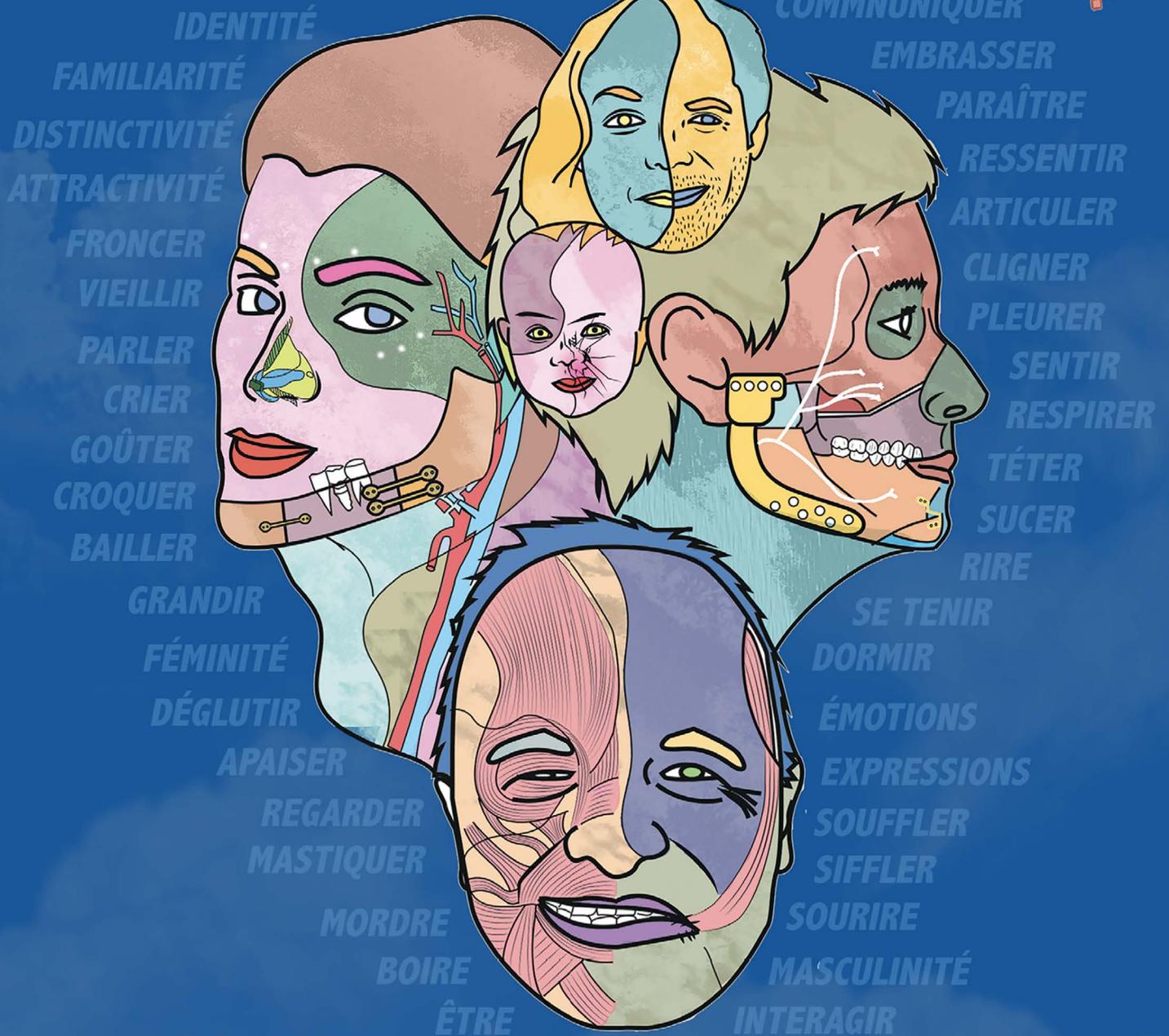
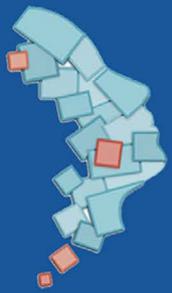


58

ÈME Congrès
Société Française de Stomatologie
Chirurgie Maxillo-Faciale et
Chirurgie orale



Chirurgie et Fonctions

Toulouse 4 - 7 octobre 2023 - Centre des congrès Pierre Baudis

Président Frédéric LAUWERS



Sommaire

Cliquez sur le titre du chapitre pour accéder directement au poster ou à l'abstract demandé.

Posters

- Bases fondamentales - Nouvelles technologies - Recherche **P-001 - P-003**
- Pathologie médicale - Dermatologie buccale
Stomatologie - Chirurgie orale **P-004 - P-042**
- Tumeurs bénignes et pathologies osseuses des mâchoires **P-043 - P-075**
- Glandes salivaires **P-076 - P-081**
- Pathologie tumorale maligne **P-082 - P-108**
- Traumatologie crânio-maxillo-faciale
Chirurgie de catastrophe et de guerre **P-109 - P-124**
- Implantologie
Chirurgies pré-prothétique et pré-implantaire **P-125 - P-129**
- Chirurgie cutanée **P-130 - P-138**
- Chirurgie orthognatique - orthopédie dento-maxillo-faciale **P-139 - P-147**
- Pathologie et chirurgie de l'ATM **P-148 - P-156**
- Chirurgie reconstructrice crânio-maxillo-faciale **P-157 - P-175**
- Malformations crânio-maxillo-faciales **P-176 - P-190**
- Médecine et chirurgie esthétiques de la face et du cou **P-191 - P-196**
- Odontologie - Prothèses dentaires et maxillo-faciales **P-197 - P-200**
- Apnées du sommeil **P-201**
- Hors chapitres **P-202 - P-219**

Communications orales

- Journée IDE **0-001**
 - Pathologie et chirurgie de l'ATM **0-002 - 0-004**
 - Session - IL et ELLE **0-005 - 0-008**
 - Session Libre **0-009 - 0-021**
 - Réhabiliter les fonctions: Recherche **0-022**
 - Chirurgie cutanée **0-023 - 0-030**
 - Traumatologie cranio-maxillofaciale
Chirurgie de catastrophe et de guerre **0-031 - 0-038**
 - Reconstruction péri-orificielle - Chirurgie cutanée **0-039**
 - RAAC orthofaciale **0-040**
 - Chirurgie orthognathique – orthopédie dento-maxillo-faciale **0-041 - 0-045**
 - Pathologie médicale... Tumeurs bénignes... **0-046 - 0-057**
 - Pathologie tumorale maligne **0-058 - 0-062**
 - Bases fondamentales - Nouvelles technologies - Recherche **0-063 - 0-081**
 - Malformations cranio-maxillofaciales **0-082 - 0-085**
 - Chirurgie reconstructrice crânio-maxillo-faciale **0-086 - 0-097**
 - Implantologie – Chirurgie pré-implantaire **0-098 - 0-101**
 - Session Mastiquer et sourire
Implantologie – Chirurgie pré-implantaire **0-102**
 - Chirurgie humanitaire **0-103 - 0-107**
 - Session Fonction salivaire **0-108 - 0-115**
 - Médecine et chirurgie esthétiques de la face et du cou **0-116 - 0-122**
 - Session Pourquoi pas ? **0-123 - 0-128**
 - Session Pédagogie **0-129 - 0-133**
-
- Index des auteurs

Bases fondamentales
Nouvelles technologies
Recherche

ÉVALUATION RADIOLOGIQUE DE LA POSITION DU FORAMEN MENTONNIER : ÉTUDE RETROSPECTIVE DESCRIPTIVE ET ANALYTIQUE

A. Belmehdi*, S. Chbicheb

Introduction

L'objectif de l'étude est d'évaluer la position du foramen mental par rapport aux apex des dents et aux structures environnantes telles que le bord inférieur de la mandibule, la crête alvéolaire et la ligne médiane de la mandibule.

Matériels et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive et analytique, menée sur 150 cas de cone beam qui ont été réalisées entre 2019 et 2021. L'échantillon comporte 94 femmes et 56 hommes.

Résultats et discussion

La position Horizontale la plus commune est sous la deuxième prémolaire dans les deux côtés droit et gauche côté gauche (Masculin= 58,1%, Féminin= 41,9%). Elle vient ensuite la position entre les deux prémolaires mandibulaires pour les deux côtés et les deux sexes : côté droit :(Masculin=31%, Féminin=69%) et le côté gauche (Masculin= 28,6%, Féminin=71,4%). La position verticale la plus dominante est apicale par rapport à l'apex de la dent dans les deux côtés droit et gauche, une fréquence de 74% sur le côté droit et 68,70% sur le côté gauche et pour les deux sexes : côté droit (Masculin= 36,9%, Féminin=63,1%) et le côté gauche (Masculin = 36,9%, Féminin= 63,1%).

L'étude a montré la diversité de position du foramen mental d'une personne à une autre dans le sens vertical, horizontal et par rapport aux structures adjacentes. En étudiant 150 cas on a trouvé que la position horizontale la plus dominante est en regard de la deuxième prémolaire et la position verticale la plus commune est apicale de l'apex.

Conclusion

Cette analyse a montré la diversité de position du foramen mental d'une personne à une autre dans le sens vertical, horizontal et par rapport aux structures adjacentes, en étudiant 150 cas on a trouvé que la position horizontale la plus dominante est en regard de la deuxième prémolaire et la position verticale la plus commune est apicale de l'apex.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

LE DEPISTAGE DU SYNDROME D'APNEE HYPOPNEE OBSTRUCTIVE DU SOMMEIL A LA CLINIQUE DENTAIRE DE L'HOPITAL DE BLIDA EN ALGERIE.

S. Meddah*, O. Atrouche, R. Dahmas, N. Ahmed Fouatih

Introduction : Chez l'enfant, le syndrome d'apnée hypopnée obstructive du sommeil (SAHOS) est une pathologie fréquente sous diagnostiquée. L'orthodontiste occupe une position stratégique pour dépister le SAHOS, et le recours à un questionnaire est recommandé pour mieux cerner les signes et les symptômes évocateurs (ronflement, éveils et pauses respiratoires, somnolence diurne). Le PSQ-SRBD semble être le questionnaire le plus précis et le plus utilisé par les médecins dentistes. Objectif : L'objectif principal de notre étude est d'estimer la prévalence du SAHOS de la population pédiatrique de Blida ; ainsi que d'identifier les caractéristiques de la maladie des enfants sondés (Ronflement, respiration buccal, trouble de l'attention et hyperactivité). Matériels et méthodes : Nous avons mené une étude descriptive transversale sur un échantillon représentatif de la population pédiatrique de Blida, soit 310 enfant, ayant fréquentés la clinique ZABANA du centre hospitalo-universitaire. Les données sur la population cible sont extraites par l'Office National des Statistiques Nous avons utilisé le PSQ-SRBD de CHERVIN. L'échelle du SRBD est un questionnaire administré aux parents d'enfants âgés de 2 à 18 ans. Il est composé de 22 items qui enquêtent sur la fréquence et la sévérité du ronflement pendant le sommeil. Résultats : 21% des enfants sondés peuvent développer le risque du SAHOS dont l'âge moyen est de 10 ans \pm 4, beaucoup plus chez les filles avec la présence des signes évocateurs du syndrome (ronflement, somnolence diurne, troubles de comportement). Conclusion : La détermination du risque du SAHOS peut nous inciter à proposer un traitement étiologique qui peut être multifactoriels et son efficacité doit être contrôlée régulièrement afin d'éviter la constitution d'un handicap neurocognitif, cardiovasculaire et métabolique difficilement réversible à un Age adulte. Le suivi des enfants à risque est primordial pour pouvoir contrôler les conséquences du syndrome. Mots clés : syndrome d'apnée hypopnée obstructive du sommeil, Ronflement, respiration buccal, trouble de l'attention.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

L'UTILISATION DU CBCT POUR L'ÉVALUATION DES SCULPTURES ANATOMIQUES DENTAIRES DES ÉTUDIANTS.ES EN FORMATION ODONTOLOGIQUE.

E. Euvrard*, F. Garnier, S. Pechoux, A. Louvrier, C. Coussens

L'évaluation du travail de sculpture d'une dent en formation odontologique est soumise aux biais du jugement évaluatif. Réaliser une évaluation via un scanner 3D et un logiciel de matching tendrait à améliorer l'objectivité et l'équité de cette évaluation et à spécifier l'analyse de la sculpture. Des travaux pratiques ont pour objectif la reproduction en 3D de dents en lien avec les cours magistraux d'anatomie. Les étudiants sculptent des dents via de la céroplastie. Pour gagner en objectivité et équité dans l'évaluation l'utilisation d'un scanner 3D fusionnant dents des étudiants avec une dent de référence réalisée par un expert pourrait permettre d'ôter une part subjective du jugement et améliorer les notions d'objectivité, de validité, d'équité et reproductibilité de l'évaluation.

Méthodes

25 dents ainsi que la dent de référence ont été scannées grâce au ConeBeam PlanMeca Promax 3D. Quatre acquisitions sont effectuées permettant pour chaque dent d'obtenir un pourcentage de points situés à moins d'un mm de distance de la dent de référence.

Résultats obtenus

Sur les 25 dents, huit sont en dessous de 50% de correspondance. 12 sont entre 50 et 70% et cinq sont entre 70 et 100%. La correspondance la plus basse est à 15% et la plus élevée à 93%.

Discussion et conclusions retenues

La méthode de correspondance de points au plus près d'une dent de référence a permis de manière précise de juger de la qualité du travail de sculpture. Cette méthode permet de gagner en objectivité et en équité en évitant les biais du jugement évaluatif. Pour accentuer la spécificité de l'évaluation, des critères plus spécifiques sont à définir pour faire correspondre des items de notation avec le pourcentage de correspondance et permettre aux étudiants.es via une rétroaction d'identifier leurs axes d'amélioration. Cette méthode d'analyse 3D pourrait aussi s'appliquer à d'autres travaux pratiques dans la formation en odontologie.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

Pathologie médicale
Dermatologie buccale
Stomatologie
Chirurgie orale

COMPLICATIONS MAXILLO-FACIALES ASSOCIEES A LA PYCNODYSTOSE : PRESENTATION DE DEUX CAS CLINIQUES.

M. Khelifa*, A. Mehnane, A. Boukerche

Introduction :

La pycnodysostose a été décrite pour la première fois par Maroteaux et Lamy en 1962. Elle est également appelée maladie de Toulouse Lautrec, en référence au célèbre peintre pour lequel le diagnostic de pycnodysostose a été posé a posteriori puisqu'il présentait les caractéristiques phénotypiques de la maladie telles qu'une petite taille, une consanguinité de ses parents, un dysmorphisme facial et des fractures fréquentes, une hypoplasie maxillaire et mandibulaire ainsi que des retards d'éruption dentaire [1]. Le diagnostic différentiel inclut la dysostose cléido-crânienne ainsi que l'ostéopétrose. Sur le plan histologique, une apposition osseuse continue sans résorption osseuse concomitante ni remodelage est observée [2]. Le gène candidat pour la pycnodysostose a été localisé sur le chromosome humain 1q21 et a été identifié en 1996 comme le gène codant pour la cathepsine K (CTSK) [3]. La CTSK, exprimée par les ostéoclastes, est responsable de la dégradation des protéines matricielles de l'os telles que le collagène I, l'ostéopontine et l'ostéonectine. Il en résulte une apposition osseuse continue sans résorption osseuse concomitante.

