

PO01 : Proposition de prise en charge simple et reproductible des hyperesthésies d'origine centrale acquises; nécessités et perspectives.

Type de soumission souhaité : Communication orale

Auteurs :

Alexandre Berquet (1)

1. , SELARL Berquet Alexandre, Haguenau, France

Mots clefs : burning mouth syndrome, brain plasticity, cognitive behavioral therapy

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 prise en charge des patients présentant divers troubles et dont la symptomatologie relève entre autre de phénomènes d'hyperesthésies d'origine centrale acquises n'est ni résolue ni codifiée.

L'absence d'offre de prise en charge dans ces situations amène à d'autres dérives concernant les rares praticiens compétents et les services hospitaliers en général et en fonction de leurs effectifs respectifs (délais de prise en charge et préjudices imputables de certains retards diagnostics, capacité de réalisation des missions incompressibles des services publics, formation des jeunes et maintien du personnel en poste,...). Ces patients et leurs médecins se trouvent trop souvent en errance diagnostique et thérapeutique.

Une proposition de prise en charge simple, brève, reproductible et standardisée, accessible à tous, basée sur une ébauche de thérapie cognitive sous forme d'un feuillet à 2 schémas et d'un lien web vulgarisé réalisé par des algologues; apparait pertinente dans ce contexte.

Observation :

Après un rappel sur les éléments épidémiologiques les plus communément rencontrés, les indices diagnostiques et les principaux arguments devant mener à évoquer et rechercher d'éventuels diagnostics différentiels; sera alors présenté une proposition de prise en charge standardisée. Cette dernière rappelle les éléments fondamentaux communs requis quand à obtenir la confiance et l'adhésion du patient. La recherche systématique de deux sources potentielles de somatisation; enfin, la proposition d'une "thérapie cognitive standardisée" réalisée en directe et chronométrée (moins de 3 minutes).

Une brève analyse rétrospective monocentrique portant sur plus de 100 cas et permettant d'appuyer la proposition.

Discussion :

Une explication plus approfondie sur les mécanismes à l'oeuvre et les moyens de les faire rétrograder ainsi qu'une réflexion plus globale et trans disciplinaire évoquant des corollaires avec d'autres pathologies éloignées, tel que les fibromyalgies et les lombalgies communes, permet d'appuyer la pertinence de la prise en charge commune proposée.

Des conseils quand à la prise en charge en pratique de ces patients, en lien avec la logistique d'un cabinet, qu'il soit libéral ou hospitalier sont proposés afin de la rendre réalisable et de pouvoir répartir cette charge à tous les acteurs d'un territoire, avec discussion des limites acceptables et des devoirs légitimes des acteurs de la profession.

Conclusion :

Proposition de faire paraître le "feuillet explicatif standardisé" au sein du site de la SFCO afin de le rendre accessible à tous, une réflexion éthique et bien des perspectives (score diagnostic, proposition d'études prospectives ciblées, l'élargissement de ce type de prise en charge à d'autres troubles tel que certains DTM, réalisation de circuits patients et collaborations trans disciplinaires,...) seront suggérées à la communauté et en particulier aux internes de la spécialité.

PO31 : Psoriasis lingual: à propos d'un cas

Type de soumission souhaité : Communication affichée

Auteurs :

ABDELKADER BOUKEMOUCHE (1)

1. , Faculte de chirurgie dentaire ALGER, ALGER, Algérie

Mots clefs : psoriasis, lingual, kératinocytes, inflammation.

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 :

Le psoriasis est une maladie inflammatoire de la peau affectant environ 3% de la population mondiale, elle est due à un renouvellement accéléré des cellules de l'épiderme. Il n'existe pas de consensus concernant la pathogénie. Le processus semble initié dans le derme par une réaction immunitaire faisant intervenir les lymphocytes TCD4+ produisant des cytokines pro-inflammatoires et stimulant la prolifération de kératinocytes. Le renouvellement cellulaire passe de trois semaines à trois jours.

Il en résulte une accumulation de kératinocytes immatures à la surface de la peau, augmentant ainsi l'épaisseur de la couche cornée. On parle alors de l'hyperkératose. Ce processus semble lié à des dispositions génétiques (3) et être favorisé par des facteurs environnementaux tels que les traumatismes, les infections ou encore le stress.

Les manifestations cutanées du psoriasis sont bien décrites, les données sur son implications orales restent limitées. Pendant de nombreuses années, il a été affirmé que le psoriasis n'affecte pas la muqueuse buccale, aujourd'hui l'implication de la cavité buccale est bien admise.

Le psoriasis oral peut toucher toutes les zones muqueuses de la cavité buccale (1), c'est à partir de 1903 qu'on commençait à rattacher certaines lésions orales au psoriasis, et actuellement, c'est une entité bien admise par les dermatologues. Sa prévalence dans la population générale oscille entre 1 et 2% avec une prédilection chez l'enfant (2).

Le cas clinique rapporté est celui d'un homme de 45 ans, non fumeur, dont le diagnostic de psoriasis du cuir chevelu a été posé en 2001 par le service de dermatologie. Le patient décrivait de façon chronique une gêne alimentaire avec des douleurs linguales en rapport surtout avec des aliments acides et pimentés, concomitantes à l'apparition de lésions érythémato-squameuses au niveau des membres inférieures qui évoluaient par poussées.

l'examen clinique a révélé une légère pâleur du patient, la langue montre des zones d'aspect géographique avec plaques érythémateuses sur la face dorsale. les examens complémentaires ont montré une fonction hépatique et rénales normales.

L'échographie cervicale et le téléthorax normaux. Le patient prenait un traitement pour son psoriasis cutané constitué de dermocorticoïde et de solution désinfectantes.

Yesudian PD et Al . Archives of dermatological Research, 2012, 304(1):1-5

Clabaut A, Visieux V. Ann Dermatol venereol 2010; 137:408-15

Gonzaga et Al. J Dermatol; 1996; 135: 368-70

PO02 : Adénome pléomorphe des glandes salivaires principales : A Propos de 10 cas

Type de soumission souhaité : Communication affichée

Auteurs :

Jeannette Apoline AKA Epouse ADOUKO (1), Camille ASSOUAN (2), N'dia Dominique N'GUESSAN (2)

1. UFR Odonto-Stomatologie, Université Felix Houphouët Boigny, Abidjan, Côte d'Ivoire
2. Stomatologie Chirurgie Maxillo-Faciale, Université Felix Houphouët Boigny, Abidjan, Côte d'Ivoire

Mots clefs : adénome pléomorphe glandes parotide sublinguale

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'adénome pléomorphe fait partie d'un groupe disparate de tumeurs bénignes des glandes salivaires. relativement fréquentes. Son caractère indolent et son évolution lente à l'origine des formes historiques, entraînent très souvent le sacrifice des glandes salivaires lors de l'exérèse chirurgicale.

L'objectif de cette étude est de décrire les aspects épidémiologique, clinique et thérapeutique de cette tumeur.

MATERIEL ET METHODES

IL s'agissait d'une étude rétrospective descriptive réalisée dans le service de Stomatologie Chirurgie Maxillo-Faciale du centre hospitalo-universitaire de Treichville (Côte D'Ivoire) sur une période de 6 ans (2015 à 2021). Une dizaine de dossiers de cas d'adénome pléomorphe des glandes salivaires majeures ont été colligés parmi les 38 dossiers de cas de tumeurs des glandes salivaires confirmées histologiquement.

RESULTATS

Les adénomes pléomorphes représentaient 30% de l'ensemble de tumeurs des glandes salivaires et 43,47% des tumeurs bénignes. L'échantillon se composait de 5 hommes et 5 femmes avec un âge moyen de 44,1 ans. Les tumeurs siégeaient dans 90% dans la parotide, et dans un cas au niveau de la glande submandibulaire. Le délai moyen de diagnostic était de 4 ans et 3 mois. Les tumeurs étaient très évoluées dans la majorité des cas. La TDM était l'examen de choix pour tous les cas de tumeur parotidienne. L'exérèse totale de la glande a été réalisée dans tous les

cas. Il n'y a pas de récurrence sur un recul de 5 ans.

DISCUSSION

L'adénome pléomorphe représente la majorité des tumeurs épithéliales bénignes et de l'ensemble des tumeurs salivaires avec une localisation parotidienne plus fréquente selon les statistiques en général. Son évolution lente et indolente explique le retard de consultation de nos patients qui présentent des tumeurs dites « historiques » au retentissement fonctionnel et esthétique. L'absence d'examen extemporané dans nos conditions d'exercice doit imposer la parotidectomie totale conservatrice dans la prise en charge des adénomes pléomorphes parotidiens.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. S. Nitassi , M. Oujilal, M. Boulaich, L. Essakalli, M. Kzadri : Adénome pléomorphe géant de la parotide j.stomax.2009.06.011
2. Recommandations SFORL - Prise en charge de l'adénome pléomorphe, 2020

PO03 : Gestion des avulsions dentaires et détartrages avec le facteur VII activé recombinant chez des patients atteints de thrombasthénie de Glanzmann au CHRU de Strasbourg : une étude observationnelle rétrospective

Type de soumission souhaité : Communication affichée

Auteurs :

Maxime Delarue (1), François Severac (2), Martine Soell (3), Dominique Desprez (4), Fabien Bornert (1)

1. Service de Chirurgie Orale, Pôle de Médecine et Chirurgie bucco-dentaires CHRU Strasbourg, Strasbourg, France
2. Département de Santé Publique, Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, Strasbourg, France
3. Service de soins et chirurgie bucco-dentaires HautePierre, Pôle de Médecine et Chirurgie bucco-dentaires CHRU Strasbourg, Strasbourg, France
4. Centre Régional de Traitement de l'Hémophilie, Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, Strasbourg, France

Mots clefs : Thombasthénie; Glanzmann; Novoseven ; Extractions

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 thrombasthénie de Glanzmann (TG) est une maladie hémorragique rare héréditaire affectant la lignée des mégacaryocytes, impliquée dans l'agrégation plaquettaire. Elle est caractérisée par des saignements cutanéomuqueux spontanés et une réponse exagérée au traumatisme. (1) La transfusion plaquettaire présente des limites comme l'allo-immunisation et le risque de transmission d'agents pathogènes. L'utilisation du facteur VII activé recombinant (rFVIIa) NovoSeven® est approuvée comme alternative dans le traitement des hémorragies et la prévention des saignements lors d'interventions chirurgicales chez les patients atteints de TG. (2) Le but de cette étude est d'évaluer l'efficacité d'un protocole d'hémostase utilisant le rFVIIa pour les avulsions dentaires et les détartrages chez les patients atteints de TG.

Méthodes : Cette étude rétrospective a été menée sur 22 patients atteints de TG de type I, II et III sur une période de 14 ans. Les données sont issues des dossiers dentaires et médicaux. Le protocole comprenait des consultations dentaires et médicales préliminaires. Le protocole d'hémostase était le suivant : 90 à 120 µg/kg de rFVIIa injecté 10 minutes avant l'intervention. Les avulsions étaient réalisées sous anesthésie locale, complétées par un agent hémostatique intra-alvéolaire résorbable et des sutures puis une compression locale d'au moins 10 minutes avec de l'acide tranexamique. Une nouvelle injection de 90-120 µg/kg était réalisée 2 heures après l'intervention puis renouvelée 2 heures plus tard selon le saignement du patient.

Résultats : 10 femmes et 12 hommes atteints de TG ont été inclus dans cette étude. L'âge moyen était de 28,2 ans (extrêmes 3 à 70). 187 avulsions et 41 détartrages ont été réalisés au cours de 103 séances. Seuls 6 épisodes hémorragiques mineurs ont été observés, 4 gérés par une procédure d'hémostase locale et 2 patients ont reçu du rFVII le lendemain. Aucun événement thrombo-embolique, aucune hospitalisation, aucune transfusion plaquettaire n'ont été enregistrés.

Discussion : Cette étude est la première à analyser une large population de patients affectés par la TG dans le cadre de procédures exclusivement de chirurgie buccale. Le taux de succès est de 94%, légèrement supérieur aux 88% de succès dans la prophylaxie d'hémorragies lors de procédures chirurgicales mineures. (3) Le nombre d'injections est compris entre 2 et 3. Ce protocole requiert une collaboration étroite entre chirurgien oral et hématologue. L'usage des procédures d'hémostase locale est essentiel et une évaluation rigoureuse du risque hémorragique demeure nécessaire.

Conclusion : Le rFVIIa associé aux mesures d'hémostase locale apparaît comme un protocole très sûr pour prévenir les saignements liés aux procédures dentaires invasives chez les patients atteints de TG.

1. Nurden AT. Orphanet J Rare Dis. déc 2006;1(1):10.
2. Poon MC et al. Transfus Med Rev. avr 2016;30(2):92-9.
3. Poon MC. Thromb Haemost. mars 2021;121(03):332-40.

PO04 : Lésions orales révélatrices d'une maladie de Crohn : à propos d'un cas

Type de soumission souhaité : Communication affichée

Auteurs :

Mounir Omami (1), 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 : Maladie de Crohn, 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 maladie de Crohn est une maladie inflammatoire chronique de l'intestin pouvant toucher tout le tube digestif depuis la cavité buccale jusqu'à l'anus. Elle évolue par poussées inflammatoires avec des symptômes digestifs et extra-digestifs notamment au niveau de la cavité orale qui peuvent être inaugurales et précéder l'atteinte intestinale (Cherbi 2009, Weigert 2020).

Observation : Le cas rapporté est celui d'un jeune homme de 19 ans sans antécédents médico-chirurgicaux notables, qui présentait une ulcération linéaire profonde au niveau du fond de vestibule mandibulaire droit apparue suite à l'avulsion des dents de sagesse. L'examen endobuccal montrait aussi un œdème muqueux pavimenteux de la face interne de la joue droite, des pseudopolypes muqueux au niveau du vestibule mandibulaire droit et une macrochéilite de la lèvre inférieure. L'examen locorégional révélait la présence d'une adénopathie submandibulaire droite ferme, mobile et douloureuse à la palpation. Une biopsie de l'ulcération a été réalisée. L'examen anatomopathologique montrait la présence d'un granulome épithélioïde giganto-cellulaire sans nécrose caséuse. Le patient a été adressé au service de gastro-entérologie qui a confirmé le diagnostic de la maladie de Crohn. Un traitement par anti-TNF α (Adalimumab) a été instauré. Il est encours de suivi avec une régression nette des lésions buccales.

Discussion : Les mécanismes étiologiques de la maladie de Crohn sont encore mal compris. Ils font intervenir des facteurs génétiques, immunitaires et environnementaux. En France, elle touche près d'une personne sur 1 000, avec chaque année 8 nouveaux cas pour 100 000 habitants. Aujourd'hui, en France, plus de 120 000 personnes sont atteintes de la maladie de Crohn. Le pic de fréquence de la maladie se situe entre 20 et 30 ans mais elle peut débuter à tout âge. Les manifestations buccales peuvent parfois précéder de plusieurs années les manifestations gastro-intestinales et représenter ainsi le seul élément de diagnostic. Ces manifestations peuvent être soit liées à la maladie, soit y être associées. Pour les formes buccales le diagnostic différentiel doit se faire avec les granulomatoses orofaciales telles que le syndrome de Melkersson-Rosenthal, la chéilite granulomateuse de Miescher, la sarcoïdose ou, plus rarement, la maladie de Wegener (Weigert 2020, Borghetti 2020).

Conclusion : Le chirurgien-dentiste joue un rôle primordial dans le diagnostic précoce de la maladie de Crohn surtout si les manifestations sont uniquement au niveau de la cavité orale. Ceci

permet l'instauration plus rapide d'un traitement spécifique et adéquat afin de limiter la sévérité des lésions et d'améliorer la qualité de vie du patient.

1-Cherbi S et al. Actualités odonto-stomatologiques.2009;246:113-127.

2-Weigert KL et al. Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology.2020;129(1):e90.

3-Borghetti RL et al. Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology.2020; 129(1):e81.

PO05 : Localisation buccale et maxillo-faciale d'un lymphome T-NOS : un cas**Type de soumission souhaité** : Communication affichée**Auteurs** :

Chloé Pasquier (1), Jean-Christophe Fricain (1), Sylvain Catros (1), Mathilde Fénelon (1)

1. Service de chirurgie orale, CHU de Bordeaux, Bordeaux, France

Mots clefs : Lymphome T-NOS, ulceration buccale**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 : Le lymphome périphérique à cellules T, sans autre précision (PTCL-NOS) est une catégorie diagnostique définie par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) au sein du groupe très hétérogène des néoplasmes à cellules T et cellules NK matures. Il s'agit du sous-type le plus courant des néoplasmes à cellules T dans le monde, avec une fréquence comprise entre 22 et 36 % [1,2]. L'âge médian à la présentation est d'environ 60 ans avec une prédominance masculine [1]. Les PTCL-NOS sont principalement des lymphomes nodaux, mais l'atteinte extranodale a été rapportée au niveau du tractus gastro-intestinal, de la peau, de la moelle osseuse, et plus rarement des poumons [1,2]. Le diagnostic de lymphome PTCL-NOS sur des manifestations buccales est exceptionnel. Patient : Un patient de 62 ans a été adressé en consultation de dermatologie buccale au CHU de Bordeaux pour le diagnostic et la prise en charge d'ulcérations oro-pharyngées récidivantes depuis 6 mois. L'examen clinique montrait la présence d'ulcérations endobuccales multiples. Une large ulcération palatine présentait une allure nécrotique. Une biopsie a été réalisée avec demande d'examen en immunofluorescence directe pour éliminer une dermatose bulleuse auto-immune. A titre systématique un dosage des ANCA, des vitamines B6 B9 B12 C, des anticorps anti-BP 180, anti-BP 230, anti-collagène VII, et desmoglénine 1 et 3 est demandé, ainsi que des prélèvements virologiques et bactériologiques. Un traitement local par corticoïdes a été prescrit pour soulager les douleurs intenses du patient. Le résultat de l'examen anatomo-pathologique a révélé une localisation de lymphome T périphérique NOS. Le patient a été hospitalisé en urgence dans le service de dermatologie du CHU de Bordeaux puis traité par chimiothérapie en 6 cures de CHOP (Cyclophosphamide, Doxorubicine, Vincristine et Prednisone), réparties sur 4 mois. Il est actuellement en rémission complète. Discussion : Les patients atteints de la forme PTCL-NOS présentent souvent un stade avancé, et le pronostic est mauvais [1]. La survie globale à 5 ans est de 20 à 30% [3]. Dans l'étude de de Arruda *et al*, le palais était le site le plus touché (50 %), et les tumeurs se présentaient généralement sous forme d'ulcères destructeurs et douloureux [3]. Conclusion : Parmi les lymphomes matures à cellules T, le lymphome PTCL-NOS peut présenter des localisations buccales et maxillo-faciales, sous la forme d'ulcérations profondes et destructrices. Il est important de biopsier ces lésions, pour un diagnostic précoce et une mise en route rapide du traitement de lymphomes, dont le pronostic est sombre.

[1] Oluwasanjo A, et al. Peripheral T-Cell Lymphoma, not Otherwise Specified (PTCL-NOS)

[2] Pileri SA et al. Peripheral T-Cell Lymphoma, Not Otherwise Specified: Clinical Manifestations, Diagnosis, and Future Treatment.

[3] de Arruda JAA, et al. Mature T/NK-Cell lymphomas of the oral and maxillofacial region: A multi-institutional collaborative study

PO06 : Les hyperplasies gingivales spongieuses juvéniles localisées

Type de soumission souhaité : Communication affichée

Auteurs :

marie rollin (1), Ihsène Taihi (2)

1. chirurgie plastique maxillo faciale et stomatologie , Hôpital Robert Ballanger , paris, France
2. Médecine Bucco-dentaire , Hôpital Rothschild, Paris, France

Mots clefs : dermatologie buccale, hyperplasies gingivales, pédodontie

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 hyperplasies gingivales spongieuses juvéniles localisées (HGSJL) sont des lésions gingivales peu connues, touchant particulièrement les dents maxillaires antérieures en éruption (environ 82% des cas) chez les enfants dans leur deuxième décennie. Les premiers cas sont rapportés en 2007 ; Darling et al. décrivent alors cette entité sous le nom de « gingivite spongieuse juvénile ». En 2008, Chang modifie la dénomination pour « hyperplasies gingivales spongieuses juvéniles localisées ». Elles sont peu connues par les chirurgiens-dentistes et peuvent être confondues avec d'autres hyperplasies gingivales d'origine bactérienne ou hormonale, telles que le granulome pyogénique, l'épulis inflammatoire, l'hyperplasie inflammatoire papillaire et la gingivite pubertaire.

Cliniquement, les lésions d'HGSJL forment des hyperplasies focales, souvent localisées aux collets et sont retrouvées plutôt chez les adolescents. La gencive est oedématisée, rouge, luisante, avec un aspect velouté. Plusieurs facteurs de risque sont possiblement associés à ces lésions comme l'exposition à certains allergènes, la respiration buccale et le traumatisme local chronique.

Leur étiologie n'est pas encore résolue, car malgré une composante inflammatoire mise en évidence, une amélioration négligeable est constatée avec les méthodes d'hygiène orale. L'étiologie la plus acceptée serait celle d'un épithélium de jonction ectopique, retrouvé au niveau de l'épithélium de surface gingival, plus sensible aux irritations extérieures.

Au niveau histologique on retrouve une perte de kératose de surface ou une parakératinisation, une hyperacanthose et de la spongieuse, avec une exocytose neutrophillique. L'épithélium de surface est marqué dans son intégralité par la CK19, retrouvée dans les conditions physiologiques uniquement au niveau de la couche épithéliale basale, ou seulement dans l'ensemble de l'épithélium jonctionnel, témoignant d'un possible épithélium de jonction dit ectopique.

Le traitement souvent préconisé est chirurgical, avec la proposition de la cryothérapie et la photothérapie dynamique dans les études récentes. Quelques cas de résolutions spontanées ont également été rapportés. L'évolution est souvent simple, avec parfois des récurrences décrites entre 6 à 16% des cas traités. Le rétablissement d'une hygiène orale adaptée et la suppression de facteurs allergènes sont également conseillés.

Le diagnostic des lésions d'HGSJL est souvent compliqué et méconnu. Leurs formes cliniques peuvent varier ainsi que leurs localisations et étendue. Le terme hyperplasie gingivale spongieuse juvénile localisée est d'ailleurs remis en question du fait de l'existence de formes plus étendues et chez des adultes mais aussi du fait de l'absence de spongieuse systématique. Par ailleurs, l'hypothèse d'une origine embryonnaire dentaire via les restes épithéliaux de Malassez est également envisagée orientant les auteurs vers le terme de Gingivite odontogène avec métaplasie.

PO54 : Traitement chirurgical des péri-implantites : le réenfouissement toujours d'actualité ?

Type de soumission souhaité : Communication affichée

Auteurs :

Amélie Bitton (1), Tyara Girod De L'Ain (1), Raphaël Zeitoun (1), Julien Framezelle (1), Alp Alantar (1)

1. Odontologie, Hôpital Max Fourestier, Nanterre, France

Mots clefs : péri-implantite, réenfouissement, comblement osseux, greffe gingivale

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 technique de réenfouissement a été largement documentée dans la gestion des tissus mous péri-implantaires en secteur esthétique (Lai et al. *Int J Oral Maxillofac Implants*, 2010, 25(1):201-4). A notre connaissance la technique n'a pas été développée dans le traitement des péri-implantites.

Observation: Le cas clinique présenté ici est celui d'une femme âgée de 57 ans, en bonne santé générale, adressée pour saignement péri-implantaire. L'examen clinique met en évidence une poche de 8mm en interproximal des 2 implants 46 et 47 et une alvéolyse de 40%. Le diagnostic de peri-implantite est posé ; un surfaçage associé à une décontamination est instauré. Devant la persistance des signes cliniques à 6 mois, la décision est prise de réenfouir les 2 implants. Les couronnes sont déposées et les vis de couvertures positionnées. Une prémédication antibiotique et antalgique est donnée. Un lambeau muco-périosté est associé à un débridement mécanique (curette parodontale) et une décontamination chimique (povidone iodée/eau oxygénée). Un comblement osseux avec xéno greffe d'origine bovine (Nuoss®) recouvert de deux greffes gingivales libres (Jung et al. *Int J Periodontics Restorative Dent*. 2004, 24(6):545-53) stabilisées par des sutures suspendues terminent l'intervention. La mise en fonction des 2 implants est faite à 3 mois. Les couronnes transvissées définitives sont réalisées à 1 mois après mise en fonction. La radiographie rétro-alvéolaire à 9 mois après réfection prothétique révèle un recouvrement de 30% de la surface rugueuse (4/6 spires recouvertes) sur l'implant 46 et un recouvrement à 100% de l'implant 47. L'examen clinique révèle un sondage de 3 mm, sans saignement au sondage. Un suivi annuel est instauré.

