

**Manifestations orales des IST**

**J.C.Fricain<sup>1</sup>- F.Campana<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>. C.H.U de Bordeaux, <sup>2</sup>. AP-HM

Le sexe oral est devenu une pratique courante. A ce titre, la bouche peut être victime ou vectrice d'Infections Sexuellement Transmissibles (IST) dont les principales sont l'Herpès, les Papilloma Virus Humains, les Virus de l'Immunodéficiences Humains et la Syphilis. Le diagnostic et la prévention des IST concernent toutes les professions médicales. Le spécialiste de la cavité buccale (chirurgien oral, stomatologue, dentiste, chirurgien maxillofacial), au même titre que le sexologue, le gynécologue, le dermatologue, l'infectiologue, le médecin généraliste doit se sentir concerné par les IST et jouer son rôle dans le diagnostic le traitement et la prévention.

**Peut-on prédire la réponse au traitement des ostéomyélites maxillo-mandibulaire à partir des données cliniques, radiologiques et bactériologiques initiales? Une étude rétrospective de 52 patients.**

**Mathilde Fénelon, Romain Aymon, Paolo Scolozzi**

*Service de Chirurgie Maxillo-Faciale et de Chirurgie Buccale, Département de Chirurgie, Hôpitaux Universitaires de Genève, Genève, Suisse*

Introduction : Les ostéomyélites (OM) sont des pathologies maxillo-faciales rares qui correspondent à un processus inflammatoire touchant l'os maxillaire et/ou mandibulaire. Il s'agit d'une pathologie insidieuse dont la prise en charge reste un challenge thérapeutique. L'objectif de cette étude était d'évaluer si certaines caractéristiques cliniques, radiologiques et/ou bactériologiques pouvaient être corrélées à la sévérité de l'OM.

Matériel et Méthode : Une étude rétrospective portant sur l'ensemble des patients pris en charge pour une OM maxillaire et/ou mandibulaire dans le service de chirurgie maxillofaciale et chirurgie buccale des a été réalisée. Les antécédents du patients, les données cliniques, radiologiques et bactériologiques ont été collectés.

Résultats : 52 patients ont été inclus dans cette étude et l'OM a été traitée avec succès dans 88.9 % des cas. Certains facteurs de risques de sévérité de la maladie ont pu être identifiés. L'alcoolisme et le tabagisme actif, ainsi que la malnutrition étaient significativement associés à la survenue de complications majeures (abcès profond de la face, fracture pathologique et/ou fistule cutanée). Ces complications survenaient également plus fréquemment lorsque l'OM était d'origine implantaire. Enfin, des facteurs tels que l'allergie à l'amoxicilline ou la présence d'une exposition osseuse étaient associés à de moins bons résultats de traitement. À l'inverse, les OM d'origine dentaire ou présentant des signes radiologiques de réaction périostée montraient une meilleure réponse aux traitements.

Discussion-Conclusion : Quelques études antérieures ont mis en évidence des facteurs prédisposant au développement d'une OM mandibulaire mais il existe peu de données sur l'existence de critères associés à la sévérité de cette pathologie. L'identification de facteurs de risque associés à la survenue de complications majeures et/ou à une évolution réfractaire de cette pathologie pourraient améliorer la prise en charge de ces patients.

**Lésions orales et oropharyngées induites par les Papillomavirus Humains**

**J. Guillet (C.H.U. de Nancy)**

Les Papillomavirus Humains sont bien connus pour leur implication dans la survenue des cancers du col utérin et de lésions génitales bénignes (verruques génitales, condylomes...). Ces virus ont aussi un tropisme pour les muqueuses de la cavité orale et pour l'oropharynx. On y retrouve les mêmes types que ceux responsables des lésions génitales, notamment HPV 16, HPV 33, HPV 52... On peut alors rencontrer des lésions bénignes de la muqueuse buccale comme des papillomes, mais ces virus peuvent aussi occasionner des cancers des voies aéro-digestives supérieures (VADS). Les localisations préférentielles de ces tumeurs sont la base de langue et les amygdales, mais certains cancers du larynx peuvent aussi être HPV-induits. Le

profil des patients développant des cancers des VADS médiés par les HPV est souvent différent des patients présentant habituellement des cancers de la sphère ORL : ils ne consomment ni alcool ni tabac et sont souvent plus jeunes (avant la 6<sup>e</sup> décennie). En France, une étude récente a montré l'implication d'HPV à haut risque oncogène dans près de 40% des cancers de l'oropharynx. A l'heure où la couverture vaccinale contre les HPV est encore très faible en France, la mission des chirurgiens-dentistes dans la prévention et la détection des lésions orales et oro-pharyngées HPV-induites apparaît primordiale.

