Observation clinique

Une complication rare en implantologie : l'hématome du plancher buccal

Marion Pesudo*, Alexandre Alpy, Arnaud L'Homme, Sarah Cousty, Bruno Courtois

Unité de Chirurgie orale, Service d'Odontologie, CHU, Toulouse, France

(Reçu le 23 juillet 2012, accepté le 30 août 2012)

Mots clés :
hématome / plancher
buccal / implants
symphysaires / œdème
de Quincke

Key words:
hematoma /
floor of the mouth /
mandibular dental
implants / Quincke
disease

Résumé – L'hématome du plancher buccal est une complication rare pouvant mettre en jeu le pronostic vital. Sa survenue exceptionnelle explique sans doute la difficulté à établir un diagnostic positif. Il peut avoir diverses causes et se traduire dans les premiers stades de sa formation par une symptomatologie proche de celle de l'œdème de Quincke. Une femme de 77 ans a présenté un hématome du plancher buccal suite à la pose de deux implants symphysaires nécessitant une hospitalisation d'urgence.

Abstract – A rare complication during mandibular implant placement: a case of hematoma of the floor of the mouth. Hematoma of the floor of the mouth during mandibular dental implant placement is a rare but potentially life-threatening complication. A 77-year-old woman developed a hematoma of the floor of the mouth following a dental implant procedure, requiring admission to the hospital. Many mandibular traumatic causes can develop an hematoma of the floor of the mouth.

De par sa riche vascularisation, la symphyse mandibulaire est une zone chirurgicale à risque. La pose d'implants symphysaires entraîne ainsi parfois une complication rare, l'hématome du plancher buccal, qui peut mettre en jeu le pronostic vital. Il survient exceptionnellement mais présente un caractère d'urgence qui nécessite une hospitalisation et un diagnostic rapide pour mettre en place son traitement.

Étiologie

L'hématome du plancher buccal peut être dû à des causes locales comme le décollement agressif du lambeau lingual [1], la pose d'implants symphysaires [2], une ostéotomie mandibulaire, une avulsion dentaire, une biopsie du plancher buccal, une frénectomie linguale, une fracture des apophyses geni et un traumatisme mandibulaire. Parmi les causes générales, on retrouve dans la littérature les fièvres hémorragiques (en particulier la dengue) [3], les coagulopathies, la prise de thrombolytiques ou d'antivitamines K [4, 5]. L'ostéoporose [6] peut constituer un facteur favorisant la formation d'un hématome pelvi-lingual.

Cas clinique

Une patiente de 77 ans est adressée aux urgences pour une détresse respiratoire aiguë. Les urgentistes ont noté une dysarthrie, un œdème du cou et du plancher buccal, une sensation de malaise, des paresthésies intéressant les membres supérieurs. Cette patiente présentait des antécédents d'hypertension artérielle traitée par du bisoprolol (Cardensiel®), d'hypothyroïdie stabilisée par la prise de lévothyroxine (Lévothyrox®), et une gastrite chronique régulée par de l'ésoméprazole (Inexium®). Devant cette symptomatologie consécutive à la pose de deux implants symphysaires, les urgentistes ont retenu le diagnostic d'œdème de Quincke attribué à la prise en post-opératoire d'amoxicilline et de Lamaline®. Ils ont hospitalisé la patiente et instauré un traitement à base d'adrénaline, de corticoïdes et d'antihistaminiques en injection intraveineuse ; ils ont arrêté la prise de l'amoxicilline, du paracétamol et de la Lamaline®.

La patiente a présenté rapidement une décompensation cardio-respiratoire et l'électrocardiogramme a montré l'apparition d'un syndrome coronarien aigu qui a nécessité la prescription d'antiagrégants et d'anticoagulants. Malgré la stabilisation

* Correspondance : drmarionpesudo@voila.fr

Fig. 1. Tuméfaction sous-mandibulaire et cervicale, 24 h après la pose de deux implants symphysaires.

Fig. 1. Submandibular swelling, 24 h after the pose of the two mandibular implants.

Fig. 2. Tuméfaction cervicale et sous-mandibulaire violacée, 48 h après la pose des deux implants symphysaires.

Fig. 2. Bluish swelling 48 h after the pose of two mandibular implants.

de l'infarctus, la persistance de la dyspnée a alerté les cardiologues. Le lendemain de l'hospitalisation, donc de la pose des implants, le service de Chirurgie orale a été contacté pour examiner cette patiente. On observait alors une importante tuméfaction cervicale (Fig. 1) et un volumineux hématome pelvilingual qui empêchait la protrusion de la langue, entraînait une glossoptose et refoulait l'épiglotte, ce qui générait une dyspnée. Le traitement local a consisté à déposer les points de suture et à comprimer la zone pour essayer de drainer l'hématome par voie endobuccale. On a prescrit un traitement antibiotique à base de clindamycine pour prévenir le risque infectieux. La corticothérapie a été maintenue à la dose de 1 mg/kg/j afin de diminuer l'œdème lié à l'hématome. Après 24 heures, la stabilité de l'hématome et l'arrêt du saignement

Fig. 3. Volumineux hématome du plancher buccal refoulant la langue, 24 h après la pose de deux implants symphysaires ; présence des deux vis de cicatrisation implantaire.