Discussion : Les matériaux de comblements péri-implantaires sont l'autogreffe, la xéno greffe ou la combinaison des deux (Wiltfang J et al. *Clin Implant Dent Relat Res*. 2012, 14(3):421-7). L'alvéolyse consécutive à la péri-implantite ne permet pas le maintien pérenne de la greffe gingivale mais assure la stabilité du greffon osseux.

Conclusion : La technique de réenfouissement peut être une alternative en cas d'échec de la thérapeutique initiale. Ces données doivent être confirmées par une étude de cohorte.

PO07 : Prise en charge en Chirurgie orale d'une patiente avec lichen plan scléreux : un cas

Type de soumission souhaité : Communication affichée

Auteurs :

Emma Fribourg (1), Mathilde Fenelon (2), Xavier LAGARDE (2), Jean-Christophe Fricain (2)

1. Aquitaine, Chu bordeaux, Bordeaux, France

2. Aquitaine, Chu bordeaux, bordeaux, France

Mots clefs : lichen plan scléreux, traitement

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 : Le lichen plan scléreux est une maladie inflammatoire chronique, dont l'étiologie n'est pas certaine. Elle atteint préférentiellement les muqueuses ano-génitales, et plus rarement la muqueuse orale (1)(2) Observation : Une patiente de 55 ans, sans antécédent notable, était adressée dans le service de chirurgie orale pour l'apparition d'une muqueuse dyschromique récente avec perte d'élasticité labiale inférieure. À l'examen clinique, on observait une plaque blanche de 4cm², située sur la face externe de la demie muqueuse de la lèvre inférieure à gauche étendue jusqu'en rétro-commissural. La palpation restait souple et la muqueuse luisante sans signe de kératose. Cet aspect hyalin blanchâtre de la muqueuse ne semblait pas compatible avec une fibrose orale sous-muqueuse d'autant qu'il n'y a pas de notion de tabac à chiquer. La première biopsie excluait une pathologie lichenoïde et statuait sur un remaniement inflammatoire chronique. Une relecture de lame a permis de mettre en évidence une atrophie épithéliale avec légère parakératose de surface, une bande sous épithéliale hyalinisée fibreuse, et la présence d'un léger infiltrat inflammatoire mononucléé plus ou moins en bande situé plus en profondeur, ainsi que de très rares lymphocytes en exocytose dans la couche basale. Les aspects cliniques et anatomopathologiques ont permis de poser le diagnostic de lichen scléreux oral. Une application trois fois par jour de clobétasol en crème (Dermoval ®) avait été prescrit en première intention sans efficacité clinique. En seconde intention, deux injections d'Acétonide de Triamcinolone (Kenacort ® 80mg) ont été réalisées en sous lésionnel à 3 semaines d'intervalle avec une régression de la lésion et une diminution de la gêne labiale. A la consultation de contrôle à 6 mois, le lichen avait disparu, laissant place à, une petite zone cicatricielle rétrocommissurale. Discussion : Le lichen oral scléreux est une entité rare qui touche préférentiellement les lèvres. Cette entité doit être connue des chirurgiens oraux et des anatomo-pathologistes. Dans le cas présenté, c'est le chirurgien oral qui a proposé le diagnostic initial de lichen scléreux et la relecture de lame en duo chirurgien oral et anatomopathologiste qui a permis de poser le diagnostic. Le traitement du lichen

scléreux oral n'est pas codifié. Il repose dans la littérature sur : Vitamine A, Clobétasol, Bétaméthasone, Triamcinolone, Pimécrolimus, Tacrolimus, Excision chirurgicale. Le traitement de référence du lichen scléreux génital est le clobétasol. Dans notre cas, l'application de clobétasol n'a pas permis de régression du lichen contrairement à certains cas décrit dans la littérature. En revanche les injections de Kenacort ont entraîné une rémission totale du lichen scléreux. Compte tenu de la quasi absence d'effets indésirables de ce traitement, il pourrait être proposé en première intention pour traiter le lichen scléreux oral

PO32 : Toxidermie type Stevens Johnson au Bactrim : A propos 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 : toxidermie, Stevens Johnson, Bactrim, érythème polymorphe buccal

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 toxidermie de type Stevens Johnson (TSJ) appartient aux toxidermies rares et graves à l'origine d'une mortalité en phase aiguë de 5 %. L'étiologie principale est médicamenteuse. La symptomatologie débute 1 à 3 semaines après la prise et se caractérise par une atteinte de l'épiderme et des muqueuses <10 % de la surface corporelle. Le patient présente des prodromes suivi de macules qui confluent en bulles épidermiques qui se décollent dans les 3 jours. Dans 90 %, on retrouve des lésions érosives de la muqueuse buccale, une kérato-conjonctivite et des atteintes génitales. Le diagnostic est clinique, confirmé par un examen histologique retrouvant un épithélium nécrotique. Le traitement consiste en un arrêt précoce du médicament suspecté et une contre-indication de celui-ci à vie. Le cas clinique rapporté est celui d'un homme de 49 ans, qui présentait une gingivostomatite avec des pseudo-membranes et des ulcérations multiples associées à une ulcération génitale et une conjonctivite. Il était sous Bactrim depuis 3 semaines pour une infection urinaire. Une biopsie a été réalisée et retrouvait une dermite avec nécroses keratinocytaires. Le diagnostic de TSJ a été retenu.

Dans le TSJ l'atteinte de la cavité orale est très fréquente 90%. Le syndrome clinique est l'érythème polymorphe buccal (EPB). Il est retrouvé dans le syndrome de Lyell et dans l'érythème polymorphe. Le diagnostic est posé selon l'atteinte cutanée. L'EPB présente des érosions recouvertes de pseudo-membranes pouvant réaliser des lambeaux blanchâtres de muqueuses nécrotiques. Plus rarement de lésions érythémateuses, de vésicules ou de bulles sont retrouvées. L'association à une chéilite érosive et hémorragique est fréquente. Les maladies bulleuses atteignant la cavité buccale sont responsables de lésions érosives douloureuses. Les bulles sont rarement observées devant l'évolution rapide en érosion. Il doit être évoqué devant une érosion arrondie, bien limitée par une collerette épithéliale périphérique ou devant un vaste décollement épithélial. Devant un EPB, une biopsie est nécessaire afin d'éliminer une maladie bulleuse auto-immune. Certain TSJ n'atteint que les muqueuses et les zones péri-orificielles. Le traitement réside en l'arrêt du médicament imputé et a des soins adaptés aux lésions retrouvées. La guérison est obtenue en 2 à 6 semaines. Les médicaments plus souvent imputés sont les sulfamides antibactérien, anticonvulsivants, anti-inflammatoires non stéroïdiens (oxicams). Dans le TSJ, des causes infectieuses sont retrouvées mais restent rares (mycoplasma pneumoniae...). Les études relatent l'étiologie des sulfamides pour les TSJ dans 1/3 des cas et l'atteinte

uniquement des muqueuses et péri-orificielles. Le cas présenté, est typique d'une atteinte touchant uniquement les muqueuses et les zones péri-orificielles à la suite d'une prise de Bactrim. La biopsie a permis de confirmer le diagnostic. Le médicament imputé est le Bactrim qui appartient à la famille des sulfamides.

PO08 : Mise au point d'un modèle d'ostéonécrose des mâchoires induite par les biphosphonates chez le rat.**Type de soumission souhaité :** Communication affichée**Auteurs :**

Charlotte LEDOUBLE (1), Sébastien LAURENCE (1), Julien BRAUX (2), Halima KERDJOUJ (3), Cédric MAUPRIVEZ (1)

1. Pole Médecine Bucco-Dentaire, CHU Reims , Reims, France
2. Pôle de Médecine Bucco-Dentaire, CHU Reims, REIMS, France
3. , Laboratoire BIOS EA 4691, REIMS, France

Mots clefs : Ostéonécrose des mâchoires, Biphosphonates, Modèle animal .**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 :**

L'ostéonécrose des mâchoires induite par les biphosphonates (ONM) est un effet insérable non négligeable des anti-résorbeurs osseux, communément utilisés dans le traitement des affections osseuses bénignes et malignes. Son incidence est de 0.01% chez les patients souffrant d'ostéoporose, et peut atteindre 15% dans les contextes malins (Mücke *et al.* 2016). À ce jour, la prise en charge des patients à risque d'ONM représente un véritable défi, tant sur le plan préventif que curatif. Dans le but d'améliorer les résultats des thérapeutiques actuelles, différents traitements adjuvants sont proposés (PRF, LASER, membrane amniotique *etc.*) (Odet *et al.* 2022). Prometteurs dans des séries de cas, ces adjuvants ne font que rarement l'objet d'études précliniques, faute de modèle animal reproductible. Dans la perspective d'évaluer les thérapeutiques adjuvantes préventives *in-vivo*, ce travail avait pour objectif de valider modèle murin d'ONM.

Vingt rats males Wistar ont été randomisés en trois groupes : zolédronate/dexaméthasone (ZA/DEX), zolédronate uniquement (ZA) et contrôle (CTRL). Les traitements ont été administrés deux fois par semaine pendant douze semaines. Quatre semaine après le début des injections, les trois molaires maxillaires droites ont été avulsées. Tous les animaux ont été sacrifiés huit semaines après l'intervention. Les taux de survenue de l'ONM ainsi que l'étendue des expositions osseuses ont ensuite été calculés. Puis, une caractérisation microtomographique, biomécanique, et spectroscopique a été menée pour compléter les données macroscopiques.

Dans les groupes ZA/DEX, ZA et CTRL, les taux de survenue de l'ONM étaient respectivement de 100%, 62.5% et 0%. L'étendue des expositions osseuses était comparable entre les groupes ZA/DEX et ZA ($p=0.23$). 75% des animaux traités par ZA/DEX et ZA présentaient des séquestrations osseuses, contre 0% dans le groupe CTRL. En site osseux nécrotique (groupes ZA/DEX et ZA), des modifications des bandes du collagène étaient objectivables en spectroscopie Raman (proline $\sim 852\text{cm}^{-1}$ and hydroxyproline $\sim 877\text{cm}^{-1}$). Les forces de rupture maximales étaient significativement plus élevées dans les groupes traités par ZA/DEX et ZA, par rapport CTRL ($p<0.05$). De plus, les animaux traités par ZA/DEX présentaient des forces de rupture maximales significativement plus faibles que ceux du groupe ZA ($p<0.05$).

Les résultats obtenus chez le rat ont permis de mettre en évidence un taux de survenue élevé de l'effet indésirable dans le groupe traité par ZA/DEX (100%). Ces observations concordent avec les données acquises chez l'Homme, puisque les corticothérapies sont décrites comme étant un facteur aggravant des ONM (Lesclous *et al.* 2011). Par conséquent, le modèle d'ONM associant ZA et DEX semble prometteur pour l'évaluation future des traitements préventifs *in-vivo*.

Mücke *et al.* Semin Musculoskelet Radiol. 2016;20(3):305-14.

Odet *et al.* Front Bioeng Biotechnol. 2022;10:936074.

Lesclous *et al.* Rev Odont Stomat. 2011;40:173-91.

PO09 : Étudier l'impact de la réalité virtuelle sur l'anxiété lors d'avulsions dentaires sous anesthésie locale : une étude prospective randomisée

Type de soumission souhaité : Communication affichée

Auteurs :

Herve Benateau (1), Jean-François Sergent (2), Dorian Henry (3), Guillaume Gautier (3), Alexis Veysiere (1), Anaïs Protin (2)

1. Chirurgie maxillo-faciale, CHU Caen, Caen, France
2. Chirurgie orale, CHU Caen, Caen, France
3. Chirurgie orale, CHU Caen, Caen, France

Mots clefs : chirurgie orale, anxiété dentaire, réalité virtuelle, avulsions dentaires

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. : Je refuse

Résumé :Introduction

20% de la population a déclaré avoir peur du dentiste (Silveira 2021). Cette peur peut entraîner un évitement des soins et à terme une altération de la santé bucco-dentaire ou de l'état général (Armfield 2007). La réalité virtuelle (VR) permet de réduire la douleur et l'anxiété chez les enfants lors de chirurgies dentaires (López-Valverde 2020). C'est la raison pour laquelle nous cherchons à déterminer l'impact de la VR sur l'anxiété des adultes lors d'avulsions dentaires sous anesthésie locale.

Matériels et méthodes

Les patients ont été randomisés en deux groupes, avec VR et sans VR. L'inclusion a été réalisée dans le service de chirurgie orale du CHU de Caen entre novembre 2021 et mai 2022. L'étude a reçu l'approbation d'un comité de protection des personnes (CPP) le 09/09/2021 avec le numéro ID RCB n°2021-A01969-32. Les adultes venant pour l'avulsion d'au moins deux dents étaient éligibles. Les patients ont rempli le questionnaire State Trait Anxiety Inventory-State-(STAI-YA) (Spielberger 1983, Zemła 2019) et l'échelle visuelle analogique d'anxiété (EVA) avant et après l'intervention en retranscrivant l'anxiété ressentie lors de celle-ci. Le critère de jugement principal était l'évolution du score STAI-YA, nous recherchons une diminution du score de plus de 8 points. Les critères secondaires étaient la pertinence de la métrique choisie en la comparant à l'EVA, définir les facteurs influençant l'évolution du STAI-YA, étudier les effets secondaires et le souhait ou non de renouveler l'expérience.

Résultats

119 patients ont été randomisés en deux groupes. 105 patients ont été analysés, 55 dans le groupe avec VR et 50 dans le groupe sans VR. 40% des patients du groupe avec VR ont eu un score STAI-YA réduit de plus de 8 points entre avant et pendant l'intervention contre 20% dans le groupe contrôle. Ce résultat est significatif ($p=0,026$ et puissance 85%). L'EVA a suivi la même tendance avec 40% des patients du groupe avec VR ayant une EVA réduite de plus de 2 cm contre 16% dans le groupe contrôle. Si un patient avait déclaré craindre le dentiste et qu'il bénéficiait de la VR, il avait plus de chance de réduire son anxiété (75% contre 37,5% dans le groupe témoin). Aucun effet secondaire n'a été observé et 96% des patients souhaitaient renouveler l'expérience.

Discussion : La randomisation semble comporter des biais malgré la bonne puissance de l'étude. Il serait intéressant de réaliser une étude sur l'efficacité d'une VR active en comparaison à une VR passive.

Conclusion

La réalité virtuelle paraît efficace pour diminuer l'anxiété des adultes opérés d'avulsions dentaires multiples sous anesthésie locale et ce d'autant plus chez les patients ayant peur du dentiste.

Silveira ER et al. Journal of Dentistry. 2021; 108:103632.

Armfield JM et al. BMC Oral Health. 2007;7(1):1.

López-Valverde N et al. JCM. 2020;9(10):3086.

Spielberger CD et al. Corsini Encyclopedia of Psychology 1983

Zemła AJ et al. Anaesthesiol Intensive Ther. 2019;51(1):64-9.

PO10 : Apport de la CFAO en chirurgie orale : à propos d'un cas d'autotransplantation dentaire.

Type de soumission souhaité : Communication affichée

Auteurs :

Clément Lebret (1), Jean-Christophe Fricain (2), Sylvain Catros (2), Mathilde Fénelon (2)

1. Chirurgie orale, CHU Bordeaux, Bordeaux, France
2. CHU Bordeaux, CHU Bordeaux, Bordeaux, France

Mots clefs : autotransplantation dentaire, chirurgie orale, duplicata

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'autotransplantation dentaire est une alternative fiable et reproductible aux thérapeutiques conventionnelles des édentements unitaires¹. Elle reste cependant parfois grevée par des complications à court et long terme. La revascularisation rapide du transplant et la préservation du desmodonte garantissent son succès^{1,2}.

Si quelques facteurs intrinsèques favorisent sa revascularisation, le pronostic du transplant est conditionné par des facteurs per-opératoires visant à préserver son desmodonte et son paquet vasculo-nerveux.

Nous rapportons à travers la description d'un cas clinique original l'intérêt de CFAO pour l'autotransplantation d'une 38 en lieu et place d'une 36.

Observation

Une patiente de 16 ans était adressée pour avulsion de la dent 36. Après bilan clinico-radiologique, l'autotransplantation du germe de 38 en lieu et place de 36 était planifié. La segmentation de l'imagerie 3D (CBCT) a permis de créer puis d'imprimer un duplicata stéréolithographique de la dent 38.

Une alvéoloplastie progressive a pu être réalisée à l'aide du duplicata, en simulant la position finale du transplant. Une fois le duplicata inséré sans friction, stable et en légère sous-occlusion, la dent 38 a été extraite puis mise en place sans friction au premier essai. Une contention semi-rigide a été réalisée au fauteuil et laissée en place 6 semaines.

Un suivi régulier a été mis en place, observant un transplant vital, fonctionnel et intégré à 6 mois. Aucun signe de résorption ou d'ankylose n'a été observé.

Discussion

Au cours d'une autotransplantation, le geste d'alvéoloplastie confronte le chirurgien à un

dilemme. Une préparation alvéolaire trop importante ne permettra pas au transplant d'être stable dans son alvéole. A l'inverse, une ostéotomie insuffisante exposera le transplant à des lésions desmodontales lors de son application, et augmentera le temps d'ischémie du transplant hors de son alvéole. L'utilisation d'un duplicata chirurgical a permis de préparer la néo-alvéole à une application atraumatique du transplant en un essai, réduisant les phénomènes de friction et de compression. Cette procédure a de plus permis de diminuer le temps extra-alvéolaire du transplant, mais aussi la durée du temps opératoire. Elle semblait enfin améliorer le confort du patient comme celui du chirurgien.

Conclusion

Par rapport à l'autotransplantation dentaire traditionnelle, l'introduction de la conception assistée par ordinateur combinée à l'impression 3D d'un duplicata du transplant semble raccourcir le temps opératoire de préparation de l'alvéole et le temps extra-alvéolaire de la dent donneuse et réduit le nombre d'essais de positionnement avec la dent donneuse. Le recours à cette technologie devrait ainsi permettre de perfectionner la technique chirurgicale et d'améliorer les résultats du traitement par auto-transplantation. »

- (1) Tsukiboshi, M. *Dent. Traumatol.* **2002**, 18 (4), 157-180.
- (2) Tong, J. J. *Oral Maxillofac. Surg.* **2021**, 59 (10), 1233-1237.

PO11 : A propos d'une lésion rare : l'adénome pléomorphe chez l'enfant

Type de soumission souhaité : Communication orale

Auteurs :

Rosa Guyonvarch (1), Anissa Zitouni (2), Antoine Dubuc (3)

1. Interne Odontologie, CHU Bordeaux, Bordeaux, France
2. PH Odontologie, CHU Limoges, Limoges, France
3. AHU Odontologie, CHU Toulouse, Toulouse, France

Mots clefs : adénome pléomorphe, enfant, tumeur des glandes salivaires

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 :

L'adénome pléomorphe est la tumeur bénigne la plus fréquente des tumeurs des glandes salivaires (40 à 65%). Elle peut se manifester à tout âge et est observée chez les deux sexes, le plus souvent entre 30 et 60 ans et plus fréquemment chez les femmes (Radomski 2018). Chez l'enfant, l'âge moyen est 16,5 ans (Fu 2011).

Cliniquement, la lésion se présente de la même manière chez l'adulte et l'enfant sans contexte pathologique général. La lésion se manifeste par un nodule, dur, bien délimité, pouvant atteindre plusieurs centimètres. Souvent indolore, la muqueuse de recouvrement est normale, pouvant prendre un aspect bosselé. (Hamama 2015). Sa taille peut varier de 0,5cm à 4 cm, chez l'enfant (Fu 2011).

L'adénome pléomorphe est principalement localisé chez l'enfant au niveau de la glande parotide, à 56,7%. Il peut également se localiser à la glande submandibulaire, au palais, à la lèvre supérieure et la muqueuse jugale.

L'évolution de la tumeur est lente, variant entre 20 jours et 4 ans. Les symptômes apparaissent tardivement, souvent lorsque la lésion augmente de volume (Fu 2011).

Le cas clinique rapporté est celui d'une jeune fille de 7 ans, sans antécédents médicaux. La lésion palatine a été découverte en novembre 2022. Cliniquement, la lésion présentait un aspect nodulaire, en regard du secteur 2 en postérieur, sur le palais dur et le tiers antérieur du palais mou. Indolore, la lésion était de consistance ferme, la muqueuse de recouvrement non érythémateuse avec une indentation des dents antagonistes.

Suite à l'examen clinique, un scanner ainsi qu'une IRM ont été prescrit, mettant en évidence une lésion lobulée, à contenu homogène, bien délimitée, sans atteinte osseuse.

Le traitement de l'adénome pléomorphe repose en l'exérèse totale de la lésion avec des marges tissulaires de 5 mm. Cela limite le taux de récurrence qui s'élève entre 2,4% et 10% (Hamama 2015).

Après exérèse sous anesthésie générale, une analyse anatomopathologique a été demandé pour confirmer l'hypothèse diagnostique.

Il est tout de même rare de diagnostiquer une tumeur des glandes salivaires chez l'enfant de moins de 10 ans, notamment une tumeur maligne. La forme la plus commune retrouvée est un sous type de carcinome épidermoïde. Cependant, le chirurgien-dentiste se doit de rechercher les signes de malignité : adénopathies, augmentation rapide de taille, saignement spontané, bourgeonnement, infiltration.

Le gold standard concernant la thérapeutique est le traitement chirurgical. La radiothérapie adjuvante ne semble indiquée que pour les tumeurs avec un grade avancé (Radomski 2018).

La prise en charge repose sur l'évocation d'un adénome pléomorphe devant une lésion nodulaire sous une muqueuse saine. La biopsie est à proscrire afin d'éviter la dissémination des cellules tumorales. Après exérèse complète, un suivi clinique et radiologique est à instaurer.

PO33 : Syphilis sous une forme pseudotumorale : A propos d'un cas

Type de soumission souhaité : Communication affichée

Auteurs :

Pierre BOTTE (1)

1. , , RENNES, France

Mots clefs : syphilis, IST

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 syphilis est une infection bactérienne causée par *Treponema pallidum*. La transmission de cette infection est essentiellement sexuelle (rapports génitaux ou oro-génitaux non-protégés) mais peut également être materno-fœtale. Avec l'introduction des traitements par antibiotiques, cette pathologie était devenue rare au cours du XXe siècle, mais depuis le début des années 2000, le nombre de cas augmente. Selon le centre européen de prévention et de contrôle des maladies, entre 2012 et 2019, le nombre de cas confirmés de syphilis a augmenté de 65%¹. Sur le plan oral, les manifestations de cette pathologie peuvent prendre différentes formes, ce qui peut constituer un défi diagnostique pour le clinicien, et entraîner un retard voire une erreur de diagnostic².

Le cas clinique présenté est celui d'une patiente de 33 ans, qui se présente aux urgences du centre de soins dentaires de Rennes pour des douleurs causées par deux lésions orales en miroir associées à des dysphagies. L'anamnèse ne révèle aucun antécédent médico-chirurgical particulier à l'exception d'un abcès articulaire de la main drainé par un orthopédiste, et dont l'évolution est défavorable malgré l'antibiothérapie. Outre une hygiène bucco-dentaire insuffisante, l'examen clinique endo-buccal révèle une ulcération labiale douloureuse, d'environ 1,5cm de diamètre, bien délimitée, blanchâtre, non-homogène, à fond érythémateux et souple. En regard, la langue présente une lésion douloureuse, supra-centimétrique, mal délimitée, érythémato-érosive. L'hypothèse diagnostique d'IST est évoquée mais l'absence de comportement sexuel à risque à l'interrogatoire, ainsi que la négativité du frottis, des sérologies et du bilan sanguin ont poussé à la réalisation de biopsies. L'histologie des prélèvements retrouve alors l'anticorps anti *Treponema pallidum* ainsi que de très nombreux bacilles spiralés au niveau de l'ulcération superficielle mais également de manière plus éparses au sein du chorion. Le diagnostic s'oriente donc vers une forme pseudo tumorale de syphilis. Généralement, ces formes sont associées au VIH. Un bilan IST complet est donc effectué ainsi que la recherche d'autres lésions corporelles.

Les manifestations orales de la syphilis peuvent être présentes à tous les stades de la maladie et leur formes cliniques sont souvent variables³. La négativité du frottis et de la sérologie ont retardé le diagnostic chez cette patiente. L'immunohistochimie a finalement mis en évidence cette primo-infection syphilitique atypique qui a pu être traitée par les thérapeutiques adaptées.

