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie

Les maxillaires édentés représentent une difficulté particulière en implantologie, du fait du faible volume osseux disponible sous les cavités aériennes nasales et sinusiennes. Différentes techniques ont été développées pour permettre l'exploitation de tels maxillaires. Certaines concernent les cas de résorption partielle, parmi lesquelles la condensation osseuse, l'apport sous-sinusien de matériau exogène ou les greffes d'apposition ; d'autres s'adressent à des résorptions plus importantes des maxillaires, telles l'utilisation d'implants ptérygoidiens ou l'élévation des planchers sinusiens avec greffe autologue d'os pariétal ou de crête iliaque. Les greffes osseuses associées à une ostéotomie de Le Fort 1 font partie de ces dernières techniques (Li et coll. 1996, Nystrom et coll. 1997, Ferri et coll. 1997). Outre un large abord sinusien, elles permettent la mise en place de greffons sous-nasaux et l'abaissement global du plateau palatin.

Le cas rapporté est celui d'une institutrice de 45 ans, édentée totale maxillaire depuis 5 ans à la suite d'un accident domestique. Elle a subi par ailleurs une mentoplastie d'avancée lors du traitement de ce même traumatisme. Sa prothèse adjointe totale maxillaire lui donne satisfaction au plan esthétique ; en revanche, elle supporte mal l'idée du port d'une prothèse amovible à son âge. Elle a développé un syndrome dépressif depuis l'accident. Bien informée et très motivée par une solution implantaire, elle consulte d'emblée en demandant un traitement par greffe sinusienne. Le bilan radiologique montre une résorption quasi-complète des maxillaires, contre-indiquant toute possibilité de mise en place d'implant, y compris dans les piliers canins. Une solution de préparation du site par greffe osseuse est donc envisagée.

Lors d'une première intervention, sous anesthésie générale, une ostéotomie de Le Fort 1 est pratiquée. Un greffon iliaque cortico-spongieux est prélevé, découpé en deux fragments principaux, qui sont adaptés et mis en place dans les bas-fonds sinusiens maxillaires des deux côtés, face corticale dirigée vers le haut. Ces greffons sont transfixiés par des implants vissés. Dans le secteur médian, un troisième greffon est placé sous la muqueuse des fosses nasales après résection du pied de la cloison. Enfin, des lames osseuses corticales sont utilisées comme greffon d'apposition vestibulaire dans la région incisive, à droite et à gauche. L'ostéotomie est ensuite ostéosynthésée par des plaques de Leibinger, dont les vis inférieures fixent aussi le greffon sous-nasal. Les suites de cette intervention sont bonnes, mais la patiente marche dès le lendemain et se fracture le bassin, ce qui n'altère pas sa motivation.

Cinq mois plus tard, lors d'une seconde intervention sous anesthésie locale, quatre implants sont mis en place dans le secteur incisif. Les greffons d'apposition paraissent très bien intégrés à l'os maxillaire ; la résorption est inférieure à 1 mm. Au forage, on note une densité comparable de l'os maxillaire et des greffons (type 1 à 2 selon Lekholm & Zarb 1985).

Cinq mois après, les différents implants peuvent être mis à jour et utilisés pour réaliser un bridge complet maxillaire.

Nom et adresse du conférencier

TORRES Jacques-Henri
Service d'Odontologie du CHU
34295 Montpellier Cedex 5

médecine
buccale
chirurgie
buccale

VOL. 8, N°
2002

page 69

Apport de l'analyse cranio-faciale de Delaire dans l'étude pré-implantaire

Lemounier-Van Hemert F, Hirigoyen Y

* UFR d'Odontologie Nantes

La réhabilitation occlusale par implants, particulièrement en présence de rapports intermaxillaires inadéquats, ne peut se limiter à un simple geste chirurgical. Une étude approfondie préalable du cas clinique est indispensable. L'application de l'analyse de Delaire en traitement conventionnel aussi bien qu'implantaire permet d'améliorer les rapports intermaxillaires (orientation sagittale du plan d'occlusion - dimension verticale d'occlusion) afin d'obtenir des rapports occlusaux « idéaux » et les plus proches de l'équilibre squelettique du patient.