Observations : Les deux patients décrits dans ce travail présentaient la plupart de ces caractéristiques phénotypiques. Conformément aux spécificités maxillo-faciales décrites dans la littérature sont rapportées et discutées. Ces deux patients ont bénéficié d'une prise en charge en milieu hospitalier. L'objectif de ce travail était d'illustrer les complications maxillo-faciales en rapport avec la pycnodysostose ainsi que la complexité de leur prise en charge.

Conclusion :

La prise en charge de ces patients doit être précoce et est multidisciplinaire. Le patient atteint de pycnodysostose doit faire l'objet de soins dentaires réguliers pour éviter les complications osseuses et les avulsions dentaires, d'autant que la réhabilitation est compliquée par la morphologie des maxillaires et la structure osseuse.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

LE SYNDROME DU SINUS SILENCIEUX

A. Cherabli*, A. Bourihane, L. Degdeg, D. Aid

introduction:

Le « silent sinus syndrome » est une pathologie rare caractérisée par une enophtalmie progressive, débutant à l'âge adulte, et due à l'effondrement de l'une ou de plusieurs parois du sinus. Nous rapportons le cas d'un patient de 35 ans présentant le syndrome du sinus silencieux.

Matériels et méthodes

Il s'agit d'un patient H.M âgé de 38 ans adressé par son neurologue pour une diplopie et un ptosis droit. Le patient rapporte la notion d'une asymétrie oculaire progressive associée à un ptosis droit, sans diplopie, dans un contexte de grande fatigabilité à la fixation oculaire et une sensation de pesanteur jugale. L'examen retrouve une asymétrie faciale avec impression de dystopie orbitaire inférieure droite (signe des cils de Souques, pli palpébral absent, course du releveur de 9mm à droite versus 12mm à gauche). Le syndrome du sinus silencieux est confirmé par l'imagerie tomodensitométrique qui retrouve une sinusite maxillaire droite avec une rétraction caractéristique de ses parois, responsable d'une déviation postéro-inférieure du globe (absentes sur un cliché antérieur récent). Le traitement a consisté en un drainage de la collection sinusienne par méatotomie moyenne droite, stabilisant la dystopie du globe.

Résultats et Discussion

La physiopathologie de ce syndrome est une hypoventilation du sinus maxillaire entraînant une pression négative dans le sinus, responsable d'une attraction des parois sinusiennes et d'une dystopie du globe par affaissement du plancher de l'orbite. La cinétique évolutive est difficile à déterminer. Notre cas clinique est intéressant car le patient avait bénéficié d'une imagerie normale moins de 6 mois auparavant confirmant la rapidité du processus de rétraction des parois osseuses.

Conclusion

Nous présentons un cas rare de silent sinus syndrome, pathologie qui mérite d'être connue car une prise en charge chirurgicale précoce par méatotomie permet de stopper l'évolution de la dystopie.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

PRISE EN CHARGE DES COMPLICATIONS D'UNE PANSINUSITE OCCLUSIVE

A. Cherabli*, A. Bourihane, D. Aid, L. Degdeg

Introduction:

La pansinusite occlusive est une pathologie rare caractérisée par une obstruction simultanée des cavités sinusales. La thrombose du sinus caverneux est une complication rare mais grave de la pansinusite occlusive.

Matérielles et méthodes

Il s'agit de la patiente A.S âgée de 29 ans, céphalalgique chronique et enceinte de 4 mois, qui a présenté un tableau de pansinusite compliquée d'une cellulite orbitaire non collectée et d'une thrombose de la veine ophtalmique homolatérale. L'examen du globe oculaire gauche était normal mis à part la présence d'un volumineux œdème palpébral supérieur et inférieur gauche associé à une limitation douloureuse de l'adduction et de l'élévation associé à une douleur spontanée exacerbée à la palpation du canthus interne.

La réalisation en urgence d'une imagerie par résonance magnétique (IRM) cérébrale et orbitaire sans injection avec angio-IRM a permis de mettre en évidence une pansinusite gauche non abcédée, deS myosites réactionnelles des droits médial et supérieur gauche, de l'oblique supérieur gauche, une dacryoadénite gauche réactionnelle ainsi que d'une thrombose veineuse isolée de la veine ophtalmique supérieure gauche. A noter, l'absence d'inflammation intra-conjuguale associée. Le drainage chirurgical en urgence de la pansinusite sous couverture d'une bi-antibiothérapie intra-veineuse probabiliste et une anticoagulation curative sous-cutanée adaptée au poids a permis l'enraiment de la cellulite orbitaire.

Discussion

L'importance est soulignée à la recherche de l'ensemble des complications potentielles que l'on peut rencontrer lors d'une cellulite orbitaire, y compris lorsque celles-ci sont encore au stade infraclinique. La méconnaissance d'une thrombophlébite orbitaire, possiblement associée à une thrombose du sinus caerneux, et donc l'absence d'instauration d'une anticoagulation précoce curative peut être catastrophique et peut mener jusqu'à la cécité par infarctissement.

Conclusion

la recherche et la prise en charge de toute complication veineuse occlusive lors d'une cellulite orbitaire par des séquences IRM et ARM parrait plus que nécessaire.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

PARALYSIE DU NERF ABDUCENS REVELANT UNE SINUSITE SPHENOÏDALE

A. Cherabli*, A. Bourihane, L. Degdeg, D. Aid

Introduction

Les paralysies oculomotrices constituent un motif fréquent de consultation en ophtalmologie. Derrière ces paralysies peuvent se cacher toutes sortes de diagnostics. Les sphénoïdites sont grevées d'un fort risque de complications dont la paralysie du nerf Abducens et qui peut être un mode de découverte de l'atteinte sphénoïdale.

Patients et Methodes

Nous rapportons un cas de paralysie du nerf abducens due à une sinusite sphénoïdale.

Résultats

il s'agit du patient C.S âgé de 35 ans sans antécédents pathologiques particuliers qui consulte pour une ésoptropie aigue droite avec diplopie horizontale s'accroissant vers le regard à droite et associée à une hémicrânie droite de topographie temporo-fronto-orbitaire le tout dans un contexte d'apyrexie. L'examen oculomoteur montre une paralysie du nerf VI droit. L'examen ophtalmologique anatomique est sans particularités. sur le plan fonctionnel l'examen lancaster confirme la paralysie neurogène.

Le bilan radiologique par TDM orbito-cérébrale est revenue normale; tandis que l'IRM a révélé une sinusite sphénoïdale droite. L'évolution fut marquée par la régression des symptômes et signes radiologiques progressivement sous traitement antibiotique et anti-inflammatoire stéroïdien.

Discussion

La paralysie du VI est la plus fréquente des paralysies oculomotrices (44%). L'emplacement du sinus sphénoïdal au centre de l'étage moyen de la base du crâne fait que les complications de sphénoïdites sont très graves, parmi lesquelles on note la paralysie du nerf Abducens VI.

Il est impératif de suspecter devant la paralysie du nerf Abducens l'origine sinusale surtout que les symptômes peuvent être variés et non spécifiques.

L'imagerie moderne (scanner et IRM) joue un rôle important dans le diagnostic de sinusite sphénoïdale.

Conclusion

Les sinusites sphénoïdales ont un fort risque de complication neurologique. Ce risque est directement lié à la localisation anatomique du sinus. la paralysie des nerfs crâniens (plus fréquemment le VI) est un signe de gravité de cette affection et peut constituer un signe révélateur.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

LES ALGIES FACIALES : DU DIAGNOSTIC A LA PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE.

M. Salah*, S. Chbicheb

Introduction :

Les algies faciales sont un ensemble de syndromes caractérisés par la survenue de douleurs chroniques au niveau du visage. Ces douleurs ont un retentissement important sur la qualité de vie des patients, surtout lorsqu'elles sont mal prises en charge.

Matériel et méthodes :

Une recherche bilingue a été conduite sous forme d'une investigation électronique. Les bases de données utilisées sont Pubmed et Science direct. Les mots clés utilisés en combinant les opérateurs booléens « ET » et « OU » sont : Algies faciales, algie vasculaire faciale, névralgie du trijumeau, stomatodynie, désordres temporo-mandibulaires.

Résultats :

Les algies faciales peuvent être classées en cinq catégories : algies neurogènes - algies d'origine vasculaire - algies faciales d'origine ORL et dentaire - syndromes douloureux de l'articulation temporo-mandibulaire - algies idiopathiques.

Dans une étude menée par M. Berkane en 2011 sur une population constituée de 240 personnes présentant des algies crânio-faciales, 3% des cas présentaient une algie vasculaire de la face, et 7% des cas une névralgie faciales dont 88% étaient d'origine trigéminal.

Les algies faciales sont donc plus rares que les céphalées, mais l'établissement d'un diagnostic correct demeure primordial afin d'établir un plan de traitement adéquat et de soulager le patient. Cependant, il existe plusieurs formes atypiques de cette pathologie, rendant la démarche diagnostic plus délicate.

Ce travail a pour objectif de mettre en évidence les différents types d'algies faciales et de détailler les thérapeutiques qui s'offrent aux praticiens pour y remédier.

Conclusion :

Les céphalées et les algies faciales ne sont pas clairement distinguées et se caractérisent par une sémiologie complexe qui reflète l'anatomie du système nociceptif de l'extrémité céphalique (complexe trigémino-cervical).

L'intervention d'équipes multidisciplinaires est primordiale lors de la prise en charge de cette pathologie, et la standardisation de la démarche diagnostic est d'autant plus nécessaire.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

OSTEONECROSE MANDIBULAIRE D'APPARITION SPONTANEE INDUITE PAR UNE THERAPIE CIBLEE : A PROPOS D'UNE PATIENTE QUI A SUBI UNE RADIOCHIMIOThERAPIE CONCOMITANTE SUITE A UN CANCER DU SEIN

A. Taallah*

Introduction :

A l'heure où les progrès de la médecine deviennent de plus en plus palpables dans nos sociétés, de nouvelles thérapeutiques sont apparues mais non sans conséquences indésirables. En l'espèce, les bisphosphonates et les thérapies ciblées sont des traitements administrés dans le cadre de pathologies osseuses.

Ces médicaments permettent de réduire la résorption osseuse en inhibant l'activité ostéoclastique. Cependant des complications peuvent apparaître : l'ostéochimionécrose.

Matériels et méthodes :

Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 45 ans atteinte d'un cancer du sein depuis 3 ans a été orientée pour une douleur mandibulaire droite évoluant depuis 6 mois. la patiente a bénéficié d'une mastectomie suivie d'une radiochimiothérapie concomitante arrêtée depuis un an et demi. La patiente est actuellement sous Dénosumab (Xgeva) par voie parentérale depuis une année.

L'examen endo-buccal révèle une zone de nécrose osseuse mandibulaire d'apparition spontanée entourée d'une muqueuse d'allure inflammatoire, avec un suintement purulent.

La radiographie panoramique révèle une zone de lyse osseuse mandibulaire, inhomogène limitée à l'os alvéolaire sans atteinte de l'os basal.

Résultats et discussion :

Nous sommes face à un cas d'ostéochimionécrose mandibulaire d'apparition spontanée de stade 2 selon la classification de l'AAOMS de 2014 révisée en 2022 . La démarche thérapeutique consiste à une mise en route d'une thérapie conservatrice à base d'antibiotiques et de bain de bouche de chlorexidine jusqu'à formation d'un séquestre osseux qui est considéré comme un signe de début de guérison osseuse ,Ce séquestre osseux sera objectivé par un examen radiologique de contrôle et éliminé par voie chirurgicale.

Conclusion :

les thérapies ciblées, nouveaux traitements anticancéreux, permettent d'agir sur différentes pathologies malignes et sur l'ostéoporose, mais leur action anti angiogénique favorise l'apparition d'exposition osseuse dans la cavité buccale. L'adoption d'une attitude préventive est donc primordiale pour éviter une nécrose osseuse des maxillaires soit spontanée, soit en réponse à un acte de chirurgie dentaire.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

DIAGNOSTIC INHABITUEL D'UNE CELLULITE CERVICALE : UN RARE CAS DE LYMPHANGITE CARCINOMATEUSE CERVICALE CUTANEE AU DEPART D'UN ADENOCARCINOME ŒSOPHAGIEN.

A. Arnal Etienne*, E. Fourneau, M. Magremanne

INTRODUCTION

Un patient de 69 ans est adressé en première intention par son dentiste traitant pour un « abcès cervical » au départ de la dent 37, persistant après un mois d'antibiothérapie (Amoxicilline 875mg - Acide Clavulanique 125 mg 3x/j).

Le patient était en cours de traitement par immunothérapie (Nivolumab) pour un adénocarcinome de l'œsophage pT2pN1cM0 traité chirurgicalement en 2019. En 2021 le patient a développé une récurrence avec occlusion digestive haute traitée par mise en place de prothèse gastroduodénale et immunothérapie.

MATERIEL ET METHODE

Le bilan de la tuméfaction cervicale comprenait un CTscan cervico facial injecté et une IRM cervico-faciale, peu contributifs. Le PET-CT montrait une fixation anormalement élevée et diffuse au niveau de la région cervicale concernée.

Une biopsie cutanée au niveau cervical a été réalisée sous anesthésie locale et a montré des cellules adénocarcinomeuses. Le diagnostic de lymphangite carcinomeuse a été posé.

RESULTATS :

Après discussion en concertation multidisciplinaire, le patient a été restadié pT2N1cM1. Le traitement a constitué en l'administration de chimiothérapie.

DISCUSSION

Les métastases cutanées cervicales d'adénocarcinome œsophagien sont relativement rares, en particulier sous forme de lésions inflammatoires de type lymphangite, pouvant cliniquement évoquer un abcès d'origine dentaire et retarder le diagnostic.

CONCLUSION :

Le diagnostic de lymphangite carcinomeuse est à retenir dans les diagnostics différentiels de lésions inflammatoires cervicales, pour une prise en charge optimale du patient. Les lymphangites carcinomeuses peuvent survenir chez des patients dont le cancer digestif est connu, ou de novo comme premier symptôme d'un cancer.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

PRISE EN CHARGE DES CELLULITES CERVICO-FACIALES D'ORIGINE DENTAIRE : EXPERIENCE DU SERVICE DE CHIRURGIE MAXILLO FACIALE A L'HOPITAL DES SPECIALITES DE RABAT

O. Boukhlouf*, AF. Habimana

Introduction :

Les cellulites cervico-faciales d'origine dentaire sont des infections bactériennes polymicrobiennes intéressant les espaces cellulo-adipeux de la face et du cou.