Fig. 3. Big hematoma of the floor of the mouth pushing the tongue inside, 24 h after the intervention; presence of two healing abutments.

Fig. 4. Nette diminution de l'hématome du plancher buccal à la 48^e h.

Fig. 4. Reduction of the hematoma of the floor of the mouth 48 h after the intervention.

ont permis d'envisager la conservation des deux implants. Après 48 heures, on a constaté une amélioration de la symptomatologie avec une diminution du volume de l'hématome du plancher buccal (Fig. 4), une amélioration de la protraction linguale et une régression de la dyspnée. La tuméfaction cervicale a pris une coloration violacée due à la diffusion de l'hématome vers la région sous-cutanée. L'état de la patiente a nécessité 5 jours d'hospitalisation en service de soins intensifs de cardiologie avec une surveillance de l'évolution de l'hématome du plancher buccal, puis 15 jours de convalescence dans un service de soins de suite et de réadaptation.

Discussion

Prise en charge préventive

Le bilan pré-implantaire est indispensable pour déterminer l'axe de forage implantaire idéal. La réalisation de clichés

Tableau I. Prise en charge préventive de l'hématome du plancher buccal.

Table I. Preventive care of hematoma of the floor of the mouth.

Fig. 5. L'hématome du plancher buccal limite la protraction linguale (24 h après l'intervention).

Fig. 5. The hematoma limits lingual protraction (24 h after the intervention).

Fig. 6. La diminution du volume de l'hématome du plancher buccal entraîne une amélioration de la protraction linguale (48 h après l'intervention).

Fig. 6. The hematoma reduction increases lingual protraction (48 h after the intervention).

radiologiques comme l'orthopantomogramme, la téléradiographie de profil, le CT-scan ou le cone beam sont essentiels pour l'étude du volume osseux de la symphyse.

En per-opératoire, la palpation endobuccale de la symphyse doit être réalisée pour mettre en évidence l'existence d'une effraction de la corticale interne de la mandibule et/ou d'une éventuelle hémorragie afin d'agir rapidement. Il est conseillé de réaliser des sutures en points séparés afin de faciliter le drainage éventuel et une compression des lambeaux lingual et vestibulaire (Tab. I).

Cas rapportés et prise en charge curative

Dans la littérature, on a retrouvé 21 cas d'hématome du plancher buccal après la pose de deux implants symphysaires ; ils ont toujours donné suite à une hospitalisation en urgence. L'apparition des signes a été immédiate (13 cas) ou différée (apparition des signes entre 1 et 6 heures après l'intervention) (6 cas) ; 2 cas sont insuffisamment documentés. 18 cas d'hématome du plancher buccal étaient dus à une perforation

Fig. 7. Présentation synoptique des 21 cas d'hématome du plancher buccal retrouvés dans la littérature.

Fig. 7. 21 cases of hematoma of the floor of the mouth found in literature.

Fig. 8. Prise en charge curative d'un hématome du plancher buccal.

Fig. 8. Curative care of hematoma of the floor of the mouth.

de la corticale linguale, 2 cas à un traumatisme des artères sublinguales lors du décollement du lambeau lingual et 1 cas non documenté [1-22] (Fig. 7).

L'hématome du plancher buccal est une complication d'ordre vital qui nécessite une hospitalisation d'urgence. Deux situations sont à distinguer : absence ou présence d'une détresse respiratoire aiguë, généralement en per-opératoire ; cependant, elle peut apparaître de manière différée jusqu'à six heures après la fin de l'intervention (Fig. 8).

Conclusion

La pose d'implants symphysaires constitue la solution de choix pour stabiliser une prothèse complète mandibulaire. Cet acte n'est pas dénué de risque puisqu'une complication rare et grave, l'hématome du plancher buccal, peut intervenir en per ou post-opératoire. Sa survenue exceptionnelle rend le diagnostic difficile pour des praticiens non spécialistes. De plus, la coloration rougeâtre, bleuâtre ou noirâtre de la muqueuse assez caractéristique d'un hématome du plancher

buccal n'apparaît qu'au bout de 24 heures et seulement après 48 heures dans la région cervicale ; ceci explique en partie le retard de diagnostic.