PO12 : La mucinose focale orale : à propos d'un cas

Type de soumission souhaité : Communication affichée

Auteurs :

Xavier LAGARDE (1), Mathilde FENELON (2), Paul GALVEZ (3), Emma FRIBOURG (3), Sylvain CATROS (2), Jean Christophe FRICAIN (2)

1. CHIRURGIE ORALE, CHU BORDEAUX, Bordeaux, France
2. CHIRURGIE ORALE, CHU BORDEAUX, BORDEAUX, France
3. CHIRURGIE ORALE, CHU DE BORDEAUX , BORDEAUX, France

Mots clefs : Mucinose focale orale, tumeur,

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 :

Introduction

La mucinose focale orale (MFO) est une lésion rare des tissus mous d'étiologie inconnue.

La MFO a été décrite pour la première fois par Tomich en 1974 comme la conséquence d'une surproduction locale d'acide hyaluronique par les fibroblastes. Au niveau buccal, elle se trouve le plus souvent sur la gencive et se présente sous la forme d'une masse indolore, sessile ou pédonculée de la même couleur que la muqueuse environnante. Histologiquement, la MFO est caractérisée par une zone bien circonscrite de tissu conjonctif myxomateux contenant du matériel mucineux, entourée de tissu conjonctif collagénique plus dense.

Observation

Une patiente de 73 ans a consulté dans le service de chirurgie orale pour une tuméfaction gingivale évoluant depuis 3 mois. Elle se plaignait simplement d'une gêne mais pas de douleur. L'examen clinique retrouvait une tuméfaction ferme, bien limitée secteur 1, d'environ 3 cm de grand axe, sans ulcération. L'examen radiologique type Cone Beam retrouvait une lésion mal limitée associée à des zones hypo et hyperdenses. Une biopsie a donc été réalisée. L'analyse anatomopathologique retrouvait dans le chorion sous-jacent des plages myxoides oedemateuses parsemées de cellules fusiformes. La coloration bleu alcian était aussi positive. Le diagnostic de mucinose focale orale a donc été posé en première intention devant l'ensemble de ces éléments histologiques. L'exérèse de la lésion en monobloc a ensuite été réalisée sous anesthésie locale.

Discussion

La MFO a rarement été rapportée depuis sa première description en 1974. Cliniquement on retrouve la présence d'une masse de consistance ferme sans ulcération, souvent asymptomatique. Le diagnostic de MFO est difficile car sa présentation clinique est similaire à d'autres lésions buccales plus fréquentes telles que les fibromes gingivaux, les épulis, les granulomes périphériques à cellules géantes ou bien encore les myxomes. Radiologiquement on ne retrouve pas d'élément spécifiquement décrit dans le cadre de la MFO. Le diagnostic de certitude repose donc sur l'analyse anatomopathologique. Le traitement consiste en une exérèse chirurgicale complète de la lésion. Les cas de récurrence sont rarement rapportés dans la littérature.

Le cas présenté ici présente des caractéristiques originales de par la localisation de la lésion puisqu'une grande partie des patients atteints de mucinose présentent des lésions cutanées plutôt que muqueuses. De plus l'aspect radiologique contraste avec les descriptions habituellement retrouvées dans les cas de MFO.

Conclusion.

La MFO est une pathologie rare dans la sphère orale. La présentation clinique et radiologique n'étant pas spécifique le diagnostic de certitude repose sur l'analyse histologique.

PO34 : Médiastinite descendante secondaire à une cellulite odontogène : à propos d'un cas

Type de soumission souhaité : Communication affichée

Auteurs :

Lauren Deroussen (1), Victorin Ahossi (2), David Hoarau (2), Céline Mondoloni (3), Mehdi Issad (2)

1. Odontologie - Chirurgie Orale, CHU Dijon-Bourgogne, Amiens, France
2. Odontologie - Chirurgie Orale, CHU Dijon-Bourgogne, Dijon, France
3. Chirurgie Maxillo-Faciale, Chirurgie Plastique et Chirurgie de la Main, CHU Dijon-Bourgogne, Dijon, France

Mots clefs : médiastinite descendante, cellulite

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 médiastinite est une inflammation d'une ou plusieurs régions anatomiques qui forment le médiastin. Le médiastin est formé par la partie viscérale et cellulo-lymphatique médiane du thorax, limité en haut par la fourchette sternale et le cou, en bas par le diaphragme, latéralement par les poumons, en avant par le sternum et en arrière par la colonne vertébrale.

La médiastinite descendante est une infection du médiastin à partir d'une infection oropharyngée ou cervicale se propageant par contiguïté. Environ 3% des patients se présentant avec une infection cervicale profonde vont évoluer vers une médiastinite descendante. La médiastinite est complication potentiellement mortelle et rarement évoquée.

Il s'agit d'une femme de 45 ans qui présentait depuis sept jours une cellulite abcédée odontogène en regard de la dent 36, accompagnée d'un trismus à 4 mm. Le scanner mettait en évidence une collection de 43 mm de grand axe. La patiente a été prise en charge sous anesthésie générale afin de drainer la collection purulente, de mettre en place deux lames de Delbet et d'extraire la dent 36. 48 heures après l'intervention, l'état de la patiente s'est détérioré avec une dysphagie associée à un œdème cervical descendant douloureux. Une infiltration de la graisse rétro-pharyngée, une déviation des voies respiratoires sans obstruction, des adénopathies médiastinales ainsi que des épanchements pleureux bilatéraux étaient visibles au scanner cervico-thoracique.

L'association des éléments cliniques et scanographiques a permis de poser le diagnostic de médiastinite aiguë descendante.

Une antibiothérapie intra-veineuse par céfotaxime et métronidazole a été mise en place, en accord avec les chirurgiens thoraciques. L'état de la patiente a évolué de manière favorable et la prise en charge chirurgicale n'a pas été nécessaire. Après une hospitalisation de dix jours, un relais antibiotique par amoxicilline - acide clavulanique per os pour une durée totale de quatre semaines a été mise en place.

La cellulite faciale est dans 90% des cas d'origine dentaire. C'est une infection pouvant évoluer rapidement et mettre en jeu le pronostic vital lors de complications telles que la médiastinite, les abcès cérébraux ou encore les chocs septiques. Les facteurs de risque de la médiastinite sont nombreux notamment une immunodépression, une maladie sous-jacente pulmonaire, cardiaque ou le nombre de loge atteinte. La mortalité varie selon les séries mais peut atteindre jusqu'à 25%, elle dépend essentiellement de la précocité du diagnostic et de la prise en charge.

Huang TT et al. Head Neck 2004;26:854-60.

Escobedo MF et al. Br J Oral Maxillofac Surg. 2021 Jul;59(6):683-689.

PO35 : Abscès cérébraux secondaires à une infection odontogène : à propos d'un cas

Type de soumission souhaité : Communication affichée

Auteurs :

Mehdi Issad (1), Victorin Ahoissi (1), Lauren Deroussen (1), David Hoarau (1), Narcisse Zwetyenga (2)

1. ODONTOLOGIE - CHIRURGIE ORALE, CHU DIJON, DIJON, France
2. CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE - CHIRURGIE PLASTIQUE, CHU DIJON, DIJON, France

Mots clefs : Abscès cérébral, *Streptococcus intermedius*

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 :

Les cellulites faciales sont des infections d'origine dentaire dans 90% des cas. Elles peuvent être à l'origine de complications graves comme les abcès cérébraux, les fasciites nécrosantes, la médiastinite ou les chocs septiques. L'abcès cérébral est une complication potentiellement mortelle et rarement prise en compte. Dans 50% des cas, il se développe par contiguïté d'un foyer septique au voisinage. Les germes diffusent au travers des veines perforantes entre les réseaux intra et exo-crâniens. 5% des abcès cérébraux sont d'origine dentaire. Il nécessite un traitement médical et chirurgical.

Il s'agit d'un homme de 51 ans sans antécédent qui présentait des céphalées, un déficit moteur du membre inférieur droit coté à 2/5, une dysphasie fluente et des crises convulsives partielles. Sur le plan biologique, il présentait une hyperleucocytose et une CRP à 240 mg/L. Le scanner cérébral montrait un empyème sous dural frontal associé à une collection périorbitaire, un comblement unilatéral droit du sinus maxillaire, ethmoïdal, frontal et des lésions apicales sur les dents 16 et 26. Le patient a été pris en charge sous anesthésie générale afin de drainer l'empyème cérébral, réaliser une méatotomie moyenne, une ethmoïdectomie et contrôler la perméabilité du canal naso frontal à droite. Il a bénéficié d'une antibiothérapie intra-veineuse par céfotaxime et métronidazole. Dix jours plus tard, l'état clinique du patient s'est dégradé, le scanner montrait un nouvel empyème pariétal et falcique gauche. Une nouvelle évacuation d'abcès est réalisée. Dans le même temps, les dents 16 et 26 ont été avulsées. Cette réintervention a permis au patient une récupération quasi complète du déficit moteur (4/5) et la disparition de la dysphasie 72 heures après l'intervention. L'examen bactériologique retrouvait *Streptococcus intermedius* au niveau des prélèvements péri-orbitaires, cérébraux et sur le volet osseux. L'antibiothérapie a été adaptée par lévofloxacine par voie orale durant 6 semaines.

S. intermedius fait partie de la flore commensale de l'oropharynx. C'est un agent pathogène lié aux abcès cérébraux, hépatiques et à l'empyème thoracique. Les mécanismes qu'il utilise pour traverser la barrière hémato-encéphalique ne sont pas encore élucidés. L'incidence des abcès cérébraux est de 1/100 000 habitants. La mortalité atteint 10% par engagement cérébral ou par rupture intraventriculaire de l'abcès. Les séquelles neurologiques peuvent toucher 50% des patients. Un scanner cérébral de contrôle doit être effectué de façon hebdomadaire pendant les

15 premiers jours d'antibiothérapie, puis de façon mensuelle et en fin de traitement. Les images radiologiques peuvent rester pathologiques à l'issu d'un traitement efficace et régresser lentement. Le principal facteur pronostique est l'état de vigilance au moment du diagnostic.

Issa E et al. *Front Microbiol.* 2020 May 7;11:826.

Isern RD 3rd et al. *Cureus.* 2022 Dec 21;14(12):e32797.

Lisboa ECC et al. *Arch Oral Biol.* 2022;135:105360.

PO13 : Apport de l'impression 3D dans la planification chirurgicale et l'exérèse de kystes et tumeurs bénignes des maxillaires : une revue systématique de la littérature

Type de soumission souhaité : Communication affichée

Auteurs :

Steven Gernandt (1), Olivia Tomasella (2), Paolo Scolozzi (1), Mathilde Fénelon (3)

1. Service de chirurgie orale et maxillo-faciale, Département de chirurgie, Hopitaux Universitaire de Genève, Genève, Suisse
2. Service de chirurgie orale, CHU de Bordeaux, France, UFR d'Odontologie, Département de Chirurgie Orale, Université de Bordeaux, France , bordeaux, France
3. Service de Chirurgie Orale, CHU de Bordeaux, BORDEAUX, France

Mots clefs : chirurgie guidée, impression 3D, CFAO, chirurgie orale, kyste et tumeur bénigne de la mâchoire,

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'impression en trois dimensions (3D) est une innovation majeure qui a changé la pratique chirurgicale ces dernières années. Cette technologie s'est progressivement généralisée grâce au développement de logiciels de conception assistée par ordinateur et grâce à la diminution des coûts des imprimantes 3D. Malgré un grand nombre d'études rapportant l'intérêt de l'impression 3D pour la prise en charge des tumeurs malignes maxillaire et/ou mandibulaire, peu se sont intéressées à son utilisation pour la planification chirurgicale et l'exérèse des lésions osseuses bénignes. L'objectif principal de cette étude, était d'évaluer l'apport de l'impression 3D pour la prise en charge des lésions osseuses bénignes maxillaire et/ou mandibulaire en chirurgie orale et maxillo-faciale. L'objectif secondaire était de fournir des suggestions pratiques pour choisir la technique et le matériau d'impression en fonction de l'indication et d'évaluer son intérêt en pédagogie et comme outil de communication avec le patient.

Matériels et Méthodes : Une revue systématique de la littérature a été réalisée à partir d'articles issus de deux bases de données : PubMed et Scopus. Le protocole de cette revue systématique a été enregistré dans PROSPERO. Le diagramme de flux PRISMA ainsi que la méthode PICO ont été utilisés pour la sélection des études afin de répondre à la question suivante : « Quels sont les intérêts de l'impression 3D pour la prise en charge des lésions osseuses bénignes maxillaires et mandibulaires en chirurgie orale et maxillo-faciale? ».

Résultats : 14 articles portant sur 83 patients ont été inclus dans l'étude. Douze études portaient sur l'intérêt de l'impression 3D pour l'exérèse de lésions osseuses bénignes, une étude sur la décompression de lésions kystiques, et une étude rapportait son utilisation pour la réalisation de biopsies osseuses. Les paramètres étudiés étaient la planification pré opératoire, la précision du tracé de l'ostéotomie, le temps opératoire, le taux de réussite de l'exérèse ainsi que les risques et complications per et post opératoire.

Discussion-Conclusion : Par rapport aux techniques conventionnelles, les guides chirurgicaux réalisés dans cette indication semblent améliorer la précision du tracé d'ostéotomie conduisant à un abord moins invasif et à une localisation exacte de la lésion. Une diminution du temps opératoire et une réduction des complications péri-opératoires ont également été rapportées. Concernant l'objectif secondaire, la conception de modèles anatomiques en 3D semble être un outil efficace pour la simulation pré opératoire, l'entraînement chirurgical, pour la formation et l'apprentissage en chirurgie orale et maxillo-faciale ainsi qu'un moyen de communication avec le patient. D'autres études avec des niveaux de preuves plus élevées seront nécessaires pour confirmer ces premiers résultats et mieux préciser les technique et matériau d'impression de choix à utiliser dans cette indication.

PO14 : A propos d'une érosion atypique : intérêt de la communication avec l'anatomopathologiste

Type de soumission souhaité : Communication orale

Auteurs :

Claire Lutz (1), Claire Pédemay (2), Maxence Nicolai (2), Anne-Laure Ejeil (1)

1. Médecine-Bucco-Dentaire, Hôpital Bretonneau, Paris, France
2. Médecine Bucco-Dentaire, Hôpital Bretonneau, Paris, France

Mots clefs : Erythème pigmenté fixe, pathologies de la muqueuse orale, médicaments

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 :

L'érythème pigmenté fixe (EPF) est une toxidermie médicamenteuse immuno-allergique localisée. Si de plus en plus de molécules sont incriminées, les principales familles concernées sont les antalgiques et les antibiotiques. L'EPF se caractérise généralement par l'éruption de macules érythémateuses ou de bulles cutanées dans les premiers jours suivant la prise de l'agent causal. Ces manifestations cliniques se produisent dans la même zone à chaque épisode, en particulier au niveau du tronc ou des membres. Elles sont souvent asymptomatiques et cicatrisent spontanément en laissant place à une pigmentation séquellaire dans 30% des cas. Le diagnostic est généralement posé sur la base de l'anamnèse et de l'examen clinique. Cependant, des tests de provocation peuvent être utilisés. Le traitement de l'EPF implique l'éviction du médicament causal et si nécessaire, la mise en place de traitements symptomatiques (McClatchy 2022).

Le cas clinique rapporté est celui d'un homme de 35 ans, allergique à la pénicilline et au métronidazole venu, en consultation après l'apparition d'une « plaie gingivale » secteur 1 plusieurs jours auparavant. La patient mentionne des épisodes précédents, les lendemains de fête. L'examen clinique met en évidence une érosion unique, géométrique, de la gencive attachée vestibulaire de 16, sans adénopathie, ni altération de l'état général associée. Devant l'absence de régression de l'érosion, une biopsie a été réalisée, révélant un aspect histologique de type lichénoïde. L'anamnèse médicale, l'évolution de l'érosion, ainsi qu'une réflexion conjointe menée avec l'anatomopathologiste ont permis le diagnostic d'une manifestation orale isolée d'un érythème pigmenté fixe, probablement induit par la prise de paracétamol. La régression de l'érosion a été spontanée en une quinzaine de jours.

L'atteinte muqueuse de l'EPF, moins fréquente que son homologue cutané, n'est pas rare, et de nombreux médicaments inducteurs ont été rapportés. L'anamnèse joue un rôle prépondérant dans le diagnostic de la pathologie. En effet, l'atteinte orale peut être isolée ou associée à une atteinte génitale, cutanée ou conjonctivale. Ces manifestations orales se présentent de façon non spécifiques sous forme d'ulcérations aphthoïdes, de bulles, d'érosions ou de plaques érythémateuses. Leur cicatrisation n'entraîne que très rarement des pigmentations séquellaires. L'aspect aspécifique de ces manifestations conduit souvent à un retard de diagnostic. Ainsi, de nombreuses autres pathologies sont évoquées en premier, telles que la maladie de Behçet, les maladies bulleuses auto-immunes ou le lichen plan. Le diagnostic différentiel avec ce dernier peut être particulièrement complexe du fait de la similitude histologique entre ces deux pathologies. L'EPF présente la plupart du temps une évolution spontanément favorable et sans séquelles, en une quinzaine de jours (Ozkaya 2012).

McClatchy J et al. J Deutsche Derma Gesell 2022;20:1289-302.

Özkaya E. J.Am.Acad.Dermatol, 2013;69:51-8

PO55 : Le taux de succès des implants immédiats en présence d'une parodontite apicale : revue de la littérature

Type de soumission souhaité : Communication affichée

Auteurs :

hedi chouchene (1), hajar Oulammou (2)

1. , Université mohammed 6 des science de la santé, casablanca, Maroc
2. odontologie chirurgicale , Université mohammed 6 des science de la santé, casablanca , Maroc

Mots clefs : L'implantation immédiate , ostéointégration , parodontite apicale

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'implantation immédiate (IM) a été décrite la première fois en 1978. Cette technique a démontré son intérêt à minimiser l'impact des modifications dimensionnelles de l'alvéole post-extractionnelle telle que décrites par araújo et lindhe (2005), elle contribue également à améliorer le confort du patient en garantissant des résultats similaires à ceux de l'implantation différée avec moins d'interventions chirurgicales. Néanmoins il existe encore des controverses quant aux indications de cette technique surtout en présence d'une lésion au niveau de la région préapicale. A travers une recherche approfondie de la littérature, ce travail compare le taux de succès des implant posés selon le protocole d'implantation immédiate en présence d'une parodontite apicale (PA) à celui du même protocole au niveau d'un site indemne de toute infection.

Matériels et méthodes :

Une recherche sur MEDLINE a été menée sur les études publiées entre 1999 et juin 2023. En utilisant les mots clés « Immediate dental implant », « periapical pathology », « infection site ».

Critère d'inclusion :

- les essais cliniques randomisés et non randomisés,
- les études de cohorte, les études cas-témoins.
- les séries de cas avec un minimum de 10 cas.
- Les études avec un suivi d'au moins 12 mois.
- les études précisant le protocole appliqué lors de la pose de l'implant.

Résultats :

Un total de 626 cas d'IM dans des sites avec une parodontite apicale et 738 cas dans des sites qui ne présentent pas une PA. Lors du suivi sur 12 mois, un total de 13 implants posé selon le protocole d'IM dans des sites avec PA ont échoué.

Discussion :

Les résultats décrits dans cette étude rejoignent le travail de novaes en 1995 concluant que la présence d'une parodontite apicale n'est pas une contre-indication à l'IM, en effet, le taux de succès élevé des implants immédiats relevé dans l'étude concordent avec les résultats décrits dans les travaux de bruno ramos chrchanovic (2013), néanmoins il faut noter que ce succès reste opératoire dépendant. Plusieurs protocoles sont décrits par les auteurs à travers la littérature mais le curetage associé à l'irrigation du site restent des étapes constantes, toute en veillant à conserver les parois osseuses résiduelles.

Conclusion : La présence d'une parodontite apicale n'affecte pas le taux de succès l'implantation immédiate, le succès de ces cas cliniques dépend de : l'extraction atraumatique de la dent, la désinfection alvéolaire, la stabilité primaire de l'implant et les caractéristiques macro et microstructurales de l'implant posé.

Araújo MG et al. J Clin Periodontol 2005 ; 32(2) :212-8

Chrcanovic BR et al. Clin Implant Dent Relat Res. 2015 ;17 Suppl 1 : e1-e16.

Novaes et al Int J Oral Maxillofac Implants. 1995 ;10(5):609-13

PO36 : Actinomyose cervico-faciale : étude d'un cas

Type de soumission souhaité : Communication orale

Auteurs :

Adeline Boiron (1), Pierre Brelivet (2), Sébastien Genest-Beucher (2), Jacques Cabon (3), Jean-Michel Dessus (2), Coralie Burle (3), Sylvie Boisramé (3)

1. , , Brest, France

2. Service d'odontologie de Morvan, CHRU Morvan, Brest, Brest, France

3. Service d'odontologie de Morvan, CHRU de Morvan, Brest, Brest, France

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 L'actinomyose est une affection rare d'origine bactérienne induite par des bactéries du genre *Actinomyces*. Elles sont Gram positif, anaérobies ou microaérophiles et possèdent des filaments mycéliens semblables à des filaments fongiques. Elles sont commensales et retrouvées surtout au niveau des appareils digestif et uro génital. Une porte endodontique ou parodontale est fréquemment rencontrée¹.Le diagnostic est difficile à établir à cause de sa tendance à mimer cancers, pathologies granulomateuses et autres infections dentaires.Le traitement antibiotique est préconisé pendant 6 à 12 mois. Sa durée peut être réduite à 3 mois en cas de résection totale des tissus touchés au préalable².

Observation Le cas clinique rapporté est une femme de 29 ans, se présentant pour une tuméfaction fluctuante pigmentée exobuccale brune localisée au niveau du secteur 4 en regard de la 46 d'environ 3-4cm évoluant depuis plusieurs mois. Elle avait au préalable consulté un dermatologue qui avait exclu l'étiologie dermatologique. Elle présentait des douleurs persistantes malgré deux cures d'amoxicilline. Sur les radiographies, qu'elles soient 2D ou 3D, l'étiologie n'apparaissait pas clairement ; seule une légère ostéolyse était visible en regard de 46 mais les trabéculations osseuses persistaient. Le test de sensibilité au froid était cependant négatif sur 46 excepté un point qui répondait toujours au froid. L'ouverture de la chambre pulpaire de la 46 a confirmé sa nécrose. Une solution antiseptique a été prescrite pour massage exobuccal de la zone tuméfiée. Malgré la trépanation endodontique et l'absence de régression de la lésion cutanée, une incision, prélèvement et méchage ont été effectués. Lors de l'incision, la visualisation des « grains de moutarde » caractéristique de l'actinomyose cutanée a permis le diagnostic clinique ; diagnostic confirmé par l'analyse bactériologique complémentaire.La prescription antibiotique a été poursuivie pour une durée trimestrielle. A 5 semaines post-opératoires, après prescription de séances de masso-kinésithérapie maxillo-faciale, la tuméfaction exobuccale s'était résorbée, seule une légère pigmentation bordeaux-marron persistait.

Discussion Ici, le diagnostic a été tardif. Dans un cas d'une lésion mimant une cellulite cervicofaciale à évolution lente et ne régressant pas complètement après une cure d'antibiotiques, un prélèvement de pus ou à défaut une biopsie et une analyse bactériologique et histologique pourraient aiguiller plus rapidement le professionnel de santé vers le bon diagnostic et éviter une errance thérapeutique.

Conclusion Une prise en charge pluridisciplinaire et une surveillance seront nécessaires pour une bonne cicatrisation et éviter les récides.

¹ Miller, « Cervicofacial Actinomycosis ,Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 1998;85:496-508».

² Valour et al., « Actinomycosis: etiology, clinical features, diagnosis, treatment and management, 2014, Infect Drug Resist, 183-197 ».

PO37 : Ecthyma gangrenosum de la muqueuse buccale : 2 cas

Type de soumission souhaité : Communication affichée

Auteurs :

Paul Galvez (1, 2), Lélia Ménager (1), Sylvain Catros (1, 2), Mathilde Fenelon (1, 2), Jean-Christophe Fricain (1, 2)

1. Service de Chirurgie Orale, CHU de Bordeaux, Bordeaux, France
2. Département de Chirurgie Orale, UFR d'odontologie, Université de Bordeaux, Bordeaux, France

Mots clefs : Ecthyma gangrenosum, Pseudomonas, septicémie, immunodéficience, médecine 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. : Je refuse

Résumé :

Introduction : L'ecthyma gangrenosum est une infection cutanée rare, souvent associée à une bactériémie à *Pseudomonas aeruginosa*. Il est observé le plus fréquemment chez des patients immunodéprimés ou dans un état critique. L'ecthyma gangrenosum est souvent considéré comme le signe pathognomonique d'un sepsis à *Pseudomonas*. (1)

Observations: Le premier cas clinique rapporté est celui d'une femme de 49 ans suivie depuis plus d'un an pour une aplasie médullaire découverte après l'apparition d'une pancytopenie (hémoglobine 7,1 g/dl, 540 globules blancs/mm³ et 13 000 plaquettes/mm³) et d'un syndrome hémorragique. Une ulcération nécrotique indurée était observée sur la muqueuse jugale droite en regard des molaires mandibulaires, accompagnée d'un œdème jugal important. La grande lèvre droite, siège d'une ulcération nécrotique, présentait un volumineux œdème douloureux, associé à un érythème et une induration. Le premier prélèvement bactériologique effectué sur les lésions buccale et génitale a montré une flore polymicrobienne non spécifique ; le deuxième prélèvement a retrouvé principalement *Pseudomonas aeruginosa* et *Klebsiella* sur la lésion génitale. Une antibiothérapie à base de pipéracilline/tazobactam, relayée par de la ciprofloxacine per os, a entraîné une évolution favorable des lésions.