Cinquante cinq patients dont quinze réellement implantés nécessitaient une réhabilitation prothétique avec la restauration de nouveaux rapports inter-maxillaires (édentations totale bimaxillaire, partielle uni ou bilatérale de grande étendue, perte de calage en général). L'analyse architecturale cranio-faciale de Jean Delaire (Delaire et coll., 1994) est tracée sur la téléradiographie de profil avec la version informatisée Céphalo-2000*. La téléradiographie est réalisée avec un patient placé « au repos », les lèvres au contact sans forcer, les prothèses amovibles retirées. L'analyse approfondie du plan d'occlusion et les corrections qui peuvent en résulter, la détermination d'une dimension verticale d'occlusion osseuse physiologique sont ainsi possibles et visualisées. La classe squelettique et les situations idéales de dents clés (incisive centrale, canine et première molaire maxillaires) sont également indiquées.

L'orientation sagittale théorique du plan d'occlusion est transférée soit directement en clinique soit sur l'articulateur, rapidement et simplement, avec un système modifié de l'arc facial Quick* (Lemounier-van Hemert, 1999). Le plan d'occlusion est tracé sur les dents résiduelles en vue de coronoplasties éventuelles avec ou sans wax-up. Le bourrelet d'occlusion pour les sec-teurs édentés peut ainsi être réglé dans la situation spatiale voulue. La dimension verticale d'occlusion, transférée cliniquement selon une méthode usuelle, est corroborée par la détermination clinique. Elle a toujours été parfaitement tolérée et acceptée par les patients. Les autres étapes de préparation implantaire et de réalisation prothétique sont par ailleurs identiques au protocole habituel.

Cette étude objective les données cliniques en utilisant exclusivement les références squelettiques du patient, afin d'assurer la pérennité du traitement prothétique. La prise en considération de l'équilibre mutuel des différentes structures osseuses du crâne et de la face utilise des éléments objectifs et non plus seulement des valeurs moyennes, le sens clinique et/ou l'expérience du praticien.

Nom et adresse du conférencier

LEMOUNIER - VAN HEMERT Françoise
18 rue du Château
44115 Haute-Goulaine

médecine
buccale
chirurgie
buccale

JL. 8, N° 1
2002

page 70

Enquête sur la prescription antibiotique en odontologie en secteur hospitalier

Mauprivez C*, Tessier E, Furon V, Hafian H, Siano H, Lefevre B

* Service d'Odontologie, CHU de Reims

Différentes enquêtes récentes, réalisées en France, se sont intéressées aux modalités de prescription des antibiotiques auprès de praticiens odontologistes libéraux. Les conclusions de ces enquêtes concordent : il existe une discordance importante entre les recommandations élaborées en fonction du niveau de preuve scientifique et les pratiques réelles des prescripteurs (Dupon et coll., 1995) (Matysiak et coll., 1997). La prescription d'antibiotiques théoriquement non justifiée en odontologie est évaluée entre 37 % et 46 % selon les études (Berthold, 1984) (Rondet, 1992).

L'objectif de cette enquête est d'évaluer la conformité de la prescription antibiotique émanant de l'ensemble des prescripteurs du service d'odontologie du C.H.U de Reims aux différentes recommandations professionnelles (rapport de l'ANDEM, 1996 ; conférence de consensus sur la prophylaxie de l'endocardite infectieuse, 1992).

Les données ont été obtenues à partir d'un questionnaire attaché à un triplicata d'ordonnance. 854 ordonnances ont ainsi été recueillies en novembre et décembre 2000. 521 concernent une spécialité pharmaceutique dont 170 une prescription antibiotique. La pertinence de l'indication d'une antibiothérapie est évaluée à partir des réponses au questionnaire joint à l'ordonnance et à partir du dossier médical de chaque patient.

Les résultats de cette enquête montrent que :

- 32,5 % des prescriptions concernent au moins un antibiotique ;
- la prescription d'antibiotique est motivée par la présence d'une pathologie bucco-dentaire infectieuse dans 37 % des cas, par un geste chirurgical dans 40 % des cas et par une pathologie générale dans 23 % des cas. Globalement, d'après les critères des recommandations, la prescription antibiotique est justifiée dans 40 %

des cas, jugée inutile dans 15 % des cas et peut être médicalement discutée dans 45 % des cas.

L'analyse des résultats permet de mettre en évidence la proportion très importante des prescriptions antibiotiques (31 %) qualifiées d'après le rapport de l'ANDEM de «possible – difficile à déterminer sans preuves scientifiques, études à prévoir» ; notamment en ce qui concerne l'utilité d'une antibiothérapie systématique en cas d'avulsion chirurgicale de troisième molaire mandibulaire chez le sujet présumé sain. Ces résultats montrent aussi la faible compliance de nombreux prescripteurs à appliquer les recommandations de prophylaxie de l'endocardite infectieuse (11 prescriptions erronées sur 15). Ces recommandations, pourtant trop

souvent mal appliquées pour les simples soins dentaires même en secteur hospitalier !

