

Quiz en médecine et chirurgie buccales

Fadwa Ghanmi ^{a,b}, Sabrina Nsir ^{a,b}, Aya Mtiri ^c, Ghada Bouslama ^{a,b},
Nour Sayda Ben Messaoud ^{a,b}, Lamia Oualha ^{a,b}, Ben Youssef Souha ^{a,b}

^aUnité de médecine et chirurgie buccales, service de médecine dentaire CHU Farhat Hached, Sousse, Université de Sousse

^bLaboratoire de recherche: LR 12SP10: réhabilitation fonctionnelle et esthétique des maxillaires, Université de Sousse

^c Service de médecine dentaire, Hopital régional de Ben Arous

corresponding author :

Fadwa Ghanmi

Téléphone : 51930692

Adresse email : fadwaghanmi96@gmail.com



CAS 1 :

Patient âgé de 40 ans s'est présenté avec une ulcération douloureuse sur le bord latéral droit de la langue, évoluant depuis 3 mois sans amélioration. Il rapporte des difficultés à s'alimenter en raison de la douleur.

*Antécédents :

-Tabagisme actif, consommation d'alcool importante (3 unités/jour depuis 20 ans).

-Aucun antécédent médical ou chirurgical notable.

*Examen clinique :

-Ulcération de 3cm, indurée, avec des bords irréguliers sur le bord latéral de la langue et éversée.

-Adénopathie sous-mandibulaire droite palpable, ferme, mobile, mesurant environ 2 cm.

-Aucun signe d'atteinte des muqueuses voisines.

1/le diagnostic est orienté vers une lésion

A/maligne

B/bénigne

2/ Quel examen est indispensable pour confirmer le diagnostic ?

A) IRM de la tête et du cou

B) Biopsie de la lésion

C) Scanner thoracique

D) scintigraphie du corps complet

3/Quels sont les deux principaux facteurs de risque associés à cette lésion ?

A) Tabac et alcool

B) Exposition au soleil

C) HPV et alimentation pauvre en fibres

D) Consommation excessive de sucre



CAS 2 :

Patient âgé de 52 ans qui a consulté suite à la sensation de brûlure dans la bouche, particulièrement en mangeant des aliments épicés ou acides, évoluant depuis plusieurs mois.

*Antécédents médicaux :

-Hypertension artérielle, traitée par un bêta-bloquant.

-Stress chronique lié à un contexte familial difficile.

L'examen clinique a révélé la présence de stries blanchâtres réticulées sur la muqueuse jugale bilatérale avec la présence des avec des érosions au niveau de la face interne des joues.

1/Le diagnostic à évoquer :

A) Candidose orale

B) Leucoplasie orale

C) Lupus érythémateux buccal

D) Lichen plan buccal érosif

2/Le traitement de première intention pour les formes symptomatiques :

A) Antibiotiques systémiques

B) Corticostéroïdes locaux

C) Antifongiques systémiques

D) Immunothérapie

3/Chez les patients présentant une suspicion de lichen oral, doit-on systématiquement réaliser une biopsie lors du bilan initial ? argumenter

CAS 3 :



Patient âgé de 7ans en bon état de santé général a consulté pour une fièvre élevée persistante depuis 4 jours avec douleurs buccales et refus de s'alimenter.

-L'examen exo-buccal : adénopathies sous-mandibulaires bilatérales sensibles à la palpation.

-L'examen endo-buccal a révélé la présence de multiples vésicules et ulcérations douloureuses sur la face interne de la lèvre inférieure et le bord latéral de la langue avec une gencive érythémateuse saignante au moindre contact (surtout site de la 46).

Le diagnostic retenu était une primo infection herpétique.

1/ Quel virus est responsable de la primo-infection herpétique ?

- A) Virus de l'herpès simplex de type 1 (HSV-1)
- B) Virus de l'herpès simplex de type 2 (HSV-2)
- C) Virus varicelle-zona (VZV)
- D) Epstein-Barr Virus (EBV)

2/ Où le virus de l'herpès simplex reste-t-il latent après la primo-infection ?