Dans 90 % des cas, les cellulites faciales sont d'origine dentaire.

Une prise en charge précoce, adéquate et globale permet d'éviter la diffusion et les complications .

Matériels et méthodes :

Notre étude porte sur 43 cas de cellulites cervico-faciales d'origine dentaire hospitalisés et pris en charge dans le service de Chirurgie maxillofaciale de l'Hôpital des Spécialités de Rabat sur une période de 3 ans, entre janvier 2020 et juin 2023.

Résultats :

L'âge moyen de nos patients était de 24 ans, 70% des patients présentaient une mauvaise hygiène bucco-dentaire et 80 % une notion de prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens. Une tomodensitométrie a été réalisée chez 90% des patients . La prise en charge thérapeutique a permis une évolution favorable dans 95% des cas, mais dans un cas, l'évolution a été marquée par la survenue de complications ayant entraîné le décès.

Conclusion :

Le diagnostic précoce et la prise en charge thérapeutique adéquate permettent une guérison complète sans complications ou séquelles.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

SYPHILIS DE LA CAVITE BUCCALE : A PROPOS D'UN CAS

S. Benwadih*, M. Delouane

Introduction :

La syphilis est une maladie infectieuse transmise par la bactérie *Treponema pallidum* principalement par contact sexuel. La symptomatologie complexe et les conséquences parfois dramatiques de cette IST soulèvent la nécessité d'un diagnostic et d'un traitement précoce.

Patient et observation :

Nous rapportons le cas d'un patient âgé de 40 ans qui a consulté pour des lésions endo-buccales non douloureuses, à l'examen clinique on a observé la présence d'une lésion cocarde au niveau du pilier ant gauche du palais.

Discussion :

La syphilis reste une maladie d'actualité, en voie de recrudescence, associée ou non au syndrome de l'immunodéficience acquise. La forme primaire buccale se manifeste par le chancre d'inoculation, dont l'aspect classique est souvent modifié par des traitements intempestifs. Il est toujours associé à une adénopathie importante. La positivité des tests biologiques peut être retardée ; il faut parfois les renouveler en cas de suspicion clinique. Le venereal disease research laboratory et le *Treponema pallidum* haemagglutination assay sont des tests de dépistage, le fluorescent *Treponema* antibody absorption test est le plus précoce et le plus fiable. La syphilis secondaire buccale s'exprime comme autrefois par des lésions extrêmement polymorphes et contagieuses, souvent associées à une atteinte cutanée et à des signes généraux.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

ACLINOMYCOSE MAXILLAIRE POST EXTRACTION DENTAIRE: A PROPOS D'UN CAS

B. Razem*, F. Slimani

Introduction : L'actinomyose est une infection granulomateuse chronique suppurative causée par des espèces d'Actinomyces qui sont généralement peu pathogènes, mais qui peuvent provoquer une maladie lorsqu'il existe une porte d'entrée, généralement dans la muqueuse du tractus gastro-intestinal. L'actinomyose oro-cervico-faciale est la forme la plus courante de la maladie. L'infection peut se propager aux muscles et aux os adjacents. Nous rapportons un cas d'actinomyose maxillaire survenue suite à une extraction dentaire.

Matériel et méthodes : Il s'agit d'une jeune patiente de 14 ans qui s'est présentée à l'unité de stomatologie pour une lésion nécrotique du palais survenue une semaine après une extraction de la 16. L'examen clinique avait retrouvé une nécrose muqueuse douloureuse centrée sur le site d'extraction de la 16, étendue vers le vestibule, le palais, la dent 14 en mésial et la 17 en distal. Des biopsies ont été réalisées et le diagnostic d'actinomyose a été posé. La patiente a bénéficié d'un traitement antibiotique suivi d'extractions dentaires.

Discussion : L'actinomyose cervico-faciale implique généralement les tissus entourant les maxillaires et la mandibule dont la majorité est d'origine odontologique. Typiquement, la maladie se présente comme une masse indurée lentement progressive et indolore, évoluant en de multiples abcès se drainant à la surface de la peau ou de la muqueuse buccale. Les formes suppurées aiguës avec nécrose rapide sont moins fréquentes. La radiographie panoramique dentaire est obligatoire pour évaluer les abcès apicaux, qui nécessiteront des avulsions dentaires. Les antibiotiques sont la pierre angulaire du traitement, toutefois, un traitement chirurgical peut être nécessaire en cas de tissu nécrotique étendu, de fistules ou en cas de mauvaise réponse au traitement médical.

Conclusion : Les grandes études portant sur l'actinomyose cervico-faciale font défaut. Par conséquent, des directives appropriées pour le traitement et la durée du traitement sont difficiles à établir.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

LES HEMORRAGIES LIEES A L'ARTERE GRANDE PALATINE: REVUE DE LITTERATURE

S. Boukssim*, B. Chami

INTRODUCTION

La lésion de l'artère grande palatine (AGP) constitue le risque principal de toute intervention chirurgicale intéressant le palais. L'objectif est de décrire, l'anatomie vasculaire de cette région afin de dresser une zone sécuritaire des prélèvements muqueux. Nous identifions, par la suite, les principales étiologies de l'hémorragie ainsi que sa fréquence de survenue et sa sévérité. Enfin, nous décrivons les différentes techniques proposées pour la gestion de l'hémorragie consécutive à la lésion de l'AGP.

MATERIELS ET METHODES :

Une recherche bibliographique a été menée sur les différentes bases de données scientifiques, en utilisant les termes « greater palatine artery » et « hemorrhage of greater palatine artery »

A l'issue de cette recherche des revues de littérature, systématiques ainsi que des études cliniques ont été retenues.

RESULTATS ET DISCUSSION :

Plusieurs études ont tenté d'évaluer le trajet de l'artère grande palatine et sa distance moyenne par rapport aux dents maxillaires pour déterminer une zone de sécurité.

Les complications hémorragiques liées à l'AGP, sont souvent rencontrées lors de la réalisation des greffes gingivales.

Généralement, lorsqu'elles surviennent, elles sont mineures et peuvent être gérées par des agents hémostatiques locaux, de fils de ligature, de pansements parodontaux, de fibrine riche en plaquettes et d'électrocoagulation.

CONCLUSION

Bien que les événements hémorragiques soient rares et mineurs, ils ne sont pas pour autant négligeables. De ce fait, il est primordial de réaliser une analyse pré-opératoire minutieuse, d'avoir une connaissance approfondie de l'anatomie et maîtriser les techniques d'hémostase.

BIBLIOGRAPHIE

1. [M.R. Kulkarni et al.](#) A novel clinical protocol for the greater palatine compression suture: A case report
2. Tavelli L et al. What Is the Safety Zone for Palatal Soft Tissue Graft Harvesting Based on the Locations of the Greater Palatine Artery and Foramen? A Systematic Review.
3. Tavelli L, et al. Wound healing dynamics, morbidity, and complications of palatal soft-tissue harvesting.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

LE POINT ACTUEL SUR LE BURNING MOUTH SYNDROME

A. Belmehdi*, S. Chbicheb

Introduction

La stomatodynie, également connu sous le nom de burning mouth syndrome, est une affection chronique caractérisé par une sensation de brûlure ou de douleur buccal en l'absence de toute cause apparente.

Matériels et Méthodes

Une revue de littérature été effectuée en consultant les bases données suivante : Pubmed, Scopus et Web of Science. Les résultats obtenus ont été filtrés en fonction des critères d'inclusion et d'exclusion, et ont ensuite été évalués pour leur pertinence pour l'étude et la présence des résultats demandés.

Un cas clinique d'une stomatodynie sera également présenté.

Résultats et Discussion

Les étiologies exactes de la stomatodynie ne sont pas complètement comprises, mais plusieurs facteurs potentiels, tels que les changements hormonaux, le stress, les troubles psychologiques, les infections buccales et les déficiences nutritionnelles, ont été identifiés.

Le diagnostic de la stomatodynie repose principalement sur l'exclusion d'autres causes possibles de brûlure buccale et sur l'évaluation des symptômes rapportés par le patient. Il n'existe pas de test spécifique pour le diagnostic. Le traitement vise à soulager les symptômes et peut inclure des mesures non pharmacologiques, telles que des changements des habitudes alimentaires, la gestion du stress et des techniques de relaxation, ainsi que l'utilisation de médicaments pour soulager la douleur.

Conclusion

Le burning mouth syndrome reste un défi en raison de ses causes multifactorielles et de la variabilité de ses symptômes. La recherche se concentre sur la compréhension des mécanismes sous-jacents, l'identification de marqueurs diagnostiques spécifiques et le développement de traitements plus efficaces. Des approches multidisciplinaires, impliquant des dentistes, des médecins spécialistes et des psychologues, sont souvent nécessaires pour la prise en charge complète de cette affection.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

L'ANESTHESIE EN CHIRURGIE ORALE: COMPLICATIONS VASCULAIRES ET NERVEUSES ASSOCIEES.

M. Amimer*, L. Amminou, H. Soualem, S. Chbicheb

Introduction:

L'anesthésie est un acte primordial de la pratique de la chirurgie orale, elle consiste à supprimer d'une manière transitoire la sensibilité d'un territoire donné et représente un moyen pour assurer le confort du patient et le succès de l'intervention. Généralement, la réalisation de l'anesthésie en chirurgie orale se fait efficacement et en toute sécurité, néanmoins, des complications peuvent survenir, elle sont rares, souvent bénignes, mais parfois potentiellement graves.

Matériels et méthodes:

Dans le but de réaliser ce travail, une recherche bibliographique électronique a été effectuée, dans les bases de données suivantes: Cochrane library, Pubmed et Science direct. Aucune date limite de publications n'a été fixé. La recherche était bilingue (français-anglais) reposant sur les mots clés suivants: anesthésie orale, complications, lésions nerveuses, lésions vasculaires, oral anesthesia, nerve injury and damage of blood vessel, en combinant les opérateurs booléens "ET" et "OU".

Résultats et discussion:

Les lésions nerveuses occupent une place importante dans les complications lors de l'anesthésie en chirurgie orale, elles concernent souvent le nerf alvéolaire inférieur et le nerf lingual, ils en résultent une anesthésie, paresthésie ou dysesthésie qui peuvent durer quelques jours, quelques semaines ou quelques mois, mais parfois ces complications peuvent être permanentes.

Les lésions vasculaires sont aussi des complications fréquentes de l'anesthésie orale, entraînant des hémorragies ou des hématomes, qui sont parfois graves, difficiles à gérer et peuvent provoquer des douleurs et trismus.

Conclusion:

Les complications vasculaires et nerveuses de l'anesthésie en chirurgie orale peuvent être évitées dans une large mesure par le respect de l'anatomie maxillo-faciale et des techniques d'anesthésie.

Face à ces complications, une conduite à tenir doit être soigneusement appliquée par le médecin dentiste afin de rassurer le patient et minimiser les dégâts.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

ALVEOLAR RIDGE PRESERVATION: PLACE DANS L'INTEGRATION FONCTIONNELLE ET ESTHETIQUE DE LA PROTHESE.

M. Amimer*, L. Amminou, H. Soualem, S. Chbicheb

Introduction:

La résorption osseuse post-extractionnelle est un phénomène inéluctable qui se traduit par une perte osseuse localisée, évolutive et cumulative. Cette résorption osseuse a lieu durant les trois premiers mois qui suivent l'avulsion (32% de la résorption), va se poursuivre pendant un an (72%). Ainsi, le volume perdu est assez conséquent et constitue un obstacle à l'intégration esthétique d'une future prothèse ou encore le positionnement tridimensionnel correct d'un implant.

plusieur solutions ont été proposées pour prévenir cette perte tissulaire afin de réussir le traitement prothétique en terme de résultat fonctionnel et d'intégration esthétique.

Matériels et methodes:

Dans le but de réaliser ce travail, une recherche bibliographique électronique a été effectuée, dans les bases de données suivantes: Cochrane library, Pubmed et Scopus. Aucune limitation de temps des publications n'a été appliqué. La recherche était bilingue (français-anglais) reposant sur les mots clés suivants: résorption post-extractionnelle, préservation alvéolaire, alvéoloplastie, alvéolotomie, alveolar ridge resorption after tooth extraction, alveolar preservation, alveolotomy et alveoloplasty, en combinant les opérateurs booléens "ET" et "OU".

Résultats et discussion:

La résorption osseuse post-extractionnelle est un phénomène qui s'accompagne d'une perte osseuse accentuée dans l'année qui suit l'extraction puis a tendance à se stabiliser au fil du temps. Il existe différentes techniques qui permettent de rattraper cette perte par augmentation tissulaire, cependant les résultats restent imprédictibles, mettant en avant l'importance de la préservation alvéolaire comme méthode préventive. Dans ce cadre, plusieurs méthodes ont été décrites tels que l'alvéoloplastie et l'alvéolotomie.

Conclusion:

Les techniques de préservation alvéolaire à visé préventive doivent être envisagées précocement en vue d'assurer une fonction esthétique satisfaisante de traitement prothétique et limiter sa complexité.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

LES COMPLICATIONS HEMORRAGIQUES SECONDAIRES A LA LESION DE L'ARTERE LINGUALE ET SES RAMIFICATIONS: REVUE DE LITTERATURE.

M. Amimer*, H. Soualem, B. Chami

Introduction:

L'artère linguale est la 3ème branche de l'artère carotide externe. Elle vascularise la langue et la glande sublinguale. Son trajet chemine jusqu'à la pointe de la langue en passant entre les muscles génioglosse et mylo-hyoidien.

L'objectif de ce travail est de mettre en évidence les complications hémorragiques de la lésion de l'artère linguale, leurs étiologies et leur fréquence en chirurgie orale.

Matériels et méthodes:

Une recherche bibliographique électronique a été effectuée, dans les bases de données suivantes: Cochrane library, Medline et Scopus. La recherche était bilingue (français-anglais) reposant sur les mots clés suivants: artère linguale, hémorragie, hématome du plancher, lingual artery, hemorrhage et floor hematoma, en combinant les opérateurs booléens "ET" et "OU".

Aucune date limite de publications n'a été fixée.

Critères d'inclusion: les rapports de cas des lésions de l'artère linguale et ses ramifications en chirurgie orale chez des patients sains.

Critères d'exclusion: Complications hémorragiques survenant suite à des interventions hors de la sphère orale, chez des patients avec des troubles d'hémostase.

Résultats et discussion:

Une première sélection des titres et des résumés a été effectuée sur la base des critères d'inclusion et d'exclusion.

A l'issue de cette première phase, 263 articles ont été trouvés et nous en avons sélectionné 20.