### **Manifestations orales du Covid 19 : qui, que, quoi, dont, où, lesquelles et ses variantes**

**Emilie Hascoët<sup>1</sup>, Juliette Rochefort<sup>2</sup>, Anne-Gaëlle Chaux<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> : UFR d'odontologie de Nantes et CHU de Nantes

<sup>2</sup> : Université Paris Cité et Hôpital Universitaire Pitié Salpêtrière, Paris

La pandémie de SARS-CoV2 a violemment impacté la planète de 2020 à 2022, modifiant de manière durable nos modes de vie et induisant un grand nombre de formes plus ou moins sévères de l'infection.

D'un point de vue général, l'infection au virus SARS-CoV2 se traduit par une atteinte multiviscérale liée autant au virus lui-même qu'à la réponse immunitaire de l'organisme infecté : en effet, celui-ci va réagir en déclenchant une réaction inflammatoire plus ou moins marquée (l'« orage cytokinique ») qui va déterminer la sévérité de l'atteinte et les séquelles de la maladie.

Le virus du Covid 19 a un tropisme particulier pour les récepteurs ACE2, présents en grande quantité dans les cellules épithéliales des différents tissus oraux (Chowdhury, 2021 ; Hao, 2022). C'est pourquoi la cavité orale a été identifiée à la fois comme source potentielle d'infection, mais aussi comme cible du virus. L'expression muqueuse de l'infection aiguë au SARS-CoV2 est variée, et aspécifique. On retrouve des ulcérations irrégulières, des plaques vasculaires, un érythème, ainsi que de nombreuses surinfections fongiques ou virales, une hyposialie, des troubles du goût, et une inflammation parodontale accentuée. L'incidence de ces lésions orales est sous-estimée dans la littérature, mais certains auteurs estiment que les deux tiers des patients infectés par le virus ont présenté des symptômes oraux.

Plus récemment, l'identification de lésions ou entités pathologiques intraorales interroge sur la notion de « Covid long » oral. En effet, outre des lésions séquellaires de vascularite induite par l'inflammation d'origine virale, des séquelles neurologiques ont été identifiées (Gemignani, 2023), à type de neuropathies des petites fibres (SFN) localisées dans différents territoires nerveux céphaliques. De plus, la réactivation de certains virus latents comme l'HSV ou l'EBV a été constatée, aussi bien chez des sujets post-infection que chez des sujets post-vaccination (Triantafyllidis, 2021). Des réactions lichénoïdes post-vaccinales (toujours après la seconde injection) spontanément réversibles ont également été rapportées (Hirtel, 2022).

L'incidence directe ou indirecte de ce nouveau virus sur les tissus oraux reste encore à découvrir. De nombreuses publications existent déjà à ce sujet, néanmoins la prudence s'impose quant à leurs conclusions, car si la phase critique de la pandémie semble derrière nous, il reste à évaluer les effets à long terme de ce virus sur la cavité orale.

### **Les complications infectieuses en chirurgie orale : du cabinet dentaire à la réanimation chirurgicale**

**Mehdi Issad (C.H.U de Dijon)**

La flore buccale constitue un écosystème complexe de plus de 600 espèces bactériennes. Cette flore est responsable des foyers infectieux bucco-dentaires (FIBD) et de leurs complications. Les principales complications des FIBD résultent de leur dissémination par contiguïté, et plus rarement par voie hématogène. Les cellulites cervico-faciales et les sinusites maxillaires sont des complications fréquentes. D'autres complications d'origine dentaire ont un pronostic plus péjoratif comme les cellulites diffuses ou les infections par dissémination hématogène. Les fasciites nécrosantes sont des complications rarissimes et mettent en jeu le pronostic vital. Elles surviennent sur des terrains particuliers. Les infections fongiques sont bénignes mais peuvent entraîner le pronostic vital chez les patients immunodéprimés. Devant ces pathologies de pronostic variable, l'enjeu est de reconnaître les signes de gravité potentiels nécessitant une prise en charge hospitalière.

