

CO01 : Lésions orales révélatrices d'une syphilis secondaire : à propos d'un cas

Type de soumission souhaité : Communication orale

Auteurs :

Mounir Omami (1), Florian Kappes (2, 3), Laurent Devoize (2, 3), Candice Delbet-Dupas (1)

1. Service de Chirurgie maxillo-faciale, Centre Hospitalier Jacques Lacarin, Vichy, France
2. Service d'odontologie, CHU Clermont-Ferrand, Hôpital Estaing, Clermont-Ferrand, France
3. Faculté d'odontologie, Université Clermont Auvergne, Clermont-Ferrand, France

Mots clefs : Syphilis, cavité orale

Le premier auteur est-il un interne DESCO ? : Non

Type de résumé : Cas clinique

L'auteur autorise la de changement de catégorie à la Commission Scientifique et la Recherche de la SFCO à changer son abstract de catégorie. En cas de refus et si la commission n'a pas retenu la soumission dans la catégorie souhaitée, la soumission sera refusée. : J'accepte

Résumé :

Introduction : La syphilis est une infection sexuellement transmissible causée par le spirochète *treponema pallidum* (OMS 2016). Depuis l'an 2000, une augmentation importante du nombre de cas au sein de la population des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes a été constatée en France comme dans le monde (HAS 2015).

Observation : Le cas clinique rapporté est celui d'un homme de 32 ans allergique à la pénicilline qui consultait pour des lésions érosives buccales évoluant depuis 3 mois et sans tendance à la guérison. L'examen endobuccal révélait des plaques muqueuses sous forme de multiples macules rondes groupées, de couleur rouge-vif, de 0,5 à 1 cm de diamètre, de surface lisse et d'aspect luisant siégeant au niveau de la face interne de la lèvre supérieure, de la face latéro-ventrale de la langue et de la zone rétrocommisurale droite. Des plaques fauchées et dépapillées linguales ont été aussi observées. L'examen locorégional révélait une adénopathie submandibulaire gauche ferme, mobile et douloureuse. L'examen cutané était strictement normal. Une biopsie de la lésion labiale a été réalisée. L'étude immuno-histochimique révélait la présence de multiples tréponèmes dans l'épithélium. Le test tréponémique (TT) par méthode immunoenzymatique était positif à 47.9 et le test rapide de la réagine plasmatique quantitatif (RPR) était aussi positif. Le diagnostic de syphilis secondaire a été posé. Les examens neurologiques et ophtalmologiques étaient négatifs. Les sérologies au VIH, hépatite B et C étaient négatives. La recherche de *Chlamydiae trachomatis* était positive au niveau du prélèvement rectal tandis que le bilan de la gonorrhée était négatif. Un traitement par doxycycline (200 mg par jour en deux prises) a été instauré pendant 28 jours. Un suivi sérologique de guérison après traitement a été réalisé par le test RPR à 3, 6 et 12 mois.

Discussion : Après une période d'incubation de 10 à 90 jours, la syphilis passe par plusieurs phases (primaires, secondaires, tertiaires) séparées par des phases de latence. Le TT par méthode immunoenzymatique détectant IgG et IgM et le RPR occupent une place centrale dans le diagnostic (HAS 2015). Le traitement consiste dans l'administration de la benzathine benzylpénicilline G par voie injectable. En cas d'allergie à la pénicilline, la molécule prescrite est la doxycycline sauf chez la femme enceinte et le patient séropositif pour le VIH (OMS 2016, Janier 2014)

Conclusion : Les formes orales de syphilis secondaire sont multiples et polymorphes ; leur diagnostic est un véritable challenge, surtout lorsqu'elles sont isolées. Les complications neurologiques et ophtalmologiques peuvent être graves ce qui explique l'intérêt d'une prise en charge précoce.

1- Organisation mondiale de la santé.Geneva:OMS;2016

2- Haute Autorité de Santé.Argumentaire.Saint-Denis La Plaine:HAS;2015.

3- Janier M et al.J Eur Acad Dermatol Venereol.2014;28:1581-93.

CO02 : Retour sur la prise en charge des cellulites faciales d'origine dentaire au Centre Hospitalier de Mayotte en 2022

Type de soumission souhaité : Communication orale

Auteurs :

Nolwenn Lepouriel (1), Sarah Koutala (2), Nadjaty Harouna (2), Simon Deraedt (3), Alain Renaux (3)

1. odontologie et Chirurgie orale, Centre Hospitalier de Mayotte, MAMOUDZOU, France
2. odontologie et Chirurgie orale, Centre Hospitalier de Mayotte, mamoudzou, France
3. ORL, Centre Hospitalier de Mayotte, mamoudzou, France

Mots clefs : cellulite, infection dentaire, mayotte

Le premier auteur est-il un interne DESCO ? : Non

Type de résumé : Etude

L'auteur autorise la de changement de catégorie à la Commission Scientifique et la Recherche de la SFCO à changer son abstract de catégorie. En cas de refus et si la commission n'a pas retenu la soumission dans la catégorie souhaitée, la soumission sera refusée. : J'accepte

Résumé :

-

La plupart des infections d'origine dentaire peuvent être prise en charge sans entrainer de complication. Certaines évoluent cependant en cellulite cervico faciale compliquée, nécessitant alors une intervention chirurgicale sous anesthésie générale et une hospitalisation en chirurgie ou en réanimation (1). Le Centre Hospitalier de Mayotte (CHM) est le seul établissement de santé de l'île prenant en charge cette pathologie. Le plateau technique du CHM est complet mais très sollicité au vu de sa faible capacité par rapport au bassin de population desservi : (4 salles de bloc pour 300 000 habitants).

Le service d'odontologie et chirurgie orale est organisé en conséquence et possède une filière dédiée. Une plateforme téléphonique permet un pré tri des urgences dentaires et la priorisation des urgences infectieuses. En 2022 ,7767 appels ont été régulés via cette plateforme .22,3 % des appels concernaient une suspicion de cellulite faciale.1732 patients ont été pris en charge pour cette pathologie en 2022.

La première partie de notre étude porte sur un échantillon de 700 patients pour lesquels les données ont été recueillies par le chirurgien-dentiste d'astreinte sur le logiciel Dx care.

L'échantillon était constitué de 408 femmes (58%) et de 292 hommes (42%).

294 patients étaient âgés de moins de 15 ans (42%) et l'âge moyen était de 24 ans.

145 (20%) patients présentaient au moins un signe de gravité (dysphagie, trismus, fièvre, dyspnée etc...)

Le protocole appliqué privilégie, pour les patients adultes, l'avulsion de la dent causale et le drainage en cas de collection lors de la consultation d'urgence sous anesthésie locale en ambulatoire. Une antibiothérapie per os adaptée est prescrite en complément.

Pour la population pédiatrique, en l'absence de signe de gravité, une antibiothérapie per os est prescrite et l'avulsion est effectuée à 48h sous sédation systématique selon l'évaluation par l'échelle de Vehnam.

Parmi les adultes, l'avulsion de la dent causale lors de cette consultation d'urgence a été possible pour 299 patients soit 73,8 % des cas.

Sur les 1732 patients accueillis au CHM pour cellulite faciale d'origine dentaire en 2022

15 (0,9 %) ont nécessités une prise en charge sous anesthésie générale en collaboration avec l'équipe d'ORL. Parmi ces patients 3 ont pu bénéficier du circuit ambulatoire. 6 ont dû être hospitalisés en chirurgie et 6 en réanimation

Aucun décès n'a été constaté.

Un accès facilité à un service compétent en chirurgie orale permet une prise en charge précoce des cellulites d'origine dentaire par une élimination rapide du foyer infectieux et une antibiothérapie adéquate permettant ainsi une faible morbidité de cette pathologie et une épargne du plateau technique.

CO03 : A propos d'une cellulite temporale d'évolution bénigne secondaire à l'infection d'une molaire mandibulaire ou lorsqu'une cellulite oro-faciale défie la gravité

Type de soumission souhaité : Communication orale

Auteurs :

AMELIE ALBISETTI (1), DAVID ANTUNES (1), PIERRE KLIENKOFF (1), SOPHIE BAHU-GROSS (1), FLORENT MEYER (1)

1. Pôle de Médecine et de Chirurgie Bucco-Dentaires, Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, Strasbourg, France

Mots clefs : cellulite temporale, infection

Le premier auteur est-il un interne DESCO ? : Oui

Type de résumé : Cas clinique

L'auteur autorise la de changement de catégorie à la Commission Scientifique et la Recherche de la SFCO à changer son abstract de catégorie. En cas de refus et si la commission n'a pas retenu la soumission dans la catégorie souhaitée, la soumission sera refusée. : J'accepte

Résumé :

Introduction :

La cellulite temporale est une complication rarissime d'une infection oro-faciale, souvent liée à la troisième molaire maxillaire, atteignant l'ensemble des structures de la fosse infra-temporale. Il est rapporté ici le cas d'un patient atteint d'une cellulite temporale causée par l'infection d'une deuxième molaire mandibulaire étendue à la fosse infra-temporale et aux régions orbitaire et temporale gauches.

Observation clinique :

Un patient de 63 ans, en bonne santé générale, a été reçu aux urgences bucco-dentaires pour des douleurs sévères mandibulaires gauches irradiantes aux régions massétérine et temporale homolatérales.

L'examen extra-oral objectivait une tuméfaction génienne basse gauche, sous-orbitaire et temporale rénitente à la palpation, sans crépitation neigeuse, avec effacement du méplat zygomatique, sans amélioration malgré la prise d'amoxicilline/acide clavulanique depuis trois jours. Un trismus serré était associé, sans occlusion palpébrale pathologique, ni ophtalmoplégie.

A l'examen intra-oral, le patient présentait de nombreux foyers infectieux dentaires, notamment une 37 délabrée, nécrosée et douloureuse à la percussion, sans comblement du vestibule. A la palpation temporale gauche, un drainage spontané était observé au niveau du sulcus de la 37 confirmant la dent causale. Le diagnostic de cellulite temporale et orbitaire diffusée collectée odontogène à point de départ 37 a été posé. Au niveau orbitaire, on retrouve une cellulite préseptale (grade 1 de la classification de Chandler) sans signe de gravité locale et d'extension intracrânienne.

En l'absence de signes d'altération générale et de gravité, il a été décidé de réaliser une désinfection locale et la poursuite de l'antibiothérapie à large spectre, amoxicilline/acide clavulanique/métronidazole, avec suivi étroit du patient, en attendant la levée du trismus pour le traitement de la porte d'entrée infectieuse. Progressivement, la cellulite orbitaire a régressé avec persistance de l'extension temporale. Compte tenu de sa diffusion au vertex, le patient a été adressé en service de chirurgie maxillo-faciale. Un scanner cervico-facial injecté a révélé une collection hydro-aérique de l'espace masticateur gauche, prenant naissance au niveau de l'angle mandibulaire et s'épuisant sur la voûte crânienne en regard de la suture fronto-pariétale gauche. Un drainage chirurgical sous anesthésie générale a été réalisé au niveau de la fosse infra-temporale selon un double abord, endobuccal et temporal gauche, associé à l'avulsion de la dent causale.

Discussion et conclusion :

La cellulite temporale d'origine dentaire est une infection rare mais dont les complications peuvent être gravissimes comme la thrombophlébite ptérygoïdienne ou extension endocrânienne potentiellement fatale. Dans le cas présenté, l'étiologie, pour le moins atypique, était une molaire mandibulaire, encourageant le praticien à un examen loco-régional exhaustif quelle que soit l'origine de la cellulite.

CO13 : Mise au point chez le minipig d'un défaut de taille critique de l'os alvéolaire mandibulaire : rôle du périoste dans la cicatrisation osseuse

Type de soumission souhaité : Communication orale

Auteurs :

Lucas T. Duong (1, 2), Stéphane Petit (2, 3), Stéphane Kerner (2, 4), Mélodie M. Clerc (2, 4), Christophe Arnoult (5), Nunthawan Nowwarote (2, 6), Thanaphum Osathanon (7, 8), Benjamin P. J. Fournier (2, 9), François C. Ferré (1, 2)

1. Service de Médecine Bucco-Dentaire, Hôpitaux Universitaires Pitié Salpêtrière - Charles Foix, Paris, France
2. Centre de Recherche des Cordeliers, UMRS 1138, Molecular Oral Pathophysiology, Université Paris Cité, INSERM, Sorbonne Université, Paris, France
3. Département de Biologie Orale, Université Paris Cité, Département de Biologie Orale, Paris, France
4. Département de Parodontologie, Université Paris Cité, Paris, France
5. Medical Training Center, CHU de Rouen, Rouen, France
6. Département de Biologie Orale, Université Paris Cité, Paris, France
7. Dental Stem Cell Biology Research Unit, Faculty of Dentistry, Chulalongkorn University, Bangkok, Thaïlande
8. Center of Excellence for Regenerative Dentistry and Department of Anatomy, Faculty of Dentistry, Chulalongkorn University, Bangkok, Thaïlande
9. Reference Center for Oral and Dental Rare Diseases, ORARES, Hôpital Rothschild, Paris, France

Mots clefs : os alvéolaire, régénération osseuse, remodelage osseux, minipig, périoste, vieillissement

Le premier auteur est-il un interne DESCO ? : Non

Type de résumé : Etude

L'auteur autorise la de changement de catégorie à la Commission Scientifique et la Recherche de la SFCO à changer son abstract de catégorie. En cas de refus et si la commission n'a pas retenu la soumission dans la catégorie souhaitée, la soumission sera refusée. : J'accepte

Résumé :

Objectifs

La gestion des défauts de l'os alvéolaire est un défi quotidien en chirurgie pré-implantaire. De nouvelles stratégies thérapeutiques sont actuellement à l'étude. Afin de tester ces nouvelles stratégies, les modèles précliniques sont essentiels. Parmi eux, le minipig est un modèle de choix pour étudier la régénération osseuse parodontale. Cependant, les défauts de taille critique standardisés pour l'os alvéolaire n'ont pas encore été validés.

L'objectif de cette étude est de développer un défaut osseux alvéolaire de taille critique et d'étudier le rôle du périoste dans sa cicatrisation.

Matériels et méthodes

L'étude animale a été approuvée par le Comité d'Éthique Normand en Matière d'Expérimentation Animale (APAFIS 201910111506658_V4 (# 22382)). Trois minipigs femelles, de la race Aachener et âgés de 17 à 84 mois ont été utilisés pour l'étude. Pour chaque minipig, un split-mouth design a été réalisé : suite à l'extraction de 2 prémolaires et la réalisation d'une ostéotomie rectangulaire de chaque côté, le périoste a été préservé du côté gauche et retiré du côté droit. Des analyses macroscopiques, radiologiques (CBCT et μ CT) et histologiques ont été réalisées afin d'évaluer la cicatrisation osseuse.

Résultats

Les images macroscopiques et les résultats du CBCT ont montré un défaut osseux plus important lorsque le périoste avait été retiré. Les résultats du μ CT ont révélé que la densité minérale osseuse (BMD, $1.2 \text{ g.cm}^{-3} \pm 0.01$ versus $1.3 \text{ g.cm}^{-3} \pm 0.12$, $p < 0,001$), le ratio volume osseux / volume tissu (BV/TV, $79.7 \pm 7.5\%$ versus $87.9 \pm 5.7\%$, $p < 0,01$) et l'épaisseur trabéculaire (Tb.Th, $0.5 \pm 0.1 \text{ mm}$ versus $0.7 \pm 0.1 \text{ mm}$, $p < 0,01$) étaient significativement plus faibles en l'absence de périoste. En utilisant le coefficient de corrélation de Pearson, la diminution de la BMD, de la BV/TV et de la Tb.Th était corrélée au vieillissement dans les deux conditions ($p < 0,01$). Les analyses histologiques ont montré : (i) une apposition ostéoïde accrue dans la zone crestale lorsque le périoste avait été retiré, et (ii) une ossification dans le canal mandibulaire en regard du défaut osseux. Cette formation tissulaire était accrue lorsque le périoste était retiré.

Discussion

Nous avons établi un modèle standardisé de défaut de taille critique dans l'os alvéolaire de minipig. Celui-ci est comparable à ce qui est retrouvé en clinique chez l'homme. Il met en évidence le rôle prépondérant du périoste au cours de la cicatrisation osseuse.