La lésion de l'artère linguale est une complication fréquente, elle peut survenir lors de plusieurs actes chirurgicaux, à savoir l'extraction de la dent de sagesse, la glossectomie, la biopsie ou la pose d'un implant. cette lésion est caractérisée par un saignement "en jet" pulsatile. Suite à cette complication, un hématome du plancher peut survenir secondairement, il représente un urgence vitale en raison de la possibilité d'obstruction des voies aériennes supérieures.

Conclusion:

La connaissance de l'anatomie de l'artère linguale est primordiale avant d'envisager toute procédure chirurgicale, Ainsi, le médecin dentiste doit être en mesure de gérer cette complication.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

TRAITEMENT NON INVASIF DE LA NEURALGIE ESSENTIELLE DU TRIJUMEAU (CAS CLINIQUE)

ME. Bahouli*, MA. Habi

Introduction

La névralgie « essentielle » du nerf trijumeau, encore appelée « classique » dans la nomenclature internationale, est de type épileptiforme. De diagnostic facile dans les formes typiques, et cela sur les seuls critères cliniques et la sensibilité aux anticonvulsivants, notamment la carbamazépine, la névralgie trigéminalale peut être de diagnostic difficile dans les formes atypiques ou vieillies.

Matériel et méthode

Un malades du service est ainsi exposé, avec l'indication , la technique médicale et l'évolution clinique

Résultats

Un recul sur une année sur l'évolution clinique

Discussion

Nos techniques sont a comparer avec les techniques conventionnels afin d'en déduire les indications

Conclusion

La résistance de la névralgie aux traitements médicamenteux bien conduits ou la survenue d'effets secondaires indésirables persistants conduisent à des techniques de plus en plus invasive dans l'idéal de traiter la symptomatologie avec la moindre complication liée au geste.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

TUBERCULOSE MAXILLAIRE MIMANT UNE CELLULITE CERVICO-FACIALE : A PROPOS D'UNE SERIE DE MALADES

S. Benaouf*, CF. Tabeti Bentahar, S. Berzeg

Introduction : Les cellulites cervico-faciales d'origine dentaire sont des infections des espaces cellulo-graisseux de la tête et du cou, propagées à partir d'une inoculation septique se faisant le plus souvent à partir d'une origine dentaire réalisant l'aspect d'une cellulite à germe banal. Parfois il peut s'agir d'une infection à germe spécifique simulant une cellulite.

Observations cliniques : il s'agit d'une série de malades suivis au niveau de notre service pour ce qui semblait être une cellulite cervico-faciale odontogène. Les patients ont tous bénéficié d'un traitement médical à base d'antibiotiques et antalgiques et d'un traitement chirurgical (incision et drainage) avec éradication des foyers infectieux dentaires. En absence d'évolution favorable dans les jours suivants un examen histologique a été effectué ayant retrouvé le granulome giganto-cellulaire avec nécrose caséuse, le diagnostic de cellulite tuberculeuse a été posé. Les patients ont été mis sous anti-tuberculeux et les suites ont été favorables.

Discussion : Le diagnostic positif de tuberculose repose sur l'examen histologique, les cultures et les tests cutanés tuberculeux. La radiographie pulmonaire confirme l'atteinte pulmonaire. La tuberculose est le plus souvent pulmonaire et environ 1/3 des cas sont à localisation extrapulmonaire [1]. La tuberculose primaire de la muqueuse buccale est rare et elle est souvent secondaire à une atteinte pulmonaire mais ce diagnostic doit être évoqué devant toute ulcération buccale. La tuberculose des maxillaires peut simuler une cellulite d'origine dentaire comme dans la série de cas rapportés et l'odontostomatologiste peut être confronté à un réel défi diagnostique et donc la demande d'un téléthorax et d'une IDRt doit être systématique au moindre doute. L'argument histologique à savoir le granulome tuberculeux représente la clé de voute pour le diagnostic de ce type de cellulites.

Conclusion : le diagnostic de cellulite spécifique doit être évoqué devant tout tableau clinique de cellulite cervico-faciale non résolutive après traitement médical et étiologique adéquat.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

OSTEONECROSE DES MAXILLAIRES SOUS PROTHETIQUE INDUITE PAR DENOSUMAB : A PROPOS D'UNE OBSERVATION CLINIQUE.

S. Benaouf*, CF. Tabeti Bentahar, M. Larbi, NEH. Drizi

Introduction:

L'ostéonécrose des maxillaires (ONM) est une complication des traitements anti-résorptifs. Parmi les médicaments utilisés nous retrouvons les bisphosphonates (BPs) et les anti-corps monoclonaux tel que le Denosumab[1].

Observation de malade

Une femme âgée de 57 ans aux antécédents de néoplasie mammaire maligne droite avec métastases osseuses vertébrales sous dénosumab et chimiothérapie présentant une épulis fissuraire avec exposition osseuse faisant évoquer une ONM sous prothétique. Le panoramique dentaire était sans particularité. La tomodensitométrie a retrouvé une large nécrose osseuse du prémaxillaire. Une exérèse chirurgicale avec séquestrectomie a été effectuée. Les suites opératoires étaient favorables (contrôle durant les 09 mois post-opératoires)

Discussion

La survenue d'ONM a été longtemps rattachée à l'utilisation des BPs dans le traitement des métastases osseuses dans le cadre d'une néoplasie maligne. Plus récemment, le dénosumab est de plus en plus associé à l'ONM(86 %) [2]. Dans le cas rapporté l'ONM sous dénosumab était déclenchée par le port de prothèse irritative.

Conclusion

L'adaptation des prothèses chez les patients présentant un risque de développer des ONM revêt une importance particulière et doit faire partie de la stratégie préventive de leur apparition.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

LA FIBROMATOSE-GINGIVALE HYPERTRICHOSE : A PROPOS D'UN CAS

A. Derdabi*, A. Oussalem, M. Boulaadas

Introduction :

Le syndrome de fibromatose gingivale-hypertrichose idiopathique est une maladie génétique extrêmement rare, qui se caractérise par une lésion fibreuse proliférative lentement progressive du tissu gingival, notamment une forte augmentation de la dimension gingivale qui s'étend au-dessus des couronnes dentaires, les recouvrant partiellement ou complètement entraînant des difficultés fonctionnelles, esthétiques et psychologiques.

Observation :

Nous rapportons le cas d'un patient de 28 ans suivi pour fibromatose gingivale-hypertrichose évoluant depuis 19 ans qui a déjà bénéficié de 4 gingivectomies la dernière date de 2013 et qui a été admis dans notre service où il a bénéficié d'une nouvelle gingivectomie.

Discussion :

La fibromatose gingivale-hypertrichose malgré son caractère bénin (aucune répercussion autre qu'au niveau buccal, aucune lésion dermatologique associée) nécessite d'avoir recours à des thérapeutiques chirurgicales soustractives. En effet, ne pas traiter les fibromatoses gingivale-hypertrichoses sévères expose les patients à de nombreuses complications possibles aussi bien esthétiques que fonctionnelles.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

KYSTE MUCOCELE: A PROPOS DE DEUX CAS DE LOCALISATION MANDIBULAIRE ET D'UNE REVUE SYSTEMATIQUE.

M. Brisset*, A. Dubuc

Introduction

Les kystes mucocèles, également appelés kystes maxillaires postopératoires, kystes ciliés chirurgicaux ou kystes d'implantations, surviennent principalement au maxillaire après chirurgie des sinus maxillaires. Ils se développent rarement dans la mandibule. La particularité histologique est de retrouver un épithélium respiratoire cilié.

Matériels et méthodes

Une revue systématique de la littérature a été réalisée en décembre 2022 en respectant les lignes directrices PRISMA 2020¹. Une recherche sur Pubmed et Google Scholar a permis d'identifier 3 127 articles. Le registre des essais cliniques disponible sur le site ICTRP (International Clinical Trials Registry Platform) a été consulté. Les différentes bibliographies ont été également prises en compte permettant d'identifier 3 articles supplémentaires.

Résultats et discussion

14 articles ont été inclus pour un total de 16 cas. Les chirurgies maxillofaciales sont la première étiologie retrouvée (94.4%). Les kystes mucocèles mandibulaires ont un sex ratio de 1.25 :1 (H/F). La majeure partie des patients sont symptomatiques (77.7%). Une lésion radioclaire est typiquement retrouvée (88.9%). L'énucléation est le traitement décrit (100%).

Nous rapportons deux cas cliniques de jumelles avec un kyste mucocèle dans la partie antérieure de la mandibule suite à une rhinoplastie et génioplastie concomitante.

Conclusion

Les kystes mucocèles de la mandibule sont extrêmement rares. Il est décrit dans la littérature deux hypothèses étiologiques quant à sa formation au niveau mandibulaire : soit l'épithélium naso-sinusien est infiltré par un instrument chirurgical au cours d'une intervention concomitante au maxillaire et à la mandibule, soit à la suite d'une transplantation d'os ou de cartilage nasal avec de l'épithélium respiratoire. La prise en charge est l'exérèse, il n'est pas décrit de récurrence. Les techniques de génioplastie ont évolué, mais le kyste mucocèle reste une rare mais réelle complication.

Page MJ et al. The PRISMA 2020 statement. *BMJ*. 2021.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

LESION DU NERF ALVEOLAIRE INFERIEUR EN CHIRURGIE ORALE : COMMENT PREVENIR CETTE COMPLICATION ?

A. Belmehdi*, K. El Harti

Introduction

La lésion du nerf alvéolaire inférieur est une complication potentiellement grave en chirurgie orale, pouvant entraîner des troubles sensoriels la région mandibulaire.

Ce travail met l'accent sur les approches et mesures préventives pour réduire le risque de lésion du nerf alvéolaire inférieur lors d'interventions chirurgicales orales, surtout en cas d'extraction de la troisième molaire ou en implantologie.

Matériels et méthodes

Une recherche bibliographique a été réalisée dans les bases de données médicales, notamment PubMed et Scopus. Les articles ont été sélectionnés en fonction de leur pertinence pour le sujet et de leur qualité scientifique.

Résultats et Discussion

Différentes techniques d'imagerie, telles que la radiographie panoramique, la tomодensitométrie et le cone beam, peuvent aider à évaluer la position du nerf avant la procédure chirurgicale. La prévention des lésions du nerf alvéolaire inférieur repose sur une planification minutieuse, une identification précise de l'anatomie et des compétences chirurgicales appropriées.

La coronectomie est une technique qui offre plusieurs avantages dans la gestion des dents incluses proches du nerf alvéolaire inférieur. En préservant la partie radiculaire, la coronectomie réduit considérablement le risque de lésion nerveuse, tout en permettant une extraction ultérieure si nécessaire.

Les avancées technologiques en implantologie telles que la chirurgie guidée peuvent contribuer à réduire le risque de lésion nerveuse. De plus, des techniques chirurgicales alternatives, telles que l'ostéotomie segmentée, peuvent être envisagées pour éviter les complications neurologiques. Cependant, des études supplémentaires sont nécessaires pour évaluer l'efficacité de ces approches.

Conclusion

La lésion du nerf alvéolaire inférieur en chirurgie orale est une complication sérieuse, mais évitable, qui peut avoir un impact significatif sur la qualité de vie des patients. Une planification minutieuse, une évaluation radiologique approfondie et des compétences chirurgicales appropriées sont essentielles pour prévenir ces lésions.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

EXCROISSANCE FOCALE DE LA MUQUEUSE BUCCALE REVELATRICE D'UN MYXOME ODONTOGENE PERIPHERIQUE

O. El Yacoubi*, B. Taleb

Introduction et objet

Les hyperplasies de la muqueuse buccale constituent un groupe de lésions qui se produisent au niveau de la muqueuse buccale et qui sont le plus souvent associées à un facteur local tels que les traumatismes, la plaque bactérienne, le tartre, et les restaurations défectueuses.

Ces hyperplasies peuvent également être d'origine néoplasique, et présentent des caractéristiques cliniques et radiologiques similaires aux hyperplasies réactionnelles de la cavité buccale.

L'objectif de ce travail est de présenter un cas rare de myxome odontogène périphérique manifestant par une excroissance gingivale localisée au niveau mandibulaire gauche.

Matériels et méthodes

Il s'agit d'une femme âgée de 44 ans qui nous a été adressée, pour une tuméfaction gingivale apparue il y a un an au niveau de la région mandibulaire antérieure. L'examen clinique a révélé une masse rougeâtre sessile au niveau gingival, d'environ 4 cm, saignante au contact, située au niveau du versant vestibulaire gauche de la mandibule et s'étend de la 31 à la 34.

Les radiographies périapicales objectivent une lyse osseuse angulaire atteignant le tiers radiculaire apical des 31, 32 et 33.

L'exérèse de la lésion et l'extraction de la 31, 32, et 33 ont été effectuées avec un lambeau de déplacement papillaire pour couvrir la perte tissulaire.

Discussion

Le myxome odontogène périphérique est une tumeur odontogène rare, fréquemment rencontrée au cours de la 3^{ème} et la 4^{ème} décennie de la vie particulièrement chez les femmes. Il s'agit d'une lésion à croissance lente et à faible taux de récurrence.

Cette lésion peut être confondue avec d'autres lésions de la muqueuse buccale et le diagnostic définitif repose principalement sur l'examen anatomopathologique.

Conclusion

Le myxome odontogène périphérique est une entité peu fréquente dont l'aspect clinique ressemble à des lésions réactives ou inflammatoires de la muqueuse buccale qui sont le plus souvent associées à un irritant local.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

LES CELLULITES FACIALES ET CERVICO- FACIALES EXTENSIVES AU SERVICE DE CHIRURGIE MAXILLO- FACIALE DU CHU DE SETIF

AM. Mimoune*, M. Zahda, A. Badaoui, A. Chadli, A. Kassali

Introduction :

Les cellulites faciales et cervico- faciales sont des urgences médico- chirurgicales graves qui peuvent mettre en jeu le pronostic vital. Leur prise en charge est multidisciplinaire et délicate. Dans la plupart des cas leur origine est dentaire.

Matériel et méthodes :

Nous procéderons à une étude épidémiologique prospective d'une série de 22 cas de cellulites extensives graves admis et pris en charge dans le service de chirurgie maxillo- faciale durant la période du 1 janvier 2023 au 30 juin 2023 soit une durée de 6 mois.

Résultats, discussion :

La majorité des cellulites graves touchent le sexe masculin, la notion de prise de médicaments anti inflammatoire est retrouvée chez tous nos patients qui ont été tous traités chirurgicalement tout en soulignant l'importance du traitement précoce de la porte d'entrée dentaire. Des cas cliniques entrant dans le cadre de cette étude seront colligés montrant la difficulté de prise en charge de ce type de pathologies qui peuvent être évitées par la prévention.

