

## QUIZ en médecine et chirurgie buccales

**Sabrine Nsir**<sup>a,b</sup>, Fadwa Ghanmi<sup>a,b</sup>, Aya Mtiri<sup>c</sup>, Ghada Bouslama<sup>a,b</sup>,  
Nour Sayda Ben Messaoud<sup>a,b</sup>, Lamia Oualha<sup>a,b</sup>, Souha Ben Youssef<sup>a,b</sup>



a- Dental Medicine Department in University Hospital Farhat Hached,  
Sousse, University of Sousse, Tunisia

b- Research Laboratory: LR 12SP10: Functional and Aesthetic Rehabilitation  
of Maxillary, University of Sousse, Tunisia

c-Department of Dentistry, Regional Hospital of Ben Arous

### Corresponding author:

Sabrine nsir

**E-mail adress** : sabrinensir1998@gmail.com

**Téléphone** : +21620089136

## Cas 1 :

- Enfant, âgé de 13 ans
- Etat général : absence d'antécédents pathologiques notables
- Motif de consultation : tuméfaction mandibulaire douloureuse du côté droit évoluant depuis 2 mois



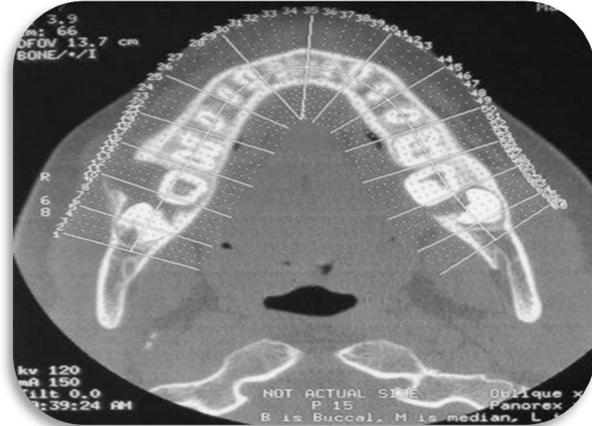
Figure1 : Examen exobuccal : tuméfaction génienne basse de consistance dure recouverte par une peau d'aspect normal

1/ Quels sont les tests cliniques et/ou les examens complémentaires à réaliser en premier ?

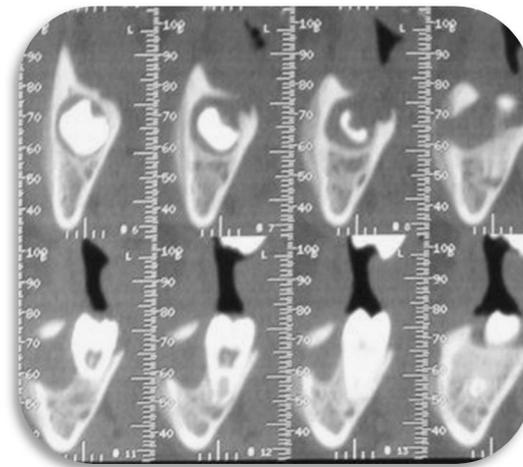
- a) Test de vitalité
- b) TDM
- c) Sondage parodontal
- d) La radio panoramique



Radiographie panoramique



TDM (coupe axiale) : image hypodense,  
rupture de la corticale vestibulaire



TDM : reconstitutions coronales  
obliques centrées sur la 47

47 : test de vitalité+, poche parodontale vestibulaire de 10 mm

2/ Quel est le diagnostic évoqué ?

- a) Cellulite génienne basse chronique
- b) Ostéopériostite de Garré

c) Ostéosarcome

d) Dysplasie fibreuse

3/ Cette pathologie est :

a) Une maladie osseuse maligne

b) Due à une infection chronique de faible virulence

c) Caractérisée par une réaction périostée en feu d'herbe

d) Une forme particulière à localisation mandibulaire de l'ostéomyélite chronique secondaire

4/ Quel sera le traitement ?

a) Abstention

b) Extraction de la 47

c) Traitement endodontique de la 47

d) Énucléation kystique avec conservation de la dent causale

## Cas2 :

**Patient 1 :** patient âgé de 55 ans diabétique, hypertendu consulte pour une sensation de sécheresse buccale

**Patient2 :** patient âgé de 44 ans tabagique, consulte pour des douleurs intermittentes et une sensation de brûlure au niveau de la langue, particulièrement après la consommation d'aliments épicés