Le second cas clinique rapporté est celui d'un homme de 68 ans traité pour un lymphome du manteau évoluant depuis 2005 et pour lequel il a subi plusieurs rechutes et plusieurs lignes de chimiothérapies. Il souffre d'un syndrome myélodysplasique secondaire avec nécessité de transfusions itératives en hospitalisation de jour (hémoglobine 9,1 g/dl, 1,49 Giga/l globules blancs et 9 000 plaquettes/mm³). Une ulcération nécrotique douloureuse (empêchant l'alimentation et altérant la qualité de vie) était observée sur la muqueuse jugale droite en regard des molaires maxillaires. Une détersion superficielle du tissu nécrosé a été réalisée et envoyée en analyse bactériologique. Elle n'était pas contributive et retrouvait de la flore commensale buccale ainsi que de rares colonies de *Lactobacillus paracasei*. Le patient a été hospitalisé pour une antibiothérapie antipyocyanique par ceftazidime 6g/jour pendant 10 jours, entraînant une parfaite cicatrisation de la lésion et une récupération de l'état général.

Conclusion : La plupart des ecthyma gangrenosum sont associés à une septicémie concomitante mais des cas d'ecthyma gangrenosum sans présence de bactériémie à *Pseudomonas aeruginosa* ont été rapportés. Le traitement dépend des bactéries mises en évidence. Les lésions de l'ecthyma gangrenosum doivent être connues des chirurgiens oraux afin de les traiter précocement avec une antibiothérapie adaptée et de rechercher une probable immunodéficience méconnue.

(1) Vaiman M, Lazarovitch T, Heller L, Lotan G. Ecthyma gangrenosum and ecthyma-like lesions: review article. Eur J Clin Microbiol Infect Dis. 2015 Apr;34(4):633-9. doi: 10.1007/s10096-014-2277-6. Epub 2014 Nov 19.

PO56 : Les dysplasies fibro-osseuses sont-elles des contre-indications à la mise en place d'implants ? Une revue systématique de la littérature.

Type de soumission souhaité : Communication affichée

Auteurs :

Paul Galvez (1, 2), Rémi Bagnariol (2), Sylvain Catros (1, 2), Jean-Christophe Fricain (1, 2), Mathilde Fenelon (1, 2)

1. Service de Chirurgie Orale, CHU de Bordeaux, Bordeaux, France
2. Département de Chirurgie Orale, UFR d'odontologie, Université de Bordeaux, Bordeaux, France

Mots clefs : dysplasie fibro-osseuse, dysplasie fibreuse, dysplasie cémento-osseuse, dysplasie odontomaxillaire segmentaire, survie implantaire

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. : Je refuse

Résumé :

Introduction : Les patients atteints de dysplasie fibro-osseuse présentent des troubles du remodelage osseux et de l'architecture osseuse (1, 2) pouvant influencer l'ostéo-intégration et la survie implantaire (3). L'objectif était de réaliser une revue systématique de la littérature sur la survie implantaire chez les patients présentant une dysplasie fibro-osseuse maxillaire et/ou mandibulaire.

Matériel et méthode : Une revue systématique de la littérature a été réalisée selon la méthode PRISMA à partir des bases de données PubMed et Scopus jusqu'en décembre 2022. Une recherche manuelle complémentaire a été réalisée. Les articles inclus devaient être des études cliniques portant sur la prise en charge implantaire de patients présentant une dysplasie fibro-osseuse et concluant à la présence ou non de l'implant en fin de suivi.

Résultats : Onze études portant sur 11 patients ont été identifiées. Deux patients présentaient une dysplasie fibreuse, 7 patients une dysplasie cémento-osseuse et 2 patients une dysplasie odontomaxillaire segmentaire. Le taux de survie implantaire était respectivement de 100%, 42,9% et 100%, avec une durée de suivi variant de 6 mois à 16 ans selon les études.

Discussion-Conclusion : Les patients atteints de dysplasie fibreuse et de dysplasie odontomaxillaire segmentaire présentent un taux de survie implantaire similaire à celui de la population générale. Le taux de survie implantaire chez les patients présentant une dysplasie cémento-osseuse est inférieur à la population générale, suggérant que le risque d'échec implantaire est plus important chez ces patients. La limite principale de cette étude repose sur le faible nombre de patients inclus, certainement dû à la rareté de ces lésions osseuses.

(1) Shadid R, Kujan O. Success of Dental Implant Osseointegration in a Florid Cemento-Osseous Dysplasia: A Case Report with 8-Year Follow-Up. Clin Pract. 4 sept 2020;10(3):1281.

(2) Marilena Vered, John M Wright. Update from the 5th Edition of the World Health Organization Classification of Head and Neck Tumors: Odontogenic and Maxillofacial Bone Tumours. Head Neck Pathol 2022 Mar;16(1):63-75.

(3) Esposito M, Hirsch JM, Lekholm U, Thomsen P. Biological factors contributing to failures of osseointegrated oral implants (1). Success criteria and epidemiology. Eur J Oral Sci. févr 1998;106(1):527.

PO38 : Découverte d'un Sarcome de Kaposi chez un patient en rupture thérapeutique

Type de soumission souhaité : Communication affichée

Auteurs :

Camille Attal (1), Pierre Reibold (2), Selin Güney (1), Paul Walter (3), Soufiane Boussouni (3), Marine Mondoloni (3), Juliette Rochefort (3)

1. Chirurgie Orale, Hôpital de la Pitié Salpêtrière, Paris, France
2. Anatomie et cytologie pathologiques, Hôpital de la Pitié Salpêtrière, Paris, France
3. Chirurgie Orale, Hôpital de la Pitié Salpêtrière, Paris, France

Mots clefs : sarcome, kaposi, VIH, SIDA, HHV8

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 Maladie de Kaposi (MK) est une néoplasie cutanéomuqueuse et viscérale d'origine endothéliale associée à l'Herpèsvirus humain 8 (HHV8). Si la forme classique décrite en 1872 touchait essentiellement des hommes âgés originaires du bassin méditerranéen, la forme épidémique liée à l'infection HIV identifiée en 1981 est aujourd'hui prédominante et atteint majoritairement la population des Hommes ayant des rapports Sexuels avec des Hommes (HSH)^[1]. Il existe également une forme endémique Africaine ainsi qu'une forme iatrogène retrouvée chez les patients traités par immunosuppresseurs.

On estime qu'une atteinte de la cavité orale est présente chez 70% des patients présentant une MK associée au VIH, les lésions buccales étant inaugurales dans 20% des cas^[2].

Observation

Un patient de 34 ans, d'origine guadeloupéenne, est adressé par son chirurgien-dentiste pour une lésion palatine évoluant depuis plusieurs mois. Son état général est fortement altéré, marqué par une asthénie et de multiples vomissements au cours de la consultation. Il affirme avoir repris ses traitements contre le VIH depuis plusieurs semaines. L'examen clinique a objectivé une plaque épaisse violacée inhomogène de 3cm de grand axe de l'hémi-palais gauche en regard des dents 25 à 28, molle à la palpation avec perte d'adhérence de la fibromuqueuse palatine.

Le bilan biologique réalisé en urgence a révélé un taux de 11 CD4+/mm³ de sang. L'examen anatomopathologique a mis en évidence un immunomarquage anti-HHV8 positif sur l'ensemble des cellules fusiformes et bordant les structures vasculaires, confirmant le diagnostic de MK en lien avec un contexte d'immunodépression dans le cadre d'une rupture thérapeutique.

Discussion

Le Sarcome de Kaposi fait partie, avec le lymphome non-hodgkinien et le cancer du col de l'utérus, des pathologies « classant SIDA » chez les patients infectés par le VIH. Ainsi, la prise en charge repose essentiellement sur la restauration de l'immunité via un traitement antirétroviral combiné (cART). Des traitements complémentaires locaux (chirurgie, radiothérapie) et/ou systémiques (chimiothérapie) peuvent être proposés selon l'étendue des lésions cutanées ou viscérales et la persistance des lésions malgré la mise en place de cART.

L'incidence de la MK a drastiquement décliné dans les pays développés depuis la généralisation des cART. Cependant, dans certains cas, le spécialiste de la cavité orale peut jouer un rôle déterminant sur le pronostic vital grâce à sa connaissance des manifestations cliniques buccales des pathologies infectieuses opportunistes, en réintégrant le patient dans un cadre coordonné de prise en charge. C'est également le cas pour les patients atteints de récurrences herpétiques atypiques ou surinfectées, et de papillomes multiples^[3].

^[1] Oral Kaposi's sarcoma: Sole presentation in HIV seropositive patient, Arul AS et al., 2015

^[2] Oral HIV-associated Kaposi sarcoma, Pantorowitz L. et al., 2012

^[3] Ea, BMJ Case report, 2022

PO15 : Les kystes dentigères maxillaires étendus : à propos d'un cas clinique

Type de soumission souhaité : Communication affichée

Auteurs :

Selin Güney (1), Camille Attal (2), Soufiane Boussouni (2), Paul Walter (3)

1. Médecine bucco-dentaire, Hôpital Pitié Salpêtrière, Paris, France
2. Chirurgie Orale, Hôpital Pitié Salpêtrière, Paris, France
3. Médecine bucco-dentaire, Hôpital Pitié Salpêtrière, Paris, France

Mots clefs : Kyste dentigère, décompression, marsupialisation, 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

Le kyste dentigère, qualifié d'odontogénique, se développe à partir du sac péri-coronaire de la dent incluse ou enclavée, et s'attache au niveau de la jonction émail-cément de la dent. Lié au développement, c'est le 2^{ème} kyste des mâchoires le plus fréquent (24%*) après le kyste apical.

Observation

Ce cas clinique traite d'un patient de 16 ans, originaire du Pakistan, sans antécédents médico-chirurgicaux particuliers, ni d'allergie. Le motif de consultation initial consiste en un avis pour une lésion radio-claire maxillaire découverte fortuitement à l'imagerie panoramique, évolutive depuis 1 an et s'accompagnant de déplacements dentaires, sans réel manifestation infectieuse.

L'examen clinique révèle une tuméfaction exo-buccale non inflammatoire, atteignant les régions jugale et sous-orbitaire gauche, avec effacement du sillon naso-génien. À l'analyse endo-buccale, les dents concernées par l'image radio-claire répondent positivement au test électrique et négativement aux tests de palpation et de percussion.

Les examens radiologiques (panoramique et cone beam) mettent en évidence une image radio-claire d'environ 4 cm sur son plus grand axe, en regard des dents 21 à 25 avec une extension vers le sinus maxillaire, le foramen infra-orbitaire et les fosses nasales. Une image radio-opaque type odontome est contenue au sein cette lésion.

Après discussion pluridisciplinaire et évaluation des risques d'une énucléation chirurgicale en première intention, l'indication d'une décompression kystique a été posée.

Une biopsie de la paroi kystique avec mise en place d'un drain de décompression dans le vestibule antérieur a été effectuée. Le compte-rendu anatomopathologique a permis de mettre en évidence un kyste compatible avec un kyste dentigère. Les irrigations du protocole de décompression se sont révélées concluantes et sont toujours en cours. Un suivi clinique et radiologique régulier a été mis place jusqu'à l'obtention d'une cicatrisation osseuse optimale afin d'envisager une énucléation kystique plus sécuritaire et l'avulsion de l'odontome inclus. La prise en charge chirurgicale est envisagée dans les prochains mois.

Discussion

Certaines formes étendues des kystes dentigères nécessitent une bonne évaluation du rapport bénéfice/risque d'une intervention chirurgicale. La décompression kystique permettrait une réduction de la taille du kyste de 37 à 81%**. Ainsi, les thérapeutiques proposées peuvent être plus ou moins conservatrices : de la décompression kystique ou la marsupialisation à une énucléation chirurgicale incluant ou non des traitements endodontiques et des avulsions.

* *Fricain JC. Réf internat 6^{ème} p Item 40 : images radio-claires mixtes et ostéocondensantes p336*

***Berretta L Met al. Effectiveness of marsupialisation and decompression on the reduction of cystic jaw lesions Br J Oral Maxillofac Surg 2021 Dec 59:10E17E42*

Tanaka O Met al. Marsupialization of a Large Radicular Cyst with Extensive Maxillary Tooth Displacement 2019 J of Dent for Child 86:1210

P039 : Corrélation entre vapotage et complications post-opératoires en chirurgie orale

Type de soumission souhaité : Communication affichée

Auteurs :

Alexis Lagrost (1), David Hoarau (1), Victorin Ahossi (1), Stéphane Odet (2)

1. Odontologie et Chirurgie Orale, CHU de Dijon, Dijon, France
2. Odontologie et Chirurgie Orale, CHU de Dijon, Dijon, France

Mots clefs : infections post-opératoire, cellulite, alvéolite sèche, vapotage, cigarette électronique, e-cigarette,

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 :

Corrélation entre vapotage et complications post-opératoires en chirurgie orale

A Lagrost, D Hoarau, V Ahossi, S Odet

Service d'odontologie et chirurgie orale, CHU de Dijon

Il est actuellement largement démontré que la consommation tabagique représente un facteur de risque de complications post-opératoires en chirurgie orale. Cependant, à l'heure actuelle il n'existe pas de corrélation connue entre la cigarette électronique et les infections post-opératoires en chirurgie.

Une étude in vitro a montré une augmentation de l'activité de l'HGF une heure après l'exposition et qu'elle ne diminuait pas la prolifération des fibroblastes gingivaux après 24 heures. Cependant, une exposition répétée à la vapeur de cigarette électronique au delà de trois jours engendrait une apoptose des cellules épithéliales (1).

Les études in vivo ont montré que l'exposition à la vapeur de la cigarette électronique détériorait la perfusion des lambeaux et les sutures.

D'un point de vue clinique, il n'existe qu'un seul cas décrit dans la littérature en chirurgie plastique ; il s'agissait de la survenue d'une nécrose du lambeau cutané d'une reconstruction mammaire chez une patiente opérée d'une mammectomie bilatérale en traitement d'un cancer du sein diagnostiqué précocement (2).

Cette étude clinique avait donc pour but d'évaluer l'effet de la cigarette électronique sur les complications post-opératoires en comparant les patients tabagiques, les utilisateurs exclusifs de la e-cigarette, et les patients non-fumeurs sur une période de 4 semaines. Les patients se présentant pour tout type d'intervention en chirurgie orale ont été inclus. Les critères d'exclusions étaient : un diabète non équilibré, une immunodépression, la consommation d'autres

drogues ou toute pathologie entraînant un défaut de cicatrisation.

Les patients éligibles à l'étude devaient au préalable répondre à un questionnaire au sujet de leur consommation tabagique, e-cigarette ou non avant la chirurgie. En se basant sur les études précédentes (3), un protocole de suivi a été développé sous deux formes, d'une part, une autoévaluation de la consommation de tabac ou de e-cigarette pendant un mois suivant la chirurgie et la survenue de symptômes faisant suspecter une complication post-opératoire. D'autre part, une évaluation clinique objective avec des rendez-vous post-opératoires à 7 et 28 jours. A l'issue du suivi, les données ont été collectées afin de déterminer les risques absolu et relatif de complications post-opératoires avec l'usage de la cigarette électronique. L'étude permettra également une analyse épidémiologique de la population étudiée avec des données sur la fréquence de vapotage, le dosage de nicotine dans le e-liquid, ainsi que la température de la vapeur générée.

(1) M.F. Vermehren et al. *Toxicology in Vitro* 69 (2020) 105005

(2) Victor Guérif et al. *Annales de chirurgie plastique esthétique* 67 (2022) 119–124

(3) Alaa A. Sanari et al. *Saudi Dental Journal* (2020) 32, 357-363

PO40 : Odontome complexe maxillaire postérieur géant : à propos d'un cas clinique compliqué d'une cellulite

Type de soumission souhaité : Communication affichée

Auteurs :

Aude Grand (1), Mohamed Youcef Kadri (1), Paul Walter (1), Soufiane Boussouni (1), Vanessa Baaroun (1)

1. Service de Médecine Bucco-Dentaire, Groupe Hospitalier Pitié Salpêtrière (Paris, AP-HP), Université de Paris Cité, Faculté de Chirurgie Dentaire, Paris, France

Mots clefs : odontome complexe, odontome géant

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 :

Un odontome est une tumeur bénigne odontogénique mixte car à la fois d'origine épithéliale et mésenchymateuse¹. Selon la classification de l'OMS il existe 2 types d'odontomes : les odontomes complexes constitués d'un assemblage anarchique de tissu minéralisé et de pulpe et les odontomes composés qui présentent un tissu plus différencié sous la forme de multiples petites dents¹. L'âge moyen de diagnostic est d'environ 26 ans. La plupart des odontomes décrits dans la littérature ont une taille comprise entre 1 et 2 cm. A partir d'un diamètre > 3cm on parle d'odontome géant³. L'objectif est d'exposer le cas rare d'un odontome complexe géant diagnostiqué à la suite d'une cellulite.

Un patient de 27 ans, sans antécédent ni allergie consulte pour des douleurs secteur 1 avec notion d'extraction d'une molaire maxillaire 4 ans auparavant. L'examen facial retrouve une tuméfaction génienne haute droite. L'examen endobuccal met en évidence une tuméfaction en distal de la 16 associée à l'exposition d'un tissu dur d'aspect inhomogène remontant le long de la tubérosité maxillaire. La panoramique montre une image radio-opaque hétérogène de 3 cm de grand axe, bien délimitée par un halo radio-claire. Le diagnostic de cellulite cervico-faciale est retenu et une bi-antibiothérapie est prescrite. Le patient est revu avec un TDM qui retrouve une masse de densité osseuse enkystée intra-sinusienne droite de 33x23x21mm avec inclusion de la 18. L'examen anatomopathologique de la biopsie conclut à un odontome complexe avec kystisation sans signe de malignité. L'exérèse est réalisée sous anesthésie générale avec une fermeture de la communication bucco-sinusienne.

La plupart des odontomes sont asymptomatiques, ils peuvent se présenter sous la forme d'un processus expansif indolore d'évolution lente. Leur mise en évidence peut être établie soit fortuitement, soit dans un contexte de retard d'évolution dentaire ou devant un tableau infectieux¹. Dans ce cas clinique, l'odontome était présent au niveau de la tubérosité maxillaire qui est une localisation très peu fréquente (< 2%). Les odontomes sont le plus souvent situés au niveau du maxillaire antérieur et de la région parasymphysaire à la mandibule². Depuis 2010, moins d'une vingtaine de cas d'odontomes géants ont été rapportés, la majorité d'entre eux étaient situés au niveau de la mandibule³.

Les odontomes complexes représentent une part importante de l'ensemble des tumeurs odontogènes bénignes. Ils peuvent compromettre l'éruption normale des dents, et peuvent également faire irruption dans la cavité buccale et être à l'origine d'infections. L'exérèse chirurgicale complète évite les récurrences et s'inscrit dans le cadre d'une prise en charge globale.

1.Complex odontoma: about a clinical case on mandible, complicated by an osteitis H. Boukais

2.Boffano P, The epidemiology and management of odontomas: a European multicenter study

3.Park JC, Giant complex odontoma in the posterior mandible: A case report and literature review

PO16 : Kyste odontogène calcifié à cellules fantômes : A propos d'un cas**Type de soumission souhaité :** Communication orale**Auteurs :**

Cyril Delattre (1), Ayman Bouattour (2)

1. Chirurgie orale, APHP, Paris, Paris, France
2. Chirurgie orale, Hôpital André Grégoire, Montreuil, France

Mots clefs : kyste odontogène calcifié, cellules fantômes**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 kyste odontogène calcifié (KOC) est l'une des trois tumeurs odontogéniques des mâchoires à cellules fantômes, avec la tumeur dentinogénique à cellules fantômes et le carcinome odontogénique à cellules fantômes. Le premier cas de KOC fut rapporté par Gorlin en 1962 (Gorlin 1962). La classification 2017 de l'OMS a permis le reclassement du KOC au sein des kystes odontogènes bénins. Le KOC est une lésion inhabituelle qui représente moins de 1% des kystes odontogènes (Buchner 2006). Le KOC est aussi bien retrouvé chez l'homme que chez la femme (ratio = 1), aussi bien localisée au maxillaire qu'à la mandibule (ratio = 1) et en majorité asymptomatique (90%) mais responsable d'une tuméfaction (87%) (De Arruda JAA, 2018). Radiographiquement, le KOC est une lésion uniloculaire (82%), à la fois radio-claire et radio-opaque (61%) en raison de la présence de calcifications et à limites bien définies (87%) (De Arruda JAA, 2018). Le KOC peut être responsable d'une résorption radiculaire ou d'un déplacement dentaire, reflet d'un processus évolutif lent. Le traitement curatif repose sur l'énucléation chirurgicale avec un très faible taux de récurrence.

Le cas clinique rapporté est celui d'une femme de 55 ans, adressée depuis la Guyane pour la prise en charge d'une lésion osseuse mandibulaire récidivante. Cliniquement, la patiente présente une tuméfaction mandibulaire vestibulaire antérieure et une hypoesthésie labio-mentonnière droite séquellaire d'une première intervention chirurgicale en 2014. L'orthopantomogramme montre une lésion radio-claire mandibulaire antérieure d'environ 5 cm de grand axe, responsable d'une rhizolyse des dents de 34 à 43. La tomodynamométrie du massif facial retrouve une lésion ostéolytique à contenu solide et aux limites nettes exceptées en vestibulaire, siège d'une infiltration muqueuse. L'énucléation de la lésion mandibulaire, l'exérèse de la muqueuse infiltrée et les avulsions des dents 34 à 43 ont été réalisées sous anesthésie générale. L'analyse anatomopathologique conclut à un kyste odontogène calcifiant multiloculaire à cellules fantômes. L'analyse immunohistochimique retrouve le marqueur CD56 au niveau de la membrane basale. Le Cone Beam Computed Tomography de contrôle à trois mois montre une reminéralisation osseuse périphérique. Un suivi clinique et radiographique est indispensable afin de déceler une éventuelle récurrence.

Buchner et al. J Oral Maxillofac Surg 2006 ; 64(9):1343-52.

De Arruda JAA et al. J Oral Pathol Med. 2018 Sep;47(8):721-730.

PO17 : Tumeur glomique palatine : A propos d'un cas**Type de soumission souhaité :** Communication affichée**Auteurs :**

Cyril Delattre (1), Jean Lehner (1), Chloé Bertolus (1), Jean-Philippe Foy (1)

1. Chirurgie maxillo-faciale, Groupe Hospitalier Pitié Salpêtrière, Paris, France

Mots clefs : tumeur glomique, tumeur péricytaire**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 glomus est une anastomose artérioveineuse du derme réticulaire à fonction thermorégulatrice. La tumeur glomique fut décrite pour la première fois par Masson en 1924 comme une tumeur neuro-myo-artérielle (Masson 1924). La quatrième classification des tumeurs des tissus mous de l'OMS de 2013 permet de classer les tumeurs glomiques (TG) parmi les tumeurs péricytaires, avec les myopéricytomes et les angioléiomyomes. Les TG peuvent être bénignes, ou à potentiel incertain de malignité en cas de taille supérieure à 2 cm et une localisation dans les tissus profonds, ou malignes en cas d'atypies nucléaires et index mitotique élevé ou mitoses anormales (World Health Organization 2013). Les TG peuvent être associées à une neurofibromatose de type 1, et dans les cas sporadiques, des mutations KRAS, BRAF, ou NOTCH ont été décrites. Les TG sont le plus souvent retrouvées dans les régions sous unguéales, sur les faces latérales des doigts, ou sur les paumes des mains et les faces ventrales des pieds. Les TG sont responsables de douleurs, aussi bien spontanées que provoquées par une stimulation tactile. L'IRM retrouve classiquement un hyposignal T1, un hypersignal T2 et un hypersignal franc en STIR se réhaussant après injection de gadolinium. Elles sont exceptionnellement retrouvées dans la cavité orale : 23 cas sont retrouvés dans la littérature (Sánchez-Romero 2019).