De plus, de nombreuses prescriptions excessives et «inadaptées» posent un problème de santé publique à la fois en terme de santé individuelle du patient (conséquences médicales d'une exposition inutile), d'écologie bactérienne (émergence de résistance bactérienne par pression de sélection antibiotique) et enfin de coût économique.

Nom et adresse du conférencier

MAUPRIVEZ Cédric
Service d'Odontologie - C.H.U de Reims
45 rue Cognacq-Jay
51 100 Reims, France

Antiseptie des mains : faire plus ou faire différemment ?

Tazi M*, Aho S**, Muggeo E**, Perrin D*

* Service d'odontologie

** Service d'épidémiologie et d'hygiène hospitalière. CHU Dijon.

Le manupontage est le principal mode de transmission croisée des germes responsables des infections nosocomiales. L'antiseptie des mains est donc un axe majeur dans la lutte contre ces infections. Cependant l'efficacité de ce moyen de prévention unanimement admis se heurte à une faible observance estimée entre 16 et 48 % en milieu hospitalier (Pittet et al. 2001). Les facteurs les plus souvent évoqués sont le manque de temps, l'insuffisance de ressources matérielles liées aux points d'eau et l'intolérance cutanée aux produits de lavage. Ce dernier facteur est à l'origine de dermatite observée notamment chez 19,2 % des odontologistes (Hill et al. 1998). Le lavage prolongé et répété des mains est paradoxalement susceptible de favoriser les possibilités de contamination croisée par l'augmentation de la dispersion des squames cutanées, véritables vecteurs microbiens (Larson 1999).

La mise au point de préparations hydro-alcooliques semble apporter des solutions aux différents facteurs limitant l'observance de l'antiseptie des mains. Ces préparations se présentent le plus souvent sous forme de gels et comportent un ou plusieurs agents antiseptiques dont l'alcool, et un ou plusieurs agents protecteurs de la peau. Les alcools aliphatiques à courte chaîne représentés par l'éthanol (ou alcool éthylique), l'alcool isopropylique (ou propanol-2) et le propanol-1, sont les plus appropriés en antiseptie du fait de leur excellente miscibilité dans l'eau. Les agents protecteurs contribuent à l'amélioration de la tolérance cutanée. Ce sont des agents émollients représentés principalement par la glycérine. Ces préparations hydro-alcooliques s'appliquent par friction sur les mains jusqu'à séchage spontané. Le temps de friction est de 15 à 30 secondes pour une désinfection de niveau hygié-

nique et de deux fois une minute pour une désinfection chirurgicale. Deux études prospectives ont montré que l'introduction des techniques de désinfection par friction s'accompagnaient d'une nette augmentation de l'observance de l'antiseptie des mains par le personnel soignant respectivement de 48 % à 66 % (Pittet et al. 2000) et de 25 % à 48 % (Bishoff et al. 2000) se traduisant dans la première étude par une diminution de 58 % de la prévalence des infections nosocomiales sur une période de 3 ans.

Des arguments en termes d'efficacité anti-microbienne plaident également pour l'emploi des techniques de désinfection des mains par friction. En effet, les normes AFNOR correspondantes NFT 72-502 et NFT 72-501 imposent une réduction de la contamination artificielle des mains de 1000 pour 1 pour un lavage et 100000 pour 1 pour une friction de niveau hygiénique.

Par les avantages qu'elles offrent, les préparations hydro-alcooliques trouvent en odontologie de multiples applications notamment pour la désinfection chirurgicale par friction dans le cadre de la chirurgie buccale et de la chirurgie implantaire en omnipratique. Cette alternative au lavage chirurgical des mains autorise, en effet, une surveillance moins rigoureuse de la qualité de l'eau permettant d'utiliser un simple poste de lavage des mains disposant d'un distributeur de solution hydro-alcoolique à commande à coude.