Conclusion

Ce modèle de défaut osseux doit permettre de tester de nouvelles stratégies thérapeutique en chirurgie pré-implantaire chez l'homme

CO04 : La thérapie adjuvante pour l'optimisation du traitement chirurgical de l'ostéochimionécrose des maxillaires : séries de cas

Type de soumission souhaité : Communication orale

Auteurs :

ghada bouzlama (1), Nour Sayda Ben messaoud (1), souha ben youssef (1)

1. service medecine dentaire, CHU farhat hached, sousse, Tunisie

Mots clefs : ostéonécrose, maxillaires, traitement adjuvant, chirurgie

Le premier auteur est-il un interne DESCO ? : Non

Type de résumé : Cas clinique

L'auteur autorise la de changement de catégorie à la Commission Scientifique et la Recherche de la SFCO à changer son abstract de catégorie. En cas de refus et si la commission n'a pas retenu la soumission dans la catégorie souhaitée, la soumission sera refusée. : J'accepte

Résumé :

Introduction :

L'ostéochimionécrose (OCN) est une atteinte des maxillaires essentiellement causée par l'administration des bisphosphonates surtout par voie intraveineuse.

Son apparition est liée majoritairement à la présence d'un foyer infectieux buccodentaire, à une cause iatrogène (extraction dentaire...) ou rarement d'apparition spontanée.

Actuellement les traitements chirurgicaux décrits sont de plus en plus conservateurs liés au stade d'évolution.

Afin d'optimiser le résultat du traitement et garantir une bonne cicatrisation à long terme plusieurs traitements adjuvants associés à la chirurgie ont été proposés.

Observation :

A travers une série de cas cliniques présentant des patients avec différents stades d'évolution d'OCN, nous allons présenter un protocole de prise en charge chirurgicale de l'OCN se basant sur une multitude de traitements adjuvants tel que la supplémentation en vitamine D, l'utilisation des dérivés plaquettaires, du corps adipeux de la joue, la biostimulation au laser...etc. utilisés en per ou post opératoire afin d'optimiser le résultat à court et à long terme.

Discussion :

Le but du traitement de l'OCN est d'obtenir une cicatrisation muqueuse et une réossification du site atteint avec résolution des signes cliniques et radiologiques. Plusieurs traitements adjuvants ont été décrits dans la littérature garantissant des résultats satisfaisants . Selon les cas cliniques et se basant sur les facteurs de comorbidités de chaque patient, une combinaison adaptée de ces traitements optimiserai les résultats en post opératoire.

Conclusion :

Même si le protocole de prise en charge de l'OCN n'est toujours pas standardisé, la chirurgie conservatrice minimalement invasive associée à un traitement adjuvant adéquat pourrait nous

garantir des résultats satisfaisants à long terme.

CO14 : La gouttière d'hydratation : une solution contre l'hyposialie induite par la radiothérapie cervico faciale

Type de soumission souhaité : Communication affichée

Auteurs :

David Hibelot (1), Gérard Bader (2)

1. service de chirurgie orale, CHU Pontchaillou, Rennes, France
2. service de chirurgie orale, CHU Pontchaillou, Rennes , France

Mots clefs : xérostomie, hyposialie, asialie, gouttière

Le premier auteur est-il un interne DESCO ? : Oui

Type de résumé : Etude

L'auteur autorise la de changement de catégorie à la Commission Scientifique et la Recherche de la SFCO à changer son abstract de catégorie. En cas de refus et si la commission n'a pas retenu la soumission dans la catégorie souhaitée, la soumission sera refusée. : J'accepte

Résumé :

Introduction : Parmi les effets délétères des irradiations cervico-faciales, l'hyposialie demeure l'un des plus néfastes à la qualité de vie des patients. Il est souvent compliqué pour le thérapeute de gérer la demande de ces patients. Un dispositif a été imaginé pour permettre un temps de diffusion long d'un gel hydratant. Le principe est d'utiliser une gouttière en résine dont la conception est déjà connue pour la fluoroprophyllaxie. Il a été ajouté un réservoir de gel hydratant. Ce réservoir est muni de plusieurs pores, qui permettent la diffusion du gel sur une durée d'environ 8 heures. La gouttière peut être utilisée en port nocturne ou alors la journée lors d'une activité (sportive, lecture). L'objectif de cette étude est de réaliser une étude sur le ressenti du patient sur l'amélioration, de sa qualité de vie.

Matériel et méthode : Une étude prospective a été réalisée au centre de soin dentaire au CHU de Rennes. L'étude a été approuvée par le comité d'éthique le 02/12/2022. Nous avons recruté 20 patients présentant une hyposialie post-radique. Les patients ont été adressés par le centre Eugène Marquis du CHU de Rennes. Au cours de la consultation, un questionnaire EISBRUCH évaluant le ressenti des patients et un examen clinique complet ont été réalisés à J0 et J15. Des empreintes numériques ont été réalisées le premier jour de la consultation et le traitement des empreintes a été externalisés au laboratoire de prothèse.

Résultat : Les patients ayant pu bénéficier de la gouttière d'hydratation, ont eu une franche atténuation des effets de leur xérostomie, avec une amélioration de leur qualité de vie (avec un meilleur sommeil). Ce résultat est objectivé par un questionnaire différent à J0 à J15. Le port de la prothèse a été le plus souvent nocturne, mais certains patients portent la gouttière la journée aussi.

Discussion : Jusqu'à présent nous avons à notre disposition :

Des substituts salivaires à type de spray qui permettent d'humidifier la cavité buccale, mais pour un temps très court et obligeant le patient à renouveler l'application du spray. Des sialogogues stimulant la production des glandes salivaires, mais malheureusement inefficaces sur un parenchyme devenu non fonctionnel. L'hyposialie entraine en plus un problème de tenue ou d'irritation chez les porteurs de prothèse amovible.

Conclusion : Le port de cette gouttière semble bien avoir un effet significatif sur l'amélioration de la qualité de vie des patients, avec une atténuation des dysgueusies et des sensations de brûlures inhérentes à l'absence de salive.

1. Kielbassa AM et al. *Lancet Oncol* 2006;7(4):326-35.
2. Li Y et al. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2007;67(3):660-9.
3. Nieuw Amerongen AV et al. *Support Care Cancer* 2003;11:226-231

CO05 : Cellulite de la face et Streptocoque A : Au sujet d'un cas

Type de soumission souhaité : Communication affichée

Auteurs :

Andréanne Pellat (1), David Hoarau (2)

1. , , MARSEILLE, France
2. Chirurgie orale , Dijon , Dijon, France

Mots clefs : SGA, cellulite, dermohypodermite bactérienne nécrosante

Le premier auteur est-il un interne DESCO ? : Oui

Type de résumé : Cas clinique

L'auteur autorise la de changement de catégorie à la Commission Scientifique et la Recherche de la SFCO à changer son abstract de catégorie. En cas de refus et si la commission n'a pas retenu la soumission dans la catégorie souhaitée, la soumission sera refusée. : J'accepte

Résumé :

Le Streptocoque du Groupe A (SGA) est l'une des principales causes bactériennes d'infection de la peau et des tissus mous. Il est à l'origine de multiple présentation clinique : impétigo, érysipèle, cellulite, fasciite nécrosante, myosite, scarlatine, syndrome de choc toxique. Il est le plus souvent bénin mais peut être mortel. Le cas clinique rapporté est celui d'une femme de 72ans. Elle nous ait adressé pour une cellulite génienne haute gauche d'évolution rapide suite à des soins dentaires. Un traitement par corticothérapie (AIS) avait été mis en place. L'examen clinique retrouvait une cellulite non collectée gauche, sans anomalie endo buccale. Un scanner cervico-facial a été réalisé et retrouvait une cellulite faciale sans collection et sans point d'entrée dentaire. Dans les 24h qui ont suivi son admission et la mise en place de l'antibiothérapie par voie veineuse (Augmentin), la patiente a présenté une extension de la cellulite en péri orbitaire avec une atteinte controlatérale et une médiastinite. Un drainage en urgence a été réalisé associée à une trachéotomie. Pour la première nuit post opératoire une surveillance dans le service de réanimation a été réalisée. Des prélèvements per opératoire ont été réalisés et retrouvaient du SGA. Les jours suivants, une nécrose cutanée péri orbitaire bilatérale est apparue. Le diagnostic de dermohypodermite bactérienne nécrosante (DHBN) à SGA a été retenu. L'hospitalisation a duré 25 jours, la patiente aura nécessité de la mise en place d'une sonde naso-gastrique et de 2 blocs opératoires pour détersion de la nécrose. Le sevrage de la trachéostomie a été réalisé au bout de 20jours. Une greffe cutanée est programmée pour la suite de la prise en charge.

Depuis septembre 2022 il est observé en Europe, une augmentation des cas d'infection au SGA. Cette situation n'est pas liée à l'émergence d'une nouvelle souche mais à l'augmentation de la fréquence du génotype emm1. Un nombre plus important de décès est rapporté en comparaison aux années 2015-2017. La cellulite au SGA est une inflammation aigue de la peau et des tissus sous-cutanés. Cliniquement les signes sont une douleur locale, une sensibilité, un gonflement et un érythème parfois associée à des signes systémiques. Le traitement réside par une antibiothérapie (pénicilline). La DHBN atteint le derme et l'hypoderme. Elle est principalement due au SGA. Elle est fulminante et présente une mortalité entre 20-30 %. Elle est plus fréquente chez l'adulte âgé de plus de 50 ans mais reste rare (2 à 4cas/100 000). L'un des principal facteur de risque est la prise d'AIS. Cliniquement elle se caractérise par une extension rapide des signes

locaux et cela malgré l'antibiothérapie. Ce cas a fait suspecter dans un premier temps une cellulite de la face d'origine dentaire. L'examen clinique, radiologique et l'évolution de la patiente, ont permis de retenir le diagnostic de DHBN à SGA dans une période en pleine recrudescence d'infection au SGA en Europe.

CO19 : Etude rétrospective sur 31 cas de réhabilitations prothétiques dentaires fixes complètes implanto-portées, avec mise en charge immédiate

Type de soumission souhaité : Communication orale

Auteurs :

Violette Haulleville (1), Jade Charbonneau (2), Mathilde Fenelon (3), Yves Lauerjat (4), Emmanuel D'Incau (4), Jean Christophe Fricain (3), Virginie Chuy (4), Florian Piteu (5), sylvain Catros (1)

1. Service chirurgie orale , CHU Pellegrin , bordeaux , France
2. , , Bordeaux, France
3. Service chirurgie orale , CHU Pellegrin , Bordeaux , France
4. Service Médecine Bucco-Dentaire, CHU Pellegrin , Bordeaux , France
5. Service chirurgie orale , CHU Pellegrin , Bordeaux, France

Le premier auteur est-il un interne DESCO ? : Non

Type de résumé : Etude

L'auteur autorise la de changement de catégorie à la Commission Scientifique et la Recherche de la SFCO à changer son abstract de catégorie. En cas de refus et si la commission n'a pas retenu la soumission dans la catégorie souhaitée, la soumission sera refusée. : J'accepte

Résumé :

Introduction : La mise en charge immédiate (MCI) en implantologie dentaire est définie comme la mise en fonction occlusale des implants au plus tard une semaine après la chirurgie implantaire (Galucci 2018). Les réhabilitations complètes fixes implanto-portées sont fréquemment mises en place en suivant ce protocole, car dans cette situation particulière la solidarisation des implants permet d'éliminer les effets parasites de l'occlusion et d'éviter l'effet traumatique d'une prothèse provisoire mobile. De plus l'amélioration rapide de la qualité de vie des patients est souvent mise en avant. Dans la littérature, on retrouve des taux de succès élevés avec cette technique (95-100%) mais les critères étudiés varient entre les études (Gallardo 2019). Les complications les plus fréquentes sont habituellement des complications prothétiques mais les complications biologiques (mucosites et péri implantites) représentent actuellement une préoccupation constante des équipes.

Objectifs : L'objectif principal de cette étude rétrospective était d'évaluer les taux de survie des implants et des prothèses supra-implantaires dans une série de patients. Les critères principaux d'évaluation étaient la survie implantaire et prothétique et les critères secondaires étaient liés aux patients (démographie, antécédents médicaux, antécédents bucco-dentaires), aux types de dispositifs médicaux utilisés (implants : nombre, type), ainsi qu'aux procédures chirurgicales (greffes osseuses / gingivales) et prothétiques (type de prothèses) utilisées.

Matériels et Méthodes : Les critères d'inclusion étaient la mise en œuvre de MCI pour des prothèses complètes fixes, avec un suivi d'au moins un an en post opératoire, sur la période 2011-2021. Les critères d'exclusion étaient l'opposition du patient à l'utilisation de ses données et un dossier médical incomplet. Les dossiers ont été sélectionnés grâce à une extraction des codages CCAM en rapport avec les actes concernés. Les données ont ensuite été recueillies grâce à une grille d'analyse réalisée spécifiquement pour l'étude (logiciel Epi Info).

Résultats : 29 patients et 31 chirurgies avec MCI ont été inclus dans cette étude, représentant un total de 209 implants et 18 prothèses d'usage. Les patients étaient âgés de 63 à 70 ans. Le taux de survie implantaire était de 94% à un an. Les résultats ont été analysés selon plusieurs critères (démographiques, types et nombre d'implants posés, état général du patient, tabagisme, antécédents de parodontite...).

Discussion : Les observations de ce travail étaient cohérentes avec les données de la littérature. Les limites étaient liées au faible échantillon et au suivi limité dans certains cas (perdus de vue). Cette étude a permis de mettre en lumière des points d'amélioration quant à la prise en charge et au suivi des patients dans le service.

Galucci GO et al. Clin Oral Implants Res. 2018 Oct; 29 Suppl 16:106-134.

Gallardo YNR et al. J Prosthodont 2019 Dec ; 28(9):958-968

CO06 : Localisation maxillaire d'un lymphome T HTLV-1 de l'adulte : à propos d'un cas

Type de soumission souhaité : Communication orale

Auteurs :

Pauline LE GATT (1), Pierre REIMBOLD (2), Géraldine LESCAILLE (1), Vanessa BAAROUN (1), Juliette ROCHEFORT (1)

1. Odontologie, Hopital de la Pitié-Salpêtrière, Paris, France
2. Anatomie et Cytologie Pathologiques 1, Hopital de la Pitié-Salpêtrière, Paris, France

Mots clefs : lymphome, virus, viro-induit, HTLV-1, nodule

Le premier auteur est-il un interne DESCO ? : Oui

Type de résumé : Cas clinique

L'auteur autorise la de changement de catégorie à la Commission Scientifique et la Recherche de la SFCO à changer son abstract de catégorie. En cas de refus et si la commission n'a pas retenu la soumission dans la catégorie souhaitée, la soumission sera refusée. : J'accepte

Résumé :

Introduction : Les cancers viro-induits représentent environ 10% des cancers dans le monde et correspondent à l'émergence de 1,4 millions de cancers par an (Schiller 2021). Parmi ces cancers viro-induits sont retrouvés les lymphomes T HTLV-1 de l'adulte, liés à une infection chronique au rétrovirus T-lymphotropique humain 1. Les manifestations orales de ce type de lymphome se font très rares et peu de cas sont rapportés dans la littérature.

Cas clinique : il s'agissait d'un homme de 32 ans ayant consulté pour une masse maxillaire gauche évoluant depuis 1 mois, sans signes généraux. L'examen clinique révélait une asymétrie faciale associée à un nodule bleuté palatin de 6 cm associé à une ulcération, concernant l'ensemble du secteur 2, entraînant mobilités et douleurs dentaires et sinusiennes ainsi qu'épistaxis gauche. L'examen radiographique montrait une lyse osseuse secteur 2 ainsi qu'une masse intéressant l'ensemble du sinus et du maxillaire gauche. La biopsie évoquait un lymphome T CD25+ pouvant faire discuter d'un lymphome T de l'adulte HTLV1+. La sérologie HTLV1 était revenue positive. Ces examens ont permis de conclure en un lymphome T type ATL HTLV-1+, stade IV.A (maxillaire, ganglionnaire et médullaire). Un traitement par 4 cycles de Methotrexate-CHOEP, 2 cycles de CHOEP puis 3 cycles de Holoxan/VP16 en attendant l'allogreffe a été mis en place et a permis d'obtenir une réponse métabolique complète.