Le cas clinique rapporté est celui d'un homme de 55 ans, adressé pour une tuméfaction palatine découverte suite à des douleurs à la mastication. L'examen buccal a retrouvé un nodule palatin centimétrique, bleuté, souple, et douloureux à la palpation. Le bilan radiologique avec TDM et IRM n'a pas mis en évidence la tumeur palatine en raison d'artefacts dentaires. Après exérèse de la tumeur sous anesthésie locale, l'analyse anatomopathologique a conclu à une tumeur glomique bénigne, confirmée après relecture par un service expert, et basée sur l'analyse immunohistochimique retrouvant un marquage cytoplasmique intense et diffus des cellules tumorales par les anticorps anti actine muscle lisse, anti H-caldesmone et anti CD34. L'exérèse de la tumeur a permis une disparition des douleurs à la mastication. Un suivi clinique régulier est indispensable afin de déceler une éventuelle récurrence.

Masson et al. 1924. *Lyon Chil* 21: 257-80.Sánchez-Romero et al. 2019. *Brazilian Dental Journal* 30 (2): 185-90.

PO41 : Tuberculose maxillaire mimant une cellulite cervico-faciale: à propos d'une série de malades.

Type de soumission souhaité : Communication affichée

Auteurs :

SOUAD BENAOUF (1), CHERIFA FAIZA TABETI BENTAHAR (1), Sofia Berzeg (2)

1. Pathologie et Chirurgie Buccales, CHU Oran, Oran, Algérie
2. Pathologie et Chirurgie Buccales , CHU Oran Algérie, Oran, Algérie

Mots clefs : Tuberculose, cellulite cervico-faciale

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 :

Inroduction : Les cellulites cervico-faciales d'origine dentaire sont des infections des espaces cellulo-graisseux de la tête et du cou, propagées à partir d'une inoculation septique se faisant le plus souvent à partir d'une origine dentaire réalisant l'aspect d'une cellulite à germe banal. Parfois il peut s'agir d'une infection à germe spécifique simulant une cellulite. Il s'agit dans ce cas de ce qu'on pourrait appeler une cellulite tuberculeuse. **Observations cliniques :** il s'agit d'une série de malades suivis au niveau de notre service pour ce qui semblait être une cellulite cervico-faciale d'origine dentaire. Les patients ont tous bénéficié d'un traitement médical à base d'antibiotiques et antalgiques et d'un traitement chirurgical ayant consisté en une incision et drainage de la collection abcédée et d'un traitement étiologique par extraction ou traitement de tout les foyers infectieux dentaires. L'évolution n'ayant pas été favorable dans les jours suivants. La possibilité d'une cellulite spécifique et à plus forte raison tuberculeuse a été évoqué. Une biopsie en vue d'un examen histologique à été effectuée avec une IDR à la tuberculine. L'examen histologique ayant retrouvé le granulome giganto-cellulaire avec nécrose caséuse, le diagnostic de cellulite tuberculeuse a été posé. Les malades ont tous bénéficié de traitement anti-tuberculeux et les suites ont été vite favorables.

Discussion : Le diagnostic positif de tuberculose repose sur l'examen histologique, les cultures et les tests cutanés tuberculeux. La radiographie pulmonaire confirme l'atteinte pulmonaire. En 2013, selon les estimations, 9 millions de personnes l'ont contractée et 1,5 million de personnes en sont décédées, dont 360 000 sujets VIH-positifs . La tuberculose est le plus souvent pulmonaire et environ 1/3 des cas sont à localisation extrapulmonaire [1]. Paradoxalement, en Algérie, en 2014, sur un total de 22 517 nouveaux cas déclarés, 8809 cas étaient pulmonaires et 13 708 cas extra pulmonaires . La tuberculose primaire de la muqueuse buccale est rare et elle est souvent secondaire à une atteinte pulmonaire mais ce diagnostic doit être évoqué devant toute ulcération buccale. La tuberculose des maxillaires peut simuler une cellulite d'origine dentaire comme dans la série de cas rapportés et l'odontostomatologiste peut être confronté à un réel défi diagnostique et donc la demande d'un téléthorax et d'une IDRt doit être systématique au moindre doute. L'argument histologique à savoir le granulome tuberculeux représente la clé de voute pour le diagnostic de ce type de cellulites. **Conclusion :** le diagnostic de cellulite spécifique doit être évoqué devant tout tableau clinique de cellulite cervico-faciale

non résolutive après traitement médical et étiologique adéquat.

PO18 : Tumeur fibreuse solitaire de la joue: à propos d'un cas**Type de soumission souhaité** : Communication affichée**Auteurs** :

Clara BRETAUDEAU (1), Charlotte LEDOUBLE (1), Stéphanie GRENIER (1), Sébastien LAURENCE (1)

1. Pôle de Médecine Bucco-Dentaire, CHU de Reims, Reims, France

Mots clefs : Tumeur bénigne, muqueuse jugale, tumeur fibreuse solitaire**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 tumeurs fibreuses solitaires (TFS) sont des néoplasies mésoenchymateuses d'origine fibroblastiques ou myofibroblastiques rares, décrites pour la première fois en 1931 par Klemperer et Rabin. Initialement décrites comme étant des tumeurs de la plèvre, elles sont aujourd'hui reconnues comme pouvant atteindre tous les tissus conjonctifs. Ainsi, les TFS de la tête et du cou comptent pour 6% de toutes les TFS. Les caractéristiques cliniques des FST sont peu spécifiques, les lésions prenant l'aspect de nodules à croissance lente. Le diagnostic repose essentiellement sur les analyses histologiques et immunohistochimiques. Bien qu'ayant pour la majorité une évolution bénigne, certaines FST peuvent présenter un comportement agressif avec une possibilité de dissémination métastatique loco-régionale ou à distance. En 1997, Chan a décrit les critères histologiques et immunohistochimiques de ces lésions, ainsi que les critères de malignité à rechercher lors du diagnostic. Le traitement est essentiellement chirurgical, avec un risque de récurrence. Un suivi sur le long terme est nécessaire pour la détection précoce d'une éventuelle récurrence ou d'une métastase.

Observation :

Le cas présenté ici est celui d'une femme de 60 ans, adressée à la consultation de Chirurgie Orale du CHU de Reims pour la prise en charge d'une tuméfaction de la joue droite, en regard de 15 et 16, asymptomatique évoluant depuis plusieurs mois, et à l'origine d'une asymétrie faciale. La lésion était mobile par rapport aux plans profonds et superficiels et la muqueuse de recouvrement présentait un aspect légèrement bleuté, sans modification de texture ni ulcération ou érosion. Après exérèse sous anesthésie locale de la tumeur dans sa totalité, les résultats anatomopathologiques orientaient le diagnostic vers celui d'une tumeur fibreuse solitaire de 2 cm de grand axe de bas risque de malignité.

Conclusion :

Les données histologiques et immunohistochimiques étaient en faveur d'une tumeur fibreuse, notamment l'immunoréactivité positive à STAT6 et CD34, admis comme étant des marqueurs de ce type de lésion (avec une sensibilité et une spécificité plus faible pour le second). Les paramètres associés à une forte agressivité de la lésion la classaient de bas risque (taille de 2cm de diamètre, 2 images de mitoses par champ de grossissement x400). Néanmoins, seul un suivi régulier et sur le long terme est nécessaire pour ce type de tumeur.

PO42 : Stomatite odontiasique post herpétique : a propos d'une observation clinique

Type de soumission souhaité : Communication affichée

Auteurs :

SOUAD BENAOUF (1), CHERIFA FAIZA TABETI BENTAHAR (1), Imene Ouali (2)

1. Pathologie et Chirurgie Buccales, CHU Oran, Oran, Algérie
2. Pathologie et Chirurgie Buccales , CHU Oran Algérie, Oran, Algérie

Mots clefs : Herpes-simplex virus, stomatite, éruption dentaire.

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 stomatites de l'enfant sont très fréquentes et majoritairement bénignes. Les principales étiologies sont infectieuses (virales, bactériennes, mycosiques), allergique,traumatique ou liées ou non à l'apparition des dents. Les stomatites les plus courantes sont de diagnostic clinique simple et d'évolution favorable en une dizaine de jours ; cependant, les douleurs induites par cette pathologie, parfois très intenses, peuvent avoir des répercussions fonctionnelles importantes. **Observation clinique** : Le cas rapporté est celui d'une fillette âgée de 09 ans qui consulte pour des ulcérations diffuses dans toute la muqueuse buccale. L'interrogatoire rapporte la notion de fièvre, dysphagie et d'herpès labial apparue il y'a 02 jours .L'examen clinique endo buccale à révélé la présence de multiples lésions aphtoïdes douloureuses dissiminées recouvertes d'un enduit blanchâtre. La prèsence d'une 21 en voie d'éruption est également notée. Le diagnostic retenu est celui d'une se gingivo-stomatite odontiasique post herpétique vue l'épisode de l'herpès labial et la 21 en voie d'éruption. Il a, donc, été décidé de mettre la patiente sous traitement anti viral [Acclovir 1000 mg / jrs pendant 05 jours] et un traitement antibiotique et anti fongique pour éviter la surinfection bactérienne et candidosique ainsi que des soins locaux. Sept jours plus tard une bonne évolution avec amélioration de l'état générale et disparition de la totalité des lésions muqueuse sont notés.**Discussion** :La gingivo stomatite post herpétique est la manifestation la plus fréquente de la primo-infection à herpès simplex virus 1. Elle touche les nourrissons de 9 à 28 mois ainsi que le jeune enfant. Après une incubation de 6 jours environ, précédée d'algies, de dysphagie, d'hypersialorrhée, elle apparaît dans un contexte de malaise général avec une fièvre dépassant souvent 39°C. L'apparition des lésions vésiculeuses érosives à bord nets sur une muqueuse érythémateuse fait évoquer le diagnostic .Le siège de prédilection est la lèvre et les gencives mais toute la cavité buccale peut être atteinte. L'évolution est favorable au bout de 10 à 15 jours. Lorsque ces manifestations s'associent à des phénomènes liés à l'éruption d'une dent le diagnostic de gingivo-stomatite odontiasique post herpétique est retenu. **Conclusion** : Malgré les signes fonctionnels très importants, la ginigivo-stomatite odontiasique est d'évolution bénigne généralement. Toute évolution défevorable doit faire suspecter un contexte d'immuno-dépression jous-jacent.

PO19 : Kyste cilié chirurgical à la mandibule : à propos de deux cas et d'une revue systématique.**Type de soumission souhaité :** Communication affichée**Auteurs :**

mathieu brisset (1), antoine dubuc (1), sarah cousty (1), mathieu brisset (2)

1. odontologie chirurgie orale, CHU Rangueil , toulouse, France

2. , , toulouse cedex 9, France

Mots clefs : Kyste cilié chirurgical, kyste d'implantation, Mandibule**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.** : Je refuse**Résumé :**

Les kystes ciliés chirurgicaux, également appelés kystes maxillaires postopératoires ou kystes d'implantation, surviennent principalement au maxillaire après chirurgie des sinus maxillaires. Ils se développent rarement dans la mandibule. La particularité histologique de ces kystes est de retrouver à l'anatomopathologie un épithélium respiratoire cilié. Il est décrit dans la littérature deux hypothèses étiologiques quant à sa formation au niveau mandibulaire : soit l'épithélium naso-sinusal est infiltré par un instrument chirurgical au cours de l'intervention soit à la suite d'une transplantation d'os ou de cartilage avec épithélium respiratoire attaché.

Les deux cas cliniques rapportés sont des sœurs jumelles d'une cinquantaine d'années chez lesquelles un kyste cilié chirurgical s'est développé dans la partie antérieure de la mandibule, suite à une génioplastie (avec greffe de cartilage nasal) réalisée chez le même chirurgien lorsqu'elles avaient 19 ans. L'une des deux patientes a également bénéficié d'une ostéotomie maxillo-mandibulaire à ses 30 ans. Les sœurs jumelles sont en cours de traitement orthodontiques. L'une des patientes présente des antécédents d'épisodes d'œdème douloureux au niveau de la lésion mandibulaire. La seconde patiente n'a jamais eu aucun symptôme clinique. Chez elle, la lésion est identifiable sur un examen radiologique. Pour les deux patientes, le traitement des lésions a consisté en une exérèse chirurgicale. Les pièces opératoires ont été adressées pour analyse anatomopathologique.

La description de kyste cilié chirurgical mandibulaire étant rare, une revue systématique de la littérature a été réalisée en décembre 2022. La revue systématique respecte les lignes directrices PRISMA 2020¹. Une recherche sur Pubmed et Google Scholar en s'aidant de MESH terms a permis d'identifier 3 127 articles. Après screening une douzaine d'articles dans la littérature anglaise, allemande et hispanique ont été retenues. Le registre des essais cliniques disponible sur le site ICTRP (International Clinical Trials Registry Platform) a été consulté. Les différentes bibliographies ont été également prises en compte permettant d'identifier deux articles supplémentaires. Aucun cas clinique décrit par une équipe française ne semble disponible à ce jour.

Il semblerait que les kystes ciliés chirurgicaux de la mandibule soient extrêmement rares, mais

qu'ils peuvent en partie survenir après une génioplastie avec transplantation d'os ou de cartilage nasal ou lorsqu'elle est concomitante à une chirurgie maxillaire. La prise en charge du kyste cilié chirurgical est l'exérèse, il n'est pas décrit de récurrence. Les techniques de génioplastie ont évolué, mais le kyste cilié chirurgical est une rare mais réelle complication.

1. Page MJ et al. The PRISMA 2020 statement. *BMJ*. 2021.

PO57 : Taux de survie implantaire dans la mandibule reconstruite par lambeau libre osseux de fibula après tumeurs oro-faciales : revue systématique et méta-analyse

Type de soumission souhaité : Communication orale

Auteurs :

Corentin Illand (1), Christophe Rignon-Bret (2), Florent Destruhaut (3), André Porporatti (4), Claudine Wulfman (5), Adrien Naveau (6)

1. , , Nanteuil-lès-Meaux, France
2. Charles-Foix, Université Paris Cité, Paris, France
3. Hôpital Rangueil, Université Paul Sabatier de Toulouse, Toulouse, France
4. Laboratoire de Neurobiologie Oro-faciale, Université Paris Cité, Paris, France
5. Henri Mondor, Université Paris Cité, Paris, France
6. St André, Université de Bordeaux, Bordeaux, France

Mots clefs : Implants dentaires, fibula, mandibule, chirurgie maxillo-faciale, tumeurs orales, revue systématique, méta-analyse, taux de survie

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 : Évaluer le taux de survie des implants dans la mandibule reconstruite avec lambeau libre osseux de fibula après la résection d'une tumeur orale, 1 an après sa mise en charge prothétique. L'objectif secondaire était de comparer les protocoles de pose immédiate ou différée des implants dans cette population.

Matériel et méthodes : Des recherches électroniques et manuelles ont été effectuées sur différentes bases de données pour des essais contrôlés randomisés et prospectifs indiquant le taux de survie des implants. Cette revue systématique a suivi les directives PRISMA. Le risque de biais a été évalué à l'aide des outils de la Cochrane.

L'évaluation de l'hétérogénéité et du GRADE ont été effectuées parmi les études avec un suivi identique.

Résultats : Parmi les 305 articles sélectionnés, 109 étaient éligibles après lecture du titre et du résumé. 8 études ont été incluses après la lecture du texte intégral : 2 essais contrôlés randomisés et 6 études prospectives, incluant 140 patients et 507 implants, remplissaient les critères d'inclusion pour l'évaluation quantitative. Le résultat de la méta-analyse indiquait un taux de survie global de 97% (IC 95% : 94%-99%) après 1 an de mise en charge prothétique. Le taux de survie était de 98 % (IC 95 % : 94 %-100 %) en cas d'implantation immédiate et de 97 % (IC 95 % : 94 %-100 %) en cas d'implantation différée.

Seules 3 études ont rapporté un traitement par radiothérapie, sans impact réel sur le taux de survie des implants. Globalement, 69% des tumeurs étaient bénignes.

Conclusion : La pose d'implants dans les lambeaux libres osseux de fibula à la mandibule est recommandée pour les patients subissant une reconstruction mandibulaire segmentaire après résection tumorale. Aucune différence significative entre la pose immédiate et différée des implants n'a été trouvée.

PO43 : Association foyers infectieux dentaires et abcès post-acnéique : À propos d'un cas

Type de soumission souhaité : Communication affichée

Auteurs :

Jeannette Apoline AKA Epouse ADOUKO (1), Jeannette Apoline AKA Epouse ADOUKO (1), Stephane WASSE (1)

1. UFR Odonto-Stomatologie, Université Felix Houphouët Boigny, Abidjan, Côte d'Ivoire

Mots clefs : foyers infectieux dentaires - acné

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 :

L'acné est une dermatose inflammatoire chronique développée à partir des follicules pilosébacés. Elle se manifeste par des comédons, des lésions papuleuses, pustuleuses, voire nodulaires et kystiques. La surinfection de l'acné se traduit par un abcès qui, en guérissant, peut laisser des cicatrices disgracieuses.

D'étiologie hormonale, l'acné est fréquente chez l'adolescent. Parmi les causes évoquées dans la littérature, figurent les foyers infectieux dentaires. Cependant, les travaux concernant le concept d'infection focale d'origine dentaire sont controversés par manque de preuves scientifiques et les études cliniques de cas d'acné en rapport avec un foyer dentaire sont rares.

L'objectif de cette présentation de cas était d'examiner la relation entre les lésions péri-apicales en tant que foyers infectieux à distance et l'abcès post acnéique.

Un homme de 25 ans souffrant d'un abcès post acnéique, localisé dans région génienne basse droite, évoluant depuis un mois et résistant à la doxycycline, a été référé par son dermatologue pour la recherche de foyers infectieux bucco dentaires. Après examens clinique, radiographique et biologique, une parodontite apicale chronique de la 46 à l'état de racine a été diagnostiquée. Une mise à l'état de la cavité buccale (detartrage, soins conservateurs des molaires) a été faite avant l'extraction des racines résiduelles de la 46 et le curetage alvéolaire. L'examen anatomopathologique a confirmé la présence d'un granulome apical (46). Un mois après le traitement dentaire, la guérison de l'abcès post acnéique a été obtenue.

La théorie de l'infection focale d'origine dentaire, bien que controversée, a été démontrée au début du XX^e siècle par plusieurs travaux scientifiques notamment ceux de Pasteur. Le mécanisme de propagation de l'infection se fait par les foyers muqueux, dentaires et péri-dentaires . Les manifestations à distance sont nombreuses et incluent souvent les affections dermatologiques. Les études cliniques et les rapports de cas de rosacé, d'eczéma, de pustulose palmoplantaire ainsi que d'ulcération faciale associés à ce présent cas, qui ont été guéris après éradication des foyers dentaire et parodontale, montrent qu'il existe une relation entre l'incidence élevée de ces affections et les foyers dentaires. Notre observation souligne l'intérêt de rechercher les foyers infectieux dentaires dans la prise en charge des infections focales.

S.Persac et al: Point actuel sur l'infection focale d'origine buccodentaire. Revue de Stomatologie et de Chirurgie Maxillo-faciale Volume 112, Issue 6, December 2011, Pages 353-359.

M.Loppina et al: Ulcérations cervicofaciales liées à un foyer infectieux dentaire chez l'enfant. Archives de Pédiatrie Volume 13, Issue 2, February 2006, Pages 149-151.

Renée Gendron et al: The oral cavity as a reservoir of bacterial pathogens for focal infections. Microbes and Infection Volume 2, Issue 8, July 2000, Pages 897-906.

PO44 : Titre : Cellulite péri-mandibulaire médiale infra-mylohyoïdienne, complication régionale d'une péricoronarite chronique sur une troisième molaire mandibulaire dystopique : à propos d'un cas

Type de soumission souhaité : Communication affichée

Auteurs :

Carle FAVRE DE THIERRENS (1), Marie MERCURIO (2)

1. Chirurgie orale et implantologie , Centre de Soins Dentaires de Montpellier , Montpellier, France
2. , , Montpellier, France

Mots clefs : Cellulite, péricoronarite, incluse, plancher buccal

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 cellulites cervico-faciales sont des infections du tissu cellulo-adipeux de la face, d'étiologie dentaire dans 90% des cas, ciblant une population présentant un état bucco-dentaire dégradé. Pouvant engager le pronostic vital dans les formes graves, il s'agit de ne pas méconnaître cette complication infectieuse régionale.

La démarche diagnostique consiste en l'identification des facteurs déclenchants, favorisants, aggravants, l'existence de signes de gravités, et la détermination de la forme topographique, et évolutive. Ces formes anatomo-cliniques étant fonction du franchissement des barrières osseuses et musculaires par l'infection dentaire, locale, vers les loges anatomiques, régionales.

La prise en charge de ses affections repose en premier lieu sur l'éviction des critères de gravité, notamment l'atteinte du plancher buccal, l'extension cervicale, certains signes fonctionnels (trismus serré, dyspnée), et généraux (altération de l'état général).

Le cas présent est celui d'un patient de 63 ans, immunocompétent, admis aux urgences pour une tuméfaction sous-mandibulaire gauche, il présentait une fièvre à 40°C.

L'anamnèse révélait une automédication AINS (ibuprohène), facteur favorisant des cellulites cervico-faciales.

Le bilan d'imagerie réalisé (orthopantomogramme, scanner, IRM) confirmait la présence d'une collection infra-mylohyoïdienne de 4 cm de grand axe, en rapport avec la dent 38 dystopique, qui présentait notamment une radioclarité périphérique inflammatoire.

Conséquemment, le diagnostic de cellulite cervico-faciale aiguë sub-mandibulaire gauche, plus précisément « péri-mandibulaire médiale infra-mylohyoïdienne », au stade supprimé, complication d'une péricoronarite chronique, a été posé.

La stratégie thérapeutique, en vertu du risque de diffusion cervicale, voire médiastinale, ainsi que les difficultés d'intubation, l'éventuelle survenue d'une dyspnée, était alors en faveur d'une hospitalisation en urgence en Service de chirurgie orale pour polyantibiothérapie intraveineuse et prise en charge médico-chirurgicale sous anesthésie générale (étiologique et symptomatique), ainsi que surveillance biologique et clinique post-interventionnelle.

En conclusion, si les critères de gravité des cellulites cervico-faciales doivent être maîtrisés dans les conditions appropriés afin d'éviter une évolution défavorable, en termes de prévention, les foyers infectieux bucco-dentaires doivent être identifiés et contrôlés. En terme d'interception, c'est la sémiologie éminemment anatomo-clinique des cellulites qui permet, en les nommant correctement, de les traiter correctement : ici « cellulite péri-mandibulaire médiale infra-mylohyoïdienne », qui signifie « à évolution cervicale », qui implique « hospitalisation ».

Thiéry, G et al ; Chirurgie orale et maxillo-faciale 2017 ; volume 30, Issue 3, 1-12

Jarrassier, A et al ; Anesthésie- Réanimation 2016 ; volume 36, Issue 3, 1-14

PO20 : La douleur aux urgences bucco-dentaires : analyse rétrospective

Type de soumission souhaité : Communication orale

Auteurs :

Arthur Falguière (1), Sylvie Boisramé (2), Arthur Schmouchkovitch (3)

1. Chirurgie Orale, Hopital Morvan, BREST, France
2. Chirurgie Orale, Hopital Morvan, CHRU Brest, BREST, France
3. Odontologie, médecine bucco-dentaire et chirurgie orale, CHU Brest, Brest, France

Mots clefs : douleur, urgences bucco-dentaires, analyse retrospective

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 : Depuis plusieurs années, le recours aux services d'urgences bucco-dentaires (UBD) augmente significativement. La prise en charge de la douleur, motif principal de consultation et particulièrement exacerbée sur la sphère oro-faciale, est primordiale aux UBD où l'attente peut être importante. Afin de répondre à ce flux et de faciliter le parcours de soins, un projet de recherche sur l'utilisation du méthoxyflurane (Penthrox®) a été envisagé. Dans le cadre sa rédaction, et dans un objectif de calcul du nombre de sujets nécessaires, un relevé de données rétrospectif de patients admis aux UBD d'un centre hospitalier universitaire a été réalisé.

Méthode : Les patients admis aux UBD durant la semaine du 12 au 16 septembre 2022 ont été étudiés avec un recueil de données épidémiologiques et thérapeutiques.

Résultats : 262 patients ont été reçus aux UBD sur la période étudiée, soit 52,4 patients admis par jour en moyenne.

Il s'agissait majoritairement de personnes de sexe masculin (54,5%), de la tranche d'âge des 18-30 ans (35,5%).

L'intensité douloureuse moyenne, mesurée par une échelle numérique de 0 à 10, était de 6,8/10, avec 89,7% des patients présentant une intensité supérieure ou égale à 4/10 et 47,7% supérieure ou égale à 8/10.

