

52^e Congrès de la SFMBCB (2^e partie)
Dijon
18-20 octobre 2007

La nævomatose basocellulaire, du diagnostic au traitement : à propos d'un cas

Canivet R*, Quéré-Lescaille G*, Toledo R**, Azérad J*

* Service d'Odontologie, Groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière, Université Paris 7

** Service d'Odontologie, Groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière, Paris

La nævomatose basocellulaire (NBC), encore appelé syndrome de Gorlin, est une affection héréditaire à transmission autosomique dominante, caractérisée par nombreuses anomalies du développement et par une prédisposition à certains types de cancer. Son incidence est variable selon les pays allant de 1/250 000 à 1/50 000 (nord-ouest de l'Angleterre). Ce syndrome est dû à des mutations sur un gène codant pour le récepteur patched, qui régule négativement l'effet de sonic hedgehog ; elles apparaissent de novo dans 40 % des cas. Les manifestations sont de types cutanées, ophtalmiques ou encore neurologiques et associées à de nombreuses anomalies cranio-dento-faciales, en particulier des kératokystes multiples des maxillaires.

Dans le cas présent, bien que le patient ait subi un bilan général pour retard psychomoteur à l'âge de 8 ans, la NBC n'a été suspecté qu'après la découverte de plusieurs volumineux kystes des maxillaires à l'âge de 14 ans. En règle général, les kératokystes non associés à une NBC se développent à l'âge adulte principalement dans la troisième décade, alors qu'ils apparaissent beaucoup plus tôt dans ce syndrome et constitue souvent un signe évocateur de la maladie pouvant être diagnosti-

qué avant l'âge de 10 ans (78 % des cas selon Muzio et al., 1999). C'est ici l'évolution d'un très volumineux kyste dans le sinus maxillaire droit, initialement assimilé à un processus infectieux, qui a orienté les examens complémentaires (bilan anatomopathologique et tomodensitométrie), et confirmé le diagnostic de NBC.

La NBC est associée à un risque important de développer des carcinomes cutanés (50 % des cas) et nécessite une prévention accrue (protection solaire majeure). En conclusion, en présence de kératokystes des maxillaires chez des individus jeunes, le chirurgien dentiste devra toujours suspecter une NBC et rechercher d'autres symptômes. Ainsi, ce dépistage pourra améliorer le pronostic de cette pathologie en adoptant une attitude préventive dès le plus jeune âge.

Nom et adresse du conférencier

CANIVET Roger
Service d'Odontologie GHPS
47-83 boulevard de l'Hôpital
75013 Paris
rcanivet@orange.fr

médecine
buccale
chirurgie
buccale

VOL. 14, N° 1
2008

page 47

Chercher à comprendre la récurrence des kératokystes : à propos d'un cas

Hernandez G*, Descroix V*, Toledo R**, Ruhin B***, Menard P***, Azerad*

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

** Service d'Odontologie, CHU Pitié-Salpêtrière, Paris

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

Les kératokystes des maxillaires sont des lésions odontogènes bénignes. Classés il y a encore quelques années parmi les kystes odontogènes (Kramer, Pindborg et Shear, 1992), ces lésions font partie depuis 2005 des tumeurs odontogènes (OMS, 2005). En effet, de par leur caractère agressif et leur haut taux de récurrence à 5 ans, de nombreux auteurs pensent que ces lésions seraient de véritables néoplasies (Shear, 2002). Leur caractère agressif s'exprime par une progression rapide et une capacité à envahir les tissus osseux et conjonctif environnants. Cela se traduit le plus souvent par des lésions de taille importante, découvertes généralement de façon fortuite lors d'un examen radiographique. D'après la méta-analyse effectuée par Blanas et coll. en 2000, le taux de récurrence de ces lésions varie de 0 et 56 % en fonction du traitement appliqué.

Le cas présenté concerne un patient traité en 2005, par énucléation chirurgicale large, pour un kératokyste volumineux de la branche horizontale allant de 43 à 46. Des contrôles réguliers ont mis en évidence une cicatrisation radiologiquement satisfaisante au cours de la première année suivant le traitement. Cependant le patient a eu en 2007 deux récurrences, de taille inférieure mais conséquente, traitées également par énucléation. Ce cas clinique présente un double intérêt. D'une part, il illustre le caractère hautement récidivant de ces lésions posant le problème de la prise en charge du délabrement des structures osseuses et dentaires par les traitements successifs. D'autre part, son évolution radiologique, anatomopathologique et moléculaire a été documentée depuis la première lésion permettant un recul et une analyse sur la prise en charge multidisciplinaire de ce cas.

