

### Prise de décision en endodontie chirurgicale Revue de la littérature

Boucher Y, Stanurski A, Toledo R  
Faculté d'Odontologie Paris 7

Dans les cas de parodontites apicales associées à un traitement endodontique, le traitement consiste essentiellement en l'une ou l'autre des options thérapeutiques suivantes : retraitement endodontique orthograde (RTE) ou chirurgie périapicale (CP) avec obturation rétrograde. La prise de décision est un processus complexe (Mc Creery et Truelove 1991) qui intègre de nombreux facteurs. Le pronostic thérapeutique est un des plus importants. De nombreuses études ont indiqué des taux de succès voisins pour le RTE et la CP (Danin et al. 1996, Kvist 1999, Hepworth et Friedman 1997 pour revue) qui peuvent laisser penser que les deux alternatives sont équivalentes. Cependant, une analyse attentive de la littérature montre que les différences entre les méthodes utilisées ont surestimé les succès de la thérapeutique chirurgicale. Certains des traitements chirurgicaux ont par exemple été effectués en association avec un traitement orthograde conventionnel (Rud et Andreasen. 1972, Molven et al. 1991), ce qui augmente les chances de succès. D'autre part, la période d'observation est également susceptible d'affecter les résultats (Franck et al. 1992). Un des autres facteurs fréquemment avancé pour justifier la décision de la CP par rapport à le RTE est la difficulté technique de le RTE, notamment liée à la dépose de prothèses existantes avec risque de fracture radiculaire. Les études chiffrant ces risques sont rares (Castrisos et Abott 2002) mais indiquent un risque très faible, de l'ordre de 0,002 %. Un des autres facteurs les plus cités pour justifier le recours à la CP est la persistance d'une symptomatologie (El Swiah et Walker 1996). Les études ayant comparé différents groupes de praticiens montrent que la spécialité de celui-ci (chirurgien vs omnipraticien vs endodontiste) influence la prise de déci-

sion. Doorbusch et al. 2002 ont par exemple fait analyser par un chirurgien maxillo-facial, un endodontiste et un omnipraticien les radios rétroalvéolaires des cas adressés pour CP par un dentiste référent et observé que le choix du traitement proposé était directement lié à la spécialité du praticien. Le jugement d'un RTE possible était de 41, 80 et 67 % pour le chirurgien, l'omnipraticien et l'endodontiste respectivement. La présence d'éléments prothétiques influence également la décision thérapeutique. De nombreux travaux montrent que l'étanchéité de la restauration coronaire est un élément important dans l'apparition des parodontites apicales en raison d'une contamination du contenu canalaire par les bactéries d'origine buccale (Bergenholtz et al. 1982), or la CP ne permet pas de résoudre ce problème.

Les données de la littérature disponibles permettent donc de conclure que le RTE doit être choisi en première intention en cas de parodontite apicale sur dent ayant fait l'objet d'un traitement endodontique. Plusieurs études montrent cependant que, dans de très nombreux cas, le recours à la chirurgie périapicale n'était pas indiqué (Beckett 1996, Bell 1998, Abramovitz 2002). D'autres facteurs comme le coût de l'intervention peuvent également influencer les décisions thérapeutiques (Doorbusch et al. 2002)

Le but de cette communication est d'effectuer une revue des processus décisionnels conduisant à l'endodontie chirurgicale afin de permettre une rationalisation des pratiques.

Nom et adresse du conférencier  
BOUCHER Yves  
5, rue Garancière  
75006 Paris

### Lésion péri-apicale implantaire : à propos d'un cas

Nedir R<sup>\*/\*\*</sup>, Bischof M<sup>\*/\*\*</sup>, Lombardi T<sup>\*</sup>, Bernard JP<sup>\*</sup>, Samson J<sup>\*</sup>

<sup>\*</sup> Division de Stomatologie et Chirurgie Orale, Université de Genève, Suisse

<sup>\*\*</sup> CdR Clinique Dentaire, Vevey, Suisse

L'infection péri-apicale implantaire représente une des causes d'échec en implantologie (Reiser et Nevins 1995) dont seulement quelques cas ont été publiés (Piatelli et coll. 1998, Ayangco 2001, Tae-Ju et coll. 2003). Le traitement proposé est chirurgical : explantation ou curetage apical. Un seul cas de curetage associé à une résection apicale de l'implant a été rapporté (Jalbout et Tarnow 2001).

