

54^e Congrès de la SFMBCB (1^{ère} partie)
Bordeaux
14-16 mai 2009

Recherche expérimentale en chirurgie buccale : principes, méthodes et résultats

Dard M

Institut Straumann, Basel, Switzerland

La recherche chirurgicale expérimentale fait partie intégrante de la recherche chirurgicale : elle examine et évalue les idées conventionnelles et innovantes en rapport avec la chirurgie. La recherche chirurgicale expérimentale est dédiée à la chirurgie animale et constitue l'étape obligatoire avant la recherche chirurgicale humaine qui se déroule le plus souvent dans le cadre d'études de recherche clinique. Les aspects fondamentaux du développement, du traitement et de la prévention des maladies sont communément étudiés sur des modèles animaux. Dans un concept de recherche médicale contemporaine, appliqué à la régénération osseuse, la recherche chirurgicale expérimentale correspond à la partie *in vivo* de la recherche dite préclinique qui inclut aussi la biologie moléculaire et cellulaire (*in vitro*) et la biomécanique (pratiquée dans ce cas *ex vivo*).

Méthodes

Trois piliers fondent la recherche chirurgicale expérimentale :

- légal et réglementaire
- moral et éthique
- scientifique.

Les lois, règlements et normes qui régissent la recherche chirurgicale expérimentale seront évoquées.

La règle des 3Rs qui vise à donner un cadre moral sera présentée et son application au sein d'un véritable code de conduite sera proposée. L'importance des comités d'éthique animaliers institutionnels sera soulignée.

La démarche scientifique, fondée sur des règles généralement connues mais très partiellement appliquées, sera détaillée selon le plan suivant :

- revue de la littérature internationale comme étape précédant la rédaction du protocole expérimental
- élaboration de l'hypothèse de travail
- définition des objectifs

- intérêt et valeur des variables soumises à l'étude
- choix du modèle animal dans l'une des catégories suivantes (induite, spontanée, négative, orpheline) en prenant de plus en compte le fait que les petits et grands modèles animaux sont complémentaires
- gestion des phases pré-, per- et post-opératoires et accompagnement vers l'issue
- obligation et adéquation de l'étude statistique (analyse de puissance et analyse descriptive et de variance)
- description des matériaux et dispositifs médicaux ainsi que des méthodes chirurgicales utilisées pour leur implantation en chirurgie osseuse
- décision sur les méthodes d'observation et d'analyse en partant du diagnostic vétérinaire clinique jusqu'à la génomique, en passant par l'imagerie et la microscopie
- collecte, compilation, traitement et archivage des données brutes et des rapports
- publications dans les revues internationales à comité de lecture

Résultats

Le propos ci-dessus sera largement illustré par des exemples concrets tirés de l'expérience propre de l'auteur dans le domaine de la chirurgie animale buccale et maxillaire de régénération osseuse.

Les limites et opportunités offertes par la présente méthodologie en recherche chirurgicale expérimentale seront analysées et les avantages d'un programme expérimental complet comparés aux désavantages d'une étude unique et ponctuelle.

Nom et adresse du conférencier

DARD Michel
Institut Straumann,
12 Peter Merian-Weg 4052 Bâle
Michel.dard@straumann.com

médecine
buccale
chirurgie
buccale

vol. 15, n° 2
2009

page 107

Les stratégies d'ingénierie du tissu osseux : le présent et le futur...

Amédée J

Inserm U577, Université Victor Ségalen Bordeaux 2, Bordeaux 33076

L'extraordinaire augmentation de la longévité humaine entraîne des besoins croissants en organes de remplacement. Les réussites remarquables obtenues par les transplantations classiques sont aussi accompagnées de différents inconvénients : pénurie du nombre de greffes disponibles, risque significatif de rejet, transmission d'agents pathogènes...

Pour pallier les limites de ces stratégies de réparation, de nombreux travaux de la littérature rapportent le développement de nouveaux biomatériaux innovants et de nouveaux concepts de réparation pour la médecine régénératrice appliquée au tissu osseux. De façon plus précise, pour permettre aux matériaux de mieux s'intégrer au sein des tissus receveurs, le concept d'ingénierie tissulaire prévoit d'associer à cette composante artificielle d'origine synthétique ou naturelle une composante cellulaire ou tissulaire d'origine autologue. Ces matériaux « hybrides » seront ainsi aptes à participer à la néoformation des tissus, à réparer et/ou à assurer la fonction de l'organe à substituer.