Les données épidémiologiques montrent que le caractère histologique des kératokystes est un marqueur assez prédictif de leur potentiel récidivant. Ainsi, les kératokystes parakératinisés sont toujours plus récidivants que les kystes orthokératinisés. Aujourd'hui, différentes questions émergent dans la littérature sur la nature exacte des phénomènes moléculaires permettant d'expliquer la différence entre orto- et para-kératokyste. La recherche de marqueurs spécifiques pour identifier les kératokystes hautement récidivants permettrait la mise en place de traitement et de suivi adaptés. De nombreuses études recherchent des marqueurs, qui seraient exprimés de manière plus importante dans les kératokystes par rapport aux autres kystes des maxillaires, sans cependant trouver de différence significative (Shear, 2002). De plus, l'équipe de Zhang (2006), a proposé une alternative à la chirurgie, grâce à un traitement pharmacologique qui inhiberait la voie SHH (Sonic Hedgehog). En effet la perturbation de cette voie (notamment la mutation du récepteur transmembranaire PTCH) expliquerait le développement des kératokystes à partir des débris épithéliaux embryonnaires. Cette approche thérapeutique paraît très prometteuse et pourrait être exploitée notamment par la recherche d'autres voies moléculaires cibles.

Nom et adresse du conférencier

HERNANDEZ Gaëlle
Service d'Odontologie
Hôpital Pitié-Salpêtrière,
47-83 boulevard de l'Hôpital
75013 Paris
hernandez_gaëlle@hotmail.com

La dysplasie cémento-osseuse floride, du diagnostic à la réhabilitation prothétique : à propos d'un cas.

Quéré-Lescaille G*, André O*, Lockhard R**, Toledo R***, Azérad J*

* Service d'Odontologie, Groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière, Université Paris 7

** Service de Chirurgie maxillo-faciale, Groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière, Paris

*** Service d'Odontologie, Groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière, Paris

La dysplasie cémento-osseuse floride (DCOF) est une lésion fibro-osseuse bénigne caractérisée par la présence de multiples masses sclérotiques pouvant affecter plusieurs quadrants des maxillaires, décrite pour la première fois en 1976 par Melrose. Les lésions sont souvent bilatérales, affectant surtout des femmes d'origine africaine entre 40 et 50 ans. De nombreux termes ont été utilisés au fil des années pour définir cette affection et il persiste encore une confusion dans la terminologie de la DCOF qui repré-

sente une entité clinico-pathologique distincte que nous tenterons de définir par une revue de littérature.

Une patiente d'origine congolaise, de 58 ans, consulte en janvier 2004 dans le service d'Odontologie de la Pitié-Salpêtrière, pour des douleurs mandibulaires, associées à une forte halitose et à une déformation faciale. A l'examen clinique, on observe la présence de plusieurs fistules avec une sécrétion purulente abondante. Les examens panoramique et tomodensitométrie révèlent une atteinte

étendue, bimaxillaire, avec la présence caractéristique de masses lobulaires, mixtes radiologiquement. La biopsie osseuse réalisée a confirmé le diagnostic de DCOF.

La DCOF est une lésion bénigne asymptomatique qui peut parfois se compliquer, donnant une phase symptomatique se manifestant par des douleurs, un exsudat purulent, une fistulisation et une séquestration qu'il est parfois difficile de contrôler. Waldron et coll. (1975) ont suggéré que le processus aboutissant à ce type de complication semblait être relié à la présence de masses sclérotiques fusionnées et peu vascularisées, d'où leur faible potentiel à répondre à l'infection secondaire. Pour ce cas, le traite-

ment initial conservateur ayant été partiellement efficace, un traitement chirurgical plus radical a été réalisé sous anesthésie générale. Une réhabilitation prothétique globale appropriée a été réalisée dans un second temps.

Nom et adresse du conférencier

QUERE-LESCAILLE Géraldine
Service d'Odontologie GHPS
47-83 boulevard de l'Hôpital
75013 Paris
lescaille.g@laposte.net