Les cellulites faciales sont d'origine dentaire dans 90% des cas. La forme collectée succède à la cellulite

sérieuse. À ce stade, le patient présente des signes généraux, une douleur intense, pulsatile et insomnante en rapport avec l'extension d'une collection purulente. L'évolution spontanée se fera vers la fistulisation ou vers l'extension à d'autres compartiments anatomiques. Une chronicisation est possible avec une atténuation du tableau clinique. Plus rarement, des formes graves peuvent survenir. Il s'agit des cellulites diffuses, retrouvées majoritairement chez des patients présentant d'importantes comorbidités. Il existe également des formes asphyxiantes par compression des voies aériennes supérieures. Ces formes graves peuvent mettre en jeu le pronostic vital. L'enjeu de la prise en charge des cellulites repose sur l'identification des signes de gravité. Les complications par dissémination hémotogène sont rares. La prévention par optimisation de l'hygiène bucco-dentaire et un renforcement du suivi odontologique chez les patients à risque est essentielle.

Les infections fongiques des sinus maxillaires ont une expression clinique variable. L'envahissement de la muqueuse sinusienne par le champignon pathogène différencie les formes non invasives des formes invasives. La prise en charge chirurgicale reste la référence et l'éviction des portes d'entrée éventuelles sont nécessaires. Les rhinosinusites fongiques invasives aiguës sont à l'origine de tableaux cliniques graves chez les patients immunodéprimés. Le pronostic reste sombre malgré une prise en charge adaptée. Le dépistage de corps étrangers et des pathologies fongiques du sinus maxillaire doit être réalisé chez les patients à risque.

Les actinomycoses (AM) sont des infections polymicrobiennes causées par *Actinomyces*. C'est une bactérie Gram positif anaérobie, faisant partie de la flore normale des muqueuses. Les AM sont sporadiques et non transmissibles, elles profitent des lésions tissulaires pour envahir les structures adjacentes sous la forme d'un processus chronique, granulomateux et suppuratif. Elles entraînent des abcès fistulisant à la peau dans la région cervico-faciale. Le diagnostic peut être difficile, devant un tableau d'abcès récidivant après drainage et antibiothérapie de courte durée, le diagnostic d'AM doit être évoqué. Une antibiothérapie par pénicilline de longue durée à dose élevée combinée à une prise en charge chirurgicale constitue la base du traitement des AM.

Les fasciites nécrosantes sont des infections nécrosantes des fascias musculaires. Le streptocoque A  $\beta$ -hémolytique est souvent responsable de la pathologie, cependant les germes anaérobies peuvent l'être également. Les fasciites nécrosantes sont favorisées par l'immunodépression. Cliniquement, il s'agit d'une nécrose extensive aiguë des parties molles entraînant un choc septique. La cause odontogène est l'étiologie la plus fréquente des formes cervico-faciales. Le patient doit être pris en charge en réanimation. Une antibiothérapie intraveineuse et des débridements chirurgicaux itératifs sont indispensables. Malgré le traitement, la mortalité demeure entre 30 et 50 %.

Les infections en chirurgie orale nécessitent selon les cas, la mise en place d'une antibiothérapie. Celle-ci est probabiliste, même si une adaptation secondaire est possible. Le choix de l'antibiotique tient compte du spectre d'action de la molécule et des allergies du patient. Lors de pénuries, le praticien doit savoir prescrire un traitement alternatif. Il devra également bannir certains traitements comme les AINS, responsables de l'exacerbation du tableau clinique lors des infections de la sphère oropharyngée.

Les infections dentaires peuvent entraîner des complications variées. Certaines d'entre-elles peuvent être graves et entraîner le pronostic vital. Les signes de gravité doivent être connus et identifiés le plus rapidement possible afin qu'une prise en charge médico-chirurgicale hospitalière soit mise en place.