Une femme de 56 ans vient consulter pour une tuméfaction jugale droite avec abcès vestibulaire en regard d'un implant en position 15. Il s'agit d'un implant ITI<sup>®</sup>, Hollow Screw, d'une longueur de 14 mm, sans mobilité clinique, présentant une radiotransparence centrée sur l'extrémité apicale. La profondeur de sondage dépasse pas 3 mm. L'implant a été posé 3 ans auparavant, 3 mois après l'extraction de la 15 qui présentait un traitement endodontique

insuffisant et un foyer infectieux périapical et latéro-radiculaire. Après une semaine, d'antibiothérapie (amoxicilline 750 mg, 3/J) la tuméfaction et la symptomatologie ont régressé, mais une fistule est apparue. Le décollement d'un lambeau mucopériosté met en évidence une fenestration de l'os vestibulaire avec conservation d'un rebord osseux de 3 mm. On observe l'écoulement d'un liquide citrin et la présence d'une communication bucco-sinusienne. En raison de la morphologie creuse et perforée de l'implant, et afin de faciliter le curetage de la lésion on décide de procéder à la résection de la partie apicale de l'implant. La cavité, en continuité avec le sinus, n'a pas de rapport avec les dents adjacentes. Les suites post-opératoires sont simples. L'examen anatomo-pathologique du matériel de curetage montre un tissu conjonctif fibreux siège d'un dense infiltrat inflammatoire chronique, lymphoplasmodaire, mêlé d'histiocytes. Il révèle également la présence de nombreux corps étrangers pulvérulents, biréfringents avec un aspect de croix de Malte en lumière polarisée. Ces corps étrangers sont tantôt libres, tantôt intracytoplasmiques dans de volumineux macrophages. 4 mois après l'intervention, la patiente est asymptomatique, il n'existe plus de fistule et le contrôle radiologique montre un début de néoformation osseuse péri-apicale. La lésion péri-apicale implantaire est une lésion rare, surtout en absence de contact direct de l'implant avec une

dent adjacente nécrosée. Il est souvent difficile d'en déterminer l'étiologie parmi celles qui ont été proposées : infection bactérienne préexistante, contamination bactérienne per-opératoire, échauffement lors du forage, nécrose aseptique de la carotte osseuse pour les implants creux, taraudage excessif, forage apical excessif lors de la pose. Dans le cas rapporté ci-dessus, la présence de corps étrangers en croix de Malte fait suspecter la présence d'amidon qui proviendrait des gants du chirurgien. Cette substance est bien connue pour être responsable d'une réaction inflammatoire. Ces lésions, en relation avec la présence de corps étrangers, n'ont pas été rapportées en implantologie. Tout corps étranger d'origine exogène, introduit dans le site implantaire durant la chirurgie (amidon, talc) ou antérieurement lors de traitements dentaires (pâte d'obturation canalaire, matériau de restauration), peut être susceptible de provoquer des complications inflammatoires.

Lors du traitement chirurgical de ce type de lésion, il est possible d'envisager une résection apicale de l'implant lorsque sa morphologie ne permet pas un curetage correct, ce qui est le cas avec les implants creux.

Nom et adresse du conférencier

NEDIR Rabah

CdR Clinique Dentaire SA - 3 rue du Collège

CH-1800 Vevey - Suisse

médecine  
buccale  
chirurgie  
buccale

vol. 10, n° 1  
2004

page 39

## Traumatisme maxillaire chez un enfant de 18 mois. Découverte d'une leucémie aiguë lymphoblastique

Gangloff P, Polo A, Wang C

Service d'odontologie chirurgicale, Faculté de chirurgie dentaire, Nancy

La leucémie est un terme qui désigne de multiples affections malignes aiguës ou chroniques caractérisées par la prolifération maligne des cellules hématopoïétiques, qui entraîne un déficit immunitaire par des anomalies de maturation et de prolifération des lignées leucocytaires normales préexistantes. Les leucémies sont classées selon le type cellulaire impliqué (myéloïde ou lymphoïde) et selon leur mode d'évolution (aigu ou chronique) (Mouynet, 1995). La forme aiguë est principalement retrouvée chez les jeunes enfants, avec une évolution rapide, spontanément mortelle en quelques semaines sans traitement adéquat (Bernard, 1983). Le tableau clinique des patients atteints comprend une forte température, une stomatite ainsi que des hémorragies (Spizriglas, 1978).

L'observation présentée ici décrit le cas d'une fillette de 18 mois, amenée en urgence par ses parents dans le département de chirurgie buccale, pour un traumatisme facial datant de 3 semaines. La patiente n'ayant plus la possibilité de s'alimenter du fait des mobilités dentaires et des douleurs associées, l'état général s'est rapidement dégradé. L'examen clinique montre la présence d'une

large plage de nécrose gingivale vestibulaire et palatine en regard des incisives maxillaires avec mobilité importante de ces dents. Cette patiente est alors immédiatement prise en charge sous anesthésie générale afin de réaliser une toilette chirurgicale. Quatre dents temporaires sont avulsées (52-51-61-62) avec la partie fracturée de l'os alvéolaire. Pendant l'intervention, un examen général de la patiente réalisé dans le but de mettre en évidence d'éventuelles autres lésions, révèle une dyschromie cutanée de l'oreille gauche. Devant l'importance inhabituelle de la plage de nécrose gingivale et la décoloration suspecte cutanée, des examens biologiques complémentaires sont réalisés afin de rechercher une pathologie de l'état général pouvant expliquer ces symptômes. Les résultats permettent de poser le diagnostic de leucémie aiguë lymphoblastique. La patiente est alors immédiatement prise en charge à l'issue de l'anesthésie générale par un centre spécialisé qui la traite en suivant le protocole Fralle 93 groupe B (Daunorubicine puis Methotrexate). Le suivi clinique continue depuis 4 ans et la leucémie est en rémission totale.