Allo-transplantation dentaire : à propos d'un cas

Busson J, Bukiet F, Roche-Poggi P

Service d'Odontologie, Hôpital Nord, Marseille

Face à un édentement unitaire congénital ou acquis, les solutions de remplacement sont diverses : racine artificielle, prothèse fixée ou amovible, transplantation d'une dent naturelle. Il existe deux types de transplantation selon la provenance du greffon : l'auto-transplantation (transplantation d'une dent du patient dans un autre site de ses arcades alvéolo-dentaires) et l'allo-transplantation (transplantation d'une dent provenant d'un autre être humain). Les premières allo-transplantations rapportées datent de l'Égypte antique. Ce geste a été pratiqué jusqu'à ce que l'observation de maladies contagieuses transmissibles entraîne l'abandon de cette pratique. Des équipes (Rivière et coll., 1981) ont travaillé sur le risque de rejet car les tissus pulpaire et parodontaux sont la source d'allo-antigènes, susceptibles d'entraîner une réaction de défense chez le sujet receveur aboutissant à la résorption du greffon. Une publication (Schwartz, 1987) rassemble 73 cas, suivis pendant 28 ans. Cependant certains auteurs (Cohen et coll., 1995) concluent que le risque de transmission infectieuse et le taux de succès satisfaisant des auto-transplantations ne donnent plus de place à l'allo-transplantation. Les critères pour une situation favorable à la transplantation sont ceux qui optimisent le potentiel de cicatrisation pulpaire et parodontal (Andreasen, 1981 ; Tsukiboshi, 2002). Une jeune fille de 13 ans présente des agénésies multiples (14, 15, 24, 34 et 44) ; son frère, âgé de 11 ans, une dysharmonie dento-maxillaire par macrodontie relative dont le traitement nécessite l'avulsion des quatre premières prémolaires. La solution suivante est proposée : transplanter la 14 du frère chez sa sœur, en place de la 15 absente, en réalisant la pulpectomie avant l'extraction afin de réduire

le risque de réaction immunitaire. Un typage HLA est réalisé. La 14 étant immature, lors de la première phase du traitement endodontique, l'obturation canalaire se limite à l'entrée de l'élargissement apical. Le jour de la transplantation, les patients sont pris en charge par deux équipes. La première réalise l'avulsion de la 14 chez le frère et complète l'obturation apicale avec du Mineral Trioxyde Aggregate. La seconde équipe aménage chez la sœur, une néo-alvéole en place de la 15. La dent est transplantée et mise en place (sans contact occlusal) par impaction digitale. Un bracket orthodontique est collé et un fil rigide solidarise cette dent à la 16. A 3 mois, le contrôle clinique est satisfaisant (absence d'ankylose), la radiographie montre la formation d'os au contact de la racine. A 12 mois, la dent présente toujours une mobilité physiologique. Un contrôle biologique réalisé à 18 mois chez la sœur révèle une NFS normale.

L'allo-transplantation est une alternative à la mise en place de racines artificielles, en particulier lorsque la croissance n'est pas terminée. Cependant des études cliniques animales concernant l'histocompatibilité et le risque de transmission infectieuse sont nécessaires.

Nom et adresse du conférencier

BUSSON Julie
Service d'Odontologie
Hôpital Nord
Chemin des Bourrely
13915 Marseille
juliebus01@yahoo.fr

médecine
buccale
chirurgie
buccale

vol. 14, n° 1
2008

page 49

Manifestations buccales des dermatoses neutrophiliques : à propos d'un cas

Fricain JC*, Catros S*, Sibaud V**, Deminière C***, Taieb A*

* Département d'Odontologie, Hôpital Pellegrin, Bordeaux

** Service de Dermatologie, Hôpital Pellegrin, Bordeaux

*** Service d'Anatomopathologie, Hôpital Pellegrin, Bordeaux

Les dermatoses neutrophiliques recouvrent un ensemble d'affections cutanées et muqueuses caractérisées par un infiltrat de polynucléaires neutrophiles sans cause infectieuse, fréquemment associées à des maladies systémiques (Wallach, 1991). Les lésions buccales observées dans ces pathologies ont exceptionnellement été rapportées dans la littérature (Femiano, 2003). L'objectif de ce travail est de présenter les lésions buccales d'un patient atteint d'une dermatose neutrophilique et de discuter l'intérêt de la reconnaissance de ces lésions par les praticiens.