**Après-midi du Jeudi 11 mai 2023**

### **Les ostéites multifocales récidivantes. Une entité à ne pas méconnaître en pathologie orale et maxillo-faciale.**

**Joël FERRI (C.H.U de Lille)**

Les ostéites multifocales récidivantes (OMR) sont une entité pathologique rhumatismale d'identification récente.

Elles entrent dans le cadre des maladies rares rhumatologiques, à priori d'origine immuno-allergique. Ces pathologies touchent essentiellement les enfants. Elles évoluent par poussées.

Traditionnellement les atteintes osseuses sont multifocales pouvant affecter tous les os du squelette. Il est alors facile d'éliminer une pathologie spécifiquement oro-maxillo-faciale.

Les choses sont tout autres dès lors que nous sommes sur une atteinte unifocale et tout particulièrement si l'atteinte est mandibulaire.

Dans ce contexte les tableaux cliniques et paracliniques peuvent en imposer pour une ostéopériostite, une ostéomyélite ou encore un ostéosarcome.

Le traitement et le pronostic des OMR étant radicalement différents de celui de leurs diagnostics différentiels, il importe que le chirurgien oral et maxillo-facial en fasse le diagnostic afin d'éviter des traitements inadaptés et des errances diagnostiques.

Au cours de la présentation les éléments du diagnostic clinique et paraclinique seront exposés.

**Matinée du vendredi 12 mai 2023**

### **Dysmorphoses Dento-Faciales et Chirurgie Orthognatique. Compréhension et prise en charge globales.**

**B. Philippe (Paris)**

L'harmonisation du sourire et des contours faciaux en cohérence avec le corps entier et les aspirations du patient, la normalisation des fonctions en particulier la mastication, la phonation et la ventilation, la diminution voire la suppression des pathologies induites constituent la finalité de la chirurgie orthognathique. Il s'agit d'une chirurgie non urgente, non vitale qui ne se résume pas à la seule exécution du geste opératoire. La sécurité, la qualité et la stabilité du résultat sur le long terme « prennent là tout leur sens ».

Pour y parvenir, les critères médicaux ne peuvent être méconnus en particulier la prise en compte de possibles pathologies générales associées ou l'éventuelle nature syndromique de la dysmorphose pouvant favoriser l'apparition de complications, la capacité pour l'opérateur à faire face à tout évènement indésirable - et cela sans compter les aléas thérapeutiques, etc. Les critères dentaires sont tout aussi déterminants ; en particulier l'occlusion régie par le positionnement et l'inclinaison physiologique des organes dentaires, le « couloir prothétique », la « dimension verticale » et les impératifs implantaires en cas d'édentement acquis ou primitif, la situation parodontale et sa gestion spécifique, etc. Leur connaissance permet d'apporter une réponse chirurgicale appropriée aux exigences de la bouche dans son ensemble, leur méconnaissance peut rendre incohérents les déplacements des pièces squelettiques et constituer une « perte de chance » pour le patient.

L'objectif de cette communication consiste, en se basant sur des cas cliniques et un recul significatifs, à montrer pourquoi une expertise globale est nécessaire pour appréhender de manière coordonnée l'ensemble de ces critères dentaires et médicaux. Une double formation avérée en Chirurgie Dentaire et en Médecine s'impose naturellement pour assurer une prise en charge des dysmorphoses dento-faciales raisonnée et sereine.

### **Gérer les communications bucco-sinusiennes en pré-implantologie et les complications odontogènes endo-sinusiennes**

**A. Berquet<sup>1</sup>- C. Guigou<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Haguenau- <sup>2</sup>Service d'ORL et de Chirurgie cervico-faciale. C.H.U de Dijon

Dans le cadre de l'optimisation de la prise en charge de nos patients, il semble licite d'anticiper les restaurations implantaires dès l'acte d'avulsion. Cette optimisation peut intéresser différentes étapes : le nombre d'interventions, les délais avant restauration, l'invasivité des actes, le coût global, les profils d'urgences implantaires ultérieurs et la longévité des restaurations réalisées.