Discussion : Les virus peuvent être à l'origine de nombreux néoplasies malignes orales : le virus de l'Epstein Barr (EBV), qui se manifeste principalement chez les patients immunodéprimés ou âgés (lymphomes non hodgkiniens, lymphoprolifération cutanéomuqueuse EBV+), l'Herpès virus 8 (HHV8) à l'origine du sarcome de Kaposi, le papilloma virus (HPV) à l'origine de certains carcinomes épidermoïdes oropharyngés ainsi que le virus T-lymphotrope humain 1 (HTLV-1) responsables de lymphomes (Gobert 2019).

La manifestation orale du lymphome T de l'adulte HTLV1+ est rare et très peu décrite dans la littérature, les manifestations cutanées de cette entité sont retrouvées plus fréquemment (Tokura 2015). Le diagnostic différentiel principal de cette lésion serait le lymphome T de l'adulte sans spécificité, c'est pourquoi la sérologie HTLV1 reste indispensable au diagnostic (Sohail Qayyum 2014). Le pronostic de ces lymphomes est variable en fonction du sous type mais ils peuvent être très agressifs (Ishitsuka 2021) et une prise en charge rapide est indispensable, le diagnostic doit donc être posé rapidement et précisément.

Un contrôle régulier pourrait être instauré chez les patients porteurs connus de ces virus, notamment chez les hommes âgés de plus de 20 ans car la fréquence est plus élevée et un dépistage pourrait être mis en place chez les patients d'ethnie endémiques ou ayant des membres de la famille ou des partenaires atteints de ces virus afin de les diagnostiquer et de pouvoir instaurer un suivi régulier.

CO20 : Elaboration d'un protocole de flux numérique intégral pour la réhabilitation prothétique implanto-portée sur lambeaux libre osseux de fibula : à propos de 2 cas pilotes

Type de soumission souhaité : Communication orale

Auteurs :

Lucas T. Duong (1, 2), Charles Zadikian (1, 3), Nadia Benmoussa (4), Stéphane Temam (4), Jean-Louis Zadikian (3), Benjamin P. J. Fournier (2, 5), Jean-Jacques Brau (4), Nicolas Leymarie (6), Anne Aupérin (7), Ingrid Breuskin (4), François C. Ferré (1, 2)

1. Service de Médecine Bucco-Dentaire, Hôpitaux Universitaires Pitié Salpêtrière - Charles Foix, Paris, France
2. Centre de Recherche des Cordeliers, UMRS 1138, Molecular Oral Pathophysiology, Université Paris Cite, INSERM, Sorbonne Université, Paris, France
3. Implantologie, Association Française des Omnipraticiens Pratiquant l'Implantologie - AFOP, Sarcelles, France
4. Département de carcinologie cervico-faciale, Institut Gustave Roussy, Villejuif, France
5. Reference Center for Oral and Dental Rare Diseases, ORARES, Hôpital Rothschild, Paris, France
6. Département de chirurgie plastique, Institut Gustave Roussy, Villejuif, France
7. Unité de biostatistiques et d'épidémiologie, Institut Gustave Roussy, Villejuif, France

Mots clefs : lambeau libre de fibula, flux numérique, implantologie, prothèse implanto-portée

Le premier auteur est-il un interne DESCO ? : Non

Type de résumé : Cas clinique

L'auteur autorise la de changement de catégorie à la Commission Scientifique et la Recherche de la SFCO à changer son abstract de catégorie. En cas de refus et si la commission n'a pas retenu la soumission dans la catégorie souhaitée, la soumission sera refusée. : J'accepte

Résumé :

Introduction

Les défauts mandibulaires faisant suite à une mandibulectomie partielle sont généralement reconstruits par un lambeau de libre de *fibula*. Actuellement, la réhabilitation prothétique de ces reconstructions reste aléatoire. L'objectif de ce protocole est de valider, lors de la chirurgie d'exérèse/reconstruction, la réhabilitation implanto-prothétique programmée en amont via un flux numérique intégral.

Méthodes

Deux patients ont été pris en charge suivant ce protocole. L'un pour un carcinome épidermoïde gingivo-mandibulaire, l'autre pour un améloblastome para-symphysaire. L'indication d'une hémimandibulectomie interruptrice, sans désarticulation, avec reconstruction par lambeau libre de fibula, pose d'implants et réhabilitation dentaire immédiate/précoce a été posée.

Le flux numérique préopératoire contenait : (i) l'imagerie par cone beam de la mandibule et par scanner des membres inférieurs, (ii) l'empreinte optique bimaxillaire, (iii) un enregistrement digital de la cinétique mandibulaire par ModJaw®, (iv) la planification digitale des prothèses et du positionnement des implants et (v) l'usinage des guides chirurgicaux de découpe osseuse et implantaires ainsi que des bridges implanto-portés.

Résultats

Les deux patients ont été réhabilités avec succès en suivant notre flux numérique intégral. Aucun délai supplémentaire n'a été enregistré au moment de la planification préopératoire ou durant la chirurgie carcinologique. En effet, la chirurgie implantaire était entièrement guidée et la présence d'une réhabilitation dentaire a permis de guider l'ostéosynthèse des fibulas en se fiant à l'occlusion déterminée initialement lors de la planification. Le respect des rapports occlusaux déterminés en préopératoire a été confirmé par les enregistrements de la cinétique mandibulaire obtenus par le ModJaw®.

Discussion

Les séquelles des chirurgies carcinologiques sont esthétiques, fonctionnelles et impacte la qualité de vie des patients. L'intégration d'un flux numérique intégral permet une réhabilitation dentaire immédiate/précoce présentant de nombreux avantages pour le patient : (i) une autonomisation plus rapide des patients (reprise de la mastication et déglutition, réduction de l'atrophie tissulaire, réduction du trismus), (ii) une réduction du temps de convalescence des patients, et (iii) une réduction des besoins en kinésithérapie maxillo-faciale induits par une reprise plus rapide de l'alimentation orale, et (iv) par extension, une amélioration de la qualité de vie des patients.

Conclusion

Cette étape de mise au point de ce protocole innovant doit déboucher sur une étude plus large afin de valider la supériorité ou non de ce protocole par rapport à une prise en charge conventionnelle.

CO27 : Lésions fibro-osseuses des mâchoires et implantologie : revue de la littérature et présentation d'un cas.

Type de soumission souhaité : Communication orale

Auteurs :

Nedjma Kefif (1), Romain Lan (2), Fabrice Campana (3), Philippe Roche- Poggi (4)

1. Service de Chirurgie Orale, Aix Marseille Univ, , APHM, Hôpital de la Timone, Marseille, France
2. Service de Chirurgie Orale, MCU-PH, Aix-Marseille université,, APHM, CNRS, EFS, ADES, Hôpital de la Timone, Pôle odontologie, Marseille, France
3. Service de Chirurgie Orale, MCU-PH, Aix-Marseille université, , APHM, Hôpital de la Timone, Marseille, France
4. Service de Chirurgie Orale, MCU-PH, Aix-Marseille université, APHM, Hôpital de la Timone, Marseille, France

Mots clefs : lésions fibreuses, implantologie, dysplasie fibreuse, dysplasie cémento-osseuse, fibrome ossifiant, chirurgie orale

Le premier auteur est-il un interne DESCO ? : Oui

Type de résumé : Etude

L'auteur autorise la de changement de catégorie à la Commission Scientifique et la Recherche de la SFCO à changer son abstract de catégorie. En cas de refus et si la commission n'a pas retenu la soumission dans la catégorie souhaitée, la soumission sera refusée. : J'accepte

Résumé :

Introduction : La classification internationale des tumeurs osseuses de 2017 (Wright JM 2017) a défini une nouvelle catégorie de tumeurs osseuses odontogènes et maxillo-faciales nommées lésions fibro-osseuses des mâchoires. Ces lésions fibro-osseuses regroupent trois pathologies, la dysplasie fibreuse (DFO), le fibrome cémento-ossifiant et la dysplasie cémento-osseuse. La DFO est une maladie osseuse bénigne, congénitale non héréditaire liée à la mutation du gène GNAS touchant certaines cellules souches ostéoblastiques, se traduisant par la prolifération de tissu fibreux dans la moelle osseuse (Mainard-Simard L 2015). Le syndrome de MacCune Albright associe une dysplasie fibreuse polyostotique, des taches café au lait et une atteinte endocrinienne. L'objectif de notre étude est d'évaluer si les conditions d'une réhabilitation implantaire au niveau de l'ostéointégration et de la surveillance de la maladie sont réunies chez ces patients atteints de dysplasie fibreuse.

Matériel et méthode : Une revue de la littérature a été réalisé en utilisant les bases de données Cochrane et pubmed entre 1990 et 2022. Les articles devaient être rédigés en anglais ou en français et devaient aborder des cas d'implantations dentaires chez des patients atteints de dysplasie fibreuse ou du syndrome de MacCune Albright. Le critère de jugement principal était le taux de survie et de succès implantaire.

Résultats : Au total 7 articles répondant aux critères d'inclusions furent retenus, soit 33 implants posés chez 95% de femmes en utilisant deux protocoles chirurgicaux différents. Le premier protocole chirurgical (PC1) correspondait à l'exérèse de la lésion et la réalisation d'une greffe osseuse autogène, les implants étaient posés 6 mois après l'intervention chirurgicale. Dans le deuxième protocole chirurgical (PC2), les implants étaient positionnés directement dans la lésion. Dans le protocole PC1, vingt-deux implants ont été posés avec un taux de survie de 84% alors que dans le protocole PC2, onze implants ont été positionné avec un taux de survie et de succès implantaire de 100%. Le suivi moyen dans les deux protocoles chirurgicaux était de cinq ans.

Conclusion : La réhabilitation implantaire ne semble pas contre-indiquée chez les patients atteints de dysplasie fibreuse et du syndrome de MacCune Albright. Le taux de succès implantaire paraît plus important lorsque la pathologie est stabilisée. L'ostéo-intégration implantaire dans un os fibreux est possible mais doit répondre à un protocole chirurgical précis en deux temps chirurgicaux et une prémédication en vitamine D semble améliorer la stabilité primaire implantaire. La prise en charge de ces patients doit être pluridisciplinaire et nécessite un suivi long terme pour améliorer le pronostic de ces thérapeutiques.

Wright JM, Vered M. Head Neck Pathol. mars 2017;11(1):68-77.

Mainard-Simard L. Dysplasie fibreuse des os. :10.

CO15 : Taux de succès de la réparation chirurgicale du nerf lingual après lésion traumatique : revue de la littérature.

Type de soumission souhaité : Communication orale

Auteurs :

Nedjma Kefif (1), Jacinthe Lafont (2), victoire Rochet (3), Jean-Hugues Catherine (4)

1. Service de Chirurgie Orale, Aix Marseille Univ, , APHM, Hôpital de la Timone, Marseille, France
2. Service de Chirurgie Orale, Marseille, France, AHU, Aix-Marseille Université, , APHM, Hôpital de la Timone, Pôle odontologie , Marseille, France
3. Docteur en chirurgie dentaire diplômée de la faculté chirurgie dentaire d'Aix-Marseille, activité libérale, Marseille, France
4. Service de Chirurgie Orale, Aix-Marseille Univ, CNRS, Institute of Mouvement Sciences, , APHM Hôpital de la Timone Pôle odontologie , Marseille, France

Mots clefs : lésions nerveuses, déficit sensoriel du nerf lingual, section du nerf lingual, reconstruction neurochirurgicale, chirurgie orale

Le premier auteur est-il un interne DESCO ? : Oui

Type de résumé : Etude

L'auteur autorise la de changement de catégorie à la Commission Scientifique et la Recherche de la SFCO à changer son abstract de catégorie. En cas de refus et si la commission n'a pas retenu la soumission dans la catégorie souhaitée, la soumission sera refusée. : J'accepte

Résumé :

Introcution: Les lésions du nerf lingual restent un événement rare, mais la fréquence des interventions dans cette zone anatomique rend ce nerf vulnérable notamment lors de l'avulsion des troisièmes molaires (Kogan M 2021). Cette lésion peut aller de troubles sensitifs à des douleurs neuropathiques et leurs conséquences sur la qualité de vie des patients. L'objectif de cette étude est d'évaluer l'efficacité de la réparation du nerf lingual après lésion traumatique et d'obtenir un arbre décisionnel.

Matériel et méthode : Une revue de la littérature a été réalisée. Les bases de données Cochrane, Pub Med, Web of science et clinicaltrial.gov ont été interrogées entre mars et octobre 2020 sans limitation de date de publication.

Résultats : Au total 12 articles répondant aux critères d'inclusion furent retenus, soit 666 patients et 671 nerfs lésés. L'âge moyen était de 25,8 ans avec 71% de femmes et 29% d'hommes. L'origine de la lésion était dans 90,9% en lien avec l'avulsion des troisièmes molaires. Une neurorraphie étaient réalisées sans greffe dans 88% des cas. Le délai de prise en charge était en moyenne 6,9 mois après la lésion. Une évaluation sensitive était réalisée pour chaque patient en pré et post opératoire avec un suivi en moyenne de 10 mois. Une récupération sensitive fonctionnelle est apparue chez 86 % des patients en moyenne pondérée.

Conclusion: La neurorraphie du nerf lingual associé ou non à une greffe a montré son efficacité (Garconnet J 2015). Une prise en charge précoce (inférieur à 6 mois) semble être un facteur de succès de la réparation chirurgicale du nerf lingual (Suhaym O 2021).

1. Kogan M, Lee KC, Chuang SK, Ziccardi VB. Outcomes of direct Lingual Nerve Repair After an Injury : A systematic review. J Oral Maxillofac Surg. 2021 Mar; 79(3):697- 703.
2. Garconnet J, Foletti JM, Guyot L, Chossegros C. Suture du nerf lingual: note technique [Suture of lingual nerve: Technical note]. Rev Stomatol Chir Maxillofac Chir Orale. 2015 Jun; 116(3):143-6.
3. Suhaym O, Miloro M. Does early repair of trigeminal nerve injuries influence neurosensory recovery ? A systematic review and meta-analysis. Int J Oral Maxillofac Surg. 2021 Jun; 50(6):820-829.

CO16 : Biomarqueurs salivaires et Burning Mouth Syndrome : revue systématique et méta-analyse de la littérature

Type de soumission souhaité : Communication affichée

Auteurs :

Florian Kappes (1), Samy Kerrad (2), Laurent Devoize (1)

1. Service d'Odontologie, UFR d'Odontologie, Clermont-Ferrand, France

2. , Exercice libéral, Saint-gervais-la-forêt, France

Mots clefs : biomarqueur salivaire, burning mouth syndrome, méta analyse, revue systématique

Le premier auteur est-il un interne DESCO ? : Oui

Type de résumé : Etude

L'auteur autorise la de changement de catégorie à la Commission Scientifique et la Recherche de la SFCO à changer son abstract de catégorie. En cas de refus et si la commission n'a pas retenu la soumission dans la catégorie souhaitée, la soumission sera refusée. : J'accepte

Résumé :

Introduction : Le Burning Mouth Syndrome (BMS) ou syndrome de la bouche en feu est défini par une sensation de brûlure ou de dysesthésie intra-buccale sans lésion causale évidente (Headache Classification Committee of the International Headache Society, 2013). Malgré le développement de la recherche, les aides au diagnostic de ce syndrome sont inexistantes et les traitements partiellement inefficaces. Certaines études ont mis en évidence des modifications de la composition, de la viscosité ou du débit salivaire chez les patient(e)s atteint(e)s de BMS (Werfalli 2021, Imura 2016). L'évaluation des caractéristiques biochimiques salivaires des patient(e)s atteint(e)s de BMS pourrait alors permettre de mieux comprendre la pathogénèse de cette maladie. L'objectif de cette méta-analyse est de réaliser une synthèse qualitative et quantitative de la littérature concernant les biomarqueurs salivaires présents chez des patient(e)s présentant un BMS en comparaison à des sujets sains.

Matériels et méthodes : Les bases de données Pubmed, Web of Science et Cochrane ont été interrogées pour identifier les articles correspondants aux critères d'inclusion définis. Le logiciel Review Manager 5.4.1 a permis de réaliser l'analyse quantitative.

Résultats : L'analyse quantitative comportait 15 articles et retrouvait une augmentation significative des concentrations salivaires de cortisol et d'immunoglobuline A (IgA) avec une différence moyenne normalisée SMD = 0.53 et un intervalle de confiance à 95% IC [0.33 à 0.74] et SMD = 0.32 à 95% IC [0.10 à 0.55] respectivement. Pour le calcium et le cuivre, l'analyse ne retrouvait pas de différence significative chez les patient(e)s souffrant de BMS avec SMD = 0.06 à 95% IC [-0.19 à 0.32] et SMD = -0.19 à 95% IC [-0.44 à 0.06]. Enfin, pour le magnésium, l'analyse retrouvait une probable diminution avec SMD = -0.29 à 95% IC [-0.52 à -0.06]. Quatre autres biomarqueurs (potassium, alpha amylase, zinc et protéines totales) présentaient des taux d'hétérogénéité trop importants ($I^2 > 44\%$) pour pouvoir interpréter sereinement les résultats.