Nom et adresse du conférencier

TAZI Mohssine
Service d'odontologie - CHU Dijon
3, rue du faubourg Raines.
21000 Dijon

médecine
buccale
chirurgie
buccale

VOL. 8, N°
2002

page 71

Evaluation clinique et microbiologique de l'action de spiramycine-metronidazole versus amoxicilline dans les périoronarites des dents de sagesse mandibulaires. Etude multicentrique nationale

De Mello G *, Sixou JL, Gougeon-Jolivet A, Bonnaure-Mallet M, Dubreuil L, Jeandot J

* Hôpital Pontchaillou - Service de Chirurgie Buccale - CHU Rennes

322 patients (162 hommes, 160 femmes, âge moyen 25 ans), présentant une périoronarite d'une des dents de sagesse mandibulaires ont été traités dans une étude clinique de phase IV, multicentrique, randomisée en ouvert, pour comparer l'efficacité, chez l'adulte, de la spiramycine-métronidazole (SM) (dosé à 1,5 millions d'U.I de spiramycine + 250 mg de métronidazole en trois prises quotidiennes) versus amoxicilline (A), (dosé à 500 mg prescrits en trois prises quotidiennes) pendant 7 jours, per-os, dans une étude de non-infériorité. L'inclusion a été réalisée sur des critères cliniques : douleurs, œdème, suppuration locale, trismus, adénopathies, érythème, fièvre. La flore microbienne a été évaluée à J0. L'évolution des signes cliniques, le critère principal, a été évaluée à J7.

Les caractéristiques démographiques et cliniques des patients à l'inclusion étaient comparables dans les 2 groupes.

La disparition des signes cliniques a été observée dans respectivement 89,3 % (groupe SM) et 84,5 % (groupe A) des cas permettant de conclure à la «non-infériorité» du groupe SM par rapport au groupe A avec un inter-

valle de confiance bilatéral à 95 % de la différence égal à [-3.14 ; 12.82].

L'étude bactériologique souligne l'extrême hétérogénéité de la flore pathogène isolée dans cette infection et confirme la prédominance des anaérobies (stricts, microaérophiles et facultatifs). La sensibilité aux antibiotiques de 183 souches (130 anaérobies facultatives, 53 anaérobies strictes) a été testée par dilution sur gélose. L'association SM a montré la meilleure efficacité sur les anaérobies stricts, alors que A était plus efficace sur les anaérobies facultatifs.

Il n'y a pas eu de différence significative entre les 2 groupes pour l'incidence ou la gravité des événements indésirables. Aucun événement indésirable grave n'était lié au traitement de l'essai.

Nom et adresse du conférencier

DE MELLO Gilbert

Hôpital Pontchaillou - Service de Chirurgie

Buccale - CHU Rennes - Rue H. Le Guilloux

35033 RENNES Cedex

médecine
buccale
chirurgie
buccale

DL. 8, N° 1
2002

page 72

La tumeur épithéliale odontogène calcifiée (tumeur de Pindborg) A propos d'une observation

Hafian H*, Mauprivez C*, Pluot M**, Lefevre B*

* Service d'Odontologie, CHU de Reims

** Service d'Anatomie et Cytologie pathologiques, CHU de Reims

La tumeur de Pindborg est une tumeur bénigne rare des maxillaires. Elle est classée parmi les tumeurs odontogènes épithéliales (Kramer et Pindborg 1997). Longtemps confondue avec un améloblastome ou un odontome, elle a été identifiée pour la première fois par Pindborg en 1955. Il en existe deux formes : intra-osseuse, la plus fréquente (94 %) et extra-osseuse (6 %). Le cas d'une tumeur de Pindborg à localisation maxillaire antérieure, atypique et de découverte fortuite est rapportée.

Il s'agit d'un homme de 61 ans, en bonne santé, qui consulte pour une réhabilitation prothétique. Un cliché panoramique des maxillaires est réalisé; il montre une image radio-claire en rapport avec les apex de 21, 23 et 24, associée à une résorption des deux tiers de la racine de la 21. L'interrogatoire ne révèle aucun antécédent local particulier et la lésion est asymptomatique. A l'examen clinique, les muqueuses de la région concernée sont saines, la 22 est absente et une petite invagination de la muqueuse palatine au niveau de la 23 est constatée. Par ailleurs il n'y a ni déformation, ni

mobilité, ni suppuration. La palpation des aires ganglionnaires est normale. L'examen tomodontométrique objective une lésion hypodense, homogène, pleine et bien limitée de 2.5x1.5x1 cm. Il persiste une mince corticale vestibulaire et palatine. Le sinus maxillaire gauche et les cavités nasales sont respectées. Lors de l'exérèse chirurgicale, la lésion d'aspect fibreux est facilement clivée. L'examen anatomopathologique révèle un abondant contingent conjonctif et des îlots épithéliaux au sein desquels s'est accumulée de la substance amyloïde, réalisant l'aspect histoarchitectural pathognomonique d'une tumeur épithéliale odontogène de Pindborg. A six mois postopératoires la cicatrisation clinique et l'aspect radiologique sont satisfaisants.