L'examen endobuccal montre :



Figure1 : aspect clinique de la langue du patient 1



Figure2 : aspect clinique de la langue du patient 2

1/ Figure 1 :

- a) Langue géographique
- b) Langue fissurée associée à une atrophie de la face dorsale
- c) Macroglossie
- d) Plica Fimbriata

2/ Cette variation linguale :

- a) Est une variation pathologique de la langue
- b) Peut être associée à une langue géographique
- c) Également appelée glossite migratoire bénigne
- d) Fait partie avec le psoriasis cutané et la paralysie faciale périphérique de la triade diagnostique du syndrome de Melkerson-Rosenthal

3/ Figure 2 :

- a) Langue géographique
- b) Langue fissurée associée à une atrophie de la face dorsale
- c) Macroglossie
- d) Lichen plan oral

4/ Cette pathologie :

- a) Peut être associée avec le psoriasis cutané
- b) Est localisée uniquement au niveau de la langue
- c) Peut se développer chez les patients traités par bevacizumab
- d) Est liée à la consommation du tabac

## Cas3 :

- Patiente, âgée de 45 ans
- Etat général : hypertendue, atteinte d'une polyarthrite rhumatoïde sous méthotrexate
- Motif de consultation : présence des lésions érosives associées à des plaques blanchâtres sur le versant externe de la lèvre inférieure évoluant depuis 3 ans avec des périodes de rémission intermittentes.
- Présence des lésions en plaques desquamatives au niveau de l'arcade sourcilière, du cuir chevelu et de l'oreille



1/ Quels sont les diagnostics cliniques possibles devant cet aspect ?

- a) Érythème polymorphe
- b) Lichen plan labial
- c) Lupus érythémateux systémique
- d) Stomatite urémique

Une biopsie a été réalisée, l'examen histologique montre :

**HISTOLOGIE :**  
L'épithélium est acanthosique siège d'une légère kératose orthokératosique ; la couche basale est, par places, vacuolisée et on note de nombreux corps hyalins au niveau de la couche basale et du chorion superficiel ; le chorion renferme, par ailleurs, un important infiltrat inflammatoire surtout lymphocytaire en bande sous épithéliale  
Etude en immuno-fluorescence directe :  
- anticorps anti IgA (-)  
- anticorps anti IgG : (-)  
- anticorps anti IgM et C3 : boules hyalines

2/Le diagnostic retenu est :

- a) Érythème polymorphe
- b) Lichen plan labial
- c) Lupus érythémateux systémique
- d) Stomatite urémique

3/ Cette pathologie :

- a) Est une dermatose cutanéomuqueuse inflammatoire chronique
- b) Présente cinq présentations cliniques classiques
- c) Touche par ordre décroissant : la muqueuse labiale, la face dorsale de la langue et la muqueuse jugale postéro-inférieure
- d) Peut dégénérer en cancer surtout dans la phase d'état

4/ Quel est le traitement adéquat dans ce cas ?

- a) Abstention thérapeutique
- b) Suivi régulier
- c) Une corticothérapie
- d) Exérèse chirurgicale

## Cas 4 :

- Patiente, âgée de 30 ans
- Etat général : absence d'antécédents pathologiques notables, pas d'histoire de paralysie faciale
- Motif de consultation : tuméfaction labiale non douloureuse très récidivante



1/ Quels sont les diagnostics possibles devant cet aspect ?

- a) Syndrome de Melkersson-Rosenthal
- b) Chéilite de Miescher
- c) Sarcoïdose
- d) Angio-œdème

Pour confirmer le diagnostic on a réalisé des explorations radiologiques et biologiques suivantes :





**DOSAGE DU COMPLEMENT SERIQUE**

Nom & Prénom... [redacted] [redacted]  
 Service... [redacted] Matricule... 104  
 N° D'ordre... 277 Date de Prélèvement... 20.11.12

**RESULTATS**

Protéine	Résultat (mg/L)	Valeur usuelles (Néphélométrie mg/L)
Fraction C <sub>3</sub>		890-1870
Fraction C <sub>4</sub>		165-380
C1-inhibiteur	255	M. 290-420 F. 260-390
CH50		

2/ Le diagnostic retenu est :

- a) Syndrome de Melkersson-Rosenthal
- b) Chéilite de Miescher
- c) Sarcoïdose
- d) Angio-œdème

3/ Une biopsie a été réalisée, quels sont les caractéristiques histologiques de cette pathologie ?