Discussion : Cette forte hétérogénéité peut s'expliquer par des méthodes d'échantillonnage de la salive différentes ou bien des techniques de mesure des biomarqueurs non strictement identiques entre les études. De plus, certains échantillons salivaires ont pu subir une contamination sanguine ce qui peut biaiser les résultats.

Conclusion : Cette méta-analyse confirme néanmoins tout l'intérêt de s'intéresser aux biomarqueurs salivaires chez les patient(e)s BMS ; le dosage du cortisol et/ou des IgA salivaires pourrait être une piste de recherche pour l'établissement d'un bilan biologique standardisé. Néanmoins, le nombre d'études disponibles étant faible et d'une qualité méthodologique variable avec un nombre de patients limité, des études complémentaires sont nécessaires pour donner une conclusion ferme et définitive.

CO17 : Xanthome intraosseux primaire des mâchoires : à propos d'un cas

Type de soumission souhaité : Communication orale

Auteurs :

Florian Kappes (1), Chloé Villeneuve (2), Nathalie Pham Dang (3), Laurent Devoize (1)

1. Service d'Odontologie, UFR d'Odontologie, Clermont-Ferrand, France
2. Service odontologie, CHU Estaing, Clermont-ferrand, France
3. Chirurgie Maxillo-Faciale et stomatologie, Chu Estaing, Clermont-Ferrand, France

Mots clefs : xanthome intra osseux primaire

Le premier auteur est-il un interne DESCO ? : Oui

Type de résumé : Cas clinique

L'auteur autorise la de changement de catégorie à la Commission Scientifique et la Recherche de la SFCO à changer son abstract de catégorie. En cas de refus et si la commission n'a pas retenu la soumission dans la catégorie souhaitée, la soumission sera refusée. : J'accepte

Résumé :

Introduction : Les xanthomes sont des lésions bénignes rares qui intéressent généralement la peau. Ces tumeurs, ayant pour origine une hyperlipidémie, peuvent être externes ou sous-cutanées, généralement de couleur jaunâtre : on parle alors de xanthome secondaire. Ces lésions peuvent également se manifester sans être associées à une hyperlipidémie : on parle alors de xanthome primaire. Quelques cas de xanthome touchant le tissu osseux ont été rapportés et sans être associés à une hyperlipidémie : on parle alors de xanthome intraosseux primaire (Whitehouse 2018). Au niveau des mâchoires, le diagnostic de cette dernière entité représente un véritable challenge.

Observation : Le cas clinique rapporté est celui d'une jeune fille de 15 ans, adressée pour un avis sur une lésion de découverte fortuite lors de la réalisation d'une radiographie panoramique dentaire. Les éléments pertinents de l'examen étaient les suivants : manifestation extra orale de la lésion avec asymétrie faciale au niveau de la mandibule à gauche; possible envahissement du nerf alvéolaire inférieur (V3) gauche du fait de la présence de quelques épisodes douloureux sporadiques résolutifs spontanément associés à des paresthésies du V3 ; image radioclaire unifocale (de 61 x 26 mm) avec travées osseuses dont les limites étaient bien définies, au niveau du corps de la mandibule à gauche, sans participation dentaire ; Une première biopsie a été réalisée sans pouvoir établir de diagnostic, éliminant seulement le caractère malin de la lésion. Un curetage de la lésion a alors été décidé ; l'analyse extemporanée puis définitive de la pièce opératoire retrouvait une paroi inflammatoire, composée d'un tissu de granulation riche en lipophages, renfermant de nombreux cristaux d'acides gras et de sidérophages. Au vu de la localisation, des cellules exprimées, et des éléments cliniques et radiologiques, le diagnostic de xanthome intraosseux primaire a été établi.

Discussion : Les xanthomes intraosseux primaires se manifestent majoritairement entre 10 et 30 ans ; la répartition homme/femme est équilibrée ; la localisation est très souvent mandibulaire à localisation postérieure. Les diagnostics différentiels principaux incluent l'améloblastome et le myxome odontogène, l'aspect radiologique étant le plus souvent compatible (logettes/bulles formant une pseudo toile d'araignée). L'exérèse/curetage de la lésion est la thérapeutique choisie

dans quasiment tous les cas décrits et les lésions ne semblent pas être sujettes à récurrence (de Arruda 2019, Wilkinson 2020).

Conclusion : Le diagnostic de xanthome intraosseux, notamment au niveau des mâchoires, est un exercice très difficile, montrant encore une fois la complémentarité des intervenants (radiologue, chirurgien et anatomo-pathologiste). Ce cas permet également de décrire la lésion de xanthome la plus volumineuse jamais décrite dans la littérature.

Whitehouse LL et al. Oral Surgery. 2018;11(3):213-23.

CO07 : Manifestations orales de l'infection à SARS-Cov2 : revue de littérature

Type de soumission souhaité : Communication orale

Auteurs :

Chloé Gibeili (1), Louis Marchesseau (2), Pierre Brelivet (2), Jacque Cabon (2), Jean-Michel Dessus (2), Coralie Burle (2), Sébastien Genest-Beucher (2), Sylvie Boisramé (2)

1. , , Brest, France
2. Odontologie, CHRU Brest, Brest, France

Mots clefs : Covid 19, manifestations orales, récepteur ACE2

Le premier auteur est-il un interne DESCO ? : Oui

Type de résumé : Etude

L'auteur autorise la de changement de catégorie à la Commission Scientifique et la Recherche de la SFCO à changer son abstract de catégorie. En cas de refus et si la commission n'a pas retenu la soumission dans la catégorie souhaitée, la soumission sera refusée. : J'accepte

Résumé :

Introduction : A ce jour, si la morbi-mortalité induite par le SARS-Cov-2 tend à diminuer, son incidence reste forte (50 000 nouveaux cas actuellement par jour en France) et semble s'installer dans le temps depuis son apparition en 2019. Au niveau de la sphère oro-faciale, la littérature a montré une forte expression de la porte d'entrée cellulaire du virus via le récepteur ACE2 (1), l'existence d'une cytotoxicité locale, ainsi que le rapport de cas de lésions buccales d'apparition concomitante à cette infection (2). Indépendamment de la forme de gravité de son expression, l'objectif de l'étude a été d'améliorer les connaissances de ses manifestations oro-faciales et ainsi la prise en charge de ces patients et le diagnostic étiologique des lésions dermatologiques buccales.

Matériels et Méthodes : Une revue systématique a été réalisée entre janvier 2020 et avril 2022 sur les bases de données Pubmed et Web of Science avec le mot-clé « Covid 19 » associé à « oral manifestation », « oral mucosal lesion » ou « oral mucosal changes » afin d'inclure toute étude rapportant des manifestations orales chez des patients diagnostiqués Covid 19 par test PCR indépendamment du degré de gravité des symptômes. Ont été exclus les articles sans rapport de cas.

Résultats : Au total 80 articles ont été retenus et analysés. Globalement, les résultats ont montré des manifestations buccales peu spécifiques avec une imputabilité directe difficile à définir, en lien probablement avec l'atteinte systémique inflammatoire du SARS-Cov2. Les lésions dermatologiques les plus fréquentes étaient les ulcérations buccales, les érythèmes et macules prodromiques ou non aux ulcérations.

Dans le syndrome inflammatoire multi-systémique de l'enfant (MIS-C), réaction immunitaire potentiellement mortelle secondaire à une infection par SARS-Cov2, une expression oro-pharyngée était retrouvée avec une topographie buccale de proportion essentiellement et respectivement labiale et linguale (chéilites, érythème diffus lingual, langue framboisée) (3). *Discussion :* Si les étiologies des lésions retrouvées et concomitantes à une infection au SARS-Cov2 ne sont pas encore clairement définies, la connaissance de leur existence paraît essentielle aussi bien au dépistage précoce de formes graves de la Covid19 tel que le MIS-C, que pour l'inclure à la démarche diagnostique face à de telles lésions. De plus, la topographie des lésions tend à montrer une corrélation avec la densité tissulaire des récepteurs ACE2. Néanmoins, le rapport de cas n'est pas encore suffisant pour affirmer ce lien direct et des études complémentaires en ce sens permettraient ainsi de préciser et distinguer les actions directes et indirectes du SARS-Cov2.

Conclusion : L'évolution de la pandémie restant incertaine, le chirurgien oral a donc un rôle important à jouer afin de préciser et enrichir les connaissances sur les manifestations oro-faciales de la Covid19 ainsi que ses mécanismes pathologiques.

CO18 : Des bulles hémorragiques d'apparition brutales.**Type de soumission souhaité :** Communication orale**Auteurs :**

MITA PATEL (1), AREK SULUKDJIAN (2), anne-laure ejeil (2)

1. Service de médecine bucco-dentaire, Hopital Bretonneau, PARIS, France
2. Service de médecine bucco-dentaire, Hopital Bretonneau, paris, France

Mots clefs : Purpura thombopénique immunologique**Le premier auteur est-il un interne DESCO ? :** Oui**Type de résumé :** Cas clinique**L'auteur autorise la de changement de catégorie à la Commission Scientifique et la Recherche de la SFCO à changer son abstract de catégorie. En cas de refus et si la commission n'a pas retenu la soumission dans la catégorie souhaitée, la soumission sera refusée.** : J'accepte**Résumé :**

Le Purpura Thrombopénique Idiopathique (PTI) est une maladie auto-immune rare caractérisée par une thrombopénie profonde isolée et des saignements cutanéomuqueux fréquents. L'incidence est de 100 cas/million de personnes/an.(1)

Nous rapportons le cas d'un patient de 56 ans ayant consulté dans le service d'urgences de Médecine Bucco-Dentaire devant la persistance d'une gingivorragie et de douleurs temporo-mandibulaires suite à une agression avec plusieurs coups directs portés au visage et au thorax la veille. Il présente comme principaux antécédents un diabète de type 2 équilibré, un ulcère gastroduodéal à H Pylori et une hypertrophie bénigne de prostate.

L'examen clinique objective des pétéchies mentonnières, des bulles hémorragiques sur les muqueuses jugales, une hémorragie spontanée mandibulaires et maxillaire. Devant un tableau clinique de bulles hémorragiques isolées, sans autre anomalie locale notable, il a été émis l'hypothèse d'un trouble de l'hémostase et un bilan sanguin prescrit à ce titre, qui retrouve une thrombopénie isolée profonde à 3000/mm³.

Le patient a été adressé dans un service d'accueil des urgences pour la suite de sa prise en charge. Lors de son admission, l'examen clinique retrouve un purpura pétéchial et ecchymotique au niveau des membres inférieurs, du tronc et des membres supérieurs, des bulles hémorragiques intra-buccales palatine et jugale ainsi qu'une gingivorragie active. Aucune autre anomalie n'a été objectivée hormis une rectorragie apparue la veille sans anomalie au toucher rectal. Devant un examen biologique complémentaire n'ayant pas permis d'objectiver d'autre cytopénie ou de stigmata d'hémolyse, il a été décidé d'adresser le patient en médecine interne pour bilan étiologique de cette thrombopénie isolée profonde. Il a été conclu à un purpura thrombopénique immunologique. Un traitement par corticothérapie orale pendant 3 semaines et immunoglobulines (Ig) IV pendant 2 jours a été instauré avec évolution favorable (disparition du syndrome hémorragique et une thrombopénie à 111000/mm³).

Le tableau clinique du PTI a une expression orale fréquente, qui doit être connue de tous les spécialistes.

Une hémorragie gingivale inexplicée associées à des bulles hémorragiques intrabuccales doivent faire conduire à réaliser une NFS en urgence, à la recherche d'un trouble de l'hémostase (2).

En cas de thrombopénie supérieur à 50000/mm³, le PTI est généralement de découverte fortuite ; lorsque les plaquettes varient de 30000 à 50000/mm³ les patients peuvent remarquer des ecchymoses excessives avec un traumatisme mineur; des pétéchies ou des ecchymoses se développent spontanément entre 10000 et 30000/mm³ ; et les patients avec une thrombopénie inférieure à 10000/mm³ sont à risque d'hémorragie interne (1).

L'Ig IV est utilisée pour traiter les hémorragies internes, lorsque la thrombopénie est inférieure à 5000/mm³.(1)

(1) Douglas B et al, N Engl J Med 2002; 346:995-1008

(2) Mehmet V Bal et al, Open Dent J. 2014; 8: 164-167

CO28 : La dépilation laser des lambeaux intra-oraux : revue de littérature

Type de soumission souhaité : Communication orale

Auteurs :

Arthur Falguiere (1), Romain Lan (1), Christelle Manfredi (1), Fabrice Campana (1)

1. Chirurgie Orale, AP-HM Hôpital Timone, Marseille, France

Mots clefs : laser, dépilation, lambeau intra-oral, cancer oral

Le premier auteur est-il un interne DESCO ? : Oui

Type de résumé : Etude

L'auteur autorise la de changement de catégorie à la Commission Scientifique et la Recherche de la SFCO à changer son abstract de catégorie. En cas de refus et si la commission n'a pas retenu la soumission dans la catégorie souhaitée, la soumission sera refusée. : J'accepte

Résumé :

Introduction

La dépilation laser est une technique non invasive utilisée pour les patients présentant une croissance de poils sur les lambeaux de reconstruction des cancers de la tête et du cou dans la zone oropharyngolaryngée. Cette pilosité est parfois responsable d'une altération de la qualité de vie. L'objectif de ce travail était de réaliser une revue de la littérature afin de déterminer la pertinence thérapeutique de la dépilation laser de la cavité orale et de préciser les paramètres laser les plus efficaces.

Méthode

La base de données Pubmed a été interrogée, selon la méthodologie PRISMA, couvrant une période de publication de 1988 à 2021. Les articles originaux en langue anglaise et française, accessibles à travers les crédits universitaires et répondant à la question de recherche (MESH words), ont été étudiés afin d'identifier les données sur l'efficacité, les paramètres laser et le suivi pileux.

Résultats

149 articles ont été recensés et 10 articles ont été sélectionnés et analysés, représentant 40 patients ayant subi une dépilation au laser d'un lambeau de reconstruction oropharyngolaryngée.

Quatre lasers différents ont été utilisés : le laser à diode (dans 40 % des cas), le laser Nd:YAG (37,5 %), le laser alexandrite (20 %) et le laser CO2 (2,5 %).

La réponse au traitement laser a été considérée comme complète dans 70% des cas, partielle dans 22,5% des cas, en échec (pas d'effet du laser) pour un patient aux poils blancs (2,5% des cas) et non applicable dans 5% des cas.

La repousse des poils était présente dans 10 % des cas, après un délai moyen de 27 mois (de 15 à 34 mois).

Les effets indésirables étaient minimes (gonflement, douleur, dysphagie) et ne se présentaient que quelques heures après l'application du laser.

Discussion

Le phénotype cutané semble influencer les résultats : plus le sujet avait de mélanine et plus la dépilation semblait efficace. Un test cutané pourrait réduire le risque de réactions cutanées indésirables et adapter les paramètres énergétiques avant de commencer le traitement.

Les lasers à diode ou Nd:YAG ont été le plus fréquemment utilisés pour leur capacité à cibler sélectivement le chromophore de la mélanine, la forme de leur pièce à main facilitant leur utilisation en bouche et pour leur profil de sécurité.

Les patients doivent être informés d'éventuels problèmes temporaires tels qu'un érythème, un œdème périfolliculaire, une folliculite, des cloques ou des croûtes.

Conclusion

La thérapie au laser semble pertinente pour la dépilation des lambeaux avec peu d'effets secondaires, améliorant ainsi la qualité de vie des

patients. Cependant, il n'existe pas encore de protocole standardisé et il n'est pas possible de déterminer sa supériorité par rapport à un autre traitement.

Conroy FJ et al. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. 2009 Nov;62(11):e421-3.

Shields BE et al. *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 2018 Mar;127(3):205-8.

Scarano A et al. *Lasers Surg Med*. 2019 Aug;51(6):516-521.