La tumeur épithéliale odontogène calcifiée sous sa forme intra-osseuse atteint préférentiellement la région molaire et prémolaire mandibulaire. Elle est associée à une dent incluse ou un odontome dans 52 à 60 % des cas et une combinaison avec une tumeur adénomatoïde odontogène est possible. L'aspect radiologique

est celui d'une image radio-claire irrégulière uni ou multiloculaire, contenant des masses radio-opaques plus ou moins volumineuses. L'histopathologie associe habituellement une composante épithéliale malpighienne en îlots, en travées ou en nappes, et une substance amyloïde avec des dépôts calcifiés plus ou moins confluent (Franklin et Pindborg 1976, Phillipsen et Reichart 2000). Des variantes histopathologiques non calcifiées, à cellules claires et à calcification ostéoïde ou cémentoïde sont rapportées. Ces variations de la composante calcifiée indiquent probablement un haut niveau de différenciation (Schmidt-Westhause et coll 1992). Certaines tumeurs comportent un contingent de cellules de Langerhans (Asano et coll 1990).

Cette observation illustre le caractère polymorphe de cette tumeur, dont l'aspect radiologique est tributaire de l'importance de la composante calcifiée. L'absence de calcifications évoque une forme jeune et peu différenciée d'une tumeur épithéliale odontogène de Pindborg et ne doit pas faire éliminer à priori ce diagnostic, qui a été établi par l'examen anatomo-pathologique.

Nom et adresse du conférencier

HAFIAN Hilal
Service d'Odontologie - CHU de Reims
45 rue Cognacq Jay
51092 Reims cedex

Les manifestations orales de la maladie de réaction du greffon contre l'hôte : rapport de 4 cas

Hafian H*, Boiron JM**, Lefevre B*, Fricain JC ***

* Service d'Odontologie, CHU de Reims,

** Service d'Hématologie, CHU de Bordeaux

*** Service d'Odontologie, CHU de Bordeaux

La maladie de réaction du greffon contre l'hôte (ou GvHD pour graft versus host disease) est la principale complication de la greffe de moëlle osseuse allogénique (Keith et Sullivan 1990). L'incidence des lésions buccales en période aiguë est de 25 à 75 % (Barrett et Billous 1984, Kolbinson et coll 1988), elle peut atteindre 80 % en période chronique (Jhonson et Farmer 1998). La pratique de la greffe de moëlle osseuse s'étant répandue, le suivi des patients et de leurs complications s'est étendu au-delà des centres spécialisés. En particulier durant la période de GvH chronique, après la réintégration d'une vie sociale normale. Quatre cas cliniques sont rapportés pour illustrer le polymorphisme des lésions orales de la GvH.

Cas n° 1 : Il s'agit d'une femme de 57 ans, atteinte d'une hépatite C post transfusionnelle, allogreffée en août 1999 pour un myélome. En janvier 2000, elle déclare une GvH extensive sévère de *novvo*. L'atteinte buccale est constituée de lésions lichénoïdes, avec des érosions et une sécheresse buccale. Ces atteintes sont la source d'une importante gêne fonctionnelle.

Cas n° 2 : Il s'agit d'un jeune homme de 21 ans, allogreffé en janvier 2000 pour une leucémie myéloïde chronique. En mai 2000, après rémission d'une GvH aiguë de grade I, des lésions lichénoïdes de localisation linguale et deux foyers d'hyperkératoses en stries de la lèvre inférieure sont les seules manifestations d'une GvH chronique.

Cas n° 3 : Il s'agit d'un enfant de 15 ans, allogreffé en mars 1998 pour une leucémie aiguë lymphoblastique. En octobre 1998, une GvH chronique extensive fait suite à une atteinte aiguë de grade II. L'examen de la cavité orale met en évidence une hyperkératose en

papules de la face dorsale de la langue. La muqueuse linguale est d'aspect vernissé et atrophique.

Cas n° 4 : Il s'agit d'une femme de 46 ans, allogreffée en juillet 1999 pour un leucémie aiguë lymphoïde. En mars 2000 après la rémission d'une GvH aiguë de grade II, elle manifeste une GvH chronique extensive. L'unique manifestation buccale est la présence de mucocèles, en rapport avec une atteinte des glandes salivaires accessoires palatines.