- a) Présence d'une vascularite nécrosante
- b) Présence des granulomes épithélioïdes
- c) Présence d'une nécrose caséuse
- d) Absence d'une nécrose caséuse

4/ Quels sont les diagnostics différentiels dont l'examen histologique montre une nécrose caséuse ?

- a) Tuberculose
- b) Maladie de Crohn
- c) Maladie de Wegener
- d) Lichen plan oral

## Cas 5 :

- Patiente, âgée de 27 ans
- Etat général : maladie de Glanzmann
- Motif de consultation : des douleurs intenses intermittentes exacerbées par le froid
- L'examen clinique a montré une pulpite irréversible symptomatique sur la 18 cariée



Panoramique : confirmation de l'existence d'une carie profonde sur la 18

1/ Quelle est la principale caractéristique de la maladie de Glanzmann ?

- a) Thrombopénie
- b) Défaut de la fonction plaquettaire
- c) Diminution de la production de fibrinogène
- d) Anémie hémolytique

2/ Quel est le mécanisme étiologique de cette maladie ?

- a) Mutation du gène codant pour le récepteur de l'ADP sur les plaquettes
- b) Mutation du gène codant pour le récepteur GPIIb/IIIa sur les plaquettes
- c) Déficit en facteur VIII de la coagulation
- d) Mutation du gène codant pour le récepteur GPIa sur les plaquettes

3/ Quelle est la conséquence principale de cette maladie ?

- a) Déficit d'agrégation plaquettaire
- b) Déficit de sécrétion plaquettaire
- c) Déficit d'adhésion plaquettaire
- d) Déficit de coagulation plasmatique

4/ Quelle est votre conduite à tenir avant un acte chirurgical?

- a) Transfusion plaquettaire
- b) Administration des facteurs de coagulation
- c) Prescription de l'acide tranexamique
- d) Anesthésie sans vasoconstricteur

## Cas 6 :

- Patiente, âgée de 67ans
- Etat général : hypertendue
- Antécédents : extraction de la 17 il y'a 7j, patiente suivie dans le service ORL
- Motif de consultation : trouble de respiration, reflux de liquide par le nez, douleur infraorbitaire unilatérale, rhinorrhée postérieure.



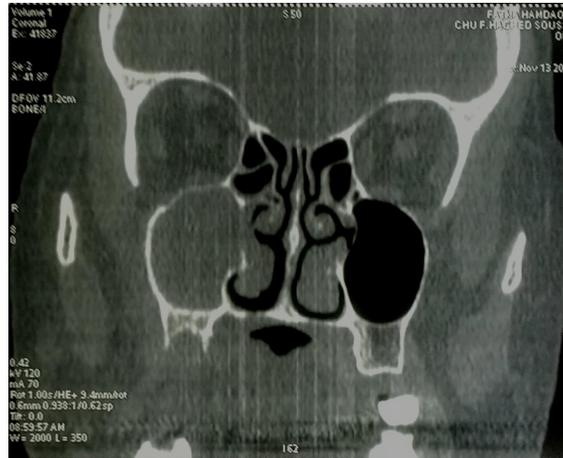
Test de valsalva +

1/ Quel est votre diagnostic ? :

- a) Cellulite génienne haute
- b) Sinusite maxillaire aiguë
- c) Alvéolite suppurée
- d) Sinusite maxillaire chronique réchauffée d'origine dentaire

2/ Quels sont les facteurs à évaluer avant la fermeture de la CBS ?

- a) Le diamètre de la CBS
- b) La durée de persistance de la CBS
- c) L'état du méat moyen
- d) L'état du sinus maxillaire



TDM : coupe coronale : comblement totale du sinus maxillaire droit



TDM : coupe axiale : comblement du sinus éthmoïdal : pansinusite

3/ Quelle est votre conduite à tenir ?