Les données de 21 dossiers n'ont pas pu être exploitées. Sur les dossiers exploitables, le motif de consultation principal était la parodontite apicale aigue (25,3%) puis la pulpite irréversible (21,2%). Viennent ensuite les causes infectieuses type abcès collecté, alvéolite, péri coronarite ou cellulite dans 17,8% des cas ; les pathologies parodontales dans 12,9% des cas, et un traumatisme dentofacial dans 7,5% des admissions.

Dans 21,9% des cas, aucun acte n'a été réalisé. Les gestes de pulpotomie (17,4%) ou de pulpectomie (14,9%) étaient les plus effectuées.

Des antibiotiques étaient prescrits pour 43,9% des cas. Plus d'un tiers du temps (35,8%), ils étaient prescrits sans qu'un geste associé n'ait été réalisé. Des antalgiques de palier 1 (exclusivement du paracétamol) étaient prescrits dans 62,6% des cas, et ceux de palier 2 pour 11% des patients. Un nouveau rendez-vous au sein du service a été donné pour 13% des admis.

Discussion : L'intensité douloureuse élevée des patients consultants peut être liée à la forte sensibilité de l'atteinte anatomique concernée et permet d'expliquer les difficultés de prise en charge.

Les données épidémiologiques décrites, les motifs de consultations et les actes thérapeutiques réalisés concordent avec ce qui est rapporté dans la littérature.

Conclusion : Ce travail rend compte des intensités douloureuses très élevées des patients consultant aux UBD. Ces données ont permis en outre de calculer le nombre de sujets nécessaires à la réalisation d'un projet de recherche portant sur la prise en charge de la douleur dans ce contexte.

PO45 : Les Aspects atypiques des infections fongiques de la cavité orale

Type de soumission souhaité : Communication orale

Auteurs :

Nour-Sayda Ben Messaoud (1, 2), Ghada Bouslama (1, 2), Ben Youssef Souha (1, 2)

1. département Chirurgie Orale, Hopital Universitaire Farhat Hached , Université de Monastir, Sousse, Tunisie

2. , Laboratoire de recherche LR 12SP10, Sousse, Tunisie

Mots clefs : sinusite invasive , ulcération neutropénique, candidose, aspergillose , mucormycose

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 mycoses de la cavité orale sont des infections opportunistes de la cavité orale causé par des agents fongiques saprophyte ou cosmopolite tels que les Candida, l'aspergillus et les mucorales ... La présentation clinique de ces mycose pourrait être pathognomonique dans les aspects typiques qui sont les plus fréquents et les mieux connus. L'objectif de ce travail est de dévoiler quelques présentations cliniques atypique de la candidose, mucormycose et aspergillose de la cavité orale à travers une série de cas clinique

Observations

Des aspects cliniques déroutants de candidose, aspergillose et mucormycose sont présentés chez 4 patients 2 femmes et 2 hommes âgés respectivement de 80, 54, 49, et 9 ans. Deux patients étaient diabétiques et 2 présentaient des hémopathies malignes. Le diagnostic étaient évoqués devant certains signes clinique et confirmé par l'examen mycologique et anatomopathologique .la prise en charge était médicale pour la candidose et médico-chirurgicale pour la mucormycose et l'aspergillose. L'évolution étaient favorable pour les 4 patients. Une patiente est décédée après un an suites aux complications de sa pathologie hématologique.

Discussion

La candidose constitue la mycose orale typique dans sa forme aigue ou chronique, la présentation sous forme de stomatite ulcérée diffuse à candida krusei reste peu fréquente mais qui devrait être évoqué particulièrement chez les patients atteints d'hémopathie malignes. La mucormycose et l'aspergillose invasive sont des mycoses rares de la sphère oro-faciale la forme connue est celle d'une sinusite maxillaire invasive, l'aspect d'ostéite chronique ou suppurée comme décrits dans les cas présentés reste très rare.

Conclusion

Le tableau clinique des mycoses orale pourrait être déroutant, le diagnostic est basé sur le sens et le raisonnement clinique surtout en présence de terrain favorisant et confirmé par l'examen mycologique et anatomopathologique

PO46 : Ostéonécrose maxillaire sous dénosumab et sinusite maxillaire : à propos d'un cas

Type de soumission souhaité : Communication affichée

Auteurs :

Yazid BADI (1), Zahia BOUDAOU (1), Sarah Maou (2)

1. service de pathologie et chirurgie orales , centre hospitalo-universitaire mustapha , alger, Algérie
2. service de pathologie et chirurgie orales , centre hospitalo-universitaire mustapha bacha , alger , Algérie

Mots clefs : ostéonécrose maxillaire, dénosumab, sinusite maxillaire, piézochirurgie, chirurgie endoscopique sinusienne

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 bisphosphonates sont largement utilisés dans le traitement des métastases osseuses et l'ostéoporose. Cependant la physiopathologie de l'ostéonécrose des maxillaires liée aux BPS n'a pas encore été entièrement comprise. Actuellement il n'ya pas de "gold standard" dans la gestion des ostéonécroses. Les concepts vont de l'approche conservatrice à l'intervention chirurgicale (Zirk M et al. 2017). **Observation :** Le cas d'un patient âgé de 30 ans traité par dénosumab pour une tumeur à cellules géantes au niveau de la hanche, consultant pour un retard de cicatrisation suite à une extraction d'une dent maxillaire associé à une symptomatologie sinusienne, l'examen clinique retrouve une nécrose osseuse maxillaire importante avec suppuration. Les explorations radiologiques montrent un comblement sinusien du coté homolatéral. **Discussion :** L'ostéochimionécrose, souvent imputable aux biphosphonates, peut également être associée au dénosumab. C'est un anticorps monoclonal anti RANK-ligand ciblant les ostéoclastes (Anne-Gaëlle Bodard et al.2015). Si l'approche conservatrice de l'ostéonécrose échoue des approches telles que le débridement local, l'ostéoplastie et l'ostéotomie segmentaire sont réalisées (Zirk M et al. 2017). Les résultats varient selon les différents stades de l'ostéonécrose. Le résultat idéal est obtenu par l'éradication totale de l'ostéonécrose avec l'amélioration de la qualité de vie des patients (Weber, Camilotti et al. 2016). Le cas présenté est particulier par la présence d'une sinusite maxillaire. Une réflexion approfondie, en collaboration avec les oto-rhino-laryngologistes, a été nécessaire pour adopter l'option thérapeutique idéale pour gérer cette nécrose et ses complications. L'association d'une séquestrectomie par piézochirurgie et une chirurgie sinusienne endoscopique par voie orale a donné un résultat spectaculaire. **Conclusion :** La prise en charge de l'ostéonécrose associée au dénosumab étant complexe (Marion Renoux et al. 2014). La sinusite maxillaire associée rend la situation plus complexe et mérite plus de réflexion thérapeutique. Toutefois on peut avoir de bons résultats en appliquant une prise en charge bien réfléchie.

Zirk M et al, The impact of surgical intervention and antibiotics on MRONJ stage II and III - retrospective study, Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery (2017), doi: 10.1016/j.jcms.2017.05.027

Anne-Gaëlle Bodard et al, Ostéochimionécrose extensive de la mandibule chez un patient présentant une ostéomalacie et traité par dénosumab pour une tumeur osseuse sphénoïdale Med Buccale Chir Buccale

2015;21:199-201

Weber, J. B., R. S. Camilotti and M. E. Ponte (2016). "Efficacy of laser therapy in the management of bisphosphonate-related osteonecrosis of the jaw (BRONJ): a systematic review." *Lasers Med Sci*.

Marion Renoux et al, Cas clinique et revue de littérature Ostéonécrose des maxillaires : quand l'ancien traitement avec biphosphonates est méconnu *Med Buccale Chir Buccale* 2014;20:177-183

PO21 : Défaut primaire d'éruption - présentation de deux cas au sein d'une fratrie

Type de soumission souhaité : Communication affichée

Auteurs :

Victoire Lassaux (1), Louis Bouchet (2), Jacques Henri Torres (3)

1. , Clinique St Roch, Montpellier, France
2. , Centre de Soins Dentaire Montpellier, Montpellier, France
3. COMO, Centre de Soins Dentaire Montpellier, Montpellier, France

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

Le défaut primaire d'éruption (DPE) correspond à l'échec partiel ou complet de l'éruption d'une dent, lié à une anomalie des mécanismes biologiques d'éruption et en l'absence d'ankylose ou obstruction mécanique ou de cause syndromique.

Une trentaine de mutations génétiques ont été mises en cause concernant le gène ParaThyroid Hormone Receptor 1 PTHR1 qui joue un rôle important dans la résorption osseuse (essentielle à l'éruption) et dans la formation du follicule dentaire.

Le diagnostic différentiel avec l'ankylose primaire peut être difficile mais le DPE se différencie notamment par : l'atteinte de la première molaire et des dents distales, l'atteinte fréquente de plusieurs quadrants, la fréquence des antécédents familiaux et l'absence de traumatisme notable.

A noter que si l'ankylose n'est pas la cause du DPE, elle reste inéluctable avec l'évolution de la pathologie.

Observation

Deux sœurs, sans antécédent ou traitement, sont adressées par leur dentiste traitant.

La première patiente (âgée de 35 ans) était adressée pour des douleurs mandibulaires postérieures en lien avec des infections récurrentes. Le panoramique mettait en évidence une rhizalyse de la 36 ainsi qu'une résorption interne coronaire de la 46 et 16, les 16 et 17 étant le siège d'une ankylose radiculaire. Sur le CBCT il est confirmé également un contact étroit des 36 et 46 avec le nerf alvéolaire inférieur. L'avulsion de la 36 et 46 a été pratiquée sous anesthésie locale.

La seconde patiente (31 ans), était adressée pour avulsion de 16 et 17 non évoluées à l'origine de plusieurs épisodes infectieux. L'imagerie (CBCT) permettait d'observer un défaut d'éruption des 46, 47 ainsi que de 16, 17 et 18, avec résorption coronaire de ces 3 dernières. Il était également noté la présence des canines supérieures incluses en palatin. Lors de l'intervention, les 17 et 18, ankylosées entre elles, ont été avulsées en un seul bloc ; la 16 a été avulsée également. Une plaque palatine, préparée avant le geste, a été posée en post opératoire immédiat après mise en place de compresses de collagène dans la plaie et suture muqueuse pour anticiper le risque de saignement.

Les dents non symptomatiques ont été laissées en place.

Discussion/ Conclusion

Ces deux cas possèdent tous les critères sémiologiques du DPE. Les seules données radio-cliniques ont suffi à établir le diagnostic, puisqu'il s'agit de deux cas dans la même fratrie. Aucune analyse génétique n'a donc été réalisée chez ces patientes. Les résultats d'une analyse génétique n'auraient en effet pas modifié la prise en charge ni la prévention.

La complexité de la prise en charge chirurgicale résidait dans le volume des dents concernées, leur fragilité (résorption), la profondeur de l'inclusion et les phénomènes d'ankylose.

1. Pilz P et al. J Orofac Orthop. 2014 May;75(3):226-39.

2. Prioux R. Mise au point sur les défauts primaires d'éruption : établissement d'un protocole de soin. Thèse. 2018. <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01807896>

PO47 : A propos d'une ulcération douloureuse de la langue

Type de soumission souhaité : Communication orale

Auteurs :

Antoine BRUNEAU (1), Hadrien LE VAYER (1), Bythia LEVY (1), Sylvie SEGUIER (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, immunodépression, VIH

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

L'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) entraîne une diminution du nombre de lymphocytes TCD4+ et augmente la susceptibilité du patient à développer des lésions orales d'origine infectieuse (bactérienne, virale, fongique et parasitaire), dysimmunitaire (aphtose récurrente) et néoplasique (sarcome de Kaposi, lymphomes). Les manifestations orales de cette maladie peuvent être inaugurales, d'où l'intérêt de savoir les identifier et rechercher une cause d'immunodépression.

Observation

Une femme de 46 ans, d'origine congolaise, en bonne santé déclarée, consultait aux urgences bucco-dentaires pour des douleurs orales et latéro-cervicales évoluant depuis 3 mois. La patiente avait préalablement consulté un ORL qui a observé une plaque blanchâtre douloureuse sur le pilier antérieur amygdalien et émis l'hypothèse d'un lichen plan. Elle a reçu des corticoïdes topiques. Un mois auparavant, la patiente avait consulté les urgences gynécologiques pour des érosions périnéales et un prurit intense et avait reçu un traitement d'épreuve avec valaciclovir et éconazole.

L'examen exobuccal montrait des adénopathies latéro-cervicales droites, sensibles à la palpation. L'examen endo-buccal révélait une ulcération profonde de la face ventrale de la langue, à bords irréguliers, entourée d'un liséré érythémateux, d'environ 2 cm de diamètre, se prolongeant sur la crête alvéolaire et le plancher buccal, du côté droit. Un bilan biologique (NFS, sérologies VIH, VHB, VHC et syphilis) a été prescrit. Le lendemain, le médecin biologiste informait le praticien prescripteur du statut sérologique positif au VIH de la patiente afin qu'il lui annonce le diagnostic. La NFS montrait une anémie (Hb=9,8 g/dl) et une leucopénie (2600/mm³) avec lymphopénie (738/mm³). La patiente a finalement admis qu'elle connaissait sa maladie depuis 2008, mais qu'elle était en rupture de suivi et de traitement du fait de l'absence de couverture sociale depuis son arrivée en France en 2016. Elle a été adressée dans le service d'infectiologie où une trithérapie a été mise en place, conduisant à la guérison progressive des lésions orales.

Discussion

Selon l'OMS, au niveau mondial, 40% des personnes vivant avec le VIH l'ignorent et 50% de celles diagnostiquées ne sont pas traitées. Des ulcérations étendues, nécrotiques, avec des bords surélevés et un érythème périphérique peuvent faire partie de premières manifestations de la maladie. Leur présence ainsi que la survenue d'infections récidivantes (candidoses, herpès, zona) et de maladies parodontales nécrosantes doivent inciter le praticien à rechercher une immunodépression.

Conclusion

Compte tenu de la propagation de l'épidémie et des flux migratoires depuis les régions les plus touchées, il est essentiel que les chirurgiens-dentistes soient formés au diagnostic de l'infection par le VIH au travers des lésions orales dont certaines sont inaugurales, afin que le patient puisse bénéficier d'une prise en charge médicale précoce.

PO48 : Scorbut oral chez l'enfant : à propos d'un cas

Type de soumission souhaité : Communication affichée

Auteurs :

Cyril Debortoli (1), Ariane Camoin (2), Jacinthe Lafont (3), Fabrice Campana (3)

1. Service de Chirurgie Orale , Hôpital la Timone - AP-HM, Marseille, France
2. Service de Pédiodontie, Hôpital la Timone - AP-HM, MARSEILLE, France
3. Service de Chirurgie Orale , Hôpital la Timone - AP-HM, MARSEILLE, France

Mots clefs : scorbut ; médecine orale ; pédiatrie

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 : Le scorbut, ou déficit en acide ascorbique (ou vitamine C), est une maladie ancienne bien connue des grands navigateurs. Elle est devenue rare dans les pays développés où elle est principalement décrite chez les populations vulnérables associée à une dénutrition et à un faible statut socio-économique. Le cas d'un scorbut avec atteinte squelettique diagnostiqué à partir des manifestations orales est rapporté.

Observation : Il s'agissait d'un enfant de 6 ans qui présentait une atresie des voies biliaires non syndromiques de type III. Il a été opéré d'une hépato-porto-cholécystotomie à J53 de vie, non fonctionnelle, nécessitant une allogreffe hépatique à 4 ans compliquée d'une cirrhose biliaire secondaire avec HTA portale. Il était traité par tacrolimus, acide ursodésoxycholique, aspirine et mélatonine. Il a présenté des gonalgies depuis 2 ans avec apparition récente de douleurs à l'extension et à la flexion totale des membres inférieurs, sans limitation d'amplitude et sans signe d'arthrite. L'imagerie par radiographie de face et de profil et par scintigraphie ne retrouvait aucune anomalie. Il a été hospitalisé pour une altération de l'état général avec fièvre. A l'examen clinique, des accroissements gingivaux hémorragiques, des ecchymoses palatines diffuses, des adénopathies cervicales ainsi qu'une pâleur cutanéomuqueuse ont été observés. Les examens biologiques ont révélé une anémie microcytaire, une leucopénie et une CRP augmentée. Le dosage en vitamine C a montré un déficit à 0.68 mg/L (normes : 2,60-11). L'interrogatoire a rapporté que l'enfant se nourrissait quasi exclusivement de pots de bébé, sans consommation de fruits ou de légumes frais Une supplémentation et une éducation nutritionnelle ont été mis en place avec une normalisation de signes buccaux en 10 jours

Discussion : Les principales manifestations cliniques du scorbut sont rhumatologiques associant des douleurs osseuses et articulaires pouvant générer des difficultés à la marche, et dermatologiques telles qu'un purpura disséminé et des kératoses folliculaires avec un aspect en « tire-bouchons » du poil. Au niveau buccal, la présentation associe des accroissements gingivaux, des gingivorragies, un purpura et peut mener à la perte des dents. L'acide ascorbique a un rôle dans la synthèse de collagène IV, constituant des vaisseaux sanguins. Son déficit peut entraîner une fragilité vasculaire. C'est la présence des lésions purpuriques palatines qui a orienté le diagnostic et permis d'éliminer une maladie parodontale induite par la plaque dentaire

ou une infection virale.

Conclusion : Le scorbut est une maladie rare un peu oubliée dans les pays développés. Il faut savoir l'évoquer devant des signes pseudo-rhumatismaux et d'atteintes cutanée ou buccale en particulier purpurique.

Maxfield L, and al. Vitamin C Deficiency. 2022 Oct 12. In: StatPearls

Brand AJ and al. J Dent Child (Chic). 2019 May 15;86(2):125-128.

Bendick C and al. Lancet. 2012 Jun 23;379(9834):2400.

PO58 : Influence des caractéristiques implantaire dans un os greffé en prévention de la péri-implantite

Type de soumission souhaité : Communication affichée

Auteurs :

Cyril Debortoli (1), Franck Afota (2), Charles Savoldelli (2)

1. Service de chirurgie cervico-faciale, maxillo-faciale et orale, Institut Universitaire de la face et du cou, Centre Hospitalier Universitaire de Nice - Nice - France, TOULON, France
2. Service de chirurgie cervico-faciale, maxillo-faciale et orale, Institut Universitaire de la face et du cou, Centre Hospitalier Universitaire de Nice, Nice, France

Mots clefs : implantologie ; greffe osseuse

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 : L'atrophie osseuse post-extractionnelle de la crête osseuse conduit à des techniques de reconstructions osseuses pour obtenir un environnement biologique idéal à la pose d'un implant. L'os greffé, moins minéral, peut subir une fonte progressive s'apparentant à une péri-implantite liée à l'augmentation de la concentration de molécules pro-inflammatoires (cytokine IL-1 β et TNF α), agissant sur la stimulation des ostéoclastes.

Observation : Le cahier des charges de l'implant « idéal » à poser dans une greffe comprend le design, le type de connexion, l'état de surface implantaire et la façon de poser l'implant. Ces caractéristiques vont permettre de minimiser la résorption osseuse post-greffe et de conserver cet os greffé. Le premier traitement de la péri-implantite est sa prévention.

Discussion : Le col implantaire est le lieu où il existe la pression maximale entre l'os et l'implant, et l'os cortical ne possède ni plasticité ni vascularisation. Un design implantaire agressif associé à un torque élevé sera délétère sur la greffe osseuse et entraînera une péri-implantite en regard du col implantaire. Des spires larges progressives et coupantes permettent d'augmenter la surface os/implant et d'obtenir une stabilité primaire sans stress osseux en regard de l'os cortical.

Le platform switching permet le recentrage horizontal de la connexion-implant permet de maintenir les éléments inflammatoires à distance du rebord osseux.

Le revêtement de l'implant possède un rôle dans l'ostéointégration. Certains revêtements libèrent des ions calcium et permettraient une ostéointégration accélérée, sans différence statistiquement significative sur le long terme.

Des éléments per-opératoires vont permettre d'anticiper cette résorption osseuse ; le surforage cortical et la position infra-crestale. Ainsi l'ancrage implantaire s'effectue dans l'os spongieux, où la plasticité et la vascularisation sont maximales. Un torque modéré (< 35 N/cm) entraîne l'absence de compression latérale qui n'entraîne pas d'ischémie au col implantaire et favorise le contact os/implant.

Conclusion :

Le cahier des charges des caractéristiques idéales de l'implant dans l'os greffé serait : la présence d'un switching platform, col non agressif, un corps avec des spires « coupantes » et progressives et non compressives. Sa position devrait être infra-crestale, avec l'obtention d'une bonne stabilité primaire en évitant un torque important. Le revêtement de surface a également un rôle dans l'ostéointégration de l'implant.

L'implant parfait possèderait ces caractéristiques respectant l'environnement péri-implantaire tout en restant non-agressif sur la greffe osseuse garantissant sa pérennité d'un point de vue local (en excluant les facteurs généraux).

Al-Tarawneh S and al. Int J Oral Maxillofac Implants. nov 2022;37(6):1110-8.

Linkevicius T. Quintessence Publishing (IL). 2019 304 p.

Makary, C. and al. Nanomaterials 2023, 13, 357

PO59 : L'utilisation des guides à étages en implantologie : note technique

Type de soumission souhaité : Communication affichée

Auteurs :

Cyril Debortoli (1), Franck Afota (2), Charles Savoldelli (2)

1. Service de chirurgie cervico-faciale, maxillo-faciale et orale, Institut Universitaire de la face et du cou, Centre Hospitalier Universitaire de Nice - Nice - France, TOULON, France
2. Service de chirurgie cervico-faciale, maxillo-faciale et orale, Institut Universitaire de la face et du cou, Centre Hospitalier Universitaire de Nice, Nice, France

Mots clefs : implantologie ; implantologie guidée ; mise en charge immédiate

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 : Le vieillissement de la population entraîne la perte des organes dentaires et des conséquences fonctionnelles, nutritionnelles, esthétiques et psychologiques. La réhabilitation implanto-portée des patients édentés totaux permet de restaurer ces aspects. De nos jours, le flux numérique permet de réaliser un « All-on-X » le jour-même, pouvant être qualifié de troisième denture. L'essor du tout numérique permet de simplifier et de fluidifier la collection et la transmission des données médicales.

Matériel et méthodes : Les données collectées lors de l'examen clinique et des examens complémentaires permettent d'apprécier le futur projet prothétique et implantaire.

Trois Cone Beam Computed Tomography (CBCT) sont superposés : celui du patient, de sa prothèse et du patient avec la prothèse en bouche. Le « matching » entre les CBCT sont réalisés à l'aide de marqueurs radio-opaques.

La fabrication de la prothèse et du guide vont permettre la planification implantaire selon l'axe prothétique idéal. Le guide possède un support osseux fixe avec différents « étages » amovibles : 1) Le guide de positionnement, par ses indentations, permet de valider la situation bucco-dentaire per-opératoire 2) guide de forage, 3) la prothèse totale provisoire implanto-portée.

A la fin de l'intervention chirurgicale, le patient dispose de sa prothèse provisoire mise en charge immédiatement.

Discussion : La précision d'une chirurgie entièrement guidée est significativement supérieure par rapport à la chirurgie pilotée. Les guides à appuis muqueux et à appuis dentaires seraient les plus précis.

Des facteurs tels que l'épaisseur gingivale peuvent entraîner une déviation de l'axe implantaire. Les guides à appuis osseux minimise cette erreur notamment en cas de défaut osseux initial ou de greffe osseuse préalable.

L'autre objectif de ces guides est d'obtenir un résultat esthétique naturel, grâce à l'absence de résine sur la prothèse provisoire. Ainsi les zones inter implantaires sont respectées, facilitant la maintenance et la formation de nouvelles papilles interdentaires.

Bien que novatrice, l'utilisation de guides chirurgicaux dans les chirurgies implantaires est une

aide opératoire mais il convient de rester vigilant notamment dans les chirurgies sans lambeau.

Conclusion : Bien que chronophage dans sa préparation, l'optimisation du temps opératoire est maximale avec la mise en place de la prothèse selon un protocole de mise en charge immédiate. Les guides à étages peuvent être utilisés lors de protocole d'extraction-implantation immédiate mais aussi après réhabilitation pré-implantaire si le défaut osseux préalable le nécessitait. La reproductibilité et la précision de ce protocole permet d'allier axes prothétique et implantaire idéaux. Ainsi elle préfigure de manière optimale la future prothèse définitive.