- A) Ganglions lymphatiques périphériques
- B) Ganglions sensitifs
- C) Glandes salivaires
- D) moelle épinière

3/ Quel antiviral est couramment utilisé pour traiter la primo-infection herpétique ?

- A) Aciclovir

B) Daktarin

C) Fluconazole

4/ Quelle est la complication la plus grave de la primo-infection herpétique ?

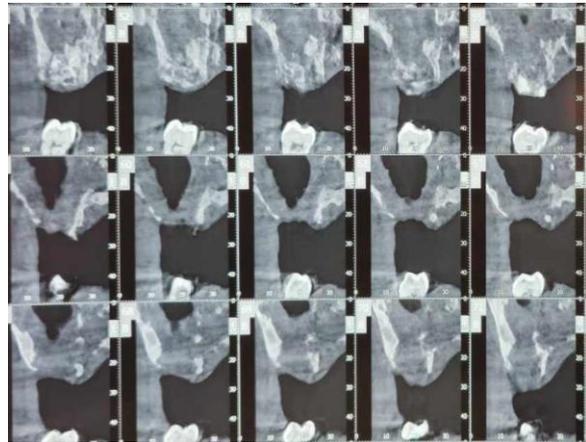
A) Encéphalite herpétique

B) Choc septique

C) Érythème polymorphe

D) Endocardite bactérienne

CAS 4 :



Patient âgé de 65ans suivi pour un myélome sous Zometa (1 injection/mois) pendant 2ans a consulté pour une douleur maxillaire droite avec une zone osseuse exposée depuis plusieurs semaines.

L'examen clinique : Apparition d'une exposition osseuse de 4cm visible après une extraction dentaire réalisée 3 mois plus tôt avec absence de cicatrisation malgré des soins locaux et des antibiotiques prescrits. La Gencive adjacente légèrement inflammatoires sans signes de suppuration.

1/le diagnostic à évoquer ?

- A/alvéolite suppurée
- B/ostéonécrose des maxillaires d'origine médicamenteuse
- C/fracture de la table osseuse vestibulaire
- D/communication bucco sinusienne

Si le diagnostic retenu était ostéonécrose des maxillaires d'origine médicamenteuse :

2/ Quel est le mécanisme principal impliqué dans l'ostéonécrose des mâchoires liée aux bisphosphonates ?

- A) Déficit en calcium
- B) Suppression de la résorption osseuse et de la vascularisation locale
- C) Inhibition de la minéralisation osseuse
- D) Infection bactérienne systémique

3/ Quelle est une complication possible de l'ONM ?

- A) Fracture pathologique de la mâchoire
- B) Propagation de l'infection aux tissus adjacents
- C) Douleurs chroniques invalidantes
- D) Toutes les réponses ci-dessus

4/ Quel traitement est généralement utilisé pour gérer une ONM non compliquée ?

- A) Antifongiques systémiques
- B) Chirurgie agressive pour retirer l'os exposé
- C) Antibiotiques locaux et systémiques avec soins conservateurs
- D) Radiothérapie ciblée

Cas5 :

Patient âgé de 72 ans, hypertendu a été adressé par un confrère pour l'extraction de la troisième molaire mandibulaire gauche incluse associée à une image radioclaire au niveau du panoramique. L'examen clinique ne révèle aucun signe ou symptomatologie particuliers.



1/ Les diagnostics à évoquer :

A/ Kyste péri-coronaire en rapport avec la dent de sagesse mandibulaire incluse

B/ Kyste folliculaire

C/ Kératocyste

D/ Carcinome épidermoïde

2/ Les examens radiologiques de 2ème intention sont

A/ IRM

B/ TDM

C/ échographie

3/ Quel est le traitement de choix ?