Il s'agit là d'un champ de recherche et de biotechnologies qui combine divers aspects de la biologie cellulaire et moléculaire, et de la science des matériaux. Ainsi, l'ingénierie tissulaire tire parti entre autres des avancées réalisées par les spécialistes de biologie du développement, des cellules souches (embryonnaires, adultes), des spécialistes des biomatériaux, principalement orientés vers le développement de nouvelles matrices tridimensionnelles innovantes.

Une autre évolution dans le domaine de l'ingénierie tissulaire relève des connaissances plus fondamentales rapportées sur l'importance des mécanismes d'interactions et de communications cellulaires que peuvent établir les cellules sollicitées dans un processus de réparation de tissu. De façon plus précise, le rôle clairement identifié de la vascularisation dans la néoformation osseuse permet à ce jour d'identifier de nouvelles techniques de reconstruction du tissu osseux par des techniques de pré-vascularisation *in vitro* ou *in vivo* des biomatériaux de substitution osseuse

Le développement de ces stratégies, lorsque seront maîtrisées le choix du support 3D, le choix et l'exploitation du matériel cellulaire, devrait déboucher sur de nouvelles familles de produits, aux côtés des médicaments, des dispositifs médicaux, et des transplantations de tissus ou d'organes (dont les limites et risques sont bien connus) dont médecins et chirurgiens pourront faire bénéficier les patients afin d'améliorer de leur qualité de vie.

Nom et adresse du conférencier

AMEDEE Joëlle

Inserm U577

Unité Victor Ségalen, Bordeaux 2

33076 Bordeaux 2

Joelle.amedee@inserm.fr

médecine
buccale
chirurgie
buccale

VOL. 15, N° 2
2009

page 108

La régénération des os longs en chirurgie orthopédique

Fabre Th

Pôle d'Orthopédie-Traumatologie Unité membres

Malgré les progrès importants réalisés lors des 20 dernières années dans la compréhension de la physiologie de la régénération osseuse, la reconstitution du stock osseux pour des pertes de substance étendues reste un challenge thérapeutique dans un certain nombre de cas. La multiplicité des procédés proposés dans la littérature témoigne de la difficulté de la réparation d'une perte de substance osseuse. Des techniques variées sont rapportées avec leurs avantages et leurs inconvénients, souvent au prix de gestes chirurgicaux lourds, parfois répétés sur de nombreux mois et avec un résultat final qui n'est pas toujours à la hauteur des espérances du praticien et du patient. L'existence de défauts de couverture des parties molles et d'infections osseuses sont indissociables et souvent liés aux pertes de substance osseuse. La prise en charge doit à ce titre

être globale, s'intégrant dans une véritable stratégie de réparation des membres.

En matière de comblement des pertes de substance osseuse, le gold standard reste la greffe autologue de crête iliaque. Elle rassemble en son sein les 3 éléments indispensables à la régénération osseuse : des signaux correspondant aux facteurs de croissance de la lignée ostéocytaire, une matrice contenant ces signaux qui servira de support à l'os pour se former, et des cellules de l'hôte réceptrices du signal capables de se différencier en cellules osseuses et en cellules endothéliales. Actuellement, aucun biomatériau hybride associant, un substrat aussi proche soit-il de la structure de l'os trabéculaire, des protéines inductrices de la formation osseuse et des cellules de l'hôte (qu'il s'agisse de cellules souches mésenchymateuses ou de cellules déjà différenciées) n'a

permis chez le gros animal d'obtenir des résultats comparables à ceux de la greffe autologue. Néanmoins, ce prélèvement de crête iliaque ne permet pas de faire face aux pertes de substance osseuses circonférentielles de plus de 3 cm.

Dans ce contexte clinique, la technique des membranes induites rapportée par Masquelet et al. en 2000 ^[1] a permis d'intégrer, dans une même stratégie chirurgicale, perte de substance osseuse, couverture des parties molles et infection osseuse. Cette technique permet de reconstruire des pertes de substance pouvant atteindre 20 cm. Le premier temps chirurgical est un temps d'exérèse - stabilisation osseuse avec mise en place d'une entretoise en ciment acrylique pour remplacer la perte de substance osseuse. Une membrane conjonctive se développe autour de l'entretoise et réalise une véritable chambre biologique. Le second temps chirurgical qui intervient avant la fin du deuxième mois, consiste à déposer après l'ablation de la cale en ciment, une autogreffe spongieuse fraîche, massive et morcelée, à l'intérieur de cette membrane conjonctive soigneusement refermée. Masquelet et al. ont pu ainsi obtenir une consolidation osseuse en 8 mois pour 35 patients. Nous avons utilisé cette technique pour 30 patients opérés depuis 1999.