Lorsque le diagnostic est posé, la prise en charge passe par une hospitalisation en urgence et des gestes simples doivent être réalisés : drainage de la région sous anesthésie locale ou générale afin de décompresser les voies respiratoires et d'éviter la détresse respiratoire, et contrôle du saignement. La prévention de l'hématome reste le meilleur traitement de cette complication vitale. Les patients et les praticiens doivent être informés de cette complication potentielle et les praticiens être formés à la pose d'implants et à la gestion des risques encourus.

Conflits d'intérêt : aucun

Références

1. Krenkel C, Holzner K. Lingual bone perforation as causal factor in a threatening hemorrhage of the mouth floor due to a single tooth implant in the canine region. *Quintessenz* 1986;37:1003-8.
2. Tarakji B, Zakaria Nassani M. Factors associated with hematoma of the floor of the mouth after placement of dental implants. *Saudi Dent J* 2012;24:11-5.
3. Sarkar J, Mohan C, Misra DN, Goel A. Lingual hematoma causing upper airway obstruction: an unusual manifestation of dengue fever. *Asian Pac J Trop Med* 2011;4:412-3.
4. Bayon J, Gallego L, Junquera L. Haematoma of the floor of the mouth associated to acute myocardial infarction. *Acta Otorrinolaringol* 2011;62:462-4.
5. McMechan SR, Morrow B, Campbell NPS. Lingual haematoma after treatment with alteplase (recombinant tissue plasminogen activator) for acute myocardial infarction. *Br Heart J* 1995;74:205.
6. Lai Y, Lin H, Te A, Chen K. Spontaneous sublingual haematoma resulting in airway obstruction Department of Emergency Medicine, Chi-Mei Medical Center, Yung Kang, Tainan, Taiwan. *Emerg Med J* 2006;23:583.
7. Laboda G. Life-threatening hemorrhage after placement of an endosseous implant: report of case. *JADA* 1990;121:599-600.
8. Mason ME, Triplett RG, Alfonso WF. Life-threatening hemorrhage from placement of a dental implant. *J Oral Maxillofac Surg* 1990;48:201-4.
9. Ten Bruggenkate CM, Krekeler G, Kraaijenhagen HA, Foitzik C, Oosterbeek HS. Hemorrhage of the floor of the mouth resulting from lingual perforation during implant placement: a clinical report. *Int J Oral Maxillofac Implants* 1993;8:329-34.
10. Mordenfeld A, Andresson L, Bergström B. Hemorrhage in the floor of the mouth during implant placement in the edentulous mandible: a case report. *Int J Oral Maxillofac Implants* 1997;12:558-61.
11. Hofschneider U, Tepper G, Gahleitner A, Ulm C. Assessment of the blood supply to the mental region for reduction of bleeding complications during implant surgery in the interforaminal region. *Int J Oral Maxillofac Implants* 1999;14:379-83.
12. Kalpidis CD, Setayesh RM. Hemorrhage associated with endosseous implant placement in the anterior mandible: a review of the literature. *J Periodontol* 2004;75:631-45.
13. Ratschew C, Czernicky W, Watzek G. Lifethreatening hemorrhage during placement of dental implant in the mandible. A case report (in German). *Deutsch Zahnartztl Z* 1994;49:65-7.
14. Darriba MA, Mendonça-Caridad JJ. Profuse bleeding and life-threatening airway obstruction after placement of mandibular dental implants. *J Oral Maxillofac Surg* 1997;55:1328-30.
15. Panula K, Oikarinen K. Letter to the editor. Severe hemorrhage after implant surgery. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1999;87:2.
16. Givol N, Chaushu G, Halamish-Shani T, Taicher S. Emergency tracheostomy following life-threatening hemorrhage in the floor of the mouth during immediate implant placement in the mandibular canine region. *J Periodontol* 2000;71:1893-5.
17. Niamtu III J. Near-fatal airway obstruction after routine implant placement. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2001;92:597-600.
18. Boyes-Varley JG, Lownie JF. Haematoma of the floor of the mouth following implant placement. *SADJ* 2002;57:64-5.
19. Isaacson TJ. Sublingual hematoma formation during immediate placement of mandibular endosseous implants. *JADA* 2004;135:168-72.
20. Budihardja AS, Pytlik C, Haarmann S, Holzle F. Hemorrhage in the floor of the mouth after second stage surgery: case report. *Implant Dent* 2006;15:148-52.
21. Woo BM, Al-Bustani S, Ueek BA. Floor of mouth hemorrhage and life-threatening airway obstruction during immediate implant placement in the anterior mandible. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2006;35:961-4.
22. Dubois L, de Lange J, Baas E, Van Ingen J. Excessive bleeding in the floor of the mouth after endosseous implant placement: a report of two cases. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2010;39:412-5.