Conclusion :

Les cellulites faciales et cervico- faciales extensives sont des urgences infectieuses médico- chirurgicales. Leur prise en charge est multidisciplinaire faisant intervenir plusieurs intervenants. De la rapidité de la mise en route du traitement qui associe entre autres l'éradication de la porte d'entrée, dépend le pronostic de ces pathologies jugées graves et qui peuvent mettre en jeu le pronostic vital des patients.

Bibliographie:

- Thiéry G, Haen P, Guyot L. Cellulites maxillofaciales d'origine dentaire. EMC - Chirurgie orale et maxillo-faciale 2017;12(3):1-12 [Article 22-033-A-10].
- RA Rakotoarison, NP Ramarozatovo, FA Rakoto, FJ Rakotovoao. Cellulites cervico-faciales : à propos de 41 cas Med Buccale Chir Buccale 14 (1) 35-39 (2008)
- Mohammed Lakouichmi et al. Les cellulites cervico-faciales graves, facteurs et critères de gravité. Pan African Medical Journal. 2014;18:57.

....

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

UN RARE CAS DE FASCIITE NECROSANTE CERVICALE A STREPTOCOCCUS CONSTELLATUS CHEZ UN PATIENT SANS COMORBIDITE.

E. Fourneau*, A. Arnal Etienne, M. Magremanne

INTRODUCTION :

Un homme de 49 ans, sans comorbidité, présentait une large plaie nécrotique de toute la face antérieure du cou évoluant depuis 7 jours, associée à une dysphagie. Un frottis avait été réalisé alio loco, et une thérapie empirique initiée avec pipéracilline et tazobactam. A l'examen, on notait une large zone de nécrose cervicale odorante. La biologie montrait un syndrome inflammatoire.

MATERIEL ET METHODE :

Le scanner cervico-facial montrait des infiltrations d'air dans les espaces profonds du cou et des collections abcédées hydroaériques para/hypopharyngées droites, compatibles avec une fasciite nécrosante. Un débridement des tissus et drainage parapharyngé ont été réalisés sous anesthésie générale, suivis de soins quotidiens. Une antibiothérapie (amoxicilline/acide clavulanique et clindamycine) a été administrée en première intention, suivie de pipéracilline et tazobactam après résultat du frottis initial, positif pour un *streptococcus Constellatus* résistant à la clindamycine.

RESULTATS :

L'évolution clinique a été favorable après l'intervention chirurgicale et l'antibiothérapie iv. La cicatrisation complète du site de fasciite nécrosante a été obtenue en 2 mois.

DISCUSSION :

La fasciite nécrosante (FN) est une infection à propagation rapide des tissus mous et des fascias, se manifestant essentiellement chez des patients immunodéprimés ou diabétiques. La FN présente un haut taux de morbidité et de mortalité en particulier au niveau cervical.

Les principaux germes responsables de FN sont le *streptococcus A b-hémolytique* et le *staphylococcus spp*. Au niveau cervical, le *streptococcus anginosus* est le plus souvent incriminé. Chez notre patient, il s'agissait d'un *streptococcus constellatus*, appartenant au groupe de *streptococcus milleri*.

L'atteinte cervico-faciale est rare et les causes principales peuvent être odontogènes ou pharyngées, mais peuvent également être secondaire à des piqûres d'insectes, des traumatismes locaux, des brûlures ou des interventions chirurgicales.

CONCLUSION :

Nous rapportons un rare cas d'évolution favorable de fasciite nécrosante à *streptococcus constellatus* après 5 mois de recul.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

PRISE EN CHARGE DES CELLULITES CERVICO-FACIALES CHEZ LA FEMME ENCEINTE AU SERVICE DE CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE DU CHU DE TREICHVILLE

ND. N'Guessan*, S. Vieira-Sawadogo, ARE. Yapo, A. Salami, C. Assouan, E. Anzouan-Kacou, E. Konan

Introduction :

Principalement d'origine dentaire ou péri dentaire, la cellulite cervico-faciale est une infection bactérienne des espaces cellulo-adipeux de la face et du cou. Chez la femme enceinte, elle peut engager le pronostic materno-fœtal d'où l'intérêt d'un diagnostic précoce et d'une prise en charge adéquate. L'objectif de notre étude était de souligner les difficultés et particularités de prise en charge chez la femme enceinte dans nos conditions d'exercices.

Matériel et méthodes :

Il s'agissait d'une étude rétrospective sur un an (janvier Décembre 2022) incluant toute femme enceinte reçue et traitée pour cellulite cervico-faciale.

Résultats :

Nous avons colligé 3 cas de cellulite cervico-faciale chez des femmes au troisième trimestre de grossesse (28, 35 et 37 SA). Toutes les patientes avaient une notion d'automédication aux anti-inflammatoires, des lésions carieuses des secteurs III ou IV, des signes de cellulite suppurés et de menace d'accouchement prématurés.

La prise en charge faite en collaboration avec les obstétriciens a inclus : une antibiothérapie probabiliste et un drainage sous anesthésie locale ou générale.

Discussion :

La cellulite au cours de la grossesse est une urgence thérapeutique qui peut engager le pronostic maternel et / ou fœtal. Le traitement doit associer au drainage chirurgical, une antibiothérapie efficace et sans toxicité fœtale.

Conclusion :

La prise en charge couteuse de ces infections impose dans nos conditions d'exercice, la mise en place de politique nationale de promotion de l'hygiène buccodentaire chez les parturientes.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

ORBITOPATHIE BASEDOWIENNE : NOTRE APPROCHE CHIRURGICALE

S. Gastli*, C. Opango, Y. Bennaoui, M. Boukhani, S. Injirahi, M. Lakouichmi, N. Mansouri Hatab

Introduction

L'orbitopathie basedowienne est une maladie inflammatoire auto-immune de l'orbite, elle représente la manifestation extra-thyroïdienne la plus commune de la maladie de Basedow.

L'indication à la prise en charge chirurgicale est la neuropathie optique dysthyroïdienne.

Nous décrivons notre approche chirurgicale de la décompression orbitaire dans le cadre de l'orbitopathie basedowienne.

Matériels et méthodes

(Chirurgie décompressive d'une seule paroi combinée à l'excision de graisse par voie médio-palpébrale)

La patiente est en installation type chirurgie orofaciale. Deux incisions médio palpébrales supérieure et inférieure, une excision des poches graisseuses palpébrales est faite. Ensuite, une périostotomie et décollement sous périoste sur le rebord orbitaire inférieur puis un décollement de la périorbite progressivement de façon large et prolongée à l'aide d'une spatule mousse. Ensuite, à l'aide d'un ostéotome, 10 mm en arrière du rebord infra-orbitaire, nous réséquons une surface de 1-2mm², qui sera impactée en intrasinusien. Enfin, les voies d'abord sont suturées.

Résultats et Discussion

Traditionnellement, la décompression orbitaire se faisait par l'ostéotomie du plancher orbitaire et de la paroi médiale de l'orbite par voie transantrale. Alternativement, la décompression inféro-médiale est performée par voie sous-ciliaire, médio-palpébrale, transconjonctivale, une ethmoidectomie par voie canthale médiale, ou encore par des abords endoscopiques transnasaux.

Les complications remarquées avec ces techniques telles que la dystopie ou la diplopie, ont poussé les chirurgiens à chercher des techniques de morbidité moindre.

Notre approche chirurgicale est plus simple et expose à moins de risques, l'excision d'une seule paroi orbitaire permet l'expansion orbitaire et l'augmentation de son volume sans excision de la graisse intra-conique.

Conclusion

L'orbitopathie basedowienne est une maladie débilante sur le plan cosmétique et fonctionnel. L'approche chirurgicale doit combiner efficacité et limitation des complications.

Notre approche a pu donner de bons résultats mais reste sujette aux complications des excisions pariétales orbitaires.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

CELLULITES CERVICO-FACIALES ET DIABETE SUCRE

S. Gastli*, N. Bosco, M. El Fatihi, R. Tilsaghani, M. Lakouichmi, N. Mansouri Hattab

Introduction

Les CCF sont une infection des tissus mous de la face et du cou. Les portes d'entrée sont diverses mais la plus fréquente reste la porte d'entrée dentaire. Les CCF surviennent sur terrain débilisé, notamment le diabète sucré. Ce sont des affections graves pouvant engager le pronostic vital et nécessitant une PEC multidisciplinaire lorsqu'elles surviennent sur terrain diabétique.

Matériels et Méthodes

Nous avons mené une étude descriptive, retro et prospective entre janvier et décembre 2020 au service de chirurgie maxillo-faciale du CHU Mohammed VI, ayant permis d'inclure 19 patients.

Résultats et discussion

L'âge moyen de nos patients était de 41ans. Le diabète de type 2 était le plus représenté avec 63,2%. La majorité des patients avait un diabète mal suivi. La porte d'entrée était soit une carie dentaire, soit une parodontopathie, soit une cellulite post-extraction. La glycémie moyenne à l'admission était de 2,54g/l. Tous les patients présentaient un syndrome inflammatoire avec une CRP moyenne de 79mg/l. 31,6% des patients ont bénéficié d'une échographie des parties molles, et 15,8% d'une TDM cervico-faciale. Une Rx panoramique était systématiquement réalisée. Tous les patients ont bénéficié d'un traitement médical reposant sur une insulinothérapie associée à une réhydratation et une bi-antibiothérapie. Les patients présentant une cellulite collectée ont bénéficié d'un traitement chirurgical (drainage + MEP d'une lame de Delbet). L'évolution était favorable dans tous les cas.

Nos résultats épidémiologiques étaient conformes à la littérature. Le diagnostic de CCF est évoqué sur la clinique. L'OPT permet de confirmer une porte d'entrée dentaire, la TDM permet de rechercher une éventuelle collection et/ou une extension. La PEC est multidisciplinaire.

Conclusion

CCF et Diabète forment un cercle vicieux et constitue une urgence.

La CCF déséquilibre fortement le diabète et le diabète entretient l'infection. La PEC est multidisciplinaire.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

EMPHYSEME SOUS-CUTANE CERVICO-FACIAL POST EXTRACTION DENTAIRE : UNE COMPLICATION RARE.

O. Baladi*, O. Ilhami, A. Oukerroum, F. Slimani

Introduction:

L'emphysème sous-cutané est la présence d'air dans les tissus sous-cutanés. C'est une complication rare des soins dentaires. Il passe inaperçu et se résorbe spontanément, mais peut nécessiter une prise en charge afin de prévenir d'éventuelles complications.

Matériels et méthodes:

Ce travail est une réflexion autour de l'emphysème sous-cutané cervico-facial survenu après extraction dentaire, à propos d'un cas clinique avec revue de la littérature.

Résultats et discussion:

Il s'agit d'un homme de 28 ans, sans antécédent notable, présentant une carie de la dent 36, compliquée d'un abcès. Un orthopantomogramme a objectivé une perte de substance coronaire, avec granulome apical et siège de traitement canalair. Après refroidissement de l'infection, le patient a bénéficié d'une extraction dentaire sous anesthésie locale. Devant le caractère ankylosé des racines, le recours à une turbine à air sous pression était nécessaire. L'évolution a été marquée par l'apparition brutale d'une tuméfaction de l'hémiface gauche avec crépitations neigeuses, étendues en palpébral inférieur et cervical homolatéral ; sans signe de gravité. Devant ce tableau clinique, le diagnostic d'emphysème sous cutané cervico-facial a été retenu. Aucun examen paraclinique n'a été demandé. Une antibiothérapie par Amoxicilline-Acide clavulanique (2g/jour) ainsi qu'une corticothérapie (60mg/jour) par voie orale a été instaurée. Une régression de l'emphysème a été observée après 24h d'évolution.

Conclusion:

L'emphysème sous-cutané est une complication rare des extractions dentaire. L'étiopathogénie est discutée dans la littérature, met en cause la forte pression d'air émise par les instruments utilisés pendant les traitements dentaires. Le diagnostic n'est pas toujours aisé; L'apparition brutale d'une tuméfaction dans un contexte d'utilisation d'instruments et la palpation de crépitation permettent de poser le diagnostic. Une surveillance étroite et une prise en charge immédiate est indispensable. L'évolution est dans la plupart des cas favorable, mais le pronostic vital peut être engagé dans de rares cas.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

BURNING MOUTH SYNDROM ET DYSFONCTIONS ORALES

H. Soualem*, L. Amminou, S. Chbicheb

Introduction:Le Burning Mouth syndrome ou stomatodynie est une douleur chronique , au delà de 3 mois , caractérisée par des sensations continues et spontanées de brûlures des muqueuses buccales sans qu'aucune lésion clinique, anomalie radiologique ou biologique puisse être décelée. Elle apparaît en priorité à partir de cinquante ans, plus souvent chez la femme.

La douleur peut être localisée au niveau de la langue, au palais, aux lèvres, aux gencives et à la muqueuse pharyngienne, elle est essentiellement diurne, avec un retentissement fonctionnel important.

Matériels et Méthodes:Revue de littérature reposant sur une recherche bibliographique bilingue dans les bases de données électroniques . La recherche était bilingue sans limitation temporelle , reposant sur les mots clés suivants « Stomatodynies » «Glossodynies » « Langue géographique » « Burning mouth syndrome » , « dysgueusie », « sensation de brûlure » et les opérateurs booléens « AND », « OR ».

Résultats et discussion :Le terme «stomatodynie», de stoma (la bouche) et odyne (la souffrance) . Il convient donc de distinguer la brûlure buccale qui s'intègre dans un syndrome complexe: le Burning mouth syndrome (BMS). Cette dystésie orale complexe est définie par une « triade symptomatique », qui comprend une dune sensation de brûlure chronique de la muqueuse buccale, une dysgueusie et une xérostomie ; et l'absence de « de lésion(s) ou autre(s) changement(s) détectable(s) dans la muqueuse buccale, même dans la ou les zones douloureuses;

Conclusion :Les stomatodynies peuvent générer ces sensations orales désagréables qui sont souvent vécues comme invalidantes par les patients. Dans ce travail, nous allons mettre en exergue l'impact sur les fonctions orales rendant la prise en charge précoce de la maladie une urgence.

Références Bibliographies:

1.Sun A, Wu KM, Wang YP, Lin HP, Chen HM, Chiang CP. Burning mouth syndrome: a review and update. *J Oral Pathol Med.* 2013 Oct;42(9):649-55.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

PSORIASIS BUCCAL ET DYSFONCTIONS ORALES

H. Soualem*, L. Amminou, S. Chbicheb

Introduction:

Le psoriasis est une affection dermatologique inflammatoire affectant environ 3% de la population mondiale . Elle peut être définie comme une maladie inflammatoire de la peau due à un renouvellement accéléré des cellules de l'épiderme. Il n'existe pas de consensus concernant la pathogénie. Il existe plusieurs types de psoriasis : vulgaire, pustuleux, en gouttes, inversé, rhumatisme psoriasique... [1,2] Les lésions se présentent sous la forme de croûtes disgracieuses provoquant une gêne chez le patient accompagnée d'un malaise ayant un impact négatif sur la santé morale et la vie quotidienne du patient. [3] Outre les localisations dermatologiques de la pathologie, la localisation buccale existe également ; cependant à un pourcentage plus faible et provoque une douleur importante dans la bouche, surtout lors de la mastication. L'élocution est également altérée.