CO21 : Les implants zygomatiques sous anesthésie locale

Type de soumission souhaité : Communication orale

Auteurs :

Mathilde Nicolas (1), Julien Guiol (2, 3)

1. Service d'odontologie, CHU Hotel Dieu, Nantes, France
2. , Exercice privé, Quimper, France
3. Service de Chirurgie Maxillo-Faciale, CHU Hotel Dieu, Nantes, France

Mots clefs : implants zygomatiques, atrophie osseuse, réhabilitation complète implanto-portée, bridge transvissé

Le premier auteur est-il un interne DESCO ? : Oui

Type de résumé : Cas clinique

L'auteur autorise la de changement de catégorie à la Commission Scientifique et la Recherche de la SFCO à changer son abstract de catégorie. En cas de refus et si la commission n'a pas retenu la soumission dans la catégorie souhaitée, la soumission sera refusée. : J'accepte

Résumé :

La pose d'implants zygomatiques est une technique fiable et documentée des maxillaires fortement résorbés, en alternative aux greffes osseuses (Malevez 2004, Branemark 2004). Ces implants permettent, grâce à leur ancrage cortical zygomatique, une bonne stabilité primaire et la réalisation d'une mise en charge immédiate par un bridge provisoire. Il s'agit d'un atout indéniable de cette technique en comparaison aux greffes osseuses, ce qui fait qu'elle emporte souvent l'adhésion des patients.

La pose d'implants zygomatiques est un geste chirurgical qui est réalisé le plus souvent sous anesthésie générale, de par la durée et la pénibilité du geste, et notamment par la nécessité d'un décollement important. Cependant, en fonction de l'expérience de l'opérateur, cette intervention peut être pratiquée sous anesthésie locale. En effet, cette déclinaison permet de nombreux avantages. Elle simplifie la procédure, et permet également la collaboration du patient ainsi qu'un contrôle radiologique en cours d'intervention et réduit les suites post opératoires. Elle permet également d'écartier tout risqué lié à l'anesthésie générale.

Afin de s'assurer d'une bonne coopération du patient, ne association d'alprazolam 50 mg et d'hydroxyzine 50 mg (à adapter en fonction de la morphologie) à prendre 1h30 avant l'intervention peut être prescrite.

En ce qui concerne la technique chirurgicale, le ruginage sous périosté est réalisé le long de ce cintre et sa la face antérieure du zygoma. Il vise notamment à libérer les attaches des muscles masséters. A noter que contrairement à une intervention réalisée sous anesthésie générale, le décollement est dans ce cas beaucoup plus restreint et limité uniquement à la zone d'intérêt. Les suites opératoires en sont d'autant plus simples.

Un cas clinique avec vidéos viendra illustrer cette présentation.

CO08 : Intérêt de la prise en charge du microbiote buccal en chirurgie orale

Type de soumission souhaité : Communication orale

Auteurs :

Bernard KURDYK (1)

1. , , Paris, France

Mots clefs : Microbiote, infections buccales, infections focales

Le premier auteur est-il un interne DESCO ? : Non

Type de résumé : Etude

L'auteur autorise la de changement de catégorie à la Commission Scientifique et la Recherche de la SFCO à changer son abstract de catégorie. En cas de refus et si la commission n'a pas retenu la soumission dans la catégorie souhaitée, la soumission sera refusée. : J'accepte

Résumé :

La cavité buccale représente le moyen d'accès privilégié à l'organisme. Elle possède un microbiote qui lui est propre tapissant les tissus durs et mous, baigné par la salive et ses enzymes et régulièrement soumis aux passages du bol alimentaire.

Le microbiote buccal composé de milliards de bactéries représentées par plus de 700 espèces, ainsi que des levures, des mycètes, et des virus, est le microbiote le plus abondant et le plus diversifié de l'organisme après celui du tube digestif. Une rupture écologique de l'équilibre microbiotique va préparer le terrain à des pathologies locales et générales (Ferreira 2017).

Outre la carie, les maladies parodontales peuvent se développer et être à l'origine des pathologies inflammatoires générales cardiaques, digestives, pulmonaires, nerveuses, dégénératives et autres.

Il apparaît donc essentiel et capital de maintenir une eubiose buccale.

Les moyens de diagnostic passent par un examen clinique approfondi. Celui-ci peut être avantageusement complété par des prélèvements bactériens qui détectent des populations bactériennes pathogènes par PCR selon la classification de Socransky (Socransky 1998). De nouveaux tests génétiques réalisés sur des prélèvements salivaires peuvent indiquer les prédispositions aux pathologies carieuses, parodontales et ou de bruxisme.

Les traitements classiques de soins des lésions carieuses ou parodontales représentent bien évidemment les fondements thérapeutiques. Les lasers montrent leur intérêt dans le traitement parodontal avec des changements des écosystèmes bactériens au sein des poches mesurables (Santonocito 2022).

Pour compléter et conforter les résultats obtenus, pour prévenir l'apparition de désordres et donc de pathologies buccales, un dispositif de soin local a été développé.

Il assure à la fois et simultanément un nettoyage, une cicatrisation et un réensemencement de la cavité buccale à usage quotidien. Les souches eubiotiques sont sélectionnées spécifiquement. Il prend la forme d'une pastille à sucer à dissolution lente. Cette forme galénique permet d'assurer une bonne observance et une imprégnation complète des surfaces.

Les prélèvements bactériens réalisés montrent chez l'ensemble des patients une diminution de la prévalence des bactéries les plus agressives. La durée du traitement est de 1 à 3 mois à raison d'une pastille à sucer par jour en phase initiale du traitement puis d'une semaine par mois en phase d'entretien.

Une gamme de pastille est ainsi mise en œuvre afin de pouvoir répondre à différents déséquilibres puis à permettre au patient d'assurer aisément le maintien d'une eubiose buccale ayant elle-même un impact positif sur le microbiote intestinal.

FERREIRA M.C. et al. J. of Periodont Research 2017, 52(4): 651-665.

SOCRANSKY S.S. et al. J clin Periodont 1998;25(2):134-144.

CO29 : D'une ulcération orale persistante à une leucémie : À propos d'un cas

Type de soumission souhaité : Communication orale

Auteurs :

Antoine BRUNEAU (1), Hadrien LE VAYER (1), Jonathan RAVASCO (1), Gaël SYLVAIN (1), Thông NGUYEN (1), Loredana RADOI (2)

1. AP-HP.Nord, Service de Médecine Bucco-Dentaire, Hôpital Louis Mourier, UFR d'odontologie, Université Paris Cité, Colombes, France
2. chirurgie orale, Faculté de chirurgie dentaire Paris Descartes, Montrouge, France

Mots clefs : ulcération, neutropénie, leucémie, retard diagnostic

Le premier auteur est-il un interne DESCO ? : Oui

Type de résumé : Cas clinique

L'auteur autorise la de changement de catégorie à la Commission Scientifique et la Recherche de la SFCO à changer son abstract de catégorie. En cas de refus et si la commission n'a pas retenu la soumission dans la catégorie souhaitée, la soumission sera refusée. : J'accepte

Résumé :

Introduction

La cavité orale peut être le siège des premières manifestations cliniques des hémopathies malignes (ulcérations, saignements, ecchymoses, tuméfactions gingivales, douleurs dentaires ou osseuses). Les signes généraux sont principalement l'asthénie, les lymphadénopathies, la pâleur cutanéomuqueuse, la perte pondérale et l'anorexie. Le chirurgien-dentiste non averti peut méconnaître ces signes d'appel et retarder la prise en charge oncologique du patient par une conduite inappropriée.

Observation

Une femme de 58 ans, sans antécédents médico-chirurgicaux, était adressée par son chirurgien-dentiste traitant en consultation hospitalière pour la prise en charge d'une ulcération orale. Il a considéré initialement que la lésion était d'origine traumatique (prothèse amovible mandibulaire iatrogène) et l'a prise en charge -sans succès- par la suppression de la prothèse et la prescription d'une antibiothérapie et d'un antalgique. Lors de la consultation hospitalière, la patiente rapportait des douleurs, une perte pondérale et une asthénie depuis 2 mois. Aucune adénopathie cervico-faciale n'était palpable. L'examen endo-buccal montrait une ulcération nécrotique, touchant l'os sous-jacent, sur la crête mandibulaire édentée et la base du pilier amygdalien antérieur. La biopsie et le CBCT n'ont pas été contributifs. Le bilan sanguin prescrit en deuxième intention montrait une anémie (Hb=5,8 g/dl), une hyperleucocytose (leucocytes=43000/mm³ mais polynucléaires neutrophiles=350/mm³) et une thrombopénie (plaquettes=22000/mm³) ainsi que 95% de blastes périphériques, conduisant au diagnostic de leucémie aiguë myéloïde. La patiente a été transférée en urgence dans un service d'oncologie. Une cytoréduction par Hydrea® suivie d'une polychimiothérapie d'induction et des soins de support ont été démarrés en urgence et poursuivis jusqu'à la rémission cytologique.

Discussion

Les lésions orales peuvent représenter les manifestations cliniques inaugurales des hémopathies malignes comme les leucémies. La sensibilisation des chirurgiens-dentistes aux signes d'appel est essentielle pour la prise en charge précoce de ces maladies potentiellement létales. Des infections opportunistes surviennent du fait de l'immunosuppression. Des hémorragies cérébrales ou digestives liées à la thrombopénie assombrissent le pronostic vital des patients. Malgré l'antibiothérapie prophylactique par Tazocilline, la patiente a développé plusieurs abcès (pulmonaire, splénique et périméal) nécessitant des traitements complémentaires. Du fait de l'agranulocytose, la virulence de la flore orale s'accroît et conduit à la survenue d'ulcérations neutropéniques, comme chez cette patiente. L'absence d'exploration de la NFS a entraîné un retard diagnostique.

Conclusion

Les lésions orales persistantes avec des symptômes généraux associés doivent être bilantées rapidement et -en cas de suspicion d'hémopathie maligne- les patients doivent être envoyés en urgence dans un service d'oncologie.

CO30 : Plaques d'ostéosynthèse sur-mesure et prévention des fractures mandibulaires per et post-opératoires. Procédure pas à pas.

Type de soumission souhaité : Communication orale

Auteurs :

Laurian LE GAL (1)

1. 75, AP HP, Paris, France

Mots clefs : Plaques sur mesure, Prévention, Guides de forage, Fracture mandibule, Ostéosynthèse, Ostéosynthèse Préventive, CAD-CAM, Dents de sagesse ectopiques, Kystes, Implants dentaires

Le premier auteur est-il un interne DESCO ? : Oui

Type de résumé : Cas clinique

L'auteur autorise la de changement de catégorie à la Commission Scientifique et la Recherche de la SFCO à changer son abstract de catégorie. En cas de refus et si la commission n'a pas retenu la soumission dans la catégorie souhaitée, la soumission sera refusée. : J'accepte

Résumé :

Les plaques sur mesure élaborées avant l'acte chirurgical permettent de renforcer l'infrastructure squelettique des mandibules fragilisées et de pratiquer sur elles dans le même temps opératoire tout geste chirurgical à haut risque fracturaire immédiat ou secondaire. Ces plaques, obtenues par fusion laser de poudre de titane à partir du modèle 3D, rigides, correspondant à l'anatomie exacte du patient et positionnées conformément au projet numérique garantissent une ostéosynthèse préventive passive. Il s'agit d'une assistance particulièrement efficace qui requiert une expertise nouvelle de la part des praticiens et un protocole chirurgical et de fabrication coordonné.

La procédure globale comporte plusieurs phases successives : l'acquisition des coupes axiales natives en format DICOM (Cone Beam ou CT-Scan), le traitement des données c'est à dire la segmentation des objets anatomiques, l'appréciation du risque fracturaire sur l'image 3D et en conséquence le positionnement des vis d'ostéosynthèse par le chirurgien, le design de la plaque par l'ingénieur biomédical, la validation du projet par le chirurgien, la fabrication, la stérilisation, enfin la séquence chirurgicale proprement dite.

L'objectif de cette communication consiste, à partir de cas significatifs, à faire découvrir toutes les étapes successives de cette nouvelle procédure. L'implication du praticien « en charge du patient » en particulier durant la phase de design des plaques sera largement développée qu'il s'agisse de la forme macroscopique et des dimensions de la plaque d'ostéosynthèse elle-même ou qu'il s'agisse de la position et des axes des vis d'ostéosynthèse. La mise en œuvre globale de cette nouvelle procédure et le protocole chirurgical lui-même ; en particulier le maniement des guides de forage et le forage trans-oral en regard des angles goniques seront présentés et discutés.

L'utilisation des plaques d'ostéosynthèse sur-mesure préventives constitue une nouvelle manière d'envisager l'acte opératoire en requérant l'implication du chirurgien dès la phase de design des plaques sur-mesure. Malgré la nécessité pour le chirurgien de tenir compte des différentes étapes industrielles dans son organisation des soins et malgré un coût additionnel, les plaques sur-mesure mandibulaires préventives nous paraissent désormais indispensables en cas de situation à haut risque fracturaire.

CO09 : Les infections sinusiennes en chirurgie implantaire

Type de soumission souhaité : Communication orale

Auteurs :

Hajar Soualem (1)

1. , , RABAT, Maroc

Mots clefs : Chirurgie implantaire , sinus lift , complications infectieuses

Le premier auteur est-il un interne DESCO ? : Non

Type de résumé : Cas clinique

L'auteur autorise la de changement de catégorie à la Commission Scientifique et la Recherche de la SFCO à changer son abstract de catégorie. En cas de refus et si la commission n'a pas retenu la soumission dans la catégorie souhaitée, la soumission sera refusée. : J'accepte

Résumé :

H.SOUALEM¹ , M .BOUHOUTE², S .CHBICHEB³

¹Résidente en chirurgie orale

²Spécialiste en chirurgie orale

³Professeur de l'enseignement supérieur et chef de service du département de chirurgie orale , CCTD , Rabat, Maroc.

Introduction :

Le sinus maxillaire est une cavité pneumatique creusée dans l'épaisseur du massif facial. Ses parois osseuses sont tapissées d'une muqueuse à épithélium cilié. C'est le plus large des sinus para nasaux , d'une forme pyramidale , de 2,5 cm de largeur , 3,75 cm de hauteur et d'une profondeur de 3 cm.

Le remodelage osseux physiologique qui succède à la perte de dents postérieures maxillaires entraînent deux phénomènes interdépendants :Une résorption alvéolaire centripète et une pneumatisation du sinus au dépend de la crête alvéolaire. Il en résulte une disponibilité osseux réduite pour la pose d'implant. Pour remédier à ceci la procédure de « sinus lift » , appelée aussi surélévation du sinus , ou greffe sinusienne, demeure être la technique de choix.[1]

Matériels et méthodes

Le travail est une revue de littérature reposant sur une recherche bibliographique dans les bases de données électroniques : Pubmed , Cochrane library, Science direct.Les mots clés sont « sinus » , « oral implant » , « infectious » , « Complications » , « Sinus lift » , « dental implant displaced ».

Les opérateurs booléens utilisés sont « IN » et « AND » .

Une selection manuelle des articles a été faite reposant sur les critères d'inclusion suivants : Les articles datant de moins de 10 ans, en langue française ou anglaise.

Résultats et discussion

Nous distinguons deux variantes de cette procédure en fonction de l'abord chirurgical : Sinus lift ouvert par abord latéral, ou fermé par abord crestal.

Néanmoins, il existe une faible proportion de patients qui ont des complications infectieuses avec une incidence allant de 3,5 % à 10,5 %. De la sinusite , à expulsion du greffon sinusal en passant par l'altération du drainage physiologique du sinus . Ces complications sont rares mais graves, car elles sont associées à une morbidité importante et à la perte du greffon sinusien et de l'implant.[2]

Conclusion :

La prévention est le maître pour éviter une infection .D'abord un entretien dans le cadre du bilan préimplantatoire doit systématiquement dépister la pathologie naso-sinusienne. Pour ce L'imagerie tridimensionnelle est recommandée . [3]

L'évaluation préopératoire de l'anatomie du sinus un respect en per-opératoire d'un protocole codifié simple réduit considérablement le taux de complications.[3]

1. Jae-Hyung J et al . Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology , 2007 ;103(5) ,623-625.
2. Wataru K et al. Advances in Oral and Maxillofacial Surgery .2021 ; 4 , 100 -157.
3. De Gabory L et al. European Annals of Otorhinolaryngology, Head and Neck Diseases .2020 ;137(1) ,53-58.

CO10 : Opacité sinusienne unilatérale : un train peut en cacher un autre...