Il s'agissait d'un homme de 65 ans, fumeur (30 paquets/année) avec une consommation d'alcool quotidienne de deux verres de vin. Le patient présentait dans ses antécédents une lipomatose, une gammopathie monoclonale bénigne à IgG Kappa et trois mois auparavant une ulcération scrotale associée à des lésions pustuleuses et une candidose buccale ayant totalement régressées. Le patient a été admis dans le service pour prise en charge d'« aphtes buccaux ». L'histoire de la maladie permettait de mettre en évidence l'apparition de lésions prurigineuses ayant débuté aux membres inférieurs pour s'étendre aux membres supérieurs et au tronc. Deux jours après l'éruption cutanée, le patient décrivait l'apparition d'« aphtes buccaux ». L'examen clinique ne révélait pas d'altération de l'état général. L'examen dermatologique montrait des lésions pustuleuses. L'examen stomatologique objectivait de rares lésions pustuleuses de la langue et de nombreuses ulcérations à bords réguliers et fond jaunâtre, parfois hémorragiques, sans liseré érythémateux sur la muqueuse libre des lèvres et des joues. La taille des ulcérations variait de 1 mm à 2 cm et ces ulcérations cicatrisaient spontanément en quelques jours quelle que soit leur taille. Les examens biologiques montraient un syndrome inflammatoire avec une CRP à

35, la présence non spécifique d'anticorps anti-nucléaires au 1/100^e et des sérologies (HIV, EBV, HSV) négatives. La biopsie cutanée a montré une pustule sous-cornée, non spécifique, et une absence de dépôt d'immunoglobuline sur l'examen en immunofluorescence directe. La biopsie des lésions buccales ont mis en évidence un infiltrat inflammatoire du tissu conjonctif riche en polynucléaires et de rares images de leucocytoclasie ; l'examen en immunofluorescence directe n'a pas montré de dépôt immun. Un traitement par colchicine 1mg/jour a été mis en place et l'évolution clinique a été satisfaisante sans rechute à 6 mois.

Quatre entités principales appartiennent au cadre nosologique des dermatoses neutrophiliques : le pyoderma gangrenosum, la pustulose sous-cornée de Sneddon-Wilkinson, l'erythema elevatum diutinum et le syndrome de Sweet. Cependant, de nombreuses formes de transition et variations existent justifiant pour certains auteurs le terme de maladie neutrophilique (Vignon, 1991). Le tableau clinique fait parfois évoquer une maladie de Behçet, cependant l'aspect et l'évolution spontanément régressive en quelques jours des ulcérations géantes permettent d'éliminer le diagnostic d'aphtes toujours observés dans la maladie de Behçet. D'autre part l'association des dermatoses neutrophiliques à des pathologies malignes nécessite une surveillance régulière à long terme des patients.

Nom et adresse du conférencier

FRICAIN Jean-Christophe

Hôpital Pellegrin

33000 bordeaux

jean-christophe.fricain@biophys.u-bordeaux2.fr

A propos d'une observation rare de granulome pyogénique dans la maladie chronique du greffon contre l'hôte

Santucci J*, Ianotto JC**, Quintin Roué I***, Predine Hug F*, Berthou C**, Boisramé Gastrin S*

* Faculté d'Odontologie, UBO-Brest/ Service d'Odontologie, CHU, Brest

** Faculté de Médecine, UBO-Brest/ ICH, Brest

*** Service d'Anatomo-pathologie, CHU, Brest

La maladie du greffon contre l'hôte (GVHD) est une complication fréquente et grave des greffes allogéniques de moelle osseuse. Les manifestations chroniques de cette pathologie apparaissent au-delà du centième jour post-greffe. La symptomatologie est dominée par des atteintes

cutanéomuqueuses, hépatiques, digestives qui s'apparentent à celles des maladies auto-immunes. Dans la cavité buccale, il est généralement retrouvé des lésions lichénieuses, des érosions, un érythème, une hyposialie et, de manière sporadique, des mucocèles et des gra-

nulomes pyogéniques [1]. Le granulome pyogénique est une pseudo-tumeur bénigne, hyperplasique, de nature inflammatoire, décrite pour la première fois par Hüllihen en 1844. Elle est fréquemment rencontrée sur la peau et la muqueuse buccale où sa forte incidence est liée aux traumatismes locaux et aux facteurs hormonaux. Cependant, dans le cadre de la GVHD chronique, le développement d'un granulome pyogénique buccal est une manifestation rare. En effet, seulement 9 cas sont décrits dans la littérature [2-4].

Un homme de 56 ans a développé, en novembre 2002, un lymphome T non hodgkinien. Le patient a bénéficié en février 2004 d'une allogreffe de cellules souches périphériques issue d'un donneur de la fratrie. Les suites se caractérisent par l'apparition d'une GVHD aiguë puis chronique qui se manifeste par un lichen plan érosif cortico-résistant, localisé sur les faces ventrale et dorsale de la langue et la face interne des joues. Ces lésions, traitées par du tacrolimus, vont régresser mais de volumineux granulomes pyogéniques jugaux, situés le long du plan de morsure, apparaissent et s'opposent à une hygiène et une mastication normales. Le traitement entrepris chez ce patient repose sur des injections intra-lésionnelles de corticoïdes dans le but de réduire le volume tumoral et de pouvoir pratiquer une exérèse chirurgicale. Les granulomes pyogéniques des faces jugales droite et gauche ont été réséqués en totalité et, trois mois après, aucune récurrence n'est apparue. L'hygiène, la mastication et le confort du patient sont nettement améliorés.