- a) Collaboration avec le service ORL
- b) Méatotomie inférieure
- c) Fermeture de la CBS
- d) Méatotomie moyenne

4/ Quelles sont les complications possibles en cas d'absence de traitement ?

- a) Les thrombophlébites

- b) La récurrence
- c) Les abcès et les cellulites
- d) Les infections orbitaires, crâniennes ou encéphaliques

## Correction

### Cas 1 :

1+a+c+d

2+b

3+b+d

4+d

L'ostéopériostite de Garré est une forme particulière de l'ostéomyélite chronique secondaire à localisation mandibulaire. Il s'agit d'une maladie osseuse bénigne qui se développe principalement chez l'enfant, caractérisée par une apposition osseuse périostée réactionnelle à un foyer infectieux chronique de faible virulence d'origine dentaire++. Le diagnostic se base sur des critères cliniques (tuméfaction exo-buccale de consistance dure, une asymétrie faciale...) et des critères radiologiques : réaction périostée en pelure d'oignon. Dans ce cas, il s'agit d'une ostéopériostite de Garré en rapport avec un kyste de furcation de la 47. Un traitement chirurgical est indiqué : énucléation totale de la lésion kystique et curetage de l'os réactionnel avec conservation de la dent et suivi régulier de sa vitalité.(1)

### Cas 2 :

1+b

2+b

3+a

4+a+c

La langue est un organe multifonctionnel essentiel non seulement pour la parole, la déglutition et la gustation, mais aussi comme indicateur de santé générale. Certains aspects, non pathologiques, peuvent motiver une consultation et doivent être rapidement reconnus afin de rassurer le patient sur leur caractère bénin tels que la langue fissurée et la langue géographique.

La langue fissurée est caractérisée par un nombre accru de fissures et de sillons sur la face dorsale et latérale de la langue. Le plus souvent isolée, elle peut parfois

être associée à une pathologie générale tel que le psoriasis comme pour la langue géographique aussi. Elle fait partie avec l'œdème facial (macrochéilite dans 66 à 96 % des cas) et la paralysie faciale périphérique de la triade diagnostique du syndrome de Melkerson-Rosenthal.

La langue géographique, également appelée glossite migratoire bénigne, est caractérisée par l'apparition des aires de dépapillation linguale affectant les papilles filiformes, délimitant des plages érythémateuses à bordure blanche. Les formes atypiques peuvent concerner la face ventrale ou d'autres régions buccales extralinguales où on parle d'érythème migrans. Elle n'est pas liée à l'infection par le virus VIH ou à la consommation du tabac, mais a été signalée comme un effet secondaire rare du traitement au lithium ou le bevacizumab. Aucun traitement n'est nécessaire dans les formes asymptomatiques. (2)

### Cas 3 :

1+a+b+c

2+b

3+a

4+b+c

Le lichen plan est une dermatose cutanéomuqueuse inflammatoire chronique qui a six présentations cliniques classiques décrites dans la littérature : papulaire, érosive, réticulaire, bulleuse, en plaque et atrophique. Le LPB peut toucher toutes les régions de la muqueuse buccale. Par ordre décroissant, les localisations sont les suivantes : la muqueuse jugale postéro-inférieure, face dorsale de la langue, fibromuqueuse gingivale, fibromuqueuse palatine, face ventrale de la langue, la muqueuse labiale et plancher buccal. L'histoire naturelle du LPB comporte 4 phases : la phase initiale se traduit par la présence des lésions blanches, la phase d'état avec ses périodes de quiescence et d'activité, la phase tardive se traduit par le développement d'un état atrophique ou scléro-atrophique et le stade post lichénien, où il y a un risque de transformation maligne, aboutissant au développement d'un carcinome verruqueux ou d'un carcinome épidermoïde. Ce risque souligne l'importance de la surveillance et du suivi régulier. Sur le plan histologique, l'examen anatomopathologique montre : un infiltrat lymphocytaire en bande, la présence des signes de liquéfactions (corps hyalins) et l'absence de

dysplasie épithéliale. Le traitement vise généralement à soulager les symptômes, la corticothérapie constitue le traitement de choix. Les corticoïdes locaux donnent des bons résultats. En présence des érosions importantes ou lorsqu'il existe d'autres lésions cutané-muqueuses associées, une corticothérapie systémique est indiquée.(3)