Type de soumission souhaité : Communication orale

Auteurs :

Benjamin Salmon (1), André Coste (2), Anne-Laure Ejeil (1)

1. Médecine bucco-dentaire - Unité de chirurgie orale, Hôpital Bretonneau, APHP. Nord - Université Paris Cité, Paris, France
2. ORL, Hôpital Intercommunal de Créteil - Université Paris-Est, Créteil, France

Mots clefs : Sinus, sinusite, papillome inversé, tumeur, CBCT, IRM

Le premier auteur est-il un interne DESCO ? : Non

Type de résumé : Cas clinique

L'auteur autorise la de changement de catégorie à la Commission Scientifique et la Recherche de la SFCO à changer son abstract de catégorie. En cas de refus et si la commission n'a pas retenu la soumission dans la catégorie souhaitée, la soumission sera refusée. : Je refuse

Résumé :

Le caractère unilatéral est classiquement rattaché à une étiologie dentaire des sinusites maxillaires chroniques (Fokkens WJ, 2020). De découverte fortuite ou symptomatiques, les pathologies sinusiennes doivent faire l'objet d'une approche sémiologique rigoureuse aussi bien au niveau de l'examen clinique que du bilan d'imagerie de sorte à orienter le diagnostic et la prise en charge.

La situation clinique rapportée illustre l'importance de savoir évoquer les diagnostics différentiels devant un tableau de sinusite unilatérale dont l'étiologie infectieuse pourrait paraître évidente. Une patiente âgée de 69 ans, sans antécédent médico-chirurgical, se présente aux urgences du service de médecine bucco-dentaire de l'hôpital Bretonneau pour un œdème palatin douloureux. L'interrogatoire médical note une obstruction nasale droite et une rhinorrhée postérieure associée à une cacosmie sans saignement. La palpation sous-orbitaire droite est discrètement sensible. L'examen endo-buccal retrouve un abcès palatin au niveau de 17 dans le contexte d'une maladie parodontale active et de multiples lésions endo-parodontales. Le bilan CBCT, initialement limité à l'exploration des sinus maxillaires puis secondairement étendu à un champ crânio-facial, met en évidence un comblement unilatéral du sinus maxillaire droit, des cellules ethmoïdales antérieures droites et du sinus frontal homolatéral. Compte-tenu de l'état bucco-dentaire et de la contiguïté entre le sinus maxillaire droit et l'alvéolyse terminale au niveau de 17, le diagnostic d'une sinusite antérieure d'origine dento-parodontale est initialement posé. Cependant, la typologie dite « sinusite plus » avec destruction de la cloison sinuso-nasale et comblement débordant dans les fosses nasales homolatérales, a motivé l'indication d'une IRM. Cette dernière décrira un syndrome de masse hétérogène, polypoïde, centré sur le méat moyen, en hyposignal T2 et isosignal T1 avec rehaussement cérébriforme au gadolinium, correspondant à l'aspect typique d'un papillome inversé, une tumeur bénigne mais récidivante et à potentiel de transformation maligne ou d'association à un carcinome épidermoïde dans 10% des cas (Lisan Q, 2016). La prise en charge consistera en une résection tumorale large par voie endonasale sous guidage endoscopique.

Les pathologies tumorales sinusiennes intègrent fréquemment une composante rétentionnelle, parfois purulente, suite à l'obstruction induite par la prolifération tissulaire. En l'occurrence, pathologies tumorale et infectieuse coexistent. L'unilatéralité n'est pas pathognomonique d'une sinusite d'origine dentaire et l'analyse méthodique et fine de l'imagerie CBCT permet d'identifier des signes d'alerte qui doivent conduire à demander une IRM complémentaire, examen clef pour le diagnostic différentiel.

CO31 : Lésions du nerf alvéolaire et troubles de la sensibilité : quelles sont les voies de récupération intralabiale:

Type de soumission souhaité : Communication orale

Auteurs :

Gaoussou TOURE (1)

1. , CHI Villeneuve Saint Georges 40 allée de la source 94195 cedex, Villeneuve Saint-Georges, France

Mots clefs : étage inférieur de la face , nerf alvéolaire inférieur , nerf mentonnier ,troubles neuro sensoriels, récupération

Le premier auteur est-il un interne DESCO ? : Non

Type de résumé : Etude

L'auteur autorise la de changement de catégorie à la Commission Scientifique et la Recherche de la SFCO à changer son abstract de catégorie. En cas de refus et si la commission n'a pas retenu la soumission dans la catégorie souhaitée, la soumission sera refusée. : J'accepte

Résumé :

Introduction : Les troubles neurosensoriels de la lèvre inférieure sont une complication fréquente et préjudiciable pour les patients. Ils représentent un problème médico-légal majeur dans les interventions chirurgicales sur le 1/3 inférieur de la face. C'est la complication la plus fréquente de la chirurgie du 1/3 inférieur de la face. Des circonstances aussi variées que la traumatologie, la chirurgie orthognathique, l'endodontie ou la chirurgie des tumeurs peuvent entraîner des lésions du nerf alvéolaire inférieur. Ces troubles sensoriels peuvent être à l'origine de douleur, de gêne dans la vie affective et sociale avec un retentissement psychologique majeur.

L'évolution de ces troubles neurosensoriels est variable. La récupération d'une sensibilité est plus ou moins tardive et plus ou moins complète. L'objectif de cette étude était d'analyser la distribution des nerfs mentonniers dans la lèvre inférieure afin d'en déduire les types anatomiques favorables à la récupération de la sensibilité.

Matériel et méthodes : 30 lèvres (60 nerfs mentonniers) ont été étudiées - 25 étudiées in situ dont 5 avec une injection artérielle avec du latex et 5 ont été prélevées et étudiées selon la méthode de Sihler. Les nerfs mentonniers ont été disséqués.

Résultats : nous avons objectivé 3 types d'innervation : 1) absence de connexion avec un espace entre les branches terminales des 2 nerfs 2) une contiguïté des branches terminales 3) une connexion nette entre les branches terminales. Les variations portaient sur la morphologie, le diamètre, le nombre de branches des nerfs mentonniers et les connexions entre les nerfs mentonniers. Nous avons établi qu'il pouvait exister un nerf mentonnier dominant avec des diamètres et un nombre de branches supérieur au côté controlatéral. L'analyse de ces différents éléments a permis de comprendre les variations dans la récupération.

Discussion : Cette étude a permis d'illustrer, pour la première fois à notre connaissance, les différents types de connexions nerveuses à l'intérieur de la lèvre. Et d'en déduire les cas favorables à une récupération en cas de lésion du nerf alvéolaire inférieur. Malgré l'intuition clinique des connexions, aucune description à notre connaissance n'existait.

Conclusion : Nous avons établi 3 types de distribution intralabiale des nerfs mentonniers, et la possibilité de dominant dans l'innervation de la lèvre inférieure. Le type 3 et la préservation du côté dominant quand il existait sont des facteurs favorables à la récupération de la sensibilité de la lèvre inférieure.

CO22 : Intérêts des implants zygomatiques dans le traitement des pertes de substance de l'étage moyen de la face

Type de soumission souhaité : Communication orale

Auteurs :

Gaoussou TOURE (1), Jordan Bouchet (2), Alexandre Debelmas (2), Benjamin Pomes (3)

1. , CHI Villeneuve Saint Georges 40 allée de la source 94195 cedex, Villeneuve Saint-Georges, France

2. chirurgie maxillofaciale, CHI Villeneuve Saint Georges 40 allée de la source 94195 cedex, Villeneuve Saint-Georges, France

3. odontologie PMF, APHP, PARIS, France

Mots clefs : cancer, étage moyen de la face, lambeau libre, implants zygomatiques, prothèse

Le premier auteur est-il un interne DESCO ? : Non

Type de résumé : Cas clinique

L'auteur autorise la de changement de catégorie à la Commission Scientifique et la Recherche de la SFCO à changer son abstract de catégorie. En cas de refus et si la commission n'a pas retenu la soumission dans la catégorie souhaitée, la soumission sera refusée. : J'accepte

Résumé :

Introduction : La maxillectomie en cancérologie crée une situation complexe avec un défi de chirurgie reconstructrice: fonctionnel et esthétique. Elle est menée à bon escient quand le traitement du cancer est effectué : chirurgie avec des marges d'exérèse recommandées et des limites saines à l'examen anatomo pathologique et ou après radiothérapie. L'objectif de cette étude était d'illustrer un cas de maxillectomie accompagné de radiothérapie dont la reconstruction par lambeau libre antébrachial et implants zygomatiques a été effectué. Ce cas a illustré les difficultés en terrain irradié et l'intérêt des implants zygomatiques avec réhabilitation prothétique et mise en charge immédiate.

Observation : Un patient de 40 ans a présenté un carcinome épidermoïde du maxillaire droit. Pour des raisons sociales la prise en charge a été retardée de plusieurs mois. L'importance du volume de la tumeur a conduit à une radiothérapie puis une chirurgie créant une communication bucco-sinusienne. Après 24 mois de surveillance et l'absence de reprise du processus tumoral une reconstruction a été décidée. Un lambeau libre fascio-cutané antébrachial et la pose de 4 implants zygomatiques ont été effectués avec une mise en charge immédiate prothétique.

Discussion : La reconstruction par lambeau permet d'obtenir une fermeture de la communication buccosinusienne. Les implants zygomatiques avec mise en charge immédiate de la prothèse a autorisé une rééducation précoce alimentaire et phonétique. Une décanulation trachéale précoce. raffinements des techniques d'implant zygomatique ont modifié les moyens et la vitesse par lesquels la rééducation. Ce cas comme ceux illustrés dans la littérature encourage à la combinaison lambeau libre-implants zygomatiques¹.

Conclusion : La coopération des différents praticiens dans la reconstruction, la mise en place d'implants zygomatiques et prothésiste permet une évaluation précise préopératoire, un choix optimal du lambeau de reconstruction et une prothèse immédiatement ou rapidement esthétique et fonctionnelle^{2,3}.

- 1 - Rogers SN et al. Changing trends in the microvascular reconstruction and oral rehabilitation following maxillary cancer. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2022;279(8):4113-4126.
- 2 - Abe A et al. Technique for secondary modification after maxillary resection and reconstruction for soft tissue flap fixation before prosthesis addition: a case report. *BMC Oral Health.* 2019;19(1):125.
- 3 - Barraclough O et al. Pathways for the rehabilitation of resection defects in the maxilla. *Br Dent J.* 2022;232(11):783-789.

CO32 : Chirurgie orale et réseaux sociaux: enjeux et bonnes pratiques

Type de soumission souhaité : Communication orale

Auteurs :

Adel Hamdani (1, 2), Margaux Jolivel (3), Célia De Gaetano (4), Thibault Perez (4), Louis Maman (5), François Côme Ferre (4)

1. Odontologie, Hôpital Charles Foix, 94200 Ivry-sur-Seine , France
2. UF de chirurgie orale, Hôpital Max Fourestier, 92000 Nanterre, France
3. Odontologie, Hôpital Charles Foix, Ivry-sur-Seine, France
4. Odontologie, Hôpital Charles Foix, 94200 Ivry-sur-Seine, France
5. Odontologie, Hôpital Charles Foix, Ivry, France

Mots clefs : communication, réseaux sociaux, chirurgie orale,

Le premier auteur est-il un interne DESCO ? : Non

Type de résumé : Etude

L'auteur autorise la de changement de catégorie à la Commission Scientifique et la Recherche de la SFCO à changer son abstract de catégorie. En cas de refus et si la commission n'a pas retenu la soumission dans la catégorie souhaitée, la soumission sera refusée. : Je refuse

Résumé :

Une avancées notables de cette décennie est l'essor des réseaux sociaux. Initialement développés pour un usage privé, ces réseaux sont aujourd'hui devenus de véritables outils de communication pour les entreprises mais aussi de plus en plus, pour les professionnels de santé. La pandémie COVID-19 a entraîné un changement majeur dans la communication des structures de soin et des soignants avec le grand public, entraînant une présence de plus en plus forte des hôpitaux sur les réseaux sociaux, faisant face à une demande croissante d'information par la population générale.

Le service de médecine bucco-dentaire de l'hôpital Charles Foix a développé, en collaboration avec le service de communication de l'APHP, un compte instagram. Cette création étant une première pour un service de l'APHP, le processus qui a permis l'élaboration de cette page a abouti à la rédaction d'un protocole en cours de validation afin de guider les services APHP désirant se créer une présence en ligne.

La chirurgie orale étant une spécialité jeune et méconnue de la population générale, la présence de spécialistes sur les réseaux est bénéfique à la communication avec les patients, les confrères d'autres spécialités médicales et entre spécialistes de chirurgie orale. Néanmoins l'absence de protocoles et de guides de bonnes pratiques entraînent des problématiques. Ces erreurs sont très souvent dues à une méconnaissance des réglementation et peuvent aboutir au mieux à une communication tronquée ou inappropriée, au pire à des sanctions pénales.

Une proposition de protocole, ou guide de bonnes pratiques, inspiré de celui développé pour les services hospitaliers de l'APHP et adapté au chirurgien oral sera présenté autour de 4 points.

Les objectifs de la présence en ligne d'un professionnel de santé doivent être clairs et établis.

La ligne éditoriale du futur compte est un aspect fondamental de la construction d'une présence sur les réseaux sociaux d'un professionnel de santé. Elle permet de choisir judicieusement la plateforme la plus adaptée, le public cible du futur compte et de construire un contenu et une communication homogène, cohérente et adaptée à son public.

Le droit à l'image est un droit fondamental dont le non respect peut entrainer des sanctions pénales allant jusque'à l'emprisonnement. Hormis pour de rares exceptions, nul ne peut se soustraire au secret médical et sa violation peut entrainer également des sanctions pénales.

L'image du praticien et la confraternités sont tout aussi importantes sur les réseaux sociaux que dans la pratique quotidienne.

Il est devenu compliqué pour un professionnel de santé de ne pas avoir de présence en ligne. Les plateformes de référencement et d'annuaire n'hésitent pas à créer des profils sans l'accord du praticien.

Le chirurgien oral doit être formé et acquérir les notions lui permettant de maîtriser son image en ligne de la même manière que dans sa pratique quotidienne.

CO33 : Apport de l'IRM dans le diagnostic des images radioclares uniloculaires de la mandibule, une revue de littérature.

Type de soumission souhaité : Communication orale

Auteurs :

Timothe Debre (1), Lucas Duong (2), Adel Hamdani (1), Louis Maman (2), Francois Ferre (2)

1. service de médecine bucco-dentaire, hôpital Charles Foix, Ivry sur Seine, Université Paris Cité, PARIS, France

2. service de médecine bucco-dentaire, hôpital Charles Foix, Ivry sur Seine, Université Paris Cité, Paris, France

Mots clefs : IRM, kyste maxillaire

Le premier auteur est-il un interne DESCO ? : Non

Type de résumé : Etude

L'auteur autorise la de changement de catégorie à la Commission Scientifique et la Recherche de la SFCO à changer son abstract de catégorie. En cas de refus et si la commission n'a pas retenu la soumission dans la catégorie souhaitée, la soumission sera refusée. : J'accepte

Résumé :

Introduction

L'IRM ou imagerie par résonance magnétique constitue à ce jour l'examen de prédilection pour l'exploration des tissus mous. Peu utilisée en pratique courante en chirurgie orale du fait de sa méconnaissance, son apport dans le diagnostic des images radioclares osseuses pourrait permettre de faire évoluer nos pratiques. En effet, depuis plusieurs années, certaines équipes utilisent cette imagerie pour différencier les lésions osseuses. L'objectif de notre revue de littérature est d'évaluer l'apport de l'IRM dans le diagnostic des images radioclares des maxillaires.

Matériels et Méthodes

Une revue systématique de la littérature a été effectuée sur PubMed et Embase, conformément aux recommandations "Preferred Reporting Item for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA)". L'équation de recherche était la suivante: (Magnetic Resonance Imaging) AND ((odontogenic tumors) OR (ameloblastoma) OR (Cementoma) OR (odontogenic cyst, calcifying) OR (odontogenic tumor, squamous) OR (Odontoma) OR (Odontogenic!cysts) OR (Basal cell nevus syndrome) OR (dentigerous cyst) OR (Odontogenic!cyst, Calcifying) OR (Periodontal cyst)).