En période de GvH chronique, habituellement après restauration immunitaire, les lésions orales sont plus facilement attribuables à la GvH, en raison de la résolution des effets toxiques des drogues de conditionnements et de la diminution du risque infectieux (Schubert et Sullivan 1990). La cavité orale peut en être la première ou unique localisation et être le siège de lésions persistantes après le traitement d'une GvH extensive (Schubert et Sullivan 1990). Ces caractéristiques imposent une parfaite connaissance de ces manifestations et de ses circonstances de survenue, en particulier dans le cadre de la greffe de moëlle osseuse allogénique. L'odontologiste est particulièrement concerné en tant qu'examinateur de la cavité buccale, pour le diagnostic et le suivi de ces lésions, en étroite collaboration avec les centres spécialisés.

Nom et adresse du conférencier

HAFIAN Hilal
Service d'Odontologie
CHU de Reims
45 rue Cognacq Jay
51092 Reims cedex

médecine
buccale
chirurgie
buccale

VOL. 8, N°
2002

page 73

Histoplasmose gingivale révélatrice d'un syndrome d'immuno-déficience acquise

Gangloff P* **, Gérard E**, Richardin P**, Bravetti P*, Froment N ***

* Faculté de Chirurgie dentaire - Nancy

** Service d'Odontologie, C.H.R.- Metz-Thionville

*** Service d'anatomie pathologique, C.H.R.- Metz-Thionville

L'Histoplasmose à petites formes ou maladie de Darling est une mycose granulomateuse intracellulaire du système réticulo-endothélial. L'agent pathogène est un champignon dimorphique du sol : *Histoplasma capsulatum*. L'infection survient par inhalation de spores. La maladie est endémique aux Etats-Unis, aux Antilles Françaises ; en revanche en Asie et en Europe, seuls quelques cas isolés ont été signalés (Kuffer et Badillet, 1995).

L'infection est latente dans 95 % des cas ou se présente sous la forme d'une primo-infection pulmonaire de résolution favorable chez le sujet immunocompétent. Dans les formes disséminées, les lésions cutanées sont rares alors que 40 % des patients présentent des ulcérations de la muqueuse buccale. Curieusement, en cas d'infection VIH, les lésions cutanées sont plus fréquentes que les atteintes orales (Clyti et coll., 1999). Les lésions buccales sont caractérisées cliniquement par des ulcérations douloureuses et indurées ou par des lésions verruqueuses, nodulaires ou granulomateuses (Laskaris, 1994). Le diagnostic, parfois difficile, repose sur les examens histologiques et mycologiques. L'aspect histologique montre un granulome à cellules épithélioïdes et la coloration spécifique de Grocott objective les histoplasmes (Le Carpentier et Oriol, 1997). Le diagnostic différentiel comprend le carcinome épidermoïde, le lymphome, la tuberculose, la granulomatose de Wegener. Le traitement de référence fait appel à l'Itraconazole pendant une durée minimale de 6 mois (Cremer, 2000).

Le cas clinique présenté illustre les difficultés diagnostiques des localisations muqueuses de l'Histoplasmose. La patiente est âgée de 30 ans, originaire du Viet-Nam. Elle présente au niveau de la muqueuse vestibulaire de 33 à 43, une ulcération douloureuse à bords infiltrés et à fond bourgeonnant d'allure pseudo-néoplasique associée à une adénopathie régionale. Une première biopsie propose le diagnostic de tumeur à cellules granuleuses d'Abrikossoff. L'absence de corrélation avec l'observation clinique conduit à demander un bilan sérologique et à pratiquer une seconde biopsie. Une sérologie positive pour le VIH est découverte. L'anatomopathologiste, alors renseigné par les données biologiques, pratique des colorations spécifiques et conclue à un cas d'Histoplasmose de la muqueuse gingivale.

L'Histoplasmose représente aujourd'hui la troisième mycose opportuniste majeure observée dans l'infection VIH, elle constitue un critère de passage au stade de SIDA. (Eisig et coll., 1991 ; Fournier et coll., 1994). La dissémination peut se faire lors d'une primo-infection ou lors d'une réactivation du champignon, parfois même des années après l'infection.

Nom et adresse du conférencier

GANGLOFF Pierre
Faculté de Chirurgie Dentaire
Rue du Dr Heydenreich
54000 Nancy