La percée récente des Bmp (Bone Morpho Protéines) qui ont inondé le marché orthopédique telle une potion magique n'a pas été correctement évaluée et légalement proposée que dans 2 indications précises. Ainsi l'apport de Bmp2 améliore les taux de consolidation tibiale après une fracture ouverte par rapport à la technique de référence ^[2]. Par contre, l'adjonction de Bmp7 lors de la cure chirurgicale d'une pseudarthrose du tibia donne des résultats identiques à la greffe osseuse autologue ^[3]. En pratique clinique nous utilisons en routine la Bmp7 pour la reprise de traitement des pseudarthroses après un premier échec ^[4]. Masquelet et al. rapportent 3 absences de consolidation et des images radiologiques de résorption osseuse sur 11 patients traités par sa technique de membrane induite avec adjonction de 3,5 mg de Bmp7 à la greffe osseuse.

Les perspectives de recherche qui font l'objet de nombreux travaux ^[4, 5] dans la régénération osseuse s'orientent vers des biohybrides osseux associant des cellules ostéocompétentes et une matrice ostéoconductrice pour former un composite ostéogène. Les défis sont nombreux. Le premier consiste à contourner la lourdeur de la technique d'expansion cellulaire, peut-être par l'intermédiaire de bioréacteurs. Le second consiste à assurer la survie cellulaire dans un environnement avasculaire et hypoxique, tel qu'il se présente en clinique humaine à la différence de la majorité des expérimentations animales rapportées dans la littérature. Enfin, le troisième défi est

représenté par le support qui doit procurer un environnement approprié pour stimuler la régénération osseuse et présenter des propriétés mécaniques contrôlables au cours du temps. Actuellement, un os fonctionnel peut être régénéré par thérapie cellulaire mais le potentiel ostéogène reste inférieur à celui de l'autogreffe osseuse.

1. Masquelet AC, Fitoussi F, Begue T, Muller GP. Reconstruction des os longs par membrane induite et autogreffe spongieuse. *Ann Chir Plast Esth* 2000 ; 82B : 1022-5.
2. Govender S, Csimma C, Genant HK, Valentin-Opran A, Amit Y, Arbel R, Aro H, Atar D, Bishay M, Börner MG, Chiron P, Choong P, Cinats J, Courtenay B, Feibel R, Geulette B, Gravel C, Haas N, Raschke M, Hammacher E, van der Velde D, Hardy P, Holt M, Josten C, Ketterl RL, Lindeque B, Lob G, Mathevon H, McCoy G, Marsh D, Miller R, Munting E, Oevre S, Nordsletten L, Patel A, Pohl A, Rennie W, Reynders P, Rommens PM, Rondia J, Rossouw WC, Daneel PJ, Ruff S, Rüter A, Santavirta S, Schildhauer TA, Gekle C, Schnettler R, Segal D, Seiler H, Snowdowne RB, Stapert J, Taglang G, Verdonk R, Vogels L, Weckbach A, Wentzensen A, Wisniewski T; BMP-2 Evaluation in Surgery for Tibial Trauma (BESTT) Study Group. Recombinant Human Bone Morphogenetic Protein-2 for Treatment of Open Tibial Fractures: A Prospective, controlled, randomized study of four hundred and fifty Patients. *J Bone Joint Surg Am* 2002 ; 84 : 2123-34.
3. Friedlaender GE, Perry CR, Dean Cole J, Cook SD, Cierny G, Muschler GF, Zych GA, Calhoun JH, LaForte AJ, Yin S. Osteogenic protein-1 (bone morphogenetic protein-7) in the treatment of tibial nonunions : a prospective, randomized clinical trial comparing rhOP-1 with fresh bone autograft. *J Bone Joint Surg Am* 2001 ; 83 : 151.
4. Khan Y, Yaszemski MJ, Mikos AG, Laurncin CT. Tissue engineering of bone: material and matrix considerations. *J Bone Joint Surg Am* 2008 ; 90, S1 : 36-42.
5. Patterson TE, Kumagai K, Griffith L, Muschler GF. Cellular strategies for enhancement of fracture repair. *J Bone Joint Surg Am* 2008 ; 90, S1:111-9.