Résultats

Sur les 225 articles trouvés, seuls 20 articles répondaient aux critères d'inclusion. Les entités décrits étaient les suivantes : le kyste radiculaire, le kyste dentigère, le kératokyste odontogène, le kyste osseux solitaire, la tumeur odontogène adénomatoïde, le kyste naso-palatin, l'améloblastome conventionnel et unikystique et le myxome odontogène.

Selon le type de pondération (T1 et T2), de l'ajout d'un produit de contraste (Gadolinium) et de l'utilisation de séquences de diffusion, certaines spécificités sont retrouvées en fonction du type de lésion. Par exemple, le kératokyste présente un signal hétérogène en pondération T2 contrairement au kyste radiculaire. De même les lésions tumorales comme l'améloblastome conventionnel, sera différencié par leur aspect après injection de gadolinium.

Discussion

Les trois principaux paramètres à étudier sur une IRM sont l'homogénéité du signal en

pondération T1 et T2, l'analyse de l'image après injection et l'analyse des séquences de diffusion. Les résultats décrits dans notre étude doivent prendre en compte la faible taille des cohortes étudiées. L'aspect en IRM devant être confronté par la suite aux résultats anatomopathologiques, des lésions relativement rares comme l'améloblastome se retrouvent faiblement représentés dans les cohortes étudiées.

Conclusion

L'IRM de par ses propriétés, permet d'appréhender plus finement le contenu d'une image radioclaire et apporte de ce fait une analyse plus fine qu'un scanner ou un CBCT. Ne remplaçant pas la biopsie, l'IRM offre néanmoins une perspective intéressante dans le diagnostic et la prise en charge des lésions osseuse des maxillaires.

CO34 : A propos d'un cas de carcinome épithélial myoépithélial palatin

Type de soumission souhaité : Communication orale

Auteurs :

Aude Grand (1), Pierre Luc Descols (2), Jean-Jacques Brau (2), Odile Casiraghi (3), Ingrid Breuskin (4), Louis Maman (5), ihsène taihi (6)

1. Service odontologie Pitié Salpêtrière, Université Paris Cité, paris, France
2. Service odontologie, Institut Gustave Roussy, 94805 Villejuif, Villejuif, France
3. Service d'anatomo-pathologie, Institut Gustave Roussy, 94805 Villejuif, Villejuif, France
4. Service Cancer ORL, Institut Gustave Roussy, 94805 Villejuif, Villejuif, France
5. Service odontologie hôpital Charles Foix, Université Paris Cité, Ivry-Sur-Seine, France
6. Chirurgie Orale, Université de Paris, Montrouge, France

Mots clefs : epithelial-myoepithelial carcinoma; case report; Salivary Glands, Minor

Le premier auteur est-il un interne DESCO ? : Oui

Type de résumé : Cas clinique

L'auteur autorise la de changement de catégorie à la Commission Scientifique et la Recherche de la SFCO à changer son abstract de catégorie. En cas de refus et si la commission n'a pas retenu la soumission dans la catégorie souhaitée, la soumission sera refusée. : J'accepte

Résumé :

Le Carcinome Epithélial Myoépithélial (CEM) est une tumeur maligne rare des glandes salivaires, d'évolution lente et asymptomatique. Le CEM peut toucher toutes les glandes salivaires avec une atteinte préférentielle de la parotide, suivie de la glande submandibulaire. L'âge moyen de diagnostic est d'environ 63 ans. L'aspect histologique correspond à une couche périphérique de cellules myoépithéliales à cytoplasme clair qui entourent des cellules épithéliales formant des canaux intercalés. L'aspect histologique du CEM peut considérablement varier en fonction du degré de différenciation des cellules, mimant alors l'aspect d'un carcinome myoépithélial voire celui d'un carcinome adénoïde kystique (CAK). Le cas clinique présenté est celui d'une patiente de 58 ans avec un tabagisme actif (30 paquets-années), présentant une hypertension équilibrée, une hypercholestérolémie et une hypothyroïdie substituée. La patiente est adressée pour un avis sur une lésion palatine évoluant depuis 35 ans. L'examen exobuccal est sans particularité. Les aires ganglionnaires sont libres. A l'examen endobuccal on retrouve une tuméfaction palatine gauche en regard des dents 12 à 27, d'environ 4-5 cm de grand axe dépassant la ligne médiane, de couleur violacée avec un bourgeonnement framboisé en antérieur. La tuméfaction est indolore à la palpation. La patiente avait déjà réalisé un CBCT en ville montrant une volumineuse ostéolyse du palais osseux avec atteinte du septum nasal et la partie inférieure des sinus maxillaires. Après deux biopsies réalisées à l'Institut Gustave Roussy et un bilan d'extension présentant une tumeur salivaire T4aN0M0, trois types tumoraux ont été évoqués : un CEM, un carcinome myoépithélial ou un CAK. La réunion de concertation pluridisciplinaire propose une maxillectomie totale avec reconstruction par lambeau libre de fibula et pose de 6 implants. Le curage cervical n'est pas retenu car une seconde biopsie n'a pas formellement éliminé un CAK. La prise en charge suivant les recommandations REFCOR ne préconise pas de curage ganglionnaire ni de radiothérapie pour traiter le CEM, celle-ci n'ayant pas fait preuve dans l'amélioration de la survie. L'examen anatomopathologique de la pièce d'exérèse chirurgicale conclut à un CEM p16- avec des marges saines. Le CEM est une entité pathologique dont le diagnostic est difficile car présente une grande variabilité anatomo-clinico-radiologique. Un diagnostic précis est nécessaire afin d'adapter la prise en charge oncologique même si le taux élevé de survie est élevé (80,7% à 15 ans). En effet, selon le grade de la tumeur, un curage sera indiqué ou pas car responsable de séquelles. Le suivi reste très important car le taux de récurrences locales se situe entre 30 et 40%. La recherche de critères diagnostiques plus précis est primordiale afin d'améliorer la gestion précoce des patients atteints. Li B et al. *Medicine (Baltimore)*. 2017 Dec;96(49); Vázquez A et al. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2015 Oct;153(4):569-74.

CO11 : Leishmanioses cutanéomuqueuse : A propos de deux cas

Type de soumission souhaité : Communication orale

Auteurs :

Florent Riehl (1), Fabrice Campana (2), Nadim CASSIR (3), Coralie L'Ollivier (3)

1. , , Marseille, France

2. Chirurgie orale, AP-HM la Timone, Marseille, France

3. Infectiologie, IHU marseille, Marseille, France

Mots clefs : Leishmaniose, cutanéomuqueuse, infection, cavité orale,

Le premier auteur est-il un interne DESCO ? : Oui

Type de résumé : Cas clinique

L'auteur autorise la de changement de catégorie à la Commission Scientifique et la Recherche de la SFCO à changer son abstract de catégorie. En cas de refus et si la commission n'a pas retenu la soumission dans la catégorie souhaitée, la soumission sera refusée. : J'accepte

Résumé :

Observation :

Cas 1 : un homme de 61ans a été adressé pour un nodule de la face dorsale de la langue. La biopsie a conclu en faveur d'un lymphome B. La persistance du nodule après 4 cures de chimiothérapie a amené à faire une nouvelle biopsie qui a retrouvé des corps de leishman dans les macrophages. Le diagnostic de leishmaniose a été retenu et un traitement par amphotéricine B liposomale par voie IV a permis une régression de la lésion. Nous avons conclu à une co-occurrence de lymphome B et d'une leishmaniose ¹.

Cas 2 : un homme de 47 ans présentait une héli-macro chéilite associée à une perlèche nodulaire chronique évoluant depuis 9 mois sans réponse aux traitements antifongiques et antibiotiques. La biopsie a retrouvé des granulomes épithélioïdes giganto-cellulaires riche en macrophages content des inclusions cytoplasmiques arrondis et irrégulières évoquant des corps de leishman. La coloration Giemsa était positive ainsi que la PCR tissulaire. Le diagnostic de leishmaniose cutanéomuqueuse a été retenu. Un traitement antimonite de méglumine a été administrée en IM pendant 3 semaines puis en intra-lésionnel sans résultat. Après avis de l'institut Pasteur, il a été proposer en 2^{ème} ligne l'amphotéricine B liposomale par voie IV.

Discussion : la leishmaniose est transmise par la piqûre d'un phlébotome femelle infecté qui infeste l'hôte de parasites *Leishmania*. Elle peut se présenter sous 3 formes : cutanée, viscérale et cutanéomuqueuse. C'est une zoonose qui touche à la fois l'homme et 70 autres espèces animales, dont le chien, qui est un réservoir naturel. Les cas sont rares en France métropolitaine avec une prédominance géographique sur le bassin méditerranéen.³. La plupart des cas de leishmanioses sont des cas importés. Entre 1998 et 2020, le centre national de référence des leishmanioses (CNRL) a recensé ainsi 1725 cas importés et 517 cas autochtones dont 15/517 ont été cutanéomuqueux (3%). *Leishmania infantum* est la seule espèce impliquée dans les cas de leishmanioses autochtones. L'histoire de la maladie n'a révélé aucun antécédant de voyage, ni de co-infection par le VIH chez ces 2 patients, principaux facteurs de risque de la maladie. Le diagnostic de la maladie est généralement biologique, soit par recherche de l'ADN *leishmania* par PCR sanguine (quel que soit la forme) ou sur prélèvement lésionnel (forme cutanée ou cutanéomuqueuse), soit par recherche d'anticorps anti-*Leishmania* par immunofluorescence indirecte ou ELISA ³. Dans nos deux cas, le diagnostic a été histologique par la mise en évidence de corps de leishman intra-macrophagiques en histologie standard et confirmée par la coloration de Giemsa et par PCR sanguine et ou tissulaire. Le traitement est complexe et dépend de la forme. L'amphotéricine B est utilisée dans les formes viscérales, l'antimoniote de méglumine ou l'iséthionate de pentamide dans les formes cutanées. Elle nécessite une coopération pluridisciplinaire tant pour le diagnostic que pour la prise en charge.

CO12 : Paralysie faciale : à propos de deux cas cliniques

Type de soumission souhaité : Communication affichée

Auteurs :

Selin Güney (1), Bythia Levy (2), Loredana Radoï (2)

1. Médecine bucco-dentaire, Hôpital Pitié Salpêtrière, Paris, France
2. Médecine bucco-dentaire, Hôpital Louis Mourier, Colombes, France

Mots clefs : Paralysie faciale, virus

Le premier auteur est-il un interne DESCO ? : Oui

Type de résumé : Cas clinique

L'auteur autorise la de changement de catégorie à la Commission Scientifique et la Recherche de la SFCO à changer son abstract de catégorie. En cas de refus et si la commission n'a pas retenu la soumission dans la catégorie souhaitée, la soumission sera refusée. : J'accepte

Résumé :

Introduction

La paralysie périphérique du nerf facial (PFP) se caractérise par l'apparition soudaine d'une faiblesse musculaire unilatérale du visage qui impacte la qualité de vie des patients. L'origine idiopathique est majoritaire mais des causes infectieuses, traumatiques ou tumorales peuvent être retrouvées. La réactivation du virus herpès simplex (VHS) est incriminée dans les PFP idiopathiques, tandis que le virus varicelle-zona (VVZ) est responsable d'une PFP associée à une éruption vésiculeuse et d'une hypoesthésie cutanée de la conque et du conduit auditif externe.

Observations

Le premier cas concerne un homme de 52 ans, atteint d'hypertension artérielle et de sarcoïdose, traité par amlodipine, méthotrexate, prednisone. Il avait consulté son dentiste traitant pour une douleur mandibulaire droite irradiant au tragus, attribuée au mauvais état bucco-dentaire. Il était adressé en consultation hospitalière pour des avulsions. Quelques jours plus tard apparaissaient des vésicules cutanées jugales droites. A l'hôpital, plusieurs dents ont été avulsées sans que la présence de vésicules asséchées cutanées soit relevée. Une semaine plus tard, une PFP droite survenait, avec signe de Charles Bell et hypoesthésie dans le territoire du V3. Le patient a reçu un traitement par prednisolone, valaciclovir, larmes artificielles et de la kinésithérapie faciale. Le neurologue a confirmé l'origine zostérienne de la PFP après examen neurologique complet, IRM cérébrale et EMG faciale.

Le deuxième cas concerne une femme de 55 ans, en bonne santé, qui consultait en urgence pour des douleurs au visage (côté droit), une otalgie et une "sensation différente du côté droit des lèvres" apparues 3 jours auparavant. L'examen clinique concluait à une PFP complète, sans cause décelable, l'examen neurologique, le bilan biologique et l'IRM étant normaux chez cette patiente.

Discussion

Chez le premier patient, un syndrome de Ramsay-Hunt avec zona trigéminé compliqué d'une paralysie faciale, sans argument pour une PFP sarcoïdique, a été retenu. L'immunosuppression a favorisé la réactivation du VZV dans le ganglion genculé. Les douleurs ont été attribuées à tort à une cause dentaire

et les avulsions dentaires ont retardé le traitement anti-zostérien et la rééducation neuromusculaire, garants d'une régression complète de la PFP qui n'a été que partielle chez ce patient.

Dans le deuxième cas, le diagnostic de PFP idiopathique (a frigore) a été retenu. La patiente présentait une hyperacousie douloureuse qui fait partie du tableau clinique de la PFP en lien avec l'abolition du réflex stapédien. La prise en charge rapide de la patiente (corticothérapie et rééducation faciale) a permis la guérison sans séquelles de la PFP au bout de 2 mois.

Conclusion

Devant toute douleur oro-faciale, un examen exo et endobuccal rigoureux permet de poser le diagnostic de PFP, d'évoquer une cause virale potentielle et de prendre en charge rapidement cette maladie afin de réduire le risque de séquelles.

CO23 : Réhabilitation du maxillaire atrophique en classe III squelettique: Lefort I et Implants zygomatiques en chirurgie guidée avec mise en charge immédiate

Type de soumission souhaité : Communication orale

Auteurs :

Rémy RAPHAEL (1), Dimitri PASCUAL (2)

1. , , MONTPELLIER, France
2. , Exercice privé , RODEZ, France

Mots clefs : Chirurgie orthognatique, Implants zygomatiques, Mise en charge immédiate, Chirurgie guidée, Guide chirurgical

Le premier auteur est-il un interne DESCO ? : Oui

Type de résumé : Cas clinique

L'auteur autorise la de changement de catégorie à la Commission Scientifique et la Recherche de la SFCO à changer son abstract de catégorie. En cas de refus et si la commission n'a pas retenu la soumission dans la catégorie souhaitée, la soumission sera refusée. : J'accepte

Résumé :

Chez l'édenté maxillaire, l'atrophie crestale associée à une rétromaxillie représente un défi lors de la planification d'une réhabilitation implanto-portée.

La correction des anomalies squelettique, limité par le couloir osseux implantaire palatin est obtenue en imposant un important volume prothétique vestibulaire, pouvant gêner le patient lors de l'élocution, l'esthétique de la face ainsi que de celle du sourire.

La chirurgie orthognatique corrige l'alignement des maxillaires et des dents afin d'améliorer la fonction et l'esthétique de la face.

Elle peut être utilisé chez le patient édenté afin de corriger une divergence entre les maxillaires avant la réhabilitation de la cavité oral (*Moret A, et al, Recours à la chirurgie orthognatique pré prothétique, Dentoscope n176, 2017*) voir dans le même temps (*Benech A, et al, Simultaneous LeFort I osteotomy and computer-guided implant placement, J Cranio-fac Surg, 2011*) lorsque les compensations de volume prothétique sont trop importantes.

Nous vous décrivons un cas entièrement anticipé de réhabilitation d'un maxillaire atrophique CAWOOD 5, en classe III, avec planification préalable du projet prothétique validé par le patient, guidant la correction du décalage des bases osseuses par chirurgie de Lefort I, pose de quatres implants zygomatiques (IZ) guidés selon le couloir prothétique et mise en charge immédiate d'un bridge Zircon transvissé.

Le cas clinique rapporté est celui d'un homme de 59 ans, adressé pour réhabilitation implanto porté du maxillaire, handicapé par le volume de sa prothèse amovible, peu fonctionnelle, instable, avec des troubles de l'élocution.

Sous anesthésie générale est réalisé l'ostéotomie d'avancée selon le guide de Le Fort I. Puis l'architecture du guide à étage, une fois ostéosynthésé, nous permet de répliquer l'avancée du maxillaire, l'axe des implants, leur profondeur d'enfouissement et l'indexation des 4 implants Straumann ZAGA Flat. La prothèse

en Zirconium est transvissé dans le même temps. L'occlusion est conforme à la planification en intercuspidation maximale.

