

cessus bénin, mais devant des signes frustes, une scintigraphie osseuse et une numération globulaire et formule sanguine sont demandées. La scintigraphie ne décèle pas d'autre localisation que maxillaire. L'hémogramme est normal. Une biopsie est réalisée sous anesthésie locale. L'examen histologique met en évidence une prolifération tumorale riche en cellules d'aspect immunoblastique dont certaines montrent une différenciation plasmocytaire. L'étude immuno-histochimique révèle une forte positivité de l'ensemble des cellules tumorales avec l'anticorps anti-CD79A, soulignant ainsi leur nature lymphoïde B. Le diagnostic histologique conclut à une prolifération lymphomateuse de type B. La patiente est adressée au service d'hématologie. Lors du bilan d'extension, l'hémogramme et le bilan biochimique sont normaux, le bilan sérologique viral et la biopsie de moelle osseuse sont négatifs. L'examen tomodensitométrique corps entier montre une adénopathie iliaque interne gauche de 19 x 29 mm. Le bilan d'extension conclut à un lymphome B diffus à grandes cellules au stade III-E. Compte tenu de l'âge de la patiente une chimiothérapie selon le protocole CHOP MABTHERA en 8 cycles suc-

cessifs est effectuée, entraînant, à ce jour, une régression de lésion.

Si le plus souvent le diagnostic de lymphome peut être soupçonné devant une augmentation rapide, en nombre et en taille, des adénopathies ou devant une localisation extra-lymphatique évocatrice, dans la cavité buccale le diagnostic reste difficile. La localisation intra-osseuse se manifeste par des plages d'ostéolyse pouvant mimer une infection d'origine dentaire (Wolvius, 1994). Face à des manifestations extra-osseuses, le diagnostic de lymphome MALT, de fibrosarcome ou de plasmocytome doit être éliminé (Margiotta, 1999). Au terme de la démarche clinique, le diagnostic positif repose sur l'examen histomorphologique et immunologique, élément déterminant pronostic de la maladie (Gaidano, 2002).

Nom et adresse du conférencier

COURTOIS Bruno
Faculté de Chirurgie Dentaire
3 chemin des Maraîchers
31062 Toulouse
brunocourtois-97.4@wanadoo. fr

Granulome à cellules géantes périphérique et implant : à propos d'un cas

Bischof M^{*/**}, Nedir R^{*/**}, Samson J^{*}, Lombardi T^{*}

^{**} Division de Stomatologie et Chirurgie Orale, Université de Genève, Suisse

^{**} CdR Clinique Dentaire, Vevey, Suisse

Le granulome périphérique à cellules géantes (GCGP) se traduit par une formation nodulaire, pseudo-tumorale, siégeant sur la muqueuse recouvrant la crête alvéolaire, souvent associée à des facteurs irritatifs locaux (plaque bactérienne, traumatisme...) (Mighell et coll, 1995).

Une femme caucasienne de 56 ans présente une lésion tumorale à croissance lente, apparue environ six mois auparavant, qui s'est développée sur la gencive vestibulaire en regard d'un implant dans la région prémolaire mandibulaire gauche. La patiente a subi deux ans auparavant une intervention chirurgicale pour la pose de trois implants à surface lisse (Nobel Biocare®), avec la technique en deux temps. Les implants sont encore recouverts de leur coiffe de cicatrisation, partiellement dévissée. L'examen clinique révèle une lésion nodulaire, sessile, brun rougeâtre, d'environ 2 cm de diamètre. Radiologiquement, la résorption osseuse est minime, mais homogène sur les trois implants. Ceux-ci présentent une angulation inadéquate, rendant difficile la réalisation des soins d'hygiène et la réhabilitation prothétique. Le traitement consiste en une exérèse chirurgicale et en un nettoyage-polissage de l'implant concerné, rendant l'espace inter-implantaire accessible pour les soins d'hygiène. Après la cicatrisation, une reconstruction prothétique en résine acrylique de longue durée est réalisée.

L'examen microscopique montre qu'il s'agit d'un nodule polypoïde, avec en surface un épithélium malpighien en

grande partie kératinisé. Les crêtes épithéliales sont focalement hyperplasiques et acanthosiques. Le chorion sous-jacent qui est fibreux, comporte une double prolifération de cellules fibroblastiques et de cellules géantes plurinucléées ressemblant à des ostéoclastes. Il existe également de nombreuses lacunes vasculaires remplies d'hématies, des dépôts d'hémossidérine et un infiltrat inflammatoire lympho-plasmocytaire péri-vasculaire. Le dosage des taux sériques du calcium et des phosphates permet d'écarter le diagnostic d'hyperparathyroïdisme. Après la pose d'implants, les complications intéressant les tissus mous sont relativement fréquentes ; elles surviennent surtout dans les trois premières années (Tolman et Laney, 1992). L'hyperplasie gingivale est une complication pouvant atteindre 32 % des sujets dans certaines séries (Goodacre et coll, 1999), elle résulte de l'inflammation chronique induite par l'accumulation de la plaque bactérienne. Dans la plupart des cas rapportés, le traitement a comporté une gingivectomie et la mise en application de mesures d'hygiène strictes.