## Cas 4 :

1+b+c+d

2+b

3+b+d

4+a+c

La granulomatose orofaciale (GOF) est une inflammation chronique de la région oro-faciale définie histologiquement par la présence de granulomes épithélioïdes sans nécrose caséuse. On distingue la GOF idiopathique ou primaire qui inclut la chéilite de Miescher et le Syndrome Melkersson-Rosenthal avec sa triade (paralysie faciale, un œdème de l'une ou des deux lèvres et une langue fissurée), et la GOF secondaire, qui s'inscrit dans le cadre d'une pathologie systémique telle que la maladie de Crohn ou la Sarcoïdose.

Dans notre cas la radiographie du thorax est sans particularités ce qui permet d'éliminer le diagnostic de sarcoïdose.

L'examen biologique montre un dosage normal de l'inhibiteur C1 estérase ce qui permet d'écarter le diagnostic de l'angio-œdème.(4)

## Cas 5 :

1+b

2+b

3+a

4+a+c

La maladie de Glanzmann, également connue sous le nom de thrombopathie de Glanzmann, est une pathologie hémorragique héréditaire rare due à une déficience ou un dysfonctionnement du récepteur membranaire plaquettaire

GPIIb-IIIa, impliqué dans l'agrégation des plaquettes. Le tableau clinique est variable mais inclut fréquemment des pétéchies, des ecchymoses, des hématomes, des gingivorragies, des épistaxis et des ménorragies. Sur le plan biologique, la Thrombasthénie de Glanzmann se traduit par une numération plaquettaire normale avec des défauts fonctionnels de celles-ci. La prise en charge requiert une concertation avec l'hématologue et la mise en place d'un protocole adapté. Une transfusion plaquettaire peut s'avérer nécessaire en cas d'hémorragie sévère ou à titre préventif pour préparer une intervention chirurgicale associée à des moyens d'hémostase locaux, prescription de l'acide tranexamique (Exacyl) et les conseils post-opératoires. (5)

## Cas 6 :

1+d

2+a+b+c+d

3+a+c+d

4+a+b+c+d

Au cours d'une extraction dentaire postérieure au maxillaire, le médecin dentiste peut être confronté à une communication bucco-sinusienne (CBS). Cette CBS est définie comme une solution de continuité entre le sinus maxillaire et la cavité buccale. En l'absence d'un traitement immédiat, cette perforation sinusienne peut entraîner de nombreuses complications tels que : sinusite chronique, une fistule bucco-sinusienne, des douleurs, une cellulite...

Dans notre cas, le patient présente antérieurement une sinusite chronique qui a réchauffé à la suite de cette CBS.

Plusieurs techniques de fermeture des communications bucco-sinusiennes, sont décrites dans la littérature, selon l'étendue, la durée de persistance de CBS, et surtout l'état du sinus maxillaire (sinusite aiguë ou chronique) ainsi que l'état de méat moyen : Si un confinement du complexe ostio-méatal est diagnostiqué, une chirurgie endoscopique et la fermeture de CBS en concomitance sont préconisées, en collaboration avec le service ORL..(6)

**Références :**

1. Tong ACK, Ng IOL, Yeung KMA. Osteomyelitis with proliferative periostitis: an unusual case. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endodontology*. nov 2006;102(5):e14-9.
2. Vigarios E, De Bataille C, Boulanger M, Fricain JC, Sibaud V. Variations physiologiques de la langue. *Ann Dermatol Vénéréologie*. oct 2015;142(10):583-92.
3. Lysitsa S, Najm SA, Lombardi T, Samson J. Lichen plan buccal : histoire naturelle et transformation maligne. *Médecine Buccale Chir Buccale*. 2007;13(1):19-29.
4. Couard B. Granulomatose oro-faciale: démarche diagnostique et présentation de cas cliniques. 2018;
5. Botero JP, Lee K, Branchford BR, Bray PF, Freson K, Lambert MP, et al. Glanzmann thrombasthenia: genetic basis and clinical correlates. *Haematologica*. avr 2020;105(4):888-94.
6. Hamour SB. Conduite à tenir immédiate devant l'apparition d'une communication bucco-sinusienne au cours d'une extraction dentaire.