Les avulsions des secteurs prémolo-molaires maxillaires peuvent être compliquées de Communication Bucco-Sinusiennes (CBS) per-procédure. La présence de ces dernières peut influencer le protocole de conservation alvéolaire à réaliser.

Dans un premier temps, différentes possibilités thérapeutiques existantes seront exposées :

- Régénération osseuse xénogène
- Régénération osseuse autogène
- Impaction tubérositaire
- Plastie corps adipeux de la joue
- Plastie vestibulaire

Les CBS pouvant être à l'origine de complications sinusiennes, ces dernières seront également décrites. Dans ce second temps, les différentes étiologies (pas uniquement les CBS) des complications odontogènes endo-sinusiennes seront décrites et illustrées tout comme leur expressions cliniques, leur bilan d'imagerie et leurs options thérapeutiques.

A la fin de la présentation, des cas cliniques seront présentés selon un format interactif avec les auditeurs, concernant le choix de la prise en charge.

Perspectives :

La stratégie de la restauration implantaire pourrait judicieusement être décidée après analyse du ConeBeam CT avant avulsion dentaire concernant les avulsions à risque de CBS per procédure.

Cette présentation combinée Chirurgie Orale - ORL apporte un double regard vis à vis des options de prise en charge des CBS, de leurs complications et des moyens de les prévenir.

### **La réalité virtuelle en chirurgie orale**

***Arthur Falguière, (interne DESCO Brest)***

L'évolution du numérique a permis de développer de nouvelles approches dans les spécialités chirurgicales comme la chirurgie orale. Ainsi, la réalité virtuelle (RV), augmentée et mixte présente des atouts indéniables pour le patient et pour le praticien.

Son efficacité a notamment été démontrée dans la gestion de la douleur et de l'anxiété. Les patients équipés en per-opératoire d'un casque de RV s'évadent dans un monde dynamique et ludique le temps de la chirurgie ou du soin. Cette action anxiolytique s'appuie sur les mêmes méthodes de détournement de l'attention que celles utilisées en hypnose. En effet, le patient stressé sera plus captif. Aussi, divertir son attention par le port de ces dispositifs permet une réaction plus lente aux signaux de douleur émergents et donc une diminution de la douleur ressentie. En outre, le port du casque de RV protège le patient de toute interaction en dehors de cet environnement virtuel, limitant les signaux visuels et auditifs indésirables, tels que la visibilité des instruments métalliques ou le bruit du moteur.

Ce digicament permet ainsi une réduction voire une abstention de l'utilisation de traitement médicamenteux, autorisant une diminution des effets indésirables de même qu'une absence de risque d'intolérance et d'accoutumance.

Sur un autre versant, la RV peut être utilisée afin d'initier le patient au parcours de soin et à l'environnement du bloc opératoire, application particulièrement intéressante pour la population pédiatrique généralement inhabituée.

L'utilisation de la RV présente également des atouts en tant que moyen pédagogique pour les soignants. En effet, cette technologie s'inscrit désormais dans les formations médicales initiales et continues des (futurs) praticiens par la création d'environnements rationnels et immersifs, avec des reconstructions réalistes et détaillées du corps humains. La mise en place d'ateliers numériques anatomiques permet par exemple de faciliter la visualisation d'une région d'intérêt en mettant en avant une structure ou un groupe de structure (nerf, artère, veine). Les professionnels de santé peuvent aussi s'exercer à des situations cliniques proches de la réalité, répondant aux exigences d'établissement de diagnostic et de prises de décisions rapides. Certaines entreprises ajoutent le sens du toucher au processus et des simulateurs offrent une formation chirurgicale qualitative et optimisant l'acquisition de compétences. Cet enseignement virtuel permet de corriger les contraintes matérielles et organisationnelles liée à la formation traditionnelle, tout en réduisant les complications cliniques et les risques pour le patient.

Enfin, les réalités augmentée et mixte, proposent au binôme praticien-patient d'exercer avec sérénité et sécurité. En effet, ces nouveaux outils permettent d'optimiser la planification opératoire et de sécuriser l'ensemble de la procédure d'intervention à travers l'intégration de modèles 3D des organes du patient en temps réel. Ceci dans le but de réaliser une chirurgie personnalisée, plus précise et moins invasive.