Salama MA et al. Int J Periodontics Restorative Dent. 2018 Nov/Dec;38(6):791-798

Norré D et al. Int J Comput Dent. 2022 Sep 20;25(3):303-323

PO49 : La prise en charge odontologique des patients présentant un cancer des voies aéro- digestives supérieures : A propos de 14 cas

Type de soumission souhaité : Communication affichée

Auteurs :

Azzedine CHERIFI (1)

1. Odontologie Conservatrice/Endodontie, clinique dentaire Eliza CHU Annaba, annaba, Algérie

Mots clefs : cancer- prise en charge - odontologie

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 thérapeutiques anticancéreuses (chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie) entraînent des séquelles et nombreux effets secondaires au niveau de la cavité buccale.

En l'absence de prise en charge dentaire approprié, les conséquences peuvent être fortement préjudiciables d'un point de vue fonctionnel et esthétique.

Patients et méthodes :

Nous rapportons l'expérience de notre service dans la prise en charge pluridisciplinaire des patients atteints des cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS).

Cette étude a concerné une série de 14 patients atteints, adressés le plus souvent postérieurement à leur traitement carcinologique du service ORL, CHU Annaba Algérie.

Avec l'accord du chef de service, une consultation a été mise en place au service Odontologie Conservatrice/Endodontie (OC/E) a la clinique dentaire Elisa CHU Annaba-Algérie.

Résultats :

De septembre 2021 à novembre 2022, 14 patients ont été reçus à la consultation, d'âge moyen

de 59 ans (34-79) avec un sexe ratio de 07 de sexe masculin pour 01 de sexe féminin.

Les 14 patients ont bénéficié d'une chirurgie carcinologique, seulement 04 d'un traitement radiothérapeutique et 09 de chimiothérapie.

04 patients ont bénéficié de gouttières de fluoruration et 12 patients des soins conservateurs (restaurations et/ou endodontiques).

Discussion :

Les traitements conservateurs des dents chez les patients atteints des cancers du V.A.D.S permettent d'améliorer la qualité de vie. Ils permettent de garder sur l'arcade le maximum de dents et donc d'améliorer l'alimentation du patient et minimiser le risque d'infection et d'ostéoradionécrose des maxillaires.

Ces soins requièrent de la motivation de la part du patient, de la patience et de la dextérité manuelle de la part du praticien.

Conclusion :

Le médecin-dentiste doit être un acteur dans la lutte contre le cancer. L'implication de celui-ci est indispensable et il joue un rôle primordial aussi bien dans une démarche préventive, que de dépistage, de prise en charge ou de suivi des patients, par le biais des réunions de concertation pluridisciplinaires.

-Rocher Pet al. Le chirurgien-dentiste face au cancer: du diagnostic précoce du cancer buccal à la prise en charge du patient cancéreux. Paris : Association dentaire Française; 2008.

-Borowski B les soins bucco-dentaires du malade cancéreux. Paris : Masson, 1986

-Roche Y. Risques médicaux au cabinet dentaire en pratique quotidienne: identification des patients, évaluation des risques, prise en charge: prévention, précautions. Issy-les-

PO22 : Apport du pilier de cicatrisation personnalisé (SSA) dans la gestion des tissus mous péri-implantaires : À propos d'un cas

Type de soumission souhaité : Communication affichée

Auteurs :

Aurélien Bos (1), Corentin Illand (1), Emma Battino (1), Louis Maman (1), François Ferré (1, 2), Adel Hamdani (1)

1. Service d'Odontologie, Hôpital Charles Foix, 94200 Ivry sur Seine, France., Université de Paris Cité, UFR de Santé, Paris, France
2. , Centre de Recherche des Cordeliers, UMRS 1138, Molecular Oral Pathophysiology, Université de Paris, INSERM, Sorbonne Université, Paris, France, Paris, France

Mots clefs : implantologie, sealing socket abutment, extraction implantation immédiate, tissus péri-implantaires, numérique, 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 :

L'implantation immédiate post-extractionnelle est un nouveau standard en Implantologie, puisque la littérature a montré par voie de méta-analyse que le taux de survie de ces implants est > 95%, et sans différences significatives quant à la perte osseuse péri-implantaire par rapport à l'implantation différée, sur un recul moyen de 30 mois. Dès lors, il convient d'adapter les techniques permettant de refermer le site extractionnel (sans tracter de lambeau muco-périosté), ce afin de protéger l'implant et le substitut osseux.

Le cas présenté est celui d'une femme de 43 ans, en bonne santé générale, non-fumeuse, adressée pour le remplacement de 14 non-restaurable. La présence des papilles, l'aspect asymptomatique, l'ouverture buccale, et l'analyse radiologique sur cone beam-CT nous permettent d'envisager l'extraction-implantation immédiate en protocole de chirurgie guidée, et de sceller l'alvéole avec un pilier de cicatrisation personnalisé. L'avulsion de la dent est réalisée en préservant les tissus. L'implant est mis en place au travers du guide. Le couple de serrage (> 35N.cm) permet d'envisager la mise en place immédiate du pilier de cicatrisation. Les interstices sont comblés par un substitut osseux d'origine xénogène (Bio-Oss®, Geistlich Pharma®). Le pilier personnalisé est réalisé à partir d'un pilier standard en résine PEEK (*polyetheretherketone*). La personnalisation est obtenue par stratification de résine composite fluide (technique de « *sealing socket abutment* » - SSA), photopolymérisée hors bouche. Une fois la forme et le soutien des tissus validés, le faux-moignon est sectionné, la photopolymérisation finale et le polissage sont réalisés, et l'absence d'occlusion avec le pilier est vérifiée.

Le cliché rétroalvéolaire postopératoire valide le positionnement de l'implant, le comblement alvéolaire, et le bon engagement de la connectique du pilier dans la plateforme implantaire. Le contrôle à +1 semaine montre l'absence d'inflammation et le maintien des papilles gingivales. Le contrôle à +5 mois atteste de l'ostéointégration de l'implant et de la maturation des tissus kératinisés.

La réhabilitation prothétique a pu être réalisée sur TiBase, avec zircone polie miroir, et vitrocéramique cosmétique, sur un assemblage transvissé.

Dans les cas où une dent non-restaurable maintient le profil des tissus mous, il est primordial de maintenir ces tissus, de l'avulsion jusqu'à la mise en place de la réhabilitation d'usage. L'utilisation d'un pilier personnalisé en technique directe permet d'adapter la concavité du profil d'émergence en modulant la convexité et le volume des apports de résine composite, de façon à guider la cicatrisation, pour obtenir une zone critique et sous-critique favorables à la mise en place d'un péri-implant sain à long terme. Afin d'éviter le contact de la résine composite avec les tissus alvéolaires et de réduire le temps opératoire, de nouveaux protocoles émergent, grâce aux procédés CFAO et à l'apport de l'impression numérique.

PO23 : Découverte fortuite d'une tumeur du médiastin lors d'une TDM cervico-faciale

Type de soumission souhaité : Communication affichée

Auteurs :

Louis Bouchet (1), Victoire Lassaux (1), Jacques-Henri TORRES (1)

1. odontologie, CSD, Montpellier, France

Mots clefs : Découverte fortuite, tumeur du médiastin, TDM cervico-faciale

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

Le médiastin est une région du thorax située entre les deux poumons, délimitée en antérieur par le sternum, par la colonne vertébrale en postérieur et par le diaphragme au niveau inférieur. Les tumeurs médiastinales sont d'origines très diverses et peuvent être bénignes ou malignes.

Le thymus est un organe du médiastin antérieur, il est donc situé dans une région relativement éloignée de la cavité buccale. La néoplasie épithéliale thymique la plus fréquente est appelée le thymome et son incidence annuelle est d'environ 1/769.000. Il apparait à un âge médian de 50 ans. Le pronostic du thymome est favorable dans la majorité des cas. Cependant, en cas de tumeur maligne (carcinome thymique), l'envahissement des poumons et du cœur engage le pronostic vital.

Observation

Homme de 49 ans sans antécédents médicaux, a été adressé par son chirurgien-dentiste pour une lésion maxillaire antérieure d'évolution lente et connue depuis 8 ans. Le patient rapportait de légères douleurs intermittentes ainsi que des mobilités sur 11, 21 et 22.

L'examen exobuccal a mis en évidence une tuméfaction sous-narinaire et labiale supérieure.

L'examen endobuccal a révélé un comblement du vestibule maxillaire en regard de 12 à 22, de 3 cm de grand axe, ainsi qu'une voussure palatine sessile, de 2 cm de grand axe, localisée au palais antérieur, en position médiane en regard de la suture palatine intermaxillaire. Une fluctuance réciproque entre ces deux voussures était retrouvée à la palpation.

Un TDM du massif facial a été réalisé, qui a révélé l'image d'une lésion kystique unique d'apparence bénigne de 34 mm de grand axe (tonalité homogène, densité liquidienne, contours bien délimités, liseré d'ostéocondensation périphérique) et développée aux dépens de la région naso-palatine antérieure.

Sur ce même TDM, dont la zone de visualisation (DFOV) était très étendue vers le bas, la partie supérieure d'une masse médiastinale antérieure a été observée. Il a donc été pratiqué une TDM thoracique injectée qui a mis en évidence une masse médiastinale arrondie et régulière de 6 cm,

évoquant un thymome.

Devant ce tableau, la prise en charge de la lésion buccale est passée au second plan. Pour temporiser, une décompression du kyste maxillaire a été pratiquée, ainsi qu'une biopsie dont le diagnostic histologique était celui d'un kyste primordial.

Le thymome a fait l'objet d'une exérèse chirurgicale. Ensuite seulement, le kyste primordial du maxillaire a été énucléé.

Discussion / conclusion

Ce cas représente une véritable exception dans la mesure où le dépistage des tumeurs médiastinales ne se fait pratiquement jamais en chirurgie orale.

L'intérêt d'étendre systématiquement les TDM du massif facial à la région thoracique est discutable. En effet, l'évolution rapide et défavorable du carcinome thymique doit être mise en balance avec sa rareté. Le rapport bénéfice-risque en terme d'irradiation doit rester favorable au patient.

Bibliographie

Detterbeck FC et al. Chin Med J. 2013;126(11):2186-91

PO24 : Histiocytose Langerhansienne : A propos d'un cas

Type de soumission souhaité : Communication affichée

Auteurs :

marine regenass (1), Julie Guillet (1)

1. Service Chirurgie, Institut de Cancérologie de Lorraine, Nancy, France

Mots clefs : Histiocytose langerhansienne, maxillaire,

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 :

L'histiocytose Langerhansienne est une maladie rare, caractérisée par une accumulation dans différents tissus de cellules de Langerhans. Ces dernières s'apparentent à des cellules macrophagiques agissant sur la voie de signalisation MAP-Kinase.

Cette affection se classe de la forme la plus simple, constituée d'atteintes osseuses localisées (granulomes éosinophiles) à des formes plus sévères dans lesquelles différents organes peuvent être touchés. La prévalence de la maladie est de 1 à 2 cas sur 100 000 avec une majorité dans l'enfance. L'étiologie de la maladie est inconnue et son diagnostic de certitude repose sur un examen histopathologique. Dans de rares cas, lorsqu'aucune biopsie n'est réalisable, l'utilisation d'un faisceau d'arguments clinique et radiologique est nécessaire.

Le traitement de cette maladie dépend de la localisation des lésions et du nombre d'organes atteints. Le gradient thérapeutique va de l'exérèse avec curetage chirurgical simple à l'utilisation de chimiothérapies et/ou radiothérapie. Une approche médicale multidisciplinaire avec un bilan d'extension systématique est nécessaire face au polymorphisme de la maladie.

Le cas clinique rapporté est celui d'un homme de 36 ans, sans antécédents médicaux, dont le diagnostic de granulome éosinophile a été posé en 2022. Il a d'abord présenté une mobilité progressive des molaires maxillaires gauches, sans cause évidente. Le Cone Beam effectué en première intention mettait en évidence une lésion d'allure fibro-osseuse qui s'étendait de la face distale de la 25 jusqu'à la tubérosité maxillaire. Le plancher sinusien était atteint, sans envahissement du sinus maxillaire. La réalisation d'une IRM permettait de poser l'hypothèse d'un granulome éosinophile. L'avulsion de 27 a été réalisée en même temps qu'une biopsie de la muqueuse, sans permettre de poser un diagnostic histologique. Une résection chirurgicale de la lésion emportant 26 a finalement permis de confirmer le diagnostic après une analyse histologique et immunohistochimique.

Le bilan d'extension effectué dans les suites n'a révélé aucun autre foyer hypermétabolique.

Les caractéristiques cliniques et radiologiques peu spécifiques du granulome éosinophile des maxillaires peuvent se confondre avec d'autres lésions. Il est important d'en faire le diagnostic différentiel. Les lésions ostéolytiques, qu'elles soient uniques ou multiples, intéressent l'os alvéolaire et l'os basal. Radiologiquement, les contours de ces lésions sont nets, sans lisérés

d'ostéocondensation, comme une « dent suspendue ». Cliniquement, la mobilité accrue des dents peut orienter le praticien vers une atteinte parodontale agressive localisée, ou dans les formes débutantes, à une pathologie kystique.

Par ailleurs, une atteinte des maxillaires peut être un signe d'appel du diagnostic d'histiocytose langerhansienne multisystémique. Un travail d'information doit être réalisé.

PO25 : Prise en charge d'un odontome complexe kystique mandibulaire par décompression chez un patient de 15 ans.

Type de soumission souhaité : Communication affichée

Auteurs :

Ouassila Aterkoui (1), Jacques-Henri Torres (2)

1. , Chu Montpellier, Montpellier, France

2. chirurgie orale, Chu Montpellier, Montpellier, France

Mots clefs : décompression, odontome complexe, enfant

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 odontomes sont des tumeurs bénignes des mâchoires, composés de dérivés de l'épithélium odontogène et de l'ectomésenchyme. Ils résultent d'anomalies de développement, et ne constituent donc pas d'authentiques tumeurs.

Egalement répartis entre les sexes, ils sont généralement découverts chez l'enfant après 10 ans, au cours d'un examen radiographique.

Le plus souvent asymptomatiques, ils peuvent dans certains cas être à l'origine de douleurs, d'asymétrie faciale ou de retard d'éruption.

Le traitement habituel est l'énucléation chirurgicale. Ces tumeurs ne récidivent généralement pas lorsque l'ablation est complète.

Observation :

Un enfant âgé de 15 ans, sans antécédents médicaux, a été adressé par son orthodontiste pour une discrète déformation faciale gauche. Le patient ne rapportait pas de symptomatologie particulière.

L'examen exobuccal a mis en évidence une légère tuméfaction mandibulaire gauche.

L'examen endobuccal a révélé une ulcération jugale gauche en regard du dispositif orthodontique sur la 37, avec présence d'une voussure vestibulaire d'environ 3 cm de grand axe, de consistance légèrement fluctuante.

Un examen CBCT a révélé l'image d'une lésion d'allure kystique polylobée de 4x3x2,5 cm (hauteur, antéro-postérieur, largeur) ayant souflé la mandibule, de tonalité homogène, délimitée par un liseré d'ostéocondensation périphérique rompu par endroits, contenant en haut le germe de 38, et dans la partie inférieure un nodule arrondi de 13mm, calcifié en périphérie, siégeant au contact du nerf alvéolaire inférieur (NAI).

Lors de l'intervention de biopsie, devant la nature liquidienne du contenu de la lésion et la fragilité de la mandibule, il a été décidé la mise en place d'un drain de décompression.

Un mois plus tard, un nouveau CBCT a constaté un gain d'épaisseur d'os de 2 à 3 mm. Le nodule calcifié s'étant éloignée du NAI, la lésion a été énucléée. Le diagnostic histologique était celui d'un odontome complexe kystique. Les suites ont été bonnes.

Discussion / conclusion :

La décompression est une technique mini-invasive largement utilisée pour le traitement des kératokystes. Son objectif est d'obtenir la réduction du diamètre du kyste par diminution de la pression interne grâce à l'ouverture du kyste à la cavité buccale, dans le double but, comme dans le cas rapporté, de réduire la fragilité de la mandibule et de s'éloigner des structures anatomiques nobles, en l'occurrence ici le NAI.

Ce cas illustre le fait que cette technique peut bien entendu être appliquée à d'autres types de lésions kystiques.

Par ailleurs, il faut souligner la rapidité du résultat obtenu par la décompression, certainement en lien avec le jeune âge du patient.

Enfin, la morphologie très particulière de cette lésion, avec une image de coquille minéralisée à l'intérieur d'une cavité kystique, est véritablement exceptionnelle.

Bibliographie :

Allon DM et al. J Oral Maxillofac Surg. 2015;73(4):649-54

Muret M et al. J Oral Med Oral Surg. 2021;27(2):29-37

PO50 : Sarcome de Kaposi lié à l'infection par le VIH : à propos de trois observations cliniques

Type de soumission souhaité : Communication affichée

Auteurs :

Cherifa Faiza TABETI-BENTAHAR (1), Souad BENAOUF (1), Nor El Houda DRIZI (2), Imane OUALI (1)

1. Pathologie et Chirurgie Buccales, CHU Oran Algérie, Oran, Algérie
2. Pathologie et Chirurgie Buccales, CHU d'Oran Algérie, Oran, Algérie

Mots clefs : Sarcome, Kaposi, Infection, VIH

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 :

Le sarcome de Kaposi (KS) est une tumeur mésoenchymateuse causée par l'herpèsvirus humain 8 est une maladie définissant le SIDA. Malgré une baisse de son incidence depuis l'introduction du traitement antirétroviral combiné, le KS reste le cancer le plus fréquent chez les personnes vivant avec le VIH en Afrique subsaharienne, où il entraîne une morbidité et une mortalité importantes [Dalla Pria 2022].

Première observation clinique : une femme âgée de 61 ans a consulté pour mobilité dentaire des incisives et molaires maxillaires. L'examen clinique a retrouvé une lésion végétante diffuse de la muqueuse gingivale et palatine avec un aspect de gingivite framboisée. L'examen général a révélé la présence de plusieurs macules violacées cutanées au niveau de la face et des membres inférieurs. La tomodensitométrie a retrouvé une importante déminéralisation avec résorption osseuse maxillo-mandibulaire diffuse. Le bilan biologique est revenu en faveur d'une anémie sévère (Hb : 7,7 g/dL) et une lymphocytopénie, une CRP positive de 96 mg/L et une sérologie VIH positive. Le diagnostic de maladie de Kaposi lié à l'infection à VIH a été retenu. Une trithérapie anti-rétrovirale a été instaurée. La patiente est décédée 4 semaines après.

Deuxième observation clinique : une femme âgée de 34 ans été orientée du service des maladies infectieuses pour une lésion bucco- faciale, rapidement extensive. L'examen clinique a retrouvé une asymétrie faciale par la présence d'une masse nodulaire rouge-violacée infiltrante, douloureuse entraînant l'occlusion totale de l'œil droit, une déviation nasale avec début d'infiltration de l'œil droit. L'examen endobuccal a été impossible vu l'infiltration. Le bilan biologique était perturbé avec sérologie VIH positive. Une tomodensitométrie a été demandée mais la patiente est décédée 2 semaines après.

Troisième observation clinique : une femme âgée de 41 ans, suivie depuis 3 ans pour infection au VIH a été orientée pour mise en état de la cavité buccale. L'examen clinique endobuccal a retrouvé une plaque violacée palatine, fortement évocatrice de Sarcome de Kaposi lié au VIH. La patiente a refusé la biopsie et est suivie régulièrement.

Les personnes séropositives courent au-delà de 2 fois plus de risque de contracter une maladie maligne, et on estime qu'entre 30 % et 40 % d'entre elles contracteront une maladie maligne.

Parmi les cancers liés au sida, on compte le sarcome de Kaposi, le lymphome de Hodgkin, le lymphome non hodgkinien, le carcinome basocellulaire, le cancer cervical, le séminome, le léiomyome et le léiomyosarcome [Epstein 2008].

Les données de l'OMS-GLOBOCAN indiquent que 41 799 nouveaux diagnostics de KS (28 248 hommes et 13 551 femmes) et 19 902 (13 117 hommes et 6 785 femmes) décès dus au KS ont été enregistrés dans le monde en 2018 [Ferlay 2018]. Le médecin dentiste peut contribuer au diagnostic précoce du SK lié au VIH dont l'aspect clinique varie de la lésion plane à la masse infiltrante, ou ulcéro-végétante.

PO51 : Zona oro-facial révélant une infection par le VIH : à propos d'une série de trois patients.

Type de soumission souhaité : Communication affichée

Auteurs :

Cherifa Faiza TABETI-BENTAHAR (1), Souad BENAOUF (1), Imane OUALI (1), Mehdi OULD HAMMOU (2)

1. Pathologie et Chirurgie Buccales, CHU Oran Algérie, Oran, Algérie
2. Pathologie et Chirurgie Buccales , CHU d'Oran Algérie, Oran, Algérie

Mots clefs : Zona, oro-facial, infection, VIH

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 : Le zona est une infection virale secondaire à la réactivation du virus de la varicelle-zona (VZV) resté latent au niveau des ganglions nerveux, son incidence est 17 fois plus élevée chez les patients VIH positifs [Caumes 2002, Keita 2018].

Observations cliniques :

Première observation clinique : un homme âgé de 35ans a consulté pour des éruptions unilatérales bucco-faciales gauches, très douloureuses et évoluant dans un contexte fébrile intéressant l'étage moyen de la face. L'examen clinique a retrouvé des lésions vésiculo-croûteuses cutanées faciales gauches et des lésions ulcérées de la muqueuse palatine homolatérale.

Deuxième observation clinique : une femme âgée de 33 ans a consulté pour des lésions ulcéro-nécrotiques cutanéomuqueuses unilatérales intéressant l'hémiface gauche avec atteinte des étages supérieur et moyen.

Troisième patiente : une femme âgée de 29 ans a été orientée du service de Dermatologie pour avis stomatologique. L'examen clinique a retrouvé des lésions ulcéro-nécrotiques de l'hémiface droite en voie de cicatrisation associées à des lésions ulcéro-nécrotiques mandibulaires homolatérales.

Un bilan sanguin ainsi qu'une sérologie complète ont été demandés pour les trois patients et ont révélé une infection positive au VIH associée à une lymphopénie. Un avis dermatologique et ophtalmologique a également été demandé. Le diagnostic de zona du nerf trijumeau sur un terrain immunodéprimé VIH positif a été retenu pour les trois patients.

Discussion et conclusion :

Le zona est une affection provoquée par le VZV retrouvée surtout chez le sujet âgé et/ou immunodéprimé. Sa survenue chez l'adulte jeune impose la recherche d'une infection à VIH [Caumes 2002, Keita et al, 2018, Glesby et al. 2004]. Son caractère vésiculo-croûteux caractéristique et l'unilatéralité des lésions avec notion de terrain sont les points clés nécessaires à la pose du diagnostic. Ce dernier doit être précoce afin d'instaurer un traitement antiviral (anti VIH) et pour éviter les complications nerveuses invalidantes. Même si l'atteinte endobuccale

reste rare, son expression clinique singulière doit être connue par le médecin-dentiste.

PO26 : De l'errance diagnostique des carcinomes épidermoïdes mimant une péri-implantite : A propos d'un cas

Type de soumission souhaité : Communication orale

Auteurs :

Aurelien Crevant (1), Maxime Lavigogne (2), Mita Patel (2), Nathan Moreau (2), Benjamin SALMON (2)

1. , , Paris, France

2. Médecine bucco dentaire, Bretonneau, Paris, France

Mots clefs : carcinome, épidermoïde, péri-implantite

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 carcinomes épidermoïdes représentent les cancers les plus fréquents de la cavité orale et un tiers des cancers des voies aéro-digestives supérieures, principalement associés à la consommation d'alcool et au tabagisme, dont le pronostic final dépend, entre autre, de la rapidité du diagnostic positif et de la prise en charge carcinologique. A ce titre, tout retard diagnostique est préjudiciable au patient, à sa survie et à sa qualité de vie post-traitement. Il est rapporté ici le cas d'un carcinome épidermoïde mimant une péri-implantite, à l'origine d'une errance diagnostique conséquente.

-

Observation clinique :

Le cas rapporté est celui d'un homme de 79 ans, hypertendu équilibré, diabétique de type 2 équilibré, sans intoxication alcoolo-tabagique, se présentant en consultation chez son chirurgien-dentiste pour une mobilité implantaire secteur 3, en juillet 2022.

Une lésion muco-gingivale dans ce secteur, suspectée être d'origine infectieuse, a conduit à l'avulsion de sa 38 puis de sa 37. Plusieurs antibiothérapies successives ont été prescrites pour contrôler une péri-implantite présumée autour des implants en place de 35 et 36.

Devant la persistance de sa symptomatologie, le patient a finalement été adressé en consultation spécialisée de chirurgie orale en décembre 2022.