Bien que la survenue de cette lésion buccale soit connue en dehors du contexte de la GVHD, les mécanismes étiopathogéniques demeurent mal définis : les traumatismes, les facteurs hormonaux, le lichen érosif et les drogues immunosuppressives sont incriminés. Le diagnostic de

cette lésion est anatomo-pathologique, le recours à la biopsie dans la prise en charge de ce type de lésion est essentielle afin d'écartier une transformation maligne qui est accrue dans la GVHD. Le praticien dispose de nombreuses alternatives thérapeutiques : la surveillance, les traitements conservateurs et chirurgicaux. Ce choix est alors guidé par la considération de facteurs généraux, loco-régionaux et propres au praticien.

- 1 - D'Agay MF, Brocheriou C, Kuffer R, Gluckman E, Janin A, Saurat JH. Mucocutaneous and salivary manifestations of the graft vs host reaction after bone marrow transplantation. *Rev Stomatol Chir Maxillofac* 1984 ; 85 : 370-4.
- 2 - Bachmayer C, Devergie A, Mansouri S, Dubertret L, Aractingi S. Pyogenic granuloma of the tongue in chronic graft versus host disease. *Ann Dermatol Venerol* 1996 ; 123 : 552-4.
- 3 - Lee L, Miller P.A, Maxymiw W.G, Messner H.A, Rotstein L.E. Intraoral pyogenic granuloma after allogeneic bone marrow transplant. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1994 ; 78 : 607-10.
- 4 - Kanda Y, Arai C, Chizuka A, Suguro M, Hamaki T, Yamamoto R, Yamauchi Y, Matsuyama T, Takezako N, Shirai Y, Miwa A, Iwasaki K, Nasu M, Togawa A. Pyogenic granuloma of the tongue early after allogeneic bone marrow transplantation for multiple myeloma. *Leuk Lymphoma* 2000 ; 37 : 445-9.

Nom et adresse du conférencier

SANTUCCI Jérémy
U.F.R. d'Odontologie
Avenue Camille Desmoulins
29200 BREST
jeremy.santucci@chu-brest.fr

médecine
buccale
chirurgie
buccale

vol. 14, n° 1
2008

page 51

Ulcérations buccales par irritation médicamenteuse chez la personne âgée. Implication de l'oxalate de naftidrofuryl : 2 observations cliniques

Sarry B¹, Amaniou M², Moesch C³, Delage M⁴, Charmes J.P⁵, Dantoine T⁵, Michlovsky S¹, Merle L²

1. Service d'Odontologie, CHU de Limoges
2. Centre Régional de Pharmacovigilance, CHU de Limoges
3. Service de Pharmacologie et Toxicologie, CHU de Limoges
4. Service d'Anatomie pathologique, CHU de Limoges
5. Département de Gériatrie clinique, CHU de Limoges

Les personnes âgées, polymédicamenteuses, présentant un déficit cognitif et des troubles de la déglutition, sont particulièrement exposées aux ulcérations buccales ou de la muqueuse gastrique par irritation chimique médicamenteuse.

L'étude de deux cas cliniques soulève l'hypothèse de la responsabilité de comprimés d'oxalate de naftidrofuryl (classe des furanne et oxalate), indiqués dans l'insuffisance circulatoire cérébrale et dans l'artérite des membres inférieurs. Le premier cas concerne une femme hospitalisée de 82 ans, présentant des douleurs endobuccales avec refus d'alimentation. Les antécédents généraux sont : paraly-

sie faciale, nécrose intestinale avec résection du grêle, maladie de Paget, troubles du comportement. Les états cognitifs et nutritionnels sont très dégradés. Le traitement médical comprend six médicaments sous forme de comprimés ou gélules. L'examen clinique met en évidence une ulcération de la muqueuse jugale en regard de 46-47. Son aspect évoque une irritation chimique. L'examen bactériologique et mycologique systématique met en évidence la présence de *Staphylococcus aureus*. Seule la responsabilité du traitement médicamenteux est retenue sans possibilité, à ce stade, d'identifier l'agent causal de cette lésion.