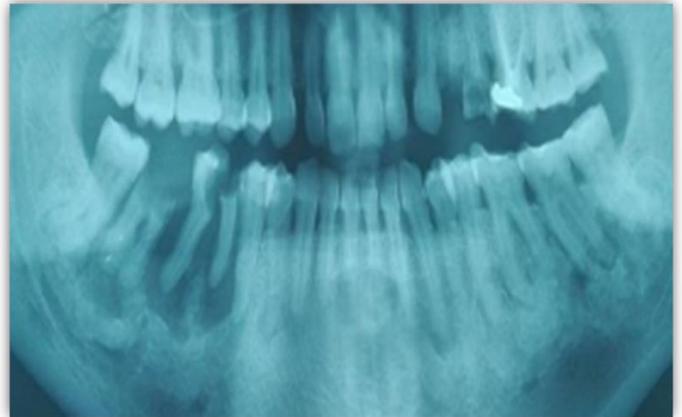
A/ Antibiothérapie prolongée

B/ Énucléation chirurgicale, extraction de la 38 et examen anatomopathologique

C) Radiothérapie

D) Observation sans intervention

Cas 6



Il s'agit d'une patiente âgée de 48 ans en bon état général qui a consulté pour une tuméfaction endobuccale. L'examen exobuccal a révélé une tuméfaction discrète indolore en regard de l'angle mandibulaire. L'examen endobuccal a montré une tuméfaction de toute la région molaire mandibulaire droit, un aspect bourgeonnant de la gencive, la présence d'une fistule bourgeonnante en regard de la 44 et une mobilité dentaire des 45-46-47.

La radiographie panoramique a révélé un os d'aspect dysplasique (image mixte de tonalité cémentaire cernée par un halo radio-clair) en regard de toutes les dents mandibulaires avec une Ostéolyse terminale en regard des 46-47.

Le diagnostic retenu était une dysplasie cémento-osseuse.

1/ Qu'est-ce que la dysplasie cémento-osseuse mandibulaire ?

- A/ Une tumeur osseuse maligne
- B/ Une lésion fibro-osseuse bénigne
- C/ Une inflammation chronique de l'os
- D/ Une maladie métabolique de l'os

2/ Le site de prédilection de la dysplasie cémento-osseuse :

- A/ Région maxillaire postérieure
- B/ Région mandibulaire antérieure
- C/ Région mandibulaire postérieure
- D/ Région symphysaire uniquement

3/ La prise en charge d'une dysplasie cémento-osseuse asymptomatique :

- A/ Extraction des dents touchées
- B/ Exérèse chirurgicale de la lésion
- C/ Surveillance clinique et radiologique régulière

D/ corticothérapie prolongée

Correction :**Cas 1 :1A/2B/3A**

Les carcinomes épidermoïdes des voies aéro-digestives supérieures se rencontrent en général sur un terrain dominé par l'intoxication éthylo-tabagisme chronique. Le tabac à lui seul est bien connu par son effet carcinogène et l'alcool est le deuxième facteur bien que son mécanisme d'action soit encore mal connu. Histologiquement, il s'agit d'un carcinome épidermoïde bien différencié, la prolifération tumorale ressemblant fortement à l'épithélium malpighien d'où il provient. Les travées carcinomateuses traversent la membrane basale et infiltrent le chorion. L'exérèse de la tumeur primitive doit être complète, passant au large des limites de la tumeur, emportant en bloc le tissu tumoral.

Cas 2 :1D/6B/3 :

En présence de réticulations blanches typiques, une biopsie ne doit pas être réalisée systématiquement pour poser le diagnostic de lichen oral. La réalisation d'une biopsie est recommandée en l'absence de réticulations blanches typiques. La biopsie doit être réalisée en dehors d'une zone érosive ou ulcérée

Il n'y a pas de traitement curatif pour le LPB. Un traitement est préconisé lorsqu'il existe une symptomatologie ou lorsque l'on souhaite faire régresser les lésions. La corticothérapie constitue le traitement de choix. Les corticoïdes locaux donnent des bons résultats.