Matériels et méthode:

Recherche Bibliographique illustré par une cas. Revue de littérature reposant sur une recherche bibliographique bilingue dans les bases de données électroniques . La recherche était bilingue sans limitation temporelle , reposant sur les mots clés suivants : "Psoriasis oral" "Psoriasis and oral manifestation.

Résultats et Discussion:

Après anamnèse, examen clinique et histologique, le diagnostic retenu était celui de psoriasis buccal.

A travers ce cas, nous souhaitons souligner l'importance de la condition bucco-dentaire dans l'optimisation et la réussite du traitement du psoriasis. Le patient présentait une mauvaise hygiène bucco-dentaire entraînant une inflammation sévère, associée à une mobilité dentaire. La préparation étiologique a considérablement réduit la douleur et l'aspect des lésions avant même l'instauration du traitement symptomatique à base de corticothérapie.

Conclusion: Le psoriasis peut toucher plusieurs zones de la peau et la localisation buccale reste très rare. La plainte principale est une douleur brûlante dans la bouche et la difficulté à s'alimenter.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

HEMANGIOME CAVERNEUX DE LA LEVRE SUPERIEURE TRAITÉ AU LASER DIODE

Y. Sibari*, S. Dghoughi

INTRODUCTION :

L'hémangiome caverneux est une néoplasie vasculaire caractérisée par la prolifération bénigne de cellules endothéliales qui forment les vaisseaux sanguins. Il est plus fréquent sur la peau et la muqueuse buccale, en particulier dans les régions des lèvres et de la langue.

La méthode privilégiée pour traiter les lésions circonscrites est l'excision chirurgicale. Cependant, les complications liées aux procédures chirurgicales, telles que les hémorragies postopératoires, sur des hémangiomes plus étendus ont conduit à l'exploration de diverses alternatives thérapeutiques, notamment le laser.

L'objectif de ce travail est de décrire la facilité d'application du laser diode et d'évaluer son efficacité dans le traitement d'un hémangiome caverneux, illustré par un cas clinique.

MATERIELS ET METHODES :

Patiente âgée de 52 ans présentant un hémangiome caverneux localisé sur le versant muqueux de la lèvre supérieure, sous la forme d'un nodule bleuâtre ferme et indolore traitée au laser diode

RESULTATS ET DISCUSSION:

L'hémangiome a régressé sans complications après la troisième séance. Les résultats favorables étaient en accord avec les données de la littérature, bien que des variations aient été observées en fonction du type de laser, des paramètres appliqués et des intervalles entre les séances.

CONCLUSION:

Étant donné l'efficacité et la facilité d'application du laser diode, il convient de considérer cette modalité de traitement comme une option privilégiée, en particulier pour les hémangiomes intraoraux superficiels.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

LA CHIRURGIE IMPLANTAIRE MINI-INVASIVE

M. Salah*, S. Chbicheb

Introduction:

Au cours des premières phases de développement des implants dentaires, les études étaient portées sur la conception de l'implant et l'amélioration de l'état de surface implantaire. De nos jours, avec l'apparition des concepts de dentisterie mini-invasive, les cliniciens se sont intéressés aux protocoles chirurgicaux « Flapless », sans lambeau, lors de la pose d'implants et sur leur impact sur le résultat esthétique final, ainsi que sur la préservation à des tissus péri-implantaires à long terme.

Matériel et méthodes :

Une recherche bilingue a été conduite sous forme d'une investigation électronique. Les bases de données utilisées sont Pubmed, Cochrane library et Science direct. Les mots clés utilisés en combinant les opérateurs booléens « ET » et « OU » sont : chirurgie implantaire mini-invasive, chirurgie implantaire sans lambeau, implantologie guidée par ordinateur.

Résultats:

La chirurgie implantaire sans lambeau permet de réaliser une pose atraumatique, avec un temps d'intervention plus court et des suites postopératoires moins lourdes pour le patient.

De plus, selon une étude menée par M Vercruyssen et al. en 2014, les implants posés sans lambeau et assistés par ordinateur présenteraient un taux de survie de 100% (évalués jusqu'à 36 mois).

Discussion:

La principale limite de la chirurgie Flapless réside en l'absence de visibilité directe du site osseux pour la pose de l'implant.

Grâce aux progrès récents des technologies numériques, cette technique a été combinée à l'utilisation d'un guide chirurgical planifié à l'avance et qui reproduit fidèlement la position de l'implant dans l'os.

L'objectif de ce travail est de mettre en évidence l'apport de la technique Flapless à la chirurgie implantaire et de détailler les différentes techniques qui existent.

Conclusion :

La chirurgie mini-invasive implantaire offre de nombreux avantages, tant pour le patient que pour le praticien, en offrant un confort opératoire tout en limitant les complications postopératoires.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

LES EFFETS BENEFIQUES DE LA THERAPEUTIQUE PARODONTALE SUR LE CONTROLE GLYCEMIQUE CHEZ LE PATIENT DIABETIQUE : A PROPOS D'UN CAS CLINIQUE

R. Djeghader*, I. Lebeze, N. Chehboub, M. Boukerrou, A. Abdennour, M. Nezzal

Introduction : La relation entre la maladie parodontale et le diabète est bidirectionnelle. Dans ce contexte, une approche particulière d'un patient diabétique non équilibré est nécessaire pour garantir des résultats optimaux.

L'objectif de ce travail est de montrer l'effet du traitement parodontal sur le contrôle glycémique chez une patiente diabétique atteinte de parodontite.

Matériels et méthodes : Une patiente, âgée de 49 ans diabétique type 2 depuis 3 ans sous antidiabétiques oraux, atteinte d'une parodontite stade 4 grade C. Un traitement parodontal a été instauré. Les paramètres cliniques parodontaux ont été enregistrés, notamment l'indice de plaque, l'indice de saignement gingival, la profondeur de sondage. De plus, les mesures de contrôle de la glycémie, l'hémoglobine glyquée (HbA1c) et la glycémie à jeun, ont été enregistrées avant et après le traitement parodontal.

Résultats et discussion : Après le traitement parodontal, une amélioration significative des paramètres cliniques parodontaux a été observée. De plus, une diminution de l'HbA1c a été constatée, indiquant une amélioration de l'équilibre du diabète. Ces résultats confirment les effets bénéfiques de la thérapeutique parodontale sur l'équilibre du diabète. La réduction de l'inflammation gingivale et de la charge bactérienne associée à la parodontite. Une meilleure hygiène bucco-dentaire et des soins parodontaux réguliers devraient donc être encouragés chez les patients diabétiques pour favoriser un meilleur équilibre du diabète.

Conclusion : Cette étude démontre l'efficacité de la thérapeutique parodontale dans l'amélioration de l'équilibre du diabète. Il est donc essentiel d'intégrer un suivi parodontal régulier chez les patients diabétiques.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

ETAT PARODONTAL D'UN PATIENT ATTEINT D'UNE APLASIE MEDULLAIRE SOUS CICLOSPORINE.A PROPOS D'UN CAS CLINIQUE

M. Boukerrou*, I. Lebeze, R. Djeghader, N. Chehboub, A. Abdennour, M. Nezzal

Introduction : L'aplasie médullaire est un désordre hématologique rare, traitée par un immunosuppresseur (Ciclosporine). Les répercussions orales de ce médicament se manifestent par un accroissement gingival.

L'objectif de ce travail est de décrire l'effet de la ciclosporine sur le parodonte chez un patient atteint d'une aplasie médullaire.

Matériau et méthode : Un homme âgé de 22 ans, atteint d'une aplasie médullaire traitée par la ciclosporine depuis 4 ans, est orienté par le service d'hématologie du CHUC pour une remise en état de la cavité buccale. Il fume 8 à 10 cigarettes par jour depuis 3 ans. Un examen clinique complet comprenant les indices parodontaux (IP=indice de plaque, IG=indice gingival et de saignement) et les profondeurs de poches (PP), a permis de diagnostiquer une parodontite associée à un accroissement gingival d'origine médicamenteuse. Après avoir reçu l'avis de son médecin traitant, le patient a bénéficié d'une thérapeutique parodontale non chirurgicale (TPNC).

Résultat et discussion : Le diagnostic retenu est une parodontite associée à un accroissement gingival d'origine médicamenteuse. Les indices parodontaux révèlent un mauvais état parodontal (IP =2,5, IG =2,33 IS =2,5, PP 4 à 16 mm). Par ailleurs, une réduction de l'accroissement gingival et une très nette amélioration des paramètres cliniques ont été constatées après la TPNC.

Conclusion : Les effets secondaires de la ciclosporine sur le parodonte se manifestent par l'AG d'origine médicamenteuse. Par ailleurs, la TPNC est primordiale pour ces effets remarquables sur la régression de cet accroissement.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

TOUT SAVOIR SUR LA GLOSSODYNIE ET LA STOMATODYNIE

R. El Gaouzi*, S. Chbicheb

Introduction : Les Glossodynies et stomatodynies (Burning Mouth Syndrome, BMS) désignent des sensations gênantes ou douloureuses dans la cavité buccale dont l'étiologie n'est pas organique. Elles peuvent être associées à d'autres symptômes objectivables (neuropathies ou parafonctions).

Matériels et méthodes : nous avons effectué une recherche bibliographique sur la base de données Pubmed/Medline, sciencedirect, scopus, cochrane, en utilisant les termes : Glossodynie, stomatodynie, burning mouth syndrome. L'objectif de ce travail est de définir la glossodynie, discuter sa symptomatologie, ses étiologies et ses différentes modalités du traitement à savoir le traitement psychotique ou encore le traitement par laser.

Discussion : Ces sensations sont des « brûlures », sensations de « bouche en feu » (Burning Mouth Syndrome), ou des « picotements » évoquant parfois les aphtes. Il peut s'agir aussi de sensations de bouche « sèche », de « salive gluante », d'amertume ou d'acidité. Ces sensations siègent principalement sur la langue, mais parfois aussi dans les gencives, les lèvres ou le palais, d'où la dénomination de « stomatodynie ».

Conclusion : Les Glossodynies et stomatodynies sont des pathologies qui nécessitent une prise en charge pluridisciplinaires.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

TRAITEMENT PARODONTAL ET DIABETE

N. Chehboub*, I. Lebeze, R. Djeghader, M. Boukerrou, A. Abdenour, M. Nezzal

Introduction : La parodontite est connue comme la 6^{ème} complication du diabète et ce dernier aggrave la parodontite.

L'objectif de notre travail est de montrer l'effet de la thérapeutique parodontale sur le parodonte et le contrôle glycémique chez le patient diabétique.

Matériel et méthode : Une femme âgée de 63 ans, diabétique de type 2, sous anti diabétiques oraux depuis 7 ans, s'est présentée à notre service pour des saignements gingivaux. Le diagnostic d'une parodontite stade 3 grade C est retenu suite à un examen clinique reposant sur des indices parodontaux (Indices de plaque, gingival et de saignement) et sondage des profondeurs de poches (PP). Un traitement parodontal non chirurgical (motivation à l'hygiène orale et une instrumentation mécanique) suivi d'un traitement chirurgical (lambeau d'assainissement) après une réévaluation de 6 mois a été instauré, Après avoir demandé l'avis du médecin traitant, la dernière HBA1c et sa glycémie à jeun.

Résultats et discussion : une amélioration de l'état parodontal a été constatée de même que les taux de la glycémie à jeun et l'HBA1c.

Conclusion : Les maladies parodontales et le diabète ont également des déterminants communs et la prise en charge buccodentaire et générale se rejoignent pour l'améliorer conjointement. La thérapeutique parodontale peut contribuer à l'équilibre de diabète chez les patients diabétiques ayant une parodontite.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

CALS VICIEUX DE L'ORBITE

H. Ghazoui*

Introduction:

Le cal vicieux est défini par le non ou mal développement d'un cal osseux. Au niveau de l'orbite, c'est une complication des fractures malaires et une source de séquelles morphologiques et fonctionnelles parfois débilantes.

Objectif:

Analyser notre stratégie devant des cals vicieux de l'orbite.

Matériel et méthodes:

Une approche transversale et descriptive étude avec collecte rétrospective des données, sur une période de 2 ans, de Mars 2020 à Mars 2022, menée au Département de chirurgie maxillo-faciale, esthétique et Stomatologie au CHU Mohammed VI de Marrakech, impliquant 10 patients ayant présenté un cal vicieux de l'orbite comme séquelle des fractures malaires .

Résultats :

L'âge moyen des patients était de 34 ans, tous des hommes (100%). 7 patients n'ont pas bénéficié de geste opératoire initiale. La chirurgie était la conduite pour la moitié des patients (50%) et la surveillance dans 5 cas (5%). 4 de nos patients ont gardé des séquelles morphologiques.

Discussion :

Nous pensons que les cals vicieux de l'orbite avec troubles morpho-fonctionnels évidents devrait nécessiter une intervention chirurgicale dont les techniques différent selon les écoles.

Mots clés: cals vicieux , orbite, séquelles

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

DUPLICATION DE LA LEVRE : A PROPOS D'UN CAS

H. Ghazoui*

Introduction :

Duplication de lèvre est une duplication tissulaire horizontale située à la partie muqueuse interne de la lèvre donnant l'aspect d'un bourrelet muqueux. Elle intéresse souvent la lèvre supérieure. Elle peut être congénitale ou acquises.

Observation :

Patient de 25ans, admis pour une tuméfaction congénitale muqueuse de la lèvre supérieure. Le diagnostic de duplication labiale congénitale bilatérale a été retenue. Une indication chirurgicale, sous anesthésie locorégionale a été posée. Une masse muqueuse a été enlevée après une incision elliptique transversale

Discussion :

La duplication de la lèvre se caractérise par un repli tissulaire hypertrophique du versant muqueux de la lèvre. Elle est souvent bilatérale et intéresse souvent la lèvre supérieure. Il existe aucune prédilection pour le sexe ni la race. Son traitement reste chirurgical devant la gêne esthétique ressenti par le patient. Le diagnostic différentiel se pose essentiellement avec les chéilites. La récurrence n'est pas de règle

Conclusion :

La duplication labiale congénitale est une pathologie rare. Son traitement reste chirurgical indiqué devant des raisons esthétiques.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

HEMANGIOME DE CYRANO : A PROPOS D'UN CAS

H. Ghazoui*

Introduction :

Les hémangiomes sont des proliférations de cellules endothéliales capillaires et représentent la tumeur la plus fréquente de l'enfance, L'implication de la pointe nasale en cas d'hémangiome infantile donne lieu à une apparence de « Cyrano ».