Le deuxième cas concerne une femme de 93 ans, hospitalisée pour altération de l'état général, adressée pour des douleurs endobuccales associées à un érythème cutané de la région jugale droite. Les antécédents généraux sont : artérite des membres inférieurs, accident vasculaire cérébral, hypertension artérielle. Le traitement médical comprend quatre médicaments administrés per os sous différentes formes galéniques (comprimés, gélules, poudre). L'examen clinique endobuccal met en évidence des résidus alimentaires, deux prothèses adjuvantes complètes inadaptées, une ulcération du fond du vestibule inférieur droit, en regard du secteur molaire, remontant sur la face interne de joue, très douloureuse à la palpation, évoquant une irritation chimique. L'examen bactériologique et mycologique systématique montre la présence de *Candida*. Une biopsie est réalisée.

Pour les deux cas, un traitement antibiotique et antifongique de première intention et des soins locaux ont permis une évolution favorable en quinze jours environ. L'examen anatomopathologique du deuxième cas révèle la présence de corps étrangers réfringents en lumière polarisée. Ce matériel cristallin est identifié par spectrométrie infrarouge comme étant de l'oxalate de calcium monohydraté (C1).

L'oxalate de naftidrofuryl sous forme de comprimés fait partie du traitement de ces deux cas.

La présomption de la responsabilité de ce médicament est renforcée par une série de cas rapportant des insuffisances rénales aiguës liées à la précipitation intratubulaire de cristaux de C1 chez des malades traités par oxalate de naftidrofuryl par voie veineuse (Le Meur et coll., 1995).

Dans les deux cas présentés, le comprimé non dégluti reste en contact de façon anormalement prolongée avec la muqueuse en raison de l'état grabataire des malades. L'ulcération initiale serait de cause chimique (pH acide de la solution d'oxalate de naftidrofuryl) et traumatique (précipitation de cristaux de C1). D'autres médicaments irritants comme les comprimés de sulfate ferreux ayant été également incriminés (Fernandez, 1998), une réflexion sur des formes galéniques adaptées aux malades grabataires ou présentant des troubles de la déglutition devrait être menée.

Nom et adresse du conférencier

SARRY Bernard
20 chemin du Petit Buisson
87350 Panazol
sarrybernard@wanadoo.fr

Aptose buccale récidivante et thalidomide : étude rétrospective

Antoine L*, Devoize L*, Huard C*, Deschaumes C*, Orliaguet T*, Baudet-Pommel M*, Souteyrand P**

* Service d'Odontologie, Département de Médecine buccale et Chirurgie buccale, CHU Hotel-Dieu, Clermont Ferrand

** Service de Dermatologie, CHU Hotel-Dieu, Clermont Ferrand

L'aphtose buccale récidivante est une pathologie fréquente qui se manifeste par l'apparition récurrente de lésions ovalaires, douloureuses, à fond fibrineux, entourées d'un halo érythémateux. L'attitude thérapeutique de cette affection se décline en trois paliers (Ship, 2000) : le premier est un traitement symptomatique par sucralfate et/ou corticoïdes, le second va utiliser la colchicine, le troisième la thalidomide.

La thalidomide est un dérivé de l'acide glutamique connu pour ses propriétés immunomodulatrices, anti-inflammatoires et anti-angiogéniques ; elle a également une action anti-TNF α (Wu et al. 2005). Cependant, cette molécule occasionne des effets secondaires fréquents : la tératogénicité et la neuropathie périphérique en sont les principaux (Gordon et Goggjin, 2003).

Nous proposons une étude rétrospective afin d'évaluer l'efficacité de la thalidomide dans le traitement de l'aphtose buccale récidivante. 18 dossiers ont pu être analysés. Le recueil des données s'est organisé selon quatre axes : renseignements sur le patient, renseignements cliniques, renseignements sur le traitement par thalidomide et résultats cliniques. Le suivi moyen de ces patients a été de 4 ans et 4 mois. Avant le traitement par thalidomide, un tiers des patients souffraient d'aphtose subintraite. A court terme, la situation clinique est au moins améliorée dans 88% des cas. Lorsque l'on s'attarde sur les résultats à long terme, il s'avère que 77 % des patients ont une évolution clinique

favorable. On observe également que 66,6% de patients traités ont eu un ou plusieurs effets indésirables.