Le GCGP est une lésion relativement rare, siégeant toujours sur la muqueuse recouvrant la crête alvéolaire, pouvant provoquer une résorption de l'os sous-jacent. Le plus souvent, ce sont des adultes de 50-60 ans qui sont atteints. Il existe une faible prédilection pour les femmes, ce qui a fait évoquer l'hypothèse d'une influence hormonale. L'étiologie de cette pathologie n'est pas encore tota-

lement élucidée, mais des facteurs tels que le tartre, la présence de corps étrangers ou les traumatismes répétés pourraient jouer un rôle majeur. A ce jour, il n'y a qu'une publication faisant état de l'association implants - GCGP (Hirschberg et coll, 2003). Dans notre cas, l'angulation convergente des implants, les coiffes en partie dévissées et une hygiène bucco-dentaire insuffisante ont probablement favorisé le développement de cette lésion. En conclusion, bien que rare, le GCGP représente une éventuelle complication des implants. Son agressivité, sa tendance à la récurrence et la possibilité d'une résorption

osseuse péri-implantaire peuvent compromettre l'ostéointégration, et par conséquent le succès du traitement implantaire. Il est donc important de le diagnostiquer et de le traiter précocement.

Nom et adresse du conférencier

BISCHOF Mark

Division de Stomatologie et Chirurgie Orale

19, Rue Barthélemy-Menn

1205 Genève

markbischof@bluewin.ch

Traitement au laser des lésions buccales dues au Papillome Virus Humain (VPH) : étude sur 7 patients

García Ortiz de Zárate F, España Tost AJ, Arnabat Domínguez J, Berini Aytés L, Gay Escoda C

Máster de Cirugía e Implantología Bucal. Universidad de Barcelona. España

Le Virus du Papillome Humain est un virus à ADN trophique affectant l'épithélium des tissus mous de la cavité buccale. Les manifestations de l'infection au VPH dépendent du génome de l'agent étiologique. Cette infection présente de nombreuses formes cliniques : papillomatose oral floride, hyperplasie focale de l'épithélium, leucoplasie orale chevelue, lichen plan et carcinome spinocellulaire (Sapp et coll, 1998).

Il s'agit d'évaluer le taux de récurrence des lésions papillomateuses après l'exérèse au laser CO₂ et Er, Cr : YSGG, de même que l'efficacité du laser dans le traitement des lésions récidivantes et auto-inoculées.

L'exérèse au laser CO₂ et Er, Cr : YSGG de sept lésions papillomateuses de 7 patients de genre masculin et d'âge compris entre 6 et 51 ans a été réalisée sous anesthésie locale (articaine 4 % adrénalinée au 1 : 100.000). La puissance utilisée a été de 1,5 W (Er, Cr : YSGG) et de 6 W (CO₂) en mode focalisé. Les localisations des lésions ont été : une au palais, deux sur la gencive kératinisée, deux sur la langue, une sur la lèvre supérieure et une à la lèvre inférieure. Aucune lésion n'était supérieure à 5 mm sauf une qui occupait la lèvre supérieure.

Le traitement a été résolutif pour tous les patients, aucune lésion n'a récidivé. Les patients n'ont presque pas sai-

gné. La douleur post-opératoire, évaluée par la consommation de paracétamol à la demande après la chirurgie au laser, a été très faible ; de fait, un seul patient a reçu des analgésiques postopératoires.

Les lésions extrabuccales du VPH, dont il existe plus de 80 types différents, peuvent être éliminées avec des méthodes chimiques de destruction (acide trichloracétique, 5FU en crème, etc.) (Ceballos et coll, 2000). Cependant, le traitement de choix des lésions qui affectent les tissus mous de la cavité buccale consiste à l'exérèse au bistouri, cautérisation au bistouri électrique ou en utilisant le laser (Miller et coll, 2001). L'exérèse des lésions dues au VPH, au laser CO₂ et au laser Er, Cr : YSGG est un traitement efficace des lésions initiales et des récurrences, même chez les patients pour lesquels la chirurgie conventionnelle donne un résultat insuffisant. Enfin, il faut garder à l'esprit que le traitement élimine les lésions apparentes, mais n'élimine pas les virus.

Nom et adresse du conférencier

GARCÍA ORTIZ DE ZÁRATE Fernando

Urb. Terrazas de Sitges 1° A 3°1ª 08860

Castelldefels. Barcelona. España.

nanoquir@hotmail.com

Apport de la muqueuse kératinisée en prothèse adjointe complète supra-implantaire : illustration par 4 cas cliniques

Jouveneaux C, Bousquet P, Montal S

UFR d'Odontologie de Montpellier

La réalisation d'une prothèse adjointe complète supra-implantaire doit répondre aux impératifs classiques de conception d'une prothèse adjointe complète tout en prenant en compte la présence des implants. Si l'existence de muqueuse kératinisée est indispensable à la rétention,

à la stabilisation et à la sustentation d'une prothèse complète amovible, son intérêt au niveau implantaire est plus discuté :

La littérature montre que la muqueuse kératinisée n'est pas indispensable. En effet, aucune donnée ne permet