Nom et adresse du conférencier

FABRE Thierry
Pôle d'Orthopédie-Traumatologie
Unité membres
Service de Chirurgie orthopédique,
hôpital Pellegrin, 3000 Bordeaux
Thierry.fabre@chu-bordeaux.fr

médecine
buccale
chirurgie
buccale

vol. 15, n° 2
2009

page 109

Pemphigus paranéoplasique associé à un lymphome folliculaire : à propos d'un cas

Salino S¹, Lachenal F¹, Amini M², Bodard AG¹, Biron P¹

1. Centre Anti-Cancéreux Léon Bérard, Lyon

2. Hôpital de l'Hôtel Dieu, Lyon

Le pemphigus est une maladie bulleuse auto-immune rare touchant la peau et les muqueuses. La classification des pemphigus distingue trois principaux types : les pemphigus profonds, superficiels et paranéoplasiques (Martel et Joly, 2001). Le pemphigus paranéoplasique a été individualisé et décrit pour la première fois en 1990 (Anhalt et coll., 1990). Le diagnostic repose sur la coexistence de critères cliniques, histologiques et immunologiques ainsi que sur l'association à une néoplasie (hémopathie lymphoïde le plus souvent).

Le cas rapporté ici est celui d'une patiente de 52 ans suivie depuis peu au Centre Léon Bérard (Lyon) pour une masse rétro-péritonéale : la biopsie a révélé qu'il s'agissait d'un lymphome folliculaire. Lors de l'admission pour la première cure de chimiothérapie, on a constaté que la patiente avait développé des éruptions bulleuses cutanées et muqueuses. De nombreuses érosions et quelques bulles (0.5 à 3 cm de diamètre) étaient présentes sur le tronc, des ulcérations invalidantes intéressaient toute la face interne des joues, la face dorsale et les bords de la langue. Ces derniers rendaient l'élocution et l'alimentation difficiles. Des érosions associées à un exsudat blanc jaunâtre sur les lèvres ainsi qu'une conjonctivite étaient également présentes. Les résultats anatomopathologiques et les analyses immunohistochimiques (immuno-

fluorescences directe et indirecte) ont permis d'établir le diagnostic de pemphigus paranéoplasique.

Le traitement du lymphome a reposé sur une chimiothérapie de type R-CHOP. Celle-ci a été associée à une corticothérapie par voie générale ainsi qu'à des soins locaux pour la prise en charge des lésions du pemphigus paranéoplasique. Les lésions cutanées ont rapidement disparu. En revanche, les ulcérations buccales ont persisté pendant plusieurs mois. Elles ont finalement régressé lentement et une diminution des doses de corticoïdes a pu progressivement être envisagée. La patiente est actuellement en rémission pour son lymphome. Il persiste une langue cicatricielle avec deux lésions légèrement érosives mais asymptomatiques sur les bords de la langue.

Le pemphigus paranéoplasique est une pathologie rare mais la survenue des symptômes est précoce. Les lésions endobuccales sont en général très invalidantes. Le pronostic vital du patient est souvent mis en jeu (Nousari et coll., 1999). La rémission n'est obtenue qu'après plusieurs mois de traitement.

Nom et adresse du conférencier

SALINO Samuel

Centre anti-cancéreux Léon Bérard, Lyon

salino@lyon.fnclcc.fr

médecine
buccale
chirurgie
buccale

VOL. 15, N° 2
2009

page 110

Leucémie aiguë myéloïde : quand diagnostic clinique rime avec piège diagnostique. À propos de deux observations

Lafon A, Ahossi V, Larras P, Souquet F, Perrin D

Service d'Odontologie, CHU Dijon

La leucémie aiguë myéloïde (LAM) est un envahissement médullaire par prolifération diffuse de cellules hématopoïétiques malignes. Le caractère aigu est défini par l'apparition rapide, en quelques semaines, d'un tableau clinico-biologique d'insuffisance médullaire avec parfois, de rares manifestations buccales (Orazi, 2007). Les auteurs se proposent, au travers de deux observations cliniques, de montrer qu'une LAM peut d'un côté se présenter de manière évidente, induisant d'emblée une confirmation biologique, et de l'autre, se présenter par des manifestations cliniques masquées par un contexte général particulier n'évoquant pas une LAM en première intention.

La première observation rapporte le cas d'une femme de 39 ans, adressée au service d'Odontologie du CHU de Dijon par son chirurgien-dentiste traitant, pour la prise en charge d'une hyperplasie gingivale généralisée.

L'anamnèse relève une numération normale datant de deux mois, prescrite par son médecin traitant consulté pour une tuméfaction gingivale. L'examen clinique met en évidence une altération de son état général avec hyperthermie, des adénopathies cervicales ainsi qu'une importante hyperplasie gingivale maxillaire et mandibulaire. Devant ce tableau, la patiente est hospitalisée. La numération de formule sanguine associée à un myélogramme révèle une LAM accompagnée d'une coagulation intra vasculaire disséminée.