Cas 3 :1A/2B/3A/4A

La contamination, strictement interhumaine, est due au HSV-1 (Herpes simplex virus 1) après un contact cutané-muqueux. Le virus de l'herpès simplex de type 1 (HSV-1) infecte de manière productive les cellules épithéliales et de manière latente les neurones sensitifs. Un traitement antiviral à base d'aciclovir est indiqué en présence d'une altération de l'état général. L'infection à HSV-1 peut entraîner des complications plus graves comme une encéphalite herpétique.

Cas 4 : 1B/2B/3D/4C

L'action inhibitrice de la résorption osseuse s'effectue de différentes façons. D'une part, les BP diminuent le turn over de résorption-formation osseuse par réduction de la résorption, préservant ainsi la masse osseuse. Parmi les complications on note une fracture pathologique de la mâchoire, propagation de l'infection aux tissus adjacents, douleurs chroniques invalidantes. L'objectif du traitement des ONBP non invalidantes est d'éviter le passage au stade invalidant : éviter l'infection, c'est contrôler la douleur/maintenir les possibilités masticatoires existantes voire les améliorer par des appareillages adaptés. /contrôler l'haleine du patient, l'halitose comme cause fréquente d'isolement social.

Le traitement médical repose sur :

*Une antibiothérapie empirique au long cours, (amoxicilline 2 g/j ± métronidazole 1,5 g par jour). Lorsqu'une surinfection osseuse a lieu le traitement est guidé par un antibiogramme compte tenu de la fréquence des souches multirésistantes impliquées.

Revue Méditerranéenne d'Odonto-Stomatologie (R.M.O.S)

*Une antiseptie par instillations locales de chlorhexidine sans ou faiblement dosée en alcool.

Le traitement chirurgical n'a lieu que pour précipiter l'élimination d'un séquestre. Le séquestre est prélevé si possible sans levée d'un lambeau d'accès exposant l'os

Cas 5 : 1ABC/2B/3B

Le kératokyste est une lésion intra osseuse agressive et fréquente. C'est la troisième lésion kystique la plus fréquente. Il touche majoritairement les hommes entre 10 et 40 ans. Il est souvent de découverte fortuite et son traitement varie selon plusieurs facteurs. Son taux élevé de récurrences impose un suivi clinique et radiologique rigoureux.

Les manifestations cliniques : Souvent asymptomatique /Peut se manifester par une inflammation, des douleurs, ou fistulisation lorsqu'il atteint une taille importante.

Les signes radiologiques : Image radioclaire uni ou multi focale, bien limitée entourée par un liseré de condensation périphérique.

Le diagnostic : le diagnostic est posé par le résultat de l'examen anatomopathologique

Traitement et évolution : Selon la taille et les rapports anatomiques :

- Énucléation ou marsupialisation/Récidive la plus importante les 5 premières années
Transformation maligne rare

Cas 6 :1B/2C/3C

Les dysplasies cémento-osseuses ont été définies comme des lésions ostéo-fibreuses bénignes idiopathiques et de nature non néoplasique, localisées dans la région périapicale des zones maxillaires et/ou mandibulaires dentées et caractérisées par le remplacement de l'os normal par du tissu fibreux et de l'os métaplasique . En effet, trois variantes ont été décrites : la dysplasie cémento-osseuse périapicale, la dysplasie cémento-osseuse focale et la dysplasie cémento-osseuse floride.

Pour la forme péri-apicale : Les lésions initiales ou ostéolytiques présentent habituellement des radioclarités périapicales bien circonscrites multiples associées aux racines des dents antérieures mandibulaires. Au fil du temps ces lésions subissent une calcification centrale produisant un aspect mixte radio-clair/ radio-opaque c'est le stade intermédiaire ou cémentoblastique . Les lésions deviennent principalement radio-opaques avec un liseré fin radiolaire au stade avancé ou mature.

La DCO focale : Les lésions précoces (stade initial ou ostéolytique) avec le temps la lésion développera un motif mixte radio-clair/radio-opaque qui correspond au stade intermédiaire ou cémentoblastique. Aux derniers stades (stade avancé ou tardif ou mature ou ostéogénique) la lésion devient presque totalement radio-opaque/hyperdense bien définie et entourée d'un liseré radio-clair.