La mise en place d'IZ associé à une ostéotomie de Lefort I a montré des taux de survies implantaire et prothétique comparables à celles où les deux temps étaient distincts (*Grecchi F. et al, Simultaneous Le Fort I osteotomy and zygomatic implant placement, J Craniomaxillofac Surg, 2022*).

L'expérimentation de ce nouveau concept de guide chirurgical orthognatico- implantaire est un pas en avant dans la planification chirurgicale de réhabilitation complexe.

Elle nécessite cependant une planification rigoureuse et une équipe chirurgico-prothétique experte devant les risques multiples d'erreurs.

Néanmoins, elle permet d'obtenir en une intervention, la réhabilitation par une prothèse dans le prolongement du volume osseux alvéolaire, une réduction du volume prothétique par diminution des compensations, ainsi qu'une meilleure acceptation par le patient de sa prothèse et de son esthétique oro faciale.

CO35 : Manifestations oro-faciales du syndrome SAPHO : A propos de trois cas

Type de soumission souhaité : Communication orale

Auteurs :

Aurelien Crevant (1), Nathan Moreau (2), Benjamin SALMON (2)

1. , , Paris, France

2. Médecine bucco dentaire, Bretonneau, Paris, France

Mots clefs : SAPHO

Le premier auteur est-il un interne DESCO ? : Non

Type de résumé : Cas clinique

L'auteur autorise la de changement de catégorie à la Commission Scientifique et la Recherche de la SFCO à changer son abstract de catégorie. En cas de refus et si la commission n'a pas retenu la soumission dans la catégorie souhaitée, la soumission sera refusée. : J'accepte

Résumé :

Introduction :

Le syndrome Synovite, Acné, Pustulose, Hyperostose et Ostéite (SAPHO), décrit en 1987 par Chamot et al., est une maladie auto-inflammatoire rare, principalement caractérisée par une atteinte neutrophilique cutanée associée à une ostéomyélite chronique. D'étiologie inconnue, il semble avoir une origine multifactorielle avec des composantes génétique, environnementale, immunologique et infectieuse et de multiples tableaux cliniques. Une atteinte mandibulaire est observée dans approximativement 10% des cas. A ce titre, ce syndrome doit être considéré dans le diagnostic différentiel d'une ostéite maxillo-mandibulaire.

Observations cliniques :

Les cas de trois patients, adressés au service de médecine bucco-dentaire de l'hôpital Bretonneau (Paris), présentant des ostéites mandibulaires dans le cadre d'un syndrome SAPHO, sont rapportés.

Le premier cas est celui d'une femme de 63 ans, porteuse d'une bioprothèse valvulaire aortique, qui a été adressée dans le service pour l'exploration clinico-radiographique d'une ostéite aseptique mandibulaire, dans le cadre du bilan diagnostique d'un probable SAPHO. Elle présentait cliniquement des douleurs à l'ATM droite irradiant dans la région temporale, et radiologiquement un élargissement mandibulaire unilatéral, une ostéosclérose, une réaction périostée et des foyers d'ostéolyse cortico-médullaire.

Le deuxième cas est celui d'une femme de 66 ans, traitée par biphosphonates dans le cadre de son SAPHO, adressée pour des douleurs à l'ATM, associées à un trismus, ainsi que pour réaliser un bilan odonto-stomatologique avant reprise de bisphosphonates ou d'anti-TNF.

Le troisième cas est celui d'une femme de 35 ans, ayant comme antécédent un syndrome d'Ehlers-Danlos et une fibromyalgie, traitée par Anti-TNF pour un SAPHO, reçue en consultation pour des douleurs aux ATM et pour améliorer sa fonction masticatoire.

-

Discussion et conclusion :

Le syndrome SAPHO est une maladie rare, associant des atteintes cutanées (acné et pustulose palmo-plantaire) et ostéo-articulaires (synovite, hyperostose, ostéite) pouvant se manifester individuellement ou de façon combinée. Sa fréquence est estimée à 1/10 000 personnes, mais il

est possible que celle-ci soit sous-estimée. La maladie touche préférentiellement les femmes (2F/1H), avec une apparition des symptômes vers 30 ans bien que des formes juvéniles aient également été rapportées. Celle-ci évolue de façon chronique et entraîne des symptômes pouvant être très douloureux et invalidants, en particulier dans les formes avancées. De fait, un diagnostic positif précoce et une prise en charge rapide sont essentiels. Compte-tenu des atteintes oro-faciales associées à ce syndrome ainsi que celles associées à ses traitements, le chirurgien-dentiste - et plus encore le chirurgien-oral - a un rôle crucial à jouer dans la démarche diagnostique et le suivi régulier du patient, en étroite collaboration avec les autres spécialités médicales concernées.

CO24 : Neuropathie trigéminalle douloureuse secondaire à un névrome post-traumatique et une synéchie neuro-massétéline : à propos d'une complication atypique de l'avulsion des dents de sagesse

Type de soumission souhaité : Communication orale

Auteurs :

AMELIE ALBISETTI (1), AREK SULUKDJIAN (2), BENJAMIN SALMON (2), NATHAN MOREAU (2)

1. Pôle de Médecine et de Chirurgie Bucco-Dentaires, Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, Strasbourg, France
2. APHP, BRETONNEAU, PARIS, France

Mots clefs : neuropathie trigéminalle douloureuse, névrome post-traumatique, avulsion dents de sagesse

Le premier auteur est-il un interne DESCO ? : Oui

Type de résumé : Cas clinique

L'auteur autorise la de changement de catégorie à la Commission Scientifique et la Recherche de la SFCO à changer son abstract de catégorie. En cas de refus et si la commission n'a pas retenu la soumission dans la catégorie souhaitée, la soumission sera refusée. : J'accepte

Résumé :

Introduction :

La neuropathie trigéminalle douloureuse post-traumatique (NTDPT) est une complication rare et connue de l'avulsion des dents de sagesse, survenant entre 0,4% à 5,5% des cas, généralement due à une compression ou un traumatisme du nerf. Il est rapporté ici le cas atypique d'un patient atteint d'une NTDPT du nerf alvéolaire inférieur apparue dans les suites de l'avulsion d'une troisième molaire mandibulaire gauche, liée à la formation d'un névrome post-traumatique du nerf alvéolaire inférieur et d'une synéchie entre celui-ci et des fibres massétélines.

Observation clinique :

Un homme de 40 ans a consulté pour des douleurs après l'avulsion un an auparavant de sa 38, causant des difficultés à l'alimentation et à l'élocution.

L'examen clinique exobuccal était sans particularité, tandis que l'examen endobuccal permettait d'objectiver une cicatrisation muqueuse complète au niveau de la région opérée associée à la présence d'un cordon fibreux reliant la zone rétromolaire et la ligne oblique externe gauches. La palpation de cette zone déclenchait les douleurs labio-mentonnières décrites par le patient. Le patient présentait également une hypoesthésie labio-mentonnière gauche séquellaire associée à de discrètes régions d'hyperesthésie et une sensation de lourdeur au niveau du foramen mentonnier gauche.

L'examen radiographique CBCT retrouvait un défaut de cicatrisation osseuse de l'alvéole de 38, associé une solution de continuité au niveau de la portion supérieure du canal mandibulaire sans os sus-jacent, avec présence d'une invagination tissulaire en regard remontant jusqu'à la branche montante (vraisemblablement au niveau du fascia massétélin).

L'hypothèse diagnostique de NTDPT secondaire à une synéchie neuro-massétéline a été posée. Dans un premier temps, un traitement par prégabaline (350 mg/jour) et amitriptyline (15 mg/jour) a permis la cédation des douleurs à la fonction sans toutefois modifier les sensations de lourdeur et d'anesthésie labio-mentonnières.

Après réflexion sur la balance bénéfique/risque d'une réintervention compte-tenu du risque non négligeable d'aggraver la neuropathie existante, il a été décidé de réaliser une synéctomie sous anesthésie locale afin de libérer le nerf alvéolaire inférieur des fibres massétélines. L'analyse anatomo-pathologique de la bride fibreuse a retrouvé la présence d'un névrome post-traumatique.

Discussion et conclusion :

La NTDPT est une complication rare mais connue de l'avulsion des dents de sagesse, en particulier en cas de forte proximité radulaire avec le nerf alvéolaire inférieur. La prévention d'une telle neuropathie passe avant tout par la protection du nerf pour éviter tout traumatisme direct mais également par la bonne gestion de son environnement osseux, muqueux et musculaire afin de permettre une cicatrisation adéquate de la zone chirurgicale, sans formation de synéchies mettant le nerf en traction, en particulier lorsque celui-ci a été lésé pendant la chirurgie.

CO25 : La kératopathie neurotrophique, une complication ophtalmologique méconnue de la neuropathie trigéminala douloureuse post-traumatique ? A propos d'un cas

Type de soumission souhaité : Communication orale

Auteurs :

AMELIE ALBISETTI (1), AREK SULUKDJIAN (2), HONG LIANG (3), CHRISTOPHE BAUDOUIN (3, 4), ANNABELLE REAUX-LE-GOAZIGO (4), NATHAN MOREAU (2)

1. Pôle de Médecine et de Chirurgie Bucco-Dentaires, Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, Strasbourg, France

2. APHP, BRETONNEAU, PARIS, France

3. Centre d'Investigations Cliniques des Pathologies de la Surface Oculaire, Service d'Ophtalmologie 3, Centre Hospitalier National d'Ophtalmologie des XV-XX, PARIS, France

4. Equipe S12 « Physiopathologie du segment antérieur de l'œil », UMR S 968, INSERM/Sorbonne Université/UMR 7210 CNRS, Institut de la Vision, PARIS, France

Mots clefs : kératopathie neurotrophie, neuropathie trigéminala douloureuse post-traumatique, avulsion dent de sagesse

Le premier auteur est-il un interne DESCO ? : Oui

Type de résumé : Cas clinique

L'auteur autorise la de changement de catégorie à la Commission Scientifique et la Recherche de la SFCO à changer son abstract de catégorie. En cas de refus et si la commission n'a pas retenu la soumission dans la catégorie souhaitée, la soumission sera refusée. : J'accepte

Résumé :

Introduction :

La neuropathie trigéminala douloureuse post-traumatique (NTDPT) est une complication rare et connue des lésions traumatiques des branches trigéminales, qu'elles soient d'origine accidentelle ou iatrogène. Alors que celle-ci peut s'accompagner de fortes douleurs et de troubles de la sensibilité nerveuse, altérant significativement la qualité de vie du patient, il n'a été rapporté à ce jour aucune autre comorbidité accompagnant cette complication, en particulier ophtalmologique. Il est rapporté ici un cas de kératopathie neurotrophique secondaire à une NTDPT chronique, développée suite à l'avulsion iatrogène de 48.

Observation clinique :

Une patiente de 29 ans, en bonne santé générale, a été adressée en consultation douleurs chroniques oro-faciales pour avis et prise en charge de douleurs faciales droites sévères chroniques évoluant depuis 3 ans, secondaires à l'avulsion de la 48. Celles-ci étaient secondaires à une NTDPT du nerf buccal droit et du nerf alvéolaire inférieur droit. Après échec de plusieurs lignes de traitements pharmacologiques, il a été opté pour des injections péri-neurales de toxine botulique de type A (50 UI) au niveau du foramen mentonnier droit, ayant permis une cédation quasi complète des douleurs réfractaires de la patiente. [1]

En parallèle de ses douleurs faciales, la patiente rapportait des épisodes de douleurs oculaires droites à type de brûlures et démangeaisons au niveau de la surface de l'œil lors des paroxysmes douloureux de sa NTDPT, ayant motivé un avis spécialisé en ophtalmologie.

Un bilan ophtalmologique complet a permis d'objectiver une kératite superficielle droite (Oxford score = 0.5), associée à une instabilité du film lacrymal ainsi qu'une infiltration de cellules dendritiques au niveau du plexus sub-basal et une hyperréactive stromale objectivées en microscopie confocale *in vivo*, sans atteinte de l'œil controlatéral. Par ailleurs, le test à l'oxybuprocaine était négatif suggérant une étiologie centrale à sa douleur oculaire. Ce tableau ophtalmologique était compatible avec une kératopathie neurotrophique, selon les critères de Dua et al. [2], a priori secondaire à sa NTDPT. Celle-ci a été traitée par application topique de collyres hydratants et instauration d'un suivi ophtalmologique régulier.

Discussion et conclusion :

La kératopathie neurotrophique est une pathologie secondaire à une lésion des nerfs cornéens entraînant une perte de la trophicité cornéenne, se traduisant par une destruction de l'épithélium cornéen et des altérations structurelles de la cornée ainsi que du film lacrymal, qui dans sa forme la plus sévère peut conduire à la perte de l'oeil. Celle-ci résulte le plus souvent d'une lésion post-traumatique du nerf ophtalmique, dans un contexte neurochirurgical. Il est rapporté ici le premier cas de kératopathie neurotrophique secondaire à l'atteinte du nerf mandibulaire, vraisemblablement via des mécanismes neuroinflammatoires au sein du ganglion trigéminal.

CO26 : Kystes dentigères refoulant les germes des dents permanentes: enjeux d'une prise en charge conservatrice

Type de soumission souhaité : Communication orale

Auteurs :

Aurelien CREVANT (1), Ludovic SICARD (1), Frederic COURSON (1), Anne-Laure EJEIL (1), Nathan MOREAU (1), Benjamin SALMON (1), Maxime LAVIGOGNE (1)

1. Médecine bucco-dentaire, Bretonneau, Paris, France

Mots clefs : kyste, dentigère, enfant, germe, énucléation

Le premier auteur est-il un interne DESCO ? : Oui

Type de résumé : Cas clinique

L'auteur autorise la de changement de catégorie à la Commission Scientifique et la Recherche de la SFCO à changer son abstract de catégorie. En cas de refus et si la commission n'a pas retenu la soumission dans la catégorie souhaitée, la soumission sera refusée. : J'accepte

Résumé :

Introduction :

Les kystes dentigères sont des kystes odontogènes fréquents, dont la symptomatologie est souvent fruste. De rares cas de tuméfaction des mâchoires et/ou de douleurs peuvent être décrits, mais généralement les découvertes sont fortuites lors d'un examen radiologique de routine.

La thérapeutique de ces kystes repose sur une approche conservatrice par énucléation chirurgicale ou décompression. Cependant, lorsque le kyste refoule les germes des dents permanentes, la question de l'évolution de ces dernières est posée.

Observations :

4 patients âgés de 7 à 10 ans se sont présentés à la consultation d'odontologie pédiatrique de l'Hôpital Bretonneau (Paris) pour des « images radio-claires des mâchoires mandibulaires ». L'hypothèse diagnostique probable de kyste dentigère ayant été retenue sur les arguments clinico-radiologiques, la prise en charge a consisté en l'énucléation du kyste sous anesthésie locale avec conservation du germe de la dent associée, sauf pour un cas. Un suivi clinique et radiologique au long cours a été instauré pour l'ensemble de ces patients (≥ 1 an). L'évolution a été favorable avec la mise en place sur l'arcade de l'ensemble des dents permanentes ainsi que la reminéralisation des lésions osseuses.

Discussion et conclusion :

Les kystes dentigères (ou kystes péri coronaires) des mâchoires chez l'enfant sont plus rares que chez l'adulte (1). Ils font partie des kystes odontogéniques selon la classification OMS des tumeurs de la tête et du cou (WHO 2017). Ce sont, avec les kystes inflammatoires, les kystes les plus fréquemment rencontrés chez l'enfant (2). Peu symptomatiques, les kystes dentigères sont généralement mis en évidence sur une radiographie panoramique de routine (3) mais dans certaines situations, un examen Cone Beam CT peut être justifié afin d'évaluer l'étendue de la

lésion et les rapports avec les structures anatomiques de voisinages. Autant que faire se peut, la prise en charge chirurgicale associera l'avulsion de la dent temporaire, l'énucléation du kyste et la conservation du germe de la dent permanente. Un suivi au long cours et un traitement orthodontique lorsque nécessaire permettront la bonne mise en place de la dent permanente sur l'arcade.

1- Tkaczuk AT et al. JAMA Otolaryngol Head Neck Surg. 2015;141(9):834-9.

2- Jones AV & Franklin CD. Int J Paediatr Dent. 2006;16(1):19-30.

3- Plunk MR, et al. Am J Roentgenol. 2017;208(1):180-192.