La deuxième observation rapporte le cas d'une femme enceinte également âgée de 39 ans, en bon état général, sans antécédents médicaux. L'anamnèse note une succession récente de consultations spécialisées en gynécologie, en médecine générale à deux reprises, en chirurgie-dentaire de ville et au service d'odontologie de Dijon. Toutes ses consultations n'évoquent aucune par-

ticularité, à part, pour certaines, une gingivite gravidique. Elle est adressée dans le service d'Odontologie par le service d'accueil des urgences, pour des algies buccales exacerbées, soulagées par de la morphine. La patiente arrive au service dans un état de somnolence mais consciente ; l'examen clinique montre une gencive marginale hémorragique et d'aspect ulcéro-nécrotique localement. La patiente est hospitalisée pour réaliser un bilan, mais une aggravation brutale et soudaine de son état général accompagné de signes de souffrance neurologique, déclenche la réalisation d'un scanner cérébral mettant en évidence une hémorragie entraînant quelques heures plus tard le décès de la patiente. Les résultats des examens biologiques montreront l'existence d'un LAM. L'intérêt de cette communication est de montrer qu'à par-

tir de signes cliniques très différents tant dans l'exubérance que dans la discrétion, le diagnostic reste le même alors que le pronostic est diamétralement opposé. Il ressort de cette expérience que toute expression buccale d'une pathologie générale doit être systématiquement bilatée dès sa première prise en charge médicale notamment odontologique (Van der Haring et coll., 2006).

Nom et adresse du conférencier

LAFON Arnaud
Service d'Odontologie, Hôpital Général,
CHU Dijon
3 rue du Faubourg Raines
21000 Dijon
arnaud.lafon@chu-dijon.fr

Rechute extra-médullaire gingivale de LAM 1 : à propos d'un cas.

Boisramé-Gastrin S¹, Tempescul A², Quintin-Roué I³, Predine-Hug F¹

1. UFR Odontologie, service d'Odontologie, CHU Brest

2. Service d'Hématologie, CHU Brest

3. Laboratoire d'Anatomo-Pathologie, CHU Brest

La réussite du traitement par allogreffe de moelle osseuse dépend de l'intensité du conditionnement chimiothérapique, de la protection du rejet de greffe et de l'effet anti-leucémique du greffon (GVL). Une forme particulière de rechute est observée après allogreffe pour les patients atteints de leucémie.

Le cas rapporté est celui d'un homme de 54 ans. L'histoire de sa maladie s'articule autour d'une LAM 1 normocytaire, avec des anomalies du chromosome 7 et un réarrangement du gène MLL, diagnostiquée en mai 2006. Le patient a été traité selon le protocole LAM 2001 du GOELAMS. Il a ensuite reçu une thérapie cellulaire allogénique, géno-identique, avec un conditionnement non-myélo-ablatif. La prévention de la GVHD, par le « golden standard », a été rapidement arrêtée en absence de GVHD. Sept mois après, le patient présente une rechute sanguine et médullaire. Il a reçu une deuxième allogreffe géno-identique, à partir de son deuxième frère. Le conditionnement a été cette fois myélo-ablatif et aucune prévention de la maladie de greffon n'a été effectuée. Seize mois après la deuxième allogreffe, le patient a présenté une rechute isolée dans le corps caverneux, traitée par radiothérapie localisée. Une première injection de Mylotarg[®] – anticorps anti-CD33 – est effectuée en consolidation. Quatre semaines après celle-ci, le patient est adressé en urgence dans le service d'Odontologie, pour une tuméfaction gingivale. L'examen clinique exobuccal ne retrouve aucune adénopathie ; l'examen endobuccal une tuméfaction dure en regard des prémolaires maxillaires gauches. L'examen radiologique ne met rien en évidence. Un lambeau de pleine épaisseur permet de se rendre compte que la tuméfaction est de siège intragingi-

val. Une incision vestibulaire retrouve une masse indurée, de couleur blanc laiteux. L'examen anatomo-pathologique de la biopsie révèle une localisation gingivale de la LAM.

Les rechutes leucémiques post-allogreffe posent des questions délicates. L'injection des lymphocytes de donneurs permet parfois de les contrer (Schmidt et coll., 2007). Pour les formes agressives, une option thérapeutique consiste en une deuxième allogreffe qui permet d'obtenir des rémissions complètes avec un chimérisme complet (Guillerm et coll., 2008). Malheureusement on observe chez cette population des rechutes extramédullaires (REM) (Tempescul et coll., 2008). Il existerait donc une population de cellules leucémiques ayant une affinité tissulaire extra-médullaire (Firas et coll., 2008). Le traitement optimal dans les cas de REM après allogreffe reste incertain. L'apport de la gentuzumab ozogamicine, anticorps monoclonal recombinant humanisé, semble intéressant dans ces situations. Cependant, ces données sont trop récentes pour déterminer l'effet sur la survie chez les patients présentant une REM (Owonikoko et coll., 2007). Bien que pour certains patients, on observe une rémission durable, le pronostic des REM, après post-allogreffe des leucémies aiguës, reste sombre.