L'examen clinique du jour retrouvait une lésion infiltrante et fissuraire au niveau de la commissure intermaxillaire gauche, associée à une lyse osseuse sous-jacente sévère aisément objectivable à la palpation, ainsi qu'une mobilité implantaire de 35/36.

Un examen tridimensionnel CBCT a confirmé la présence d'une volumineuse lésion ostéolytique d'aspect mité, s'étendant de 34 au processus condylien gauche, faisant suspecter un carcinome épidermoïde fissuraire.

L'analyse de clichés radiographiques antérieur a permis de confirmer l'évolution de la lésion, initialement localisée au niveau des implants en place de 35-36.

Le patient a été adressé en urgence dans un centre de lutte contre le cancer, qui a confirmé le diagnostic de carcinome épidermoïde bien différencié kératinisant et infiltrant P16-. Après réunion de concertation pluridisciplinaire, il a été retenu une indication de mandibulectomie interruptrice avec reconstruction immédiate par lambeau libre de péroné.

Discussion et conclusion :

Bien que le carcinome épidermoïde soit habituellement diagnostiqué chez des patients au-delà de 50 dans un contexte alcoolo-tabagique, ce tableau stéréotypé ne doit pas faire oublier les autres formes cliniques et terrains de présentation, à l'instar du cas présenté ici dont le diagnostic a été tardif, malgré l'évolution progressive de la lésion sur plus de 6 mois et de multiples consultations médicales.

PO27 : Étude rétrospective dans la prise en charge des stomatodynies**Type de soumission souhaité :** Communication affichée**Auteurs :**

Lucas Amouyal (1), Léa Kasbarian (2), Stephane Hammoutene (1), Philippe Roche-Poggi (1), Romain Lan (1), Fabrice Campana (1)

1. chirurgie orale, Hôpital de La Timone, marseille, France

2. , pratique privée, marseille, 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 :****Étude rétrospective dans la prise en charge des stomatodynies**

Introduction : La stomatodynie est définie comme une sensation de brûlure de la muqueuse buccale ou de sensation dysesthésique quotidienne, durant plus de 2 heures/j depuis plus de 3 mois et pour laquelle aucune cause ne peut être trouvée ¹. Elle est considérée comme une douleur neuropathique. Nous avons réalisé une étude rétrospective sur la prise en charge de cette pathologie dans notre service.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'étude observationnelle de cohorte historique qui a été réalisée dans le service de chirurgie orale de la Timone à Marseille. L'étude a préalablement été déclarée sur le portail d'accès aux données de santé avec la référence PADS 2022-YWJMZU. Elle avait pour objectif d'évaluer l'efficacité des différents traitements topiques et systémiques utilisés dans la réduction de la douleur et leurs effets indésirables éventuels. Le critère de jugement principal était le critère clinique « Amélioration/Non Amélioration » de la douleur.

Résultats : 88 patients étaient éligibles. Ont été exclus les stomatodynies secondaires, les patients pour lesquels une abstention thérapeutique a été retenue et les patients ne s'étant pas présentés à la visite de suivi. Ainsi, 34 patients atteints de stomatodynie primaire ont été inclus dans l'étude, 29 femmes et 5 hommes avec un âge moyen de 62 ans. La moyenne de durée des symptômes lors de la première consultation était de 42 mois. En 1^{ère} intention, 22 patients ont reçu un traitement topique (capsaïcine en préparation magistrale et l'amitriptyline en bains de bouche) avec une amélioration de 77,2%. 12 patients ont eu un traitement systémique (prégabaline ; la gabapentine et l'amitriptyline) avec une amélioration de 66%. En cas d'échec de la 1^{ère} ligne, d'autres lignes de traitement ont été proposées. Lorsqu'elle était disponible, l'évolution de la douleur sur une échelle numérique était en moyenne de -3,5 (2-7).

Discussion : Le niveau de preuve de l'étude reste faible (Niveau 4 Grade C). Il permet de toutefois de relever une certaine efficacité des traitements topiques dans la prise en charge des stomatodynies. Pourtant, ils ne sont pas préconisés dans les recommandations de prise en charge de la douleur neuropathique de 2020 ². Ils présentent toutefois une simplicité d'usage et semblent une option thérapeutique intéressante en 1^{ère} ligne. Les résultats avec les traitements systémiques sont globalement satisfaisant avec une bonne tolérance clinique.

Conclusion : Une étude de plus forte puissance serait pertinente, en particulier sur l'efficacité des traitements topiques

1. International Classification of Orofacial Pain, 1st edition (ICOP). Cephalalgia 2020; 40(2): 129-221.

2. Moisset X, Bouhassira D, Avez Couturier J, Alchaar H, Conradi S, et al. Pharmacological and non-pharmacological treatments for neuropathic pain: Systematic review and French recommendations. *Rev Neurol (Paris)*. mai 2020;176(5):325-52.

PO52 : À propos d'un cas d'ulcère cutanéomuqueux dues au virus d'Epstein-Barr

Type de soumission souhaité : Communication affichée

Auteurs :

justine coubard (1), fabrice Campana (2), aurélie Haffner (3), Arthur Falguiere (2), justine coubard (4)

1. Aix-Marseille université, APHM, Département de chirurgie oral de l'hôpital de la Timone, MARSEILLE , Aix-Marseille université, APHM, Département de chirurgie oral de l'hôpital de la Timone, MARSEILLE , MARSEILLE, France
2. Aix-Marseille université, APHM, Département de chirurgie oral de l'hôpital de la Timone, MARSEILLE , Aix-Marseille université, APHM, Département de chirurgie oral de l'hôpital de la Timone, MARSEILLE , Marseille, France
3. APHM, Hôpital de la Timone, service de dermatopathologie du service de Pathologie et Neuropathologie du CHU de la Timone à Marseille, France, APHM, Hôpital de la Timone, service de dermatopathologie du service de Pathologie et Neuropathologie du CHU de la Timone à Marseille, France, Marseille, France
4. , , MARSEILLE, France

Mots clefs : Ulcère oral, Epstein-Barr-Virus, EBVMCU

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. : Je refuse

Résumé :

Introduction : L'ulcère cutanéomuqueux lié au virus d'Epstein-Barr (EBV-MCU) est une entité clinico-pathologique décrite pour la première fois en 2010 et intégrée dans la classification des tumeurs des tissus hématopoïétiques et lymphoïdes de l'organisation mondiale de la santé en 2016. Nous rapportons ici un cas d'EBV-MCU avec double localisation gingivale marquant au TEP-scanner chez une patiente atteinte de thrombocytémie essentielle traitée par inhibiteur de janus kinase

Observation :

Une patiente de 82 ans a été hospitalisée pour un syndrome fébrile sans point d'appel clinique. Elle souffrait de thrombocytémie essentielle, d'insuffisance rénale chronique, d'hypertension, et présentait des antécédents d'accident vasculaire cérébral et de cancer du sein. Son traitement associait ruxolitinib, darbépoétine alfa, acide acétylsalicylique, bisoprolol, ramipril et lercanidipine. Elle a présenté une polynucléose, une augmentation de la CRP et une PCR sanguine EBV positive. Le TEP-scanner a montré un hypermétabolisme maxillaire gauche. L'examen a révélé deux ulcérations centimétriques vestibulaires et palatines maxillaire gauche, sans mobilité dentaire ou adénopathie associée et sans atteinte osseuse au CBCT.

La biopsie a retrouvé une lymphoprolifération, avec de grandes cellules lymphoïdes atypiques de morphologie Hodgkin/Reed-Sternberg, sans dysplasie associée. L'immunohistochimie a trouvé un marquage CD20/CD30/CD79/PAX-5/MUM-1+ et CD3/CD10/CD15-. L'hybridation in situ avec une sonde EBER était positive. Le diagnostic retenu était un EBV-MCU. Les lésions ont régressé spontanément en quelques semaines.

Discussion :

Environ deux cents cas ont été rapportés, dont une centaine de la cavité buccale. L'EBV-MCU touche préférentiellement les femmes, dans la septième décennie, généralement dans un contexte

d'immunosuppression sénile ou iatrogène. C'est la première fois qu'il est rapporté en association avec une immunosuppression induite par un inhibiteur de janus kinase. Des lésions multiples, ont été décrites dans 17 % des cas . La fixation au ¹⁸FDG a rarement été rapportée et peut être interprétée comme un signe de malignité. Histologiquement, l'EBV-MCU se présente comme une ulcération associée à un infiltrat inflammatoire polymorphe dans lequel il existe une prolifération de grandes cellules lymphoïdes atypiques caractérisé par un panel de marqueurs immunohistochimiques. Les cellules expriment classiquement CD30, PAX5, MUM1, OCT-2 et de manière plus variable CD20, CD79a et BCL-6. CD15 est négatif dans 50 % des cas et permet d'éliminer un lymphome de Hodgkin. L'EBV-MCU présente une régression spontanée mais une concession de dose ou l'arrêt du traitement immunosuppresseur peut être nécessaire.

Conclusion

L'EBV-MCU est une nouvelle entité clinique dont le diagnostic clinique et histologique est difficile. Il nécessite une étroite collaboration entre histo-pathologiste et clinicien pour éviter un diagnostic erroné de lympho-prolifération maligne.

PO53 : le papillomavirus humain et le carcinome épidermoïde de la cavité orale

Type de soumission souhaité : Communication orale

Auteurs :

YOUSSEF BOUHADDAOUI (1)

1. service de chirurgie buccale, institut d'odonto-stomatologie, Université Cheikh Anta Diop, Dakar, Sénégal

Mots clefs : carcinome épidermoïde, papillomavirus humain, protéine suppresseur de la tumeur p16.

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 :

Le carcinome épidermoïde, un néoplasme épithélial invasif, avec divers degrés de différenciation squameuse, est la tumeur maligne la plus fréquente de la cavité buccale. Il survient principalement chez les personnes d'âge moyen avec une prédominance masculine. Il peut se développer au dépend de toutes les structures muqueuses de la cavité orale y compris la langue, la gencive, le palais dur, la muqueuse buccale, et le plancher. Il peut être aussi bien superficielle que profond, détruisant les tissus de la cavité orale et se métastasant au niveau des lymphonoeuds ou des organes distants.

Comme pour le tabac et l'alcool, l'infection par le papillomavirus humain (HPV) est connue comme un facteur étiologique indépendant du carcinome épidermoïde de la cavité orale. Selon des études récentes, l'incidence du carcinome épidermoïde lié à l'HPV a augmenté et prévoient que l'HPV remplacera le tabac comme principal facteur étiologique du carcinome épidermoïde de la cavité orale.

Des données récentes suggèrent que le carcinome épidermoïde de la tête et du cou lié à l'HPV constitue un sous-groupe distinct de ce type de cancer. Il se présente avec une épidémiologie, des caractéristiques histopathologiques et une réponse thérapeutique à la chimiothérapie et à la radiothérapie distinctes.

Cette corrélation de l'HPV au carcinome épidermoïde a déjà été prouvé dans sa localisation au niveau du col de l'utérus. Par contre, la méthode d'identification de l'HPV dans les carcinomes épidermoïdes de la cavité orale n'a toujours pas été standardisée.

Ce travail portera sur une revue systématique qui a pour but d'étudier le rôle de l'infection par le HPV dans la survenue du carcinome épidermoïde oral et la corrélation entre l'infection par le HPV, l'expression de la protéine suppresseur de tumeur p16 et les caractéristiques clinicopathologiques de cette entité.

PO28 : Transformation maligne d'un lichen plan érosif en carcinome cellulaire squameux : à propos d'un cas et une revue de littérature

Type de soumission souhaité : Communication orale

Auteurs :

YOUSSEF BOUHADDAOUI (1), SALIHA CHBICHEB (2)

1. service de chirurgie buccale, institut d'odonto-stomatologie, Université Cheikh Anta Diop, Dakar, Sénégal
2. service d'Odontologie chirurgicale, CCTD, Rabat, Maroc, Université Mohammed 5, Rabat, Maroc, Rabat, Maroc

Mots clefs : carcinome squameux, lichen plan

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 lichen plan de la muqueuse orale (LPMO) est une dermatose inflammatoire chronique, généralement bénigne, qui affecte toutes les zones de la muqueuse orale. Son diagnostic repose sur l'examen clinique et l'analyse histologique. La forme érosive présente un risque de transformation maligne de 0,3% à 3%, justifiant la surveillance stricte de la maladie et La nécessité d'un traitement efficace des récives.

Il s'agit d'une femme de 65 ans, sans antécédent particulier et non tabagique, venue en consultation au service d'ontologie chirurgicale du Centre de Consultation et de Traitement Dentaire de Rabat, présentant des lésions buccales évoluant depuis quatre ans. L'examen intra-oral a révélé la présence de lésions blanches en forme de plaques sur tout le bord latéral droit de la langue. Une biopsie a été réalisée et a conclu à un lichen plan buccal érosif qui a été transformé en carcinome cellulaire squameux.

La transformation maligne des LPMO est rare et reste un sujet de controverses malgré de nombreuses études qui lui ont été consacrées. Elle survient le plus souvent sur les formes atrophiques et érosives. Plusieurs hypothèses ont été suggérées pour expliquer cette transformation maligne, mais l'inflammation chronique semble être le facteur clé. Le tabac et l'alcool sont des facteurs cancérigènes bien connus et peuvent contribuer à la transformation maligne de l'LPMO. Toutefois, Cette maladie semble toucher surtout les femmes sans antécédents éthylo-tabagiques.

Ce travail a pour but de mettre la lumière sur l'importance d'une prise en charge précoce et adéquate de cette entité pathologique et de mettre l'accent sur sa surveillance et son suivi.

PO29 : Utilisation de l'anticorps anti-sclérostine associé à un hydrogel dans la réparation osseuse crânio-faciale : une étude chez le rongeur.**Type de soumission souhaité :** Communication orale**Auteurs :**

Ludovic SICARD (1), Catherine CHAUSSAIN (2), Thibaud CORADIN (3)

1. laboratoire EA2496, Université de Paris, PARIS, France
2. Médecine bucco-dentaire, Hôpital Bretonneau, PARIS, France
3. Chimie de la Matière Condensée de Paris, UMR 7574, Sorbonne université, PARIS, France

Mots clefs : réparation osseuse anticorps sclérostine biomatériaux**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'ingénierie tissulaire basée sur des biomatériaux cellularisés est une approche prometteuse pour la réparation de défauts osseux. Son efficacité sur des défauts osseux critiques ou chez des patients avec des pathologies systémiques peut être limitée. L'adjonction de molécules bioactives peut améliorer cette capacité. Nous avons montré une amélioration de la réparation d'un défaut critique osseux de calvaria chez la souris grâce à l'utilisation de matrices denses de collagène (DCH) enrichies en cellules souches pulpaire murines (mDPSC) et l'injection intraveineuse d'anticorps anti-sclérostine. Un résultat similaire a été obtenu avec des DCH enrichies avec des mDPSC de souris SOST knock-out, suggérant qu'une inhibition locale de la sclérostine était aussi efficace qu'une inhibition par voie systémique. Nous avons souhaité développer un biomatériau pouvant emmagasiner et diffuser l'anticorps anti-sclérostine. Pour moduler son relargage par modification des interactions électrostatiques, du chitosan, un polysaccharide cationique, a été utilisé.

Méthode

Des hydrogels collagène-chitosan (10 et 20 %) ont été préparés par compression plastique. Après ajout de BaSO₄, le volume des hydrogels a été mesuré par Micro-CT. Les propriétés rhéologiques des hydrogels ont été évalués ainsi que les cinétiques de relargage de l'anticorps à différentes concentrations.

Une expérimentation in vivo a été conçue pour évaluer l'efficacité de ces gels chargés en anticorps (APAFIS agreement # 24,297). Un défaut critique osseux de 3.5 mm a été réalisé chirurgicalement dans l'os pariétal de souris wild-type de 10 semaines. Les défauts ont été soit laissés vides, soit implantés avec hydrogel seul, hydrogel avec anticorps à 0,2 mg/ml ou hydrogel avec anticorps à 2mg/mL. La formation osseuse a été évaluée par micro-CT à 1 et 2 mois, et par immuno-histochimie. Les analyses ont été réalisées par tests non-paramétriques. La significativité a été fixée avec un $p < 0,05$.

Résultats et discussions

Des différences significatives sont retrouvées entre les volumes des gels de chitosans non compressés. Elles ne sont plus retrouvées après compression. Aucune différence n'a été retrouvée également au niveau rhéologique pour les hydrogels compressés. Une cinétique de relargage ralenti a été observée en présence de chitosan, particulièrement avec la concentration à 10%. Cela suggère que le chitosan a peu d'impact sur la structure du gel mais en a sur le relargage de l'anticorps. Une amélioration de la réparation osseuse a été observée à 2 mois avec les gels chargés en anticorps à la plus haute dose.

CONCLUSION

Les hydrogels denses de collagène chargé en anticorps anti-sclérostine montrent une capacité de réparation osseuse significative, qui pourra être améliorée par la maîtrise de son relargage. Le chitosan semble être un bon candidat dans cette perspective.

REFERENCES

1. Schweizer D. et al. Biomacromolecules 14:75, 2013
2. Chicatun F. et al. Biomacromolecules 12:2946, 2011

PO60 : Le corps adipeux de la joue en pratique d'implantologie

Type de soumission souhaité : Communication orale

Auteurs :

YOUSSEF BOUHADDAOUI (1)

1. service de chirurgie buccale, institut d'odonto-stomatologie, Université Cheikh Anta Diop, Dakar, Sénégal

Mots clefs : Corps adipeux, implantologie

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 :

L'utilisation du tissu adipeux comme matériau de greffe autologue est une technique qui a été décrite il y a de nombreuses années. En chirurgie orale, le corps adipeux de la joue a été utilisé pour la fermeture des fistules oroantrales en raison de son vaste plexus de vaisseaux sanguins, qui facilite l'anastomose locale. En outre, ce tissu est facile à obtenir et se trouve généralement à proximité lorsque le défaut se trouve dans la région superopostérieure.

Le corps adipeux de la joue a, par la suite, été utilisé en pratique d'implantologie et ce dans plusieurs indications à savoir : comme greffon dans la chirurgie d'élévation du sinus pour la pose d'implants et les techniques d'augmentation osseuse. Récemment, il a également été utilisé dans le traitement des défauts muqueux péri-implantaires par une augmentation de volume. Les greffes de tissu conjonctif sous-épithélial s'avèrent une alternative thérapeutique courante pour les défauts des tissus mous péri-implantaires et même en cas d'atrophie des maxillaires.

Une des théories qui sous-tend l'utilisation possible du tissu adipeux de la joue en implantologie est sa richesse en cellules souches. Ces dernières permettant la différenciation d'un tissu en un autre de la même lignée constituent un espoir et une nouvelle orientation pour la régénération tissulaire.

A travers ce travail, nous exposons les différentes indications d'utilisation du corps adipeux de la joue avec ses différentes caractéristiques, protocoles et horizons.

PO30 : Efficacité et efficacité des traitements préconisés pour la prise en charge de la névralgie du trijumeau : an umbrella review

Type de soumission souhaité : Communication orale

Auteurs :

YOUSSEF BOUHADDAOUI (1), SALIHA CHBICHEB (2)

1. service de chirurgie buccale, institut d'odonto-stomatologie, Université Cheikh Anta Diop, Dakar, Sénégal
2. service d'Odontologie chirurgicale, CCTD, Rabat, Maroc, Université Mohammed 5, Rabat, Maroc, Rabat, Maroc

Mots clefs : névralgie du trijumeau, traitement

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 :

La névralgie du trijumeau (TN)est définie comme une douleur récurrente unilatérale brève ressemblant à un choc électrique, dont le début et la fin sont brusques. Une ou plusieurs divisions du trijumeau peuvent être concernées et déclenchées par des stimuli sensoriels inoffensifs. Son bilan diagnostique est complexe et fait appel à l'histoire du patient, à un examen physique, à une expertise clinique et à l'interprétation des résultats de la neuro-imagerie. De plus, les mécanismes physiopathologiques expliquant la douleur de TN sont manquants, mais elle semble être associée à de mauvais résultats médicaux et chirurgicaux. La TN est prise en charge par de nombreuses spécialités et une multitude de traitements médicaux et chirurgicaux sont disponibles pour le TN.

Objectif : Évaluer de manière critique les revues systématiques (SR) disponibles sur les TN, avec un accent particulier sur l'efficacité et l'efficacité des traitements préconisés pour la gestion des TN.

Méthodes : Les SR étudiant le traitement de la névralgie primaire du trijumeau ont été sélectionnés. Les recherches ont été effectuées sur deux bases de données électroniques principales. Le risque de biais des RS inclus a été évalué à l'aide de l'outil de mesure pour évaluer les RS (AMSTAR 2).

Résultats : Les traitements médicamenteux restent le traitement de première intention. D'autre part, la microchirurgie et la RS ont donné de bons résultats mais elles sont surtout préconisées pour les TN résistants. Quant aux différentes approches percutanées, aucune différence significative n'a été rapportée. Pourtant, il a été prouvé qu'elles s'accompagnent de certains risques et doivent être utilisées avec prudence. Par ailleurs, de nombreuses options thérapeutiques sont considérées comme prometteuses. Il s'agit notamment du PBM, du PNS et de l'acupuncture qui sont conseillés pour les patients réfractaires au traitement conventionnel.

Conclusion : Malgré l'abondance des options thérapeutiques préconisées pour la TN, la pertinence scientifique concernant le protocole clinique le plus approprié reste à prouver. Dans ce contexte, une conduite SR de bonne qualité est d'urgence.

PO61 : Série de cas de syphilis

Type de soumission souhaité : Communication affichée

Auteurs :

Thomas Leca (1), Jean-Hugues Catherine (1), Romain Lan (1), Fabrice Campana (2)

1. Chirurgie Orale, Hopital de la Timone, Marseille, France
2. UF de chirurgie orale. Pole Odontologie, Hopital de la Timone, Marseille, France

Mots clefs : Syphilis, muqueuse 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 :

La syphilis est une infection sexuellement transmissible, non immunisante, due au *treponema pallidum*, bactérie de la famille des spirochètes à tropisme strictement humain. La maladie présente plusieurs stades d'évolution, primaire, secondaire, tertiaire et latente. La syphilis semblait avoir disparue grâce à l'efficacité de la benzathine penicilline G (BPG), mais on observe depuis les années 2000 une recrudescence du nombre de cas en France. Nous rapportons ici 4 cas de syphilis primaire et secondaire.

Observation : Cas 1 : homme de 61 ans présentant une ulcération de la pointe de la langue dans le cadre d'une syphilis primaire. Cas 2 : homme de 60 ans présentant deux ulcérations de la commissure labiale droite et de la lèvre inférieure dont le bilan a conclu à une syphilis primaire et une co-infection par le VIH. Cas 3 : femme de 31 ans présentant des érosions palatines, labiales, linguales et gingivales qui correspondaient aux manifestations d'une syphilis secondaires. Cas 4 : femme de 71 ans présentant un large panel de lésions érosives buccales associé à une roséole syphilitique et une atteinte oculaire dans le cadre d'une syphilis secondaire.

Discussion : Pandémie à transmission vénérienne inoculée par la bactérie *Treponema pallidum*, vraisemblablement arrivée en Europe à la fin du XVe siècle, la syphilis semble s'éteindre au milieu du XXe siècle grâce à la découverte de la BPG. Maladie fortement contagieuse, son incidence est en forte augmentation depuis le début des années 2000. Après une période d'incubation de 10 à 90 jours, l'infection se manifeste par une ulcération, appelé chancre, généralement unique (cas 1), parfois multiples (cas 2) au niveau du site d'inoculation. En l'absence de traitement, les lésions disparaissent et la bactérie dissémine par voie hématogène et provoquera un deuxième épisode symptomatique de syphilis dite secondaire, décrite comme la grande simulatrice. Au niveau oral, la présentation associe des lésions en prairies fauchées de la face dorsale de langue, des érosions disséminées, volontiers palatine en « cocarde », des papules kératosiques ou encore une fausse perlèche (cas 3 et 4). A ce stade, les principales complications dépendent des organes atteints par la bactérie et vont déterminer la gravité. En l'absence de traitement, la maladie repasse à un stade latent et pourra donner de nombreuses années plus tard le stade tertiaire se manifestant classiquement par une gomme syphilitique. Le diagnostic de syphilis repose sur la présomption clinique et la réalisation d'une sérologie, qui doit être couplée avec celle du VIH. La biopsie peut être utile et retrouve un infiltrat inflammatoires riche en plasmocytes, amenant parfois la réalisation d'une immunohistochimie mettant en évidence la bactérie. Le traitement de 1^{ère} intention est la BPG avec un protocole variant selon le stade et la sévérité de la maladie. En cas d'allergie, la doxycycline, la ceftriaxone ou la procaine sont recommandés.