Cette présentation, au travers de situations cliniques, permettra de faire le point sur l'apport de ces nouvelles technologies dans le domaine de la chirurgie orale.

Yamashita Y. et al. *J Oral Maxillofac Surg* 2020;78(April (4)):545.e1–6.

Wiederhold Mark D. et al. *Cyberpsychol Behav Soc Netw* 2014;17(June (6)):359–65.

Eijlers R. et al. *Eur J Anaesthesiol* 2019;36(October 10):728–37.

### **Après-midi du vendredi 12 mai 2023**

#### **Chirurgie implantaire mini-invasive dans les situations complexes : Gagner en sécurité, en simplicité et en confort**

**A. Lafon, A. Barraco, B. Grosogeat, K. Gritsch**

*Université Claude Bernard Lyon 1, UMR CNRS 5615, Laboratoire des Multimatériaux et Interfaces, Faculté d'Odontologie, Lyon, HCL Service d'Odontologie, Lyon*

L'implantologie contemporaine doit répondre à la demande croissante de patients à risque tout en garantissant un maximum de confort et de sécurité. L'implantologie doit alors s'adapter à des situations anatomiques complexes avec parfois une réticence à proposer des interventions chirurgicales de greffes osseuses chez des patients à risques infectieux ou hémorragiques. Des protocoles chirurgicaux implantaires dit minimalement invasifs incluant des protocoles de chirurgie guidée ou naviguée accompagnés de designs implantaires innovants permettent de répondre aux nouveaux défis d'implanter ce type de patients à risque. Ils permettent également de proposer une réhabilitation implantaire quelle que soit la qualité de l'os résiduel chez des patients aux antécédents d'échecs implantaires. Un exemple courant est aussi celui de l'atrophie osseuse marquée liée à l'âge avancé de patients demandeurs de solutions fixes complètes.

Cette présentation vise à montrer que grâce aux évolutions récentes, le protocole chirurgical implantaire peut devenir une chirurgie simple, accessible et confortable pour les patients à risque. Des situations cliniques de patients sous anticoagulants, aux antécédents d'infarctus du myocarde ou d'accident vasculaire cérébral sont présentées. Des patients présentant des déficits immunitaires (antécédents de cancers, prise de bisphosphonates) ou d'autres situations médicales entraînant une réduction de la mobilité telle que l'insuffisance cardiaque, ou souffrant d'un handicap associé à des troubles autistiques ou à la maladie de Parkinson seront également décrits. Les résultats d'études précliniques et cliniques obtenus chez ces patients confortent l'idée que l'utilisation de protocoles chirurgicaux minimalement invasifs permettent d'implanter ces patients. Plusieurs facteurs expliquent ces succès. Tout d'abord, l'absence d'incision ou d'incision minimale permettant de diminuer le temps opératoire, et donc de réduire les risques hémorragiques et infectieux. Enfin, la possibilité d'étendre le protocole d'extraction-implantation à la majorité des cas, permet de diviser par deux le temps opératoire et d'améliorer le confort et la sécurité post-opératoire. Une reconstruction en trois rendez-vous incluant les étapes chirurgicales et prothétiques peut alors être proposée.

Mots clés :

Chirurgie minimalement-invasive, Atrophie osseuse, Patients à haut risque

\*Becker W, Goldstein M, Becker BE, Sennerby L. Minimally invasive flapless implant surgery: a prospective multicenter study. *Clin Implant Dent Relat Res*. 2005;7 Suppl 1:S21-27.

\*Llamas-Monteagudo O, Girbés-Ballester P, Viña-Almunia J, Peñarrocha-Oltra D, Peñarrocha-Diago M. Clinical parameters of implants placed in healed sites using flapped and flapless techniques: A systematic review. *Med Oral Patol Oral Cirurgia Bucal*. 2017 Sep 1;22(5):e572–81.

\*Kumar D, Sivaram G, Shivakumar B, Kumar T. Comparative evaluation of soft and hard tissue changes following endosseous implant placement using flap and flapless techniques in the posterior edentulous areas of the mandible—a randomized controlled trial. *Oral Maxillofac Surg*. 2018 Jun;22(2):215–23.