Nom et adresse du conférencier

BOISRAMÉ-GASTRIN Sylvie
Service d'Odontologie
2 rue Auguste Le Faux
29200 Brest
sylvie.boisrame-gastrin@chu-brest.fr

médecine
buccale
chirurgie
buccale

vol. 15, n° 2
2009

page 111

Manifestations buccales de la neutropénie congénitale sévère : à propos d'un cas

Lelièvre J¹, Boisramé-Gastrin S¹, Prédine-Hug F¹, Lemoine P², Pers J-O¹

1. UFR Odontologie Brest, Service Odontologie CHU Brest

2. Service de Pédiatrie CHU Brest

Le syndrome de Kostmann ou neutropénie congénitale sévère est une forme rare de neutropénie profonde de l'enfant caractérisée par un nombre de polynucléaires neutrophiles (PNN) inférieurs à 500 éléments par mm³. Est également observée un blocage de la maturation de la lignée granuleuse au stade promyélocyte/myélocyte, avec ou sans éosinophilie, avec ou sans monocytose (Kostmann, 1956).

De transmission autosomique, la découverte de cette agranulocytose congénitale est faite dans la majorité des cas lors d'un syndrome infectieux néonatal. Le déficit en PNN favorise la survenue d'infections bactériennes et fongiques, dont l'expression et l'évolution sont modifiées : évolution vers la nécrose tissulaire, tendance à la diffusion tissulaire et à la cellulite. L'infection peut être localisée (cutanée, ORL, stomatologique, pneumologique) ou systémique, ce qui constitue alors une urgence infectieuse majeure (Carlsson et coll., 2006). Ainsi, avant l'apparition des facteurs de croissance hématopoïétiques, cette maladie était grevée d'une lourde morbidité et d'une mortalité précoce (Carlsson et Fasth, 2001).

Le cas rapporté est celui d'un garçon de 12 ans qui présente une maladie parodontale agressive. Le diagnostic de syndrome de Kostmann a été posé à l'âge de 4 ans et des injections de G-CSF à la dose de 5 µg.kg⁻¹ toutes les 48 heures lui ont été administrées. Malgré ce traitement, il a été hospitalisé à de nombreuses reprises pour des infections, le taux des PNN restant très faible. Une autre thérapeutique a alors été initiée consistant en des injections sous-cutanées de 0,5ml de lénogastim, réa-

lisées six jours sur sept à domicile. L'analyse génétique a permis de mettre en évidence la mutation hétérozygote C194X du gène ELA-2 chez deux des enfants (le patient et une petite sœur) et chez le père. Ce dernier est asymptomatique. L'hypothèse formulée est la présence d'une mosaïque germinale expliquant la récurrence de survenue de la pathologie dans cette famille et l'absence de symptomatologie paternelle.

Sur le plan odontostomatologique, aucune prise en charge régulière n'a été réalisée depuis le diagnostic du Kostmann jusqu'à ses 12 ans. Devant le stade avancé de la parodontite agressive, les avulsions de 36 et 46 ont du être réalisées sous antibioprophyllaxie, et un traitement parodontal a permis de stabiliser la symptomatologie buccale.

Ce cas montre que les patients ayant une neutropénie congénitale sévère présentent, s'ils sont non allogreffés, une parodontite agressive malgré l'apport des facteurs de croissance. Par ailleurs, Carlsson et coll. (2006) ont démontré que la mutation du gène ELA-2 est un facteur aggravant pour la prise en charge de cette maladie et de ses répercussions buccales. Une prise en charge odontologique rigoureuse est indispensable afin de limiter l'atteinte parodontale.

Nom et adresse du conférencier

LELIEVRE Julie
Service d'Odontologie
2 rue Auguste Le Faux
29200 Brest
lelievre.juju@voila.fr

médecine
buccale
chirurgie
buccale

VOL. 15, N° 2
2009

page 112

Etude épidémiologique de la prise en charge des patients sous AVK au cabinet dentaire en Ille et Vilaine

Clipet F, Massot M, Garnier J, Kholer B, De Mello G

Service de Chirurgie buccale, CHU Rennes, Faculté d'Odontologie, Université Rennes 1

En odontologie, la prise en charge des patients sous traitement anticoagulant, et en particulier sous antivitamines K (AVK), est en évolution. Actuellement, environ 1,5 % de la population française est traité par AVK, soit environ 600 000 personnes. La majorité de ces patients est représentée par des personnes âgées, très souvent polymédiquées, donc fragiles (Persac, 2007).