Observation :

Fille âgée de 2ans admise dans notre formation pour une masse nodulaire au niveau de la pointe du nez, de teinte bleutée, molle, non douloureuse, non fluctuante et non battante évoluant depuis l'âge de 1 mois sans aucun signe associé. La patiente a bénéficié d'une IRM faciale. Le diagnostic de l'hémangiome de Cyrano a été posé devant les signes cliniques et les résultats de l'IRM faciale. La patiente a été mise sous beta bloquants pendant 6mois sans nette régression de la lésion. Une indication chirurgicale, sous anesthésie générale a été posée. Une exérèse de la masse a été faite avec reconstruction par des sutures simples.

Discussion :

Environ 15 % des hémangiomes infantiles apparaissent sur le nez, dont 5 % sur la pointe nasale appelé : Hémangiome de Cyrano. Il est plus fréquent chez les filles. L'hémangiome de Cyrano est typiquement caractérisé par un contour nasal bulbeux. Il présente un certain degré d'involution avec le temps, et laisse des modifications cutanées résiduelles, notamment une enveloppe cutanée élargie et atténuée, des modifications fibro-graisseuses, des télangiectasies, des cicatrices et une distorsion locale des structures de soutien de la pointe nasale. Un traitement chirurgical précoce était le gold standard. Cependant, depuis 2008, le propranolol s'est révélé efficace dans le traitement.

Conclusion :

Le nez Cyrano, un hémangiome proéminent de la pointe nasale, c'est une pathologie rare, il peut être à l'origine d'une grande détresse chez l'enfant et les parents. Le traitement chirurgical doit être précoce pour éviter les complications et devant des raisons esthétiques.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

Tumeurs bénignes et pathologies osseuses des mâchoires

THYROÏDE ECTOPIQUE LINGUALE

SA. Barkou*, A. Benarousse, H. Hammoud

Introduction :

L'ectopie thyroïdienne est une masse de tissu thyroïdien située en dehors de la loge thyroïdienne habituelle, le long du canal thyroglosse ; pathologie rare ; Sa prévalence est estimée à 1 pour 100 000 à 300 000 patients hypothyroïdiens ;

La plupart de temps asymptomatique mais peut exister une dysphagie, une toux ; renflement ; apnée du sommeil...

L'imagerie permet de faire le diagnostic et d'orienter l'attitude thérapeutique.

Il n'y a pas de consensus thérapeutique : abstention, irathérapie ou chirurgie est laissée selon le cas à traiter.

Matériels et méthodes:

Patient D.A 21 ans ; sans antécédents particuliers ; qui présente une masse sous mentale augmentant progressivement de volume surtout cette dernière année ; provoquant une gêne à la déglutition et une gêne respiratoire et des renflements ;

La palpation retrouve une masse rénitente bien limitée d'environ 5cm de grand axe.

Échographie : loge thyroïdienne vide, foyer ectopique sous mental.

TDM : 2 formations cervicale antérieure tissulaire.

Cytoponction : tissu goitreux

Bilan biologique thyroïdien et phosphocalcique normal.

Opéré par voie cervicale antérieure : exérèse de tout la thyroïde ectopique.

Résultats et discussion:

L'ectopie thyroïdienne sublinguale reste la forme la plus fréquente.

L'association dysphagie-dysphonie constitue le premier motif de consultation en cas de thyroïde ectopique

Les imageries médicales permettent à la fois de confirmer le diagnostic d'une ectopie thyroïdienne, de planifier la stratégie thérapeutique et de faire le suivi du patient.

En cas de suspicion de thyroïde ectopique maligne, la tomodensitométrie et l'IRM ont un intérêt majeur dans l'analyse de la tumeur

Son traitement dépend de sa présentation clinique.

Conclusion:

L'ectopie thyroïdienne doit toujours être évoquée devant une masse cervicale.

Le traitement chirurgicale semble être la meilleur solution et éventuellement instaurer une substitution hormonale.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

FIBROME DESMOPLASTIQUE DE LA MANDIBULE - PRESENTATION D'UN CAS RARE CHEZ L'ENFANT

S. Benazzouz*, L. Chakmak, S. Smaili, N. Benhalette, A. Saidi

Introduction

Le fibrome desmoplastique, est une lésion intra osseuse rare, bénigne mais localement agressive avec une forte tendance à la récurrence locale. Nous rapportant le cas d'un enfant de 9 ans présentant une tumeur mandibulaire géante.

Matériels et méthodes

Un garçon de 9 ans, sans antécédents particulier a consulté pour une tuméfaction génienne basse de 3 mois d'évolution ne régressant pas sous traitement et augmentant progressivement de volume

Le panoramique dentaire ainsi que la TDM, révèlent la présence d'une masse osseuse lytique d'environ 7 cm de la branche horizontale gauche arrivant jusqu'au condyle mandibulaire, une résection large a été faite, l'examen histologique a confirmé le diagnostic de Fibrome desmoplastique, les suites opératoires ont été simple au prix d'un préjudice esthétique considérable.

Discussion/conclusion

Dans ce rapport, nous présentons l'évolution clinique, radiologique et la thérapeutique d'un enfant avec le fibrome desmoplastique dans le corps mandibulaire gauche, une résection large à type d'hémi-mandibulectomie a été réalisée emportant la totalité de la tumeur, une stratégie de suivi d'observation après la confirmation du diagnostic final a été instauré. 3 ans après la résection, les contrôles cliniques et radiographiques de notre patient n'ont montré aucune récurrence, mais un suivi périodique sur au moins 4 ans est recommandé.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

TUMEUR DE PINDBORG MANDIBULAIRE: A PROPOS D'UN CAS

R. El Azzouzi*, O. Boukhlouf, M. Boulaadas

Introduction:

La tumeur de Pindborg, ou tumeur odontogène épithéliale calcifiante (TEOC), est une tumeur bénigne rare. On connaît deux variantes clinico-topographiques de cette tumeur : Intra-osseuse (centrale) ou Extra-osseuse (périphérique). Les tumeurs intra-osseuses ont une prédilection pour la mandibule. Le diagnostic radiologique est généralement guidé par la présence d'images de calcification confirmées par l'étude histopathologique.

Observation:

nous rapportons le cas d'un patient de 25 ans présentant une tumeur de Pindborg mandibulaire dans sa variante intra-osseuse ; ce cas illustre la difficulté d'orientation diagnostique lorsque l'aspect radiologique est peu spécifique. L'examen anatomopathologique a permis de conclure au diagnostic.

Discussion:

La tumeur de Pindborg est une tumeur rare avec une localisation mandibulaire postérieure préférentielle. Son caractère calcifié est caractéristique à la radiographie . Il existe deux formes histologiques : Une variante malpighienne d'évolution favorable et une variante à cellules claires de pronostic plus incertain.

Conclusion:

Les données disponibles suggèrent que cette tumeur est un peu moins agressive que l'améloblastome mais que tout traitement n'incluant pas l'excision ou la fulguration du bord de l'os entourant la lésion est susceptible de permettre une récurrence. Aucun cas de métastase de cette tumeur n'a été rapporté.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

MYXOME ODONTOGENE DES MACHOIRES : A PROPOS DE DEUX CAS

R. El Azzouzi*, K. Harmali, M. Boulaadas

Introduction :

Le myxome odontogène est une tumeur mésenchymateuse bénigne rare, sa croissance est lente mais localement agressive. Ses manifestations cliniques et radiologiques sont variables et non spécifiques et peuvent être confondues avec d'autres lésions radio-claires.

Observations :

1^{er} cas : Patient de 42 ans consultant pour une tuméfaction jugale droite. Le scanner facial a montré un processus lésionnel maxillaire droit à l'origine d'un aspect soufflé de ses parois. Une biopsie a été faite, en faveur d'un myxome odontogène. Le patient a bénéficié d'une résection en monobloc et n'a pas présenté pas de signes en faveur d'une récurrence ni séquelles esthétiques ou fonctionnelles avec un recul d'un an et demi.

2^{ème} cas : Patiente de 43 ans présentait une tuméfaction jugale droite. Le scanner facial a montré un processus lésionnel occupant toute l'hémi-mandibule droite chez qui une biopsie a été réalisée revenant en faveur d'un myxome mandibulaire, une hémi-mandibulectomie droite a été réalisée avec une reconstruction par une maxi plaque.

Discussion :

Le myxome est une tumeur odontogène bénigne d'origine mésenchymateuse, dont les localisations maxillaire et mandibulaire sont très rares. Sa manifestation clinique et son aspect radiologique pose un problème de diagnostic différentiel avec plusieurs tumeurs bénignes et malignes à ce niveau, vu le caractère non encapsulé de la tumeur et son invasion locale. Son traitement est exclusivement chirurgical et le risque de récurrence domine de loin le problème thérapeutique. Une surveillance clinico-radiologique rigoureuse et prolongée est requise pendant les deux premières années postopératoires.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentations(s).

LE LAMBEAU DU PERONE DANS LA RECONSTRUCTION D'UNE PERTE DE SUBSTANCE MANDIBULAIRE

WJJ. Bahizi*, B. Dani, M. Boulaadas

Introduction

Les pertes de substances mandibulaires interromptrices sont des lésions ayant différentes origines, la principale étant la pathologie tumorale ; il en résulte une destruction osseuse aboutissant à une solution de continuité permanente mandibulaire.

Le lambeau du péroné est un lambeau osseux pouvant être prélevé avec une palette cutanée et musculaire. Il est largement utilisé pour la reconstruction mandibulaire.

Matériels et méthodes

Nous rapportons le cas d'une femme de 32 ans, sans antécédents qui s'est présentée pour une tuméfaction jugale droite évoluant depuis 2 ans.

Résultats et discussion

A l'examen, la tuméfaction était jugale comblant le vestibule mandibulaire droit. La peau et la muqueuse étaient d'aspect sain. La radiographie panoramique a montré une image radioclaire et multi géodique. La TDM permettait de mettre en évidence une lésion radioclaire bien limitée, cloisonnée par des lamelles osseuses, dont les corticales vestibulaire et linguale étaient très fines. A ce stade le diagnostic d'une lésion tumorale bénigne avait été évoqué et en premier l'améloblastome. La patiente a bénéficié d'une mandibulectomie interromptrice et d'une reconstruction immédiate par un lambeau libre du péroné droit. Une infection nosocomiale est survenue en post opératoire, ce qui a prolongé le délai d'hospitalisation. L'histologie a confirmé le diagnostic d'un améloblaste folliculaire mesurant 10 cm de grand axe avec des marges d'exérèse à 1 cm de la tumeur.

Discussion et conclusion

La reconstruction segmentaire mandibulaire a pour objectif de rétablir les fonctions oro-faciales, le but ultime étant de ramener le patient à l'état antérieur à la maladie. Le chirurgien dispose de plusieurs techniques pour la reconstruction et les lambeaux libres sont devenus un des moyens de choix par leur fiabilité et les raffinements techniques permettant ainsi d'optimiser les résultats fonctionnels et esthétiques, pour pouvoir obtenir une matrice osseuse vascularisée, adaptée aux contraintes mécaniques mandibulaires et applicable à ce contexte clinique oncologique.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

LYMPHANGIOME KYSTIQUE CERVICAL : A PROPOS D'UN CAS

G. Alami Halimi*, M. Bouksirat, M. Boulaadas

Introduction :

Les lymphangiomes kystiques ou « Hygrona Kystica » sont des malformations congénitales rares intéressant le système lymphatique prédominant au niveau de la région cervico-faciale. Ils surviennent généralement chez les enfants et sont exceptionnels chez l'adulte.

Observation :

Nous rapportons une observation clinique d'un lymphangiome kystique cervical chez un enfant de trois ans et demi, hospitalisé pour une tuméfaction cervicale gauche évoluant depuis huit mois.

L'examen radiologique a révélé une masse kystique cloisonnée compatible avec un lymphangiome kystique cervical gauche associé à des adénopathies latéro-cervicales bilatérales.

Le traitement est purement chirurgical et repose sur une cervicotomie cervicale gauche avec adénectomie de la chaîne III gauche.

Discussion :

Le cas de notre patient illustre une forme typique de lymphangiome kystique, ce dernier se rencontre plus dans l'enfance, deux théories pourraient justifier le siège cervical, traumatique et congénitale.

L'échographie permet de poser le diagnostic et l'examen anatomo-pathologique assure la certitude du diagnostic.

Le traitement est chirurgical par cervicotomie latérale.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

TUMEUR FIBREUSE SOLITAIRE MAXILLAIRE : A PROPOS S'UN CAS

M. Benalia*, A. Touat, D. Benameur Belkacem, M. Hachem, K. Hirache

Introduction :

Les tumeurs fibreuses solitaires (TFS) sont des tumeurs mésenchymateuses rares initialement décrites de localisation pleurale et mais ce sont des tumeurs ubiquitaires, à pronostic intermédiaire selon la classification OMS des tumeurs des tissus mous.

Ce sont l'apanage de l'adulte (20 - 70 ans), les principales topographies sont la peau, les tissus mous profonds

Observation :

Nous rapportons le cas d'un patient âgé de 38 ans, aux antécédents d'obstruction nasale droite, associée à une rhinorrhée et une anosmie à l'examen physique on note une asymétrie faciale au dépend de l'hémiface droite effaçant le pli nasogénien étendue jusqu'à la région zygomatique. Il n'y a de trouble sensitivo-moteur.

Une exploration radiologique faite par une TDM et une IRM, a objectivé un processus tumoral de densité tissulaire mesurant 54/30 mm, ostéolytique développé au dépend du maxillaire droit multi loculé, étendu jusqu'au labyrinthe ethmoïdal sans extension intra orbitaire.

Le patient a bénéficié d'une maxillectomie, dont l'examen anatomopathologique est revenu en faveur d'une tumeur fibreuse solitaire du maxillaire.

Discussion :

Dans ce type de tumeurs, c'est l'examen anatomopathologique qui fait le diagnostic de certitude, il existe des critères histologiques corrélés avec un potentiel de récurrence locale. L'analyse microscopique permet de déterminer le potentiel agressif de la lésion.

TFS nécessitent une exérèse complète pour diminuer le risque de récurrence et nécessitent une surveillance prolongée à long terme.

Conclusion :

La TFS est une tumeur rare des tissus mous dans de la tête et du cou et plus rare au niveau du sinus maxillaire. De nombreuses lésions des tissus mous dans la cavité buccale peuvent imiter cliniquement la TFS. La SFT ressemble à de nombreuses tumeurs malignes de la région de la tête et du cou et doit être correctement évaluée par histopathologie. Le diagnostic final dépend uniquement de l'histopathologie et de l'immunohistochimie.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

MALADIE DE ROSAI-DORFMAN UNE LOCALISATION ORBITO-PALPEBRALE BILATERALE DE L'ENFANT : A PROPOS D'UNE OBSERVATION EXCEPTIONNELLE .

A. Ndiaye*

Introduction

La maladie de Rosai Dorfman (MRD) est une histiocytose sinusale avec lymphadénopathie massive. Cette maladie bénigne, d'étiologie inconnue, est rare. Sa localisation orbitaire bilatérale est exceptionnelle.