L'efficacité de ce dérivé de l'acide glutamique ne permet pas de parler de rémission complète de l'aphtose buccale récidivante à long terme. En effet, 61,1 % des patients de notre étude présentent plus ou moins fréquemment une poussée aphteuse. Il faut noter cependant que ces poussées sont largement moins fréquentes. Les résultats observés chez les patients traités par thalidomide confirment la composante immunitaire dans la pathogénèse d'une aphtose buccale récidivante (Natah 2000). De nouvelles thérapeutiques peuvent s'envisager dès lors en utilisant notamment d'autres anti-TNF α (Robinson 2003). Si l'efficacité de la thalidomide a déjà été démontrée dans l'aphtose buccale récidivante, ceci n'a été fait que sur le court terme (Revuz et coll., 1990). L'intérêt de notre étude réside donc dans l'exploration de la réponse au traitement par thalidomide sur le long terme avec un recul moyen de plus de quatre ans.

Nom et adresse du conférencier

ANTOINE Loïc
Service d'Odontologie
CHU Hôtel-Dieu
11 boulevard Léon Malfreyt
63000 Clermont-Ferrand
loic.antoine@u-clermont1.fr

Étude rétrospective de l'efficacité du tacrolimus en application topique dans le traitement du lichen plan buccal érosif corticorésistant

Catros S*, Sibaud V**, Thomas A*, Campan F*, Taieb A**, Fricain JC*

* Département d'Odontologie et de Santé buccale, Faculté de Chirurgie dentaire, CHU Bordeaux

** Service de Dermatologie, CHU Bordeaux

Le lichen plan buccal (LPB) est une maladie inflammatoire bénigne de la muqueuse buccale retrouvée chez 0,5 à 2 % de la population générale. Son diagnostic est à la fois clinique et histologique. Son étiologie exacte reste encore inconnue bien que l'hypothèse immunologique soit souvent retenue (Sugerman, 2000). De nombreux traitements ont été utilisés pour cette pathologie et la corticothérapie locale ou générale semble être celle ayant fait le plus la preuve de son efficacité (Carrozo, 1999). Certains immunosuppresseurs (ciclosporine, azathioprine) ont été utilisés avec succès dans des formes de LPB résistantes à la corticothérapie. Le tacrolimus, appartenant à la famille des macrolides lactones, a prouvé son efficacité dans ces formes résistantes (Lener, 2001 ; Kaliakastou, 2002). Ce médicament a obtenu une AMM en France en 2002 pour le traitement de la dermatite atopique.

Une étude rétrospective, menée au CHU de Bordeaux, sur 7 cas de LPB érosifs corticorésistants, est présentée. Six femmes et un homme ont été adressés par leur dentiste ou leur dermatologue à la consultation pluridisciplinaire de la muqueuse buccale. Ils étaient âgés de 51 à 77 ans. Les antécédents médicaux et chirurgicaux ont été recueillis et, pour tous les patients, le diagnostic clinique a été confirmé par un examen histopathologique selon les critères de l'OMS. Les sites les plus touchés étaient la muqueuse buccale, la langue et les joues. Le traitement mis en œuvre consistait en une application locale 2 fois/j de tacrolimus en crème dosée à 0,1 % (Protopic®) pendant 2 mois. Les patients étaient revus tous les 15 jours et l'évolution de la maladie était appréciée grâce à différents indices : échelle visuelle analogique de la douleur (EVA), score de Thongprassom (Thongprassom, 1992), indice de qualité de vie (Oral Health Impact Profile ou OHIP, Slade 1997). A chaque visite, la sérologie du tacrolimus était contrôlée. De rares effets secondaires ont été relevés à type de picotements

et de brûlures. Par ailleurs, une pigmentation, réversible à l'arrêt du traitement, a été observée chez une patiente (Fricain, 2005). Enfin, une autre patiente a arrêté le traitement suite à une légère augmentation de l'urée et de la créatinémie ; son bilan s'est normalisé après l'arrêt du traitement intervenu à la 4^e semaine. L'utilisation du tacrolimus a permis de réduire de façon significative les symptômes (évaluée par les scores d'EVA, d'OHIP et de Thongprassom) chez 5 des 7 patients dès la 2^e semaine de traitement, et les signes cliniques ont complètement disparu à la fin du traitement chez 3 patients. Chez une patiente, il n'a été noté aucune amélioration et chez une autre une aggravation des lésions est apparue. Chez une patiente, une récurrence s'est produite à l'arrêt du traitement, ce qui a nécessité la reprise de la thérapeutique. En conclusion, le tacrolimus semble être une molécule intéressante dans le traitement des formes de LPB érosif cortico-résistant, mais un contrôle de la tacrolémie doit être instauré afin de ne pas induire d'immunodépression chez ces patients. De plus, un rapport de cas a récemment mis en cause ce traitement dans l'apparition chez une patiente d'un carcinome épidermoïde de la muqueuse buccale après traitement au long cours d'un lichen érosif par tacrolimus (Becker, 2006). Cette molécule ne dispose pas de l'AMM dans cette indication et n'est donc pas prise en charge par l'assurance maladie. Pour ces raisons, cette thérapeutique doit être réservée aux formes de LPB résistants aux corticoïdes locaux ou généraux.