Depuis 2006, la Société Française de Cardiologie (SFC) et la Société Francophone de Médecine Buccale et de Chirurgie Buccale (SFMBCB) recommandent le maintien du traitement avant un acte de chirurgie buccale. En effet, le traitement d'hypocoagulation a pour but de diminuer le risque thromboembolique ; l'arrêter peut avoir des

conséquences létales pour le patient (Della Valle, 2003). La réalisation d'un relais aux héparines qui augmente le risque thromboembolique, ne met pas à l'abri d'hémorragies post-opératoires (Dunn, 2003) et perturbe le traitement hypocoagulant qui sera par la suite difficile à ajuster et à stabiliser.

Afin d'évaluer les pratiques actuelles de prise en charge des patients sous AVK, nous avons effectué une étude épidémiologique des pratiques des chirurgiens dentistes d'Ille et Vilaine à l'aide d'un questionnaire. Le recueil des données a été réalisé en 2007. Un courrier informatif décrivant l'étude, un questionnaire et une enveloppe timbrée avec l'adresse pré-inscrite a été envoyé par cour-

rier aux 730 chirurgiens dentistes d'Ille-et-Vilaine durant le mois de mai 2007. Les questions reprennent les différents protocoles opératoires mis en place lors de la réalisation d'un acte chirurgical invasif au cabinet dentaire. Sur 730 questionnaires envoyés, 312 ont été retournés soit 42,74 % de réponses. Parmi ces résultats, 12 sont inexploitable. Sur ces 300 questionnaires exploitables, 170 praticiens (56,67 %) prennent en charge les patients sous AVK lors d'actes sanguinants : 56 hommes (38,62 %) et 114 femmes (73,55 %). Sur ces 170 praticiens, 27 (15,88 %) choisissent de ne pas arrêter le traitement anti-coagulant dans la plupart des cas, sinon ils demandent un relais héparinique ou l'arrêt du traitement AVK. 28 (16,47 %) choisissent strictement de ne pas arrêter le traitement AVK.

Parmi les 28 praticiens respectant le protocole de la SFMBCB et de la SFC, 17 ont indiqué la valeur limite de l'INR pour laquelle ils réalisent un acte sanguin : les valeurs se situent entre 2,5 et 4,5 avec un INR moyen de 3.

Notre étude a essayé de dresser un premier état des lieux de la prise en charge de ces patients en Ille-et-Vilaine et de rendre compte des pratiques. La presque totalité des chirurgiens dentistes de ce département a reçu le questionnaire et le grand nombre de réponses (42,74 % de réponses) donne un bon échantillon de la population de praticiens exerçant dans ce département. Les recommandations de la SFMBCB et de la SFC sont adoptées par quelques praticiens. Cependant, souvent d'anciennes habitudes perdurent et il nous semble important que les différents acteurs de notre profession prennent une part active à la diffusion et l'enseignement de ces recommandations.

Nom et adresse du conférencier

CLIPET Fabrice
Service de Chirurgie buccale, CHU Rennes
2 rue Henri Le Guilloux
35033 Rennes Cedex
fabrice.clipet@wanadoo.fr

Errance diagnostique devant un hématome spontané récidivant du menton

Guilloud C¹, Boisramé-Gastrin S¹, Chastaing M², Prédine-Hug F¹, Berthou C³

1. UFR Odontologie, Service d'Odontologie CHU Brest

2. Service de Psychologie Médicale et de Psychiatrie de Liaison CHU Brest

3. Service d'Hématologie CHU Brest

Un hématome cutané d'apparition brutale et spontanée nécessite une démarche diagnostique rigoureuse. En effet, il peut être révélateur de diverses pathologies, bénignes et malignes, comme un trouble de la coagulation, inné ou acquis, un problème infectieux, voire une affection tumorale.

Nous rapportons la prise en charge d'un cas d'hématome spontané récidivant de la région mentonnaire. Une jeune fille de 15 ans est adressée par le service d'hématologie pour la présence d'un hématome mentonnier spontané, nécessitant une hospitalisation pour une douleur estimée à 8 sur l'échelle visuelle analogique. Dans les antécédents médico-chirurgicaux, on retrouve une leucémie aiguë lymphoblastique traitée par chimiothérapie à l'âge de 4 ans. Les différents examens complémentaires (bilan sanguin, sérologies virales, TDM, IRM) ne mettent rien en évidence. La lésion disparaît en 1 semaine. Ses parents rapportent un second épisode d'hématome spontané deux mois plus tard, de même localisation, sans prise en charge hospitalière. Lors d'une consultation de suivi, la mère signale une aménorrhée de plus de 4 mois chez sa fille. Devant l'hypothèse d'une maladie de Cushing, elle est adressée au service d'endocrinologie qui, après explorations, ne retrouve aucune anomalie. Trois jours après cette consultation, ses parents l'adressent en urgence pour un nouvel épisode touchant maintenant le sillon nasogénien. A ce tableau clinique, sont associés une dysphagie et des douleurs de palier 3. Une échographie de la zone permet