Materiel et methodes (Observation)

Les auteurs rapportent le cas d'un enfant âgé de 6 ans qui a présenté des masses orbito- palpébrales bilatérales associées à des adénopathies cervicales chroniques.

Resultat

Il n'existait pas de syndrome inflammatoire biologique. Les bilans sérologiques et tuberculeux étaient négatifs. L'analyse histopathologique d'une biopsie ganglionnaire concluait à une maladie de Rosai Dorfman. Il a bénéficié d'une exérèse chirurgicale des lésions orbitaires suivie d'une corticothérapie au long cours. L'évolution était favorable sans signe de récurrence après un an de suivi.

Discussion

La localisation oculo-palpébrale est rare et concerne 11% des cas . Elle se présente sous la forme de tumeur pouvant envahir l'orbite, les paupières, le nerf optique, le sac lacrymal et la glande lacrymale . La majorité de ces patients ont une atteinte ganglionnaire associée , ceci est le cas de notre patient qui a présenté une atteinte orbitopalpebrale et ganglionnaire cervicale synchrones. La bilatéralisation de ces tumeurs orbitaires est exceptionnelle . La durée d'évolution est généralement longue ; chez notre jeune patient elle est de 4 ans.

Conclusion

La maladie de Rosai Dorfman est très rare dans sa forme orbitaire bilatérale. Le diagnostic anatomopathologique reste difficile. En Afrique, la présence de masses oculo-palpébrales chroniques associée ou non à des adénopathies cervicales, doit faire penser, après la tuberculose et les lymphomes, à une maladie de Rosai Dorfman.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

TUMEURS BRUNES MAXILLO- FACIALES MULTIPLES CHEZ UNE PATIENTE EN INSUFFISANCE RENALE CHRONIQUE

ERMA. Anzouan-Kacou*, ARE. Yapo, B. Ahmat-Lara, KE. Konan

Introduction : Les tumeurs brunes sont des lésions osseuses bénignes résultant d'une anomalie du métabolisme osseux secondaire à un état d'hyperparathyroïdie primaire, secondaire ou tertiaire. Elles peuvent affecter les os de la face.

Observation : Une patiente âgée de 51 ans traitée par hémodialyse depuis 11 ans pour insuffisance rénale chronique terminale, a consulté pour des tuméfactions mandibulaires et maxillaires multiples avec mobilités dentaires évoluant depuis un an. Le scanner maxillo-facial a objectivé des images ostéolytiques mandibulaires et maxillaires avec une lyse diffuse de la trame osseuse du squelette facial.

Le bilan phospho-calcique a retrouvé une hypocalcémie, une hyperphosphorémie et une hyperparathormonémie à 1560 ng/L. l'examen anatomo-pathologique a mis en évidence des cellules géantes. Sur les arguments cliniques, radiologiques et biologiques, le diagnostic de tumeurs brunes multiples de la face a été retenu. Un traitement médical à base de vitamine D et de chélateur de phosphate a été instauré.

Discussion : Les tumeurs brunes sont une entité rare faisant partie des lésions à cellules géantes. Elles atteignent 1,7% des patients atteints d'insuffisance rénale chronique terminale. Elles résultent d'une réorganisation de la trame osseuse exposée à une sécrétion excessive de la parathormone. Les tumeurs atteignent préférentiellement les côtes, le bassin et les os longs. L'atteinte maxillo-mandibulaire est très rare. Au cours de l'insuffisance rénale, le traitement est médical dans la majorité des cas, visant à normaliser le taux de la parathormone, ce qui entrainera une régression voire même une disparition des tumeurs. La parathyroïdectomie et les tumorectomies peuvent être indiquée en cas d'échec du traitement médical.

Conclusion : La localisation diffuse maxillo- faciale des tumeurs brunes est rare. La prévention du déséquilibre phosphocalcique au cours de l'insuffisance rénale chronique peut en éviter l'apparition.

Mots-clés : Tumeur brune, Hyperparathyroïdie, Insuffisance rénale

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

GREFFON LIBRE DU PERONE ET AMELOBLASTOME MANDIBULAIRE

S. Chbicheb*

Introduction :

L'améloblastome est une tumeur odontogène rare de la cavité buccale. Elle atteint d'avantage la mandibule que le maxillaire supérieur et a une prédilection pour la région postérieure.

Bien que cette tumeur soit bénigne, son comportement est localement agressif et demande fréquemment une résection chirurgicale avec marge.

Observation Clinique :

Une jeune patiente âgée de 28 ans a consulté au service d'Odontologie Chirurgicale de Rabat, se plaignant d'une tuméfaction mandibulaire droite évoluant depuis 8 mois. La radiographie panoramique a révélé une image multi-géodique au niveau de l'hémi-mandibule droite. La biopsie de la lésion a conclu la présence d'un améloblastome.

La patiente a été adressée ensuite au service de Chirurgie Maxillo-faciale de l'Hôpital des Spécialités de Rabat. Deux équipes, l'une de chirurgie maxillo-faciale et une autre de chirurgie vasculaire ont réalisé une hémi-mandibulectomie avec pose d'un greffon du péroné.

Discussion :

L'indication du traitement radical ou conservateur doit être guidée par la localisation anatomique de la lésion, son aspect radiologique et surtout macroscopique per-opératoire. Le traitement conservateur est réalisé pour des lésions non étendues, avec une surveillance clinique ultérieure. La résection osseuse avec ou sans reconstruction immédiate s'impose dans les formes étendues, rompant la corticale osseuse, le périoste et envahissant les parties molles.

Le greffon libre (GL) du péroné a été la greffe préférée pour la reconstruction oromandibulaire du à sa polyvalence, sa stabilité et la cohérence dans la dimension du péroné osseux. Le GL du péroné permet une palette de peau pour être obtenue qui mesure jusqu'à 25 cm de longueur et 5 cm de largeur. Le péroné a une vascularisation périostée qui résiste à plusieurs ostéotomies sans compromettre de manière significative la circulation, lorsque le périoste est laissé fixé.

Conclusion

Le GL du péroné peut être considéré comme un greffon fiable avec une faible morbidité adapté pour une future réhabilitation dentaire.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

PRISE EN CHARGE DES MYXOMES ODONTOGENES : UNE APPROCHE INTEGREE ALLIANT CHIRURGIE, REHABILITATION ET SUIVI A LONG TERME

A. Belmehdi*, S. Dghoughi

Introduction

Le myxome est une variété rare de tumeurs bénignes des maxillaires, dont l'origine serait le mésenchyme embryonnaire du follicule dentaire. Les manifestations cliniques et radiologiques sont variables et non spécifiques et peuvent orienter vers d'autres lésions plus fréquentes dont la thérapeutique est différente.

Matériels et méthodes

Deux cas cliniques de myxomes centrale et périphérique pris en charge au sein du service de chirurgie orale de la faculté de médecine dentaire de Rabat.

Discussion

Le myxome odontogène est une tumeur rare qui se développe à partir de la composante mésenchymateuse du germe dentaire, il est plus fréquent à la mandibule et touche rarement les parties molles. Il affecte généralement les adolescents et les adultes jeunes, entre les deuxième et troisième décennies. Cliniquement, il est d'évolution lente et asymptomatique. Il se manifeste localement par une tuméfaction isolée augmentant progressivement de volume. L'expansion de la tumeur peut s'accompagner de signes dentaires (mobilités, expulsions...) et un envahissement des tissus mous.

Radiologiquement, l'image peut être radioclaire ou mixte. Le traitement de choix est la chirurgie conservatrice ou radicale, dont le protocole dépend de la localisation, de la taille, et des limites de la tumeur.

Conclusion

Bien que le myxome soit une entité rare, il doit toujours être pris en compte dans le diagnostic différentiel, car il s'agit d'une lésion récidivante qui nécessite un suivi à long terme.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

DYSPLASIE FIBREUSE A LOCALISATION CRANIO-FACIALE DECOUVERTE CHEZ UN SUJET MASCULIN AGE

MA. Taallah*, A. Taallah

Introduction :

La dysplasie fibreuse est une dystrophie osseuse bénigne ni héréditaire ni familiale mono ou poly focale à tendance unilatérale, caractérisée par le remplacement de la cavité médullaire des os par un tissu fibro-osseux avec une métaplasie osseuse secondaire produisant un os néoformé faiblement calcifié.

Matériel et méthode :

Nous rapportons le cas d'un patient de 65 ans, aux antécédents de diabète et HTA. Le patient nous a été adressé par un confrère dentiste pour une tuméfaction douloureuse de l'hémiface droite effaçant les reliefs anatomiques .

Le patient est muni de sa radiographie panoramique faite par le confrère dentiste montrant une hypertrophie de l'hémi mandibule droite (Chérubisme).

Résultats :

Une TDM cranio-faciale a été réalisée retrouvant l'aspect typique en verre dépoli sous forme de plages mal limitées avec expansion osseuse de tous les os de l'hémiface et l'hémicrâne droits sans rupture de la corticale ni réaction périostée . Une scintigraphie osseuse a été demandée à la recherche d'autres atteintes retrouvant une hyperfixation fémorale et tibiale homolatérales. La confirmation du diagnostic a été faite par une étude histologique.

La dysplasie fibreuse est une affection relativement rare et dont le diagnostic est le plus souvent posé avant l'âge de 30 ans avec discrète prédominance féminine, dans notre cas nous sommes face à un sujet âgé de sexe masculin ce qui est très rare dans la littérature

Conclusion :

La dysplasie fibreuse est peu fréquente, les signes radiologiques sont en général assez caractéristiques pour faire évoquer le diagnostic.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

TRAITEMENT D'UNE TUMEUR DE PINDBORG ETENDUE PAR SIMPLE ENUCLEATION : A PROPOS D'UNE OBSERVATION CLINIQUE

H. Soualem*, L. Amminou, S. Chbicheb

Introduction:

La tumeur de Pindborg, ou tumeur épithéliale odontogène calcifiée (TEOC), décrite pour la première fois par Pindborg en 1955, est une tumeur odontogène bénigne rare.

Elle représente moins de 1 % des tumeurs odontogènes avec la forme intraosseuse, la forme est la plus fréquente (95 %).

Matériels et méthodee:

Ce travail est une revue de littérature illustré par un cas clinique. La revue de littérature a reposé sur une recherche bibliographique dans les bases de données électroniques : Scopus, Medline, Cochrane library. Lors de la recherche bilingue (anglais et français) nous avons utilisé les mots clés suivants : "TOEC", "Tumeur de de Pindborg", "Tumeur épithéliale odontogène calcifiée).

Résultats et discussion

Le siège de prédilection étant la région prémolo-molaire mandibulaire, dans ces cas, elle se manifeste par une tuméfaction indolore d'évolution lente. Les localisations maxillaires peuvent être la source de douleurs, d'obstruction nasale, d'épistaxis, de migraine ou encore d'exophtalmie en rapport avec le caractère expansif de la lésion.

Cliniquement la TOEC présente un aspect fibreux, facilement clivable. L'image radiologique caractéristique de la tumeur épithéliale odontogène calcifiée est celui d'une image radioclaire unie ou multiloculaire, associée ou pas à de petites images radio-opaques de calcifications dont la taille s'accroît avec le temps. En cas d'absence d'images radio-opaques le diagnostic différentiel, se fait notamment avec d'autres lésions intra-osseuses bénignes comme l'améloblastome, le kératokyste odontogène ou encore le granulome à cellules géantes.

Conclusion :

Le diagnostic positif est histologique et le potentiel de transformation maligne est faible. La thérapeutique préconisée et l'énucléation par exérèse complète.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

LES TUMEURS BRUNES DES MAXILLAIRES : A PROPOS DE DEUX CAS CLINIQUES

O. El Yacoubi*, H. Bayi, L. Hallab, B. Taleb

Introduction et objet

La tumeur brune est une lésion non néoplasique résultant d'une anomalie du métabolisme osseux dans le cadre d'une hyperparathyroïdie primaire ou secondaire.

L'objectif de ce travail est de montrer à travers deux cas cliniques d'hyperparathyroïdie primaire diagnostiqués par la présence d'une tumeur brune des maxillaires le rôle du chirurgien-dentiste dans le diagnostic et la prise en charge de cette affection.

Matériels et méthodes :

Cas clinique 1 :

Il s'agit d'un patient âgé de 45 ans qui s'est présenté, pour une tuméfaction génienne basse gauche évoluant depuis 1 ans et augmentant progressivement de volume. L'examen radiologique a révélé la présence d'une image ostéolytique bien circonscrite au niveau mandibulaire gauche.

Cas clinique 2 :

Il s'agit d'une jeune patiente qui nous a été adressée pour des tuméfactions faciales multiples évoluant depuis quelques mois. L'examen radiologique a permis de visualiser des images ostéolytiques au niveau maxillaire latéral gauche et tubérotaire du même côté et également au niveau mandibulaire droit.

Résultats :

Les résultats de la biopsie ont permis d'identifier un granulome central à cellules géantes dans les deux cas.

Sur la base des données histologiques, les résultats du bilan biologique (bilan phosphocalcique perturbé et le dosage de la parathormone élevé) le diagnostic d'une tumeur brune a été posé et une échographie cervicale a été demandé pour identifier la présence d'un nodule parathyroïdien.

Les patients sont adressés à l'endocrinologue pour la prise en charge.

Discussion :

L'hyperparathyroïdie peut se manifester par la présence de tumeur brune au niveau des maxillaires avec déformation et asymétrie du visage...

Le diagnostic repose sur la confrontation des données cliniques et les résultats des examens complémentaires (radiologique, le bilan biologique et l'examen histologique).

Conclusion :

Les tumeurs brunes des maxillaires peuvent être révélatrices d'une hyperparathyroïdie, d'où la nécessité d'un bilan clinique et biologique complet spécifiquement devant une lésion à cellules géantes.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

LOCALISATION RARE D'UN OSTEOSARCOMES PAROSTEAL DE LA MANDIBULE CHEZ UNE ADOLESCENTE DE 15ANS

E. Salah-Aiech*, S. Boudrioua, A. Saidi

Les sarcomes cervicofaciaux sont des tumeurs malignes très rares et représentent 1 % des tumeurs primitives de la région cervicofaciale avec une grande variété de sous-types histologiques .

L'ostéosarcome parostéal est une forme rare d'ostéosarcome développée à la surface de l'os.

Observation

Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 15 ans qui consulte pour une tuméfaction sous angulo-mandibulaire gauche indolore fixe mesurant environ 4.5 × 2.5cm évoluant depuis 08mois, sans retentissement endobuccale.

TDM de la face:

Exostose de la face médiale de l'angle mandibulaire gauche développée dans les parties molles profonde du cou

La patiente a bénéficié d'une exérèse chirurgicale de la totalité de la masse par voie cervicale haute, dont l