Nom et adresse du conférencier

CATROS Sylvain
Service d'Odontologie, Hôpital Pellegrin
place Amélie Raba Léon
33000 Bordeaux
sylvaincatros@hotmail.com

médecine
buccale
chirurgie
buccale

vol. 14, n° 1
2008

page 53

Nerf alvéolaire inférieur et avulsion de 38-48 : scanner ou pas ? Etude rétrospective de 71 cas

Radoi L, Nguyen T

Faculté de Chirurgie dentaire Paris 5, Service d'Odontologie de l'hôpital Louis Mourier, Colombes

La lésion du nerf alvéolaire inférieur est une complication chirurgicale rare de l'avulsion des troisièmes molaires mandibulaires, souvent transitoire (l'incidence rapportée par différents auteurs varie de 0,6 % à 5,3 %). Dans 1 % des cas, la lésion est permanente et invalidante pour le patient (Alling, 1986 ; Flick, 1999). Le bilan radiologique

préopératoire présente un intérêt diagnostique, stratégique et médico-légal. Plusieurs protocoles d'exploration radio-anatomique des rapports nerf alvéolaire inférieur-racines de 38-48 sont décrits dans la littérature (Roisin-Chausson, 1984 ; Cavezian, 1993 ; Maegawa, 2006). L'orthopantomogramme est l'examen radiologique de

première intention pour l'étude de ces rapports avec une sensibilité de 66% et une spécificité de 74 % (Blaeser, 2003). Des signes radiologiques prédictifs de la relation intime nerf alvéolaire inférieur-racines de 38-48 ont été décrits (Rood, 1992 ; Sedaghatfar, 2005).

Une étude rétrospective de 71 cas a été réalisée dans le Service d'Odontologie de l'hôpital de Colombes. Les objectifs de cette étude ont été : l'évaluation de la précision de plusieurs signes orthopantomographiques dans la prédiction du contact nerf alvéolaire inférieur-racines de 38/48 et la proposition d'un protocole de lecture des orthopantomogrammes destiné à guider les praticiens dans la prescription raisonnée d'un scanner mandibulaire.

Tous les patients consultant entre novembre 2005 et avril 2007 pour l'avulsion de 38/48 considérés comme présentant un risque de lésion neurologique, possédant un orthopantomogramme et un scanner mandibulaire, ont été inclus dans l'étude. Deux praticiens ont analysé séparément et en aveugle les scanners et les orthopantomogrammes et ont prédit l'existence ou non d'un contact intime nerf alvéolaire inférieur-racines. Cette prédiction a été confirmée ou infirmée par la lecture des scanners effectuée à distance de l'analyse des orthopantomogrammes afin d'éviter le biais de mémorisation. Les signes panoramiques analysés ont été : interruption des lignes radio-opaques délimitant le canal mandibulaire, déviation du canal, rétrécissement du canal, absence de visibilité du ligament dentaire, racines en crochet, racines traversant complètement le canal mandibulaire et présence

d'une image radio-opaque entourant les apex dentaires. Les signes panoramiques le plus souvent associés à la présence d'un contact nerf-racines, confirmé par le scanner, ont été : interruption des lignes radio-opaques (53,06 %), racines en crochet (56 %), absence de visibilité du ligament dentaire (70,37 %), racines traversant le canal (70,58 %) et présence d'image radio-opaque péri-apicale (100 %). L'association de deux ou plusieurs de ces signes augmente la probabilité de contact nerf-racines. L'analyse des résultats interruption des lignes radio-opaques et absence de visibilité du ligament dentaire, interruption des lignes radio-opaques et racines traversant entièrement le canal, racines en crochet et absence du ligament dentaire et, enfin, présence d'image radio-opaque péri-apicale.

L'étude permet de conclure que la prescription du scanner, irradiant et onéreux, aurait pu être évitée dans 28,13 % des cas. Ainsi, la recherche des signes panoramiques prédictifs de relation intime nerf alvéolaire inférieur-racines de 38/48, selon le protocole proposé, permettrait de diminuer la prescription inutile de tomodensitométries mandibulaires.

Nom et adresse du conférencier

RADOI Loredana

Service d'Odontologie de l'hôpital Louis Mourier

178 rue des Renouillers

92700 Colombes

lradoi@yahoo.fr