d'écarter une malformation artério-veineuse ou un lymphangiome kystique. Les résultats du bilan effectué sont normaux. L'analyse anatomo-pathologique de la biopsie de la face interne de la lèvre inférieure révèle des petits foyers d'inflammation chronique périvasculaire, sans caractère de spécificité. Etant donné le retentissement psychologique de ces 3 épisodes d'hématome spontané inexplicé et de la nature anxio-dépressive, la jeune fille accepte la proposition de rencontrer un psychiatre. Devant cette errance diagnostique, une recherche bibliographique est réalisée et fait suspecter un syndrome des ecchymoses douloureuses ou syndrome de Gardner-Diamond. Ces auteurs ont décrit l'apparition spontanée d'ecchymoses douloureuses, sans anomalie biologique associée, chez des jeunes femmes ayant un profil psychologique pathologique (Gardner et Diamond, 1955). Le tableau clinique observé chez cette jeune fille correspond en tout point à ce syndrome (Boussault et coll. 2005). Sa pathogénie reste mal connue mais l'on considère qu'il s'agit probablement d'un purpura psychogène (Ratnoff et Agle, 1968 ; Groch et coll., 1966 ; Cansu et coll., 2008). De très nombreuses thérapeutiques ont été proposées, cependant les meilleurs résultats ont été observés avec une approche à la fois somatique et psychologique. Pour notre patiente, une prise en charge antalgique et psychiatrique a été mise en place de façon empirique. Elle n'a plus présenté d'hématome spontané depuis qu'elle est suivie en psychiatrie.

Il n'existe pas d'examens complémentaires pour confirmer le syndrome de Gardner-Diamond. L'anamnèse, l'examen clinique et surtout l'absence d'élément étiopathologique constituent des éléments qui doivent faire évoquer ce diagnostic (Vaillant et coll., 1986 ; Meeder et Bannister, 2006 ; Ol et coll., 2009).

Nom et adresse du conférencier
GUILLOUD Christelle
Service d'Odontologie
2 rue Auguste le Faux
29200 Brest
christelle.guillood@etudiant.univ-brest.fr

La prise en charge odonto-stomatologique des patients infectés par le VIH : réalités, entraves et solutions

Boukais H, Zerrouki W, Sahraoui M, Terkmani M, Mokrani M, Zeraoui O
Service de Pathologie et Chirurgie buccale, CHU Béni-Messous, Faculté de Médecine Alger

On définit le SIDA comme l'ensemble des manifestations cliniques du déficit de l'immunité cellulaire du à l'atteinte des lymphocytes T4. La forme majeure de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine représente le syndrome de l'immunodéficience acquise.

Les signes buccaux de la maladie sont parfois prodromiques, leur découverte permet de suspecter la maladie et de mettre en œuvre les examens nécessaires à sa confirmation. Ainsi, le chirurgien dentiste est pleinement impliqué dans la prise en charge de ces patients par la reconnaissance et le traitement des lésions buccales qu'elle engendre et la remise en état de la cavité buccale. Pour connaître les attitudes des chirurgiens dentistes face à un malade atteint de SIDA consultant au cabinet dentaire, nous avons mené une enquête en Algérie sur un échantillon représentatif de 500 chirurgiens dentistes tous secteurs et toutes spécialités confondus. Les résultats de cette enquête mettent en évidence le déficit de prise

en charge de ces malades en odontologie par surestimation du risque de contamination, méconnaissance des risques et leur prévention, et par manque d'information. Cette réalité prouvée par les chiffres, ajoutée à la nette augmentation du nombre de cas de cette maladie dans notre pays comme dans le monde, imposent de mettre en œuvre des actions sur le terrain.

A travers cette communication orale, nous rapportons les résultats de l'enquête, rappelons brièvement les signes cliniques bucco-dentaires en rapport avec la maladie et proposons une stratégie de prise en charge en démystifiant les risques liés aux patients infectés par le VIH.

Nom et adresse du conférencier
BOUKAIS Hamid
Service de Pathologie et Chirurgie buccale
CHU Béni-Messous Alger, Algérie
Boukais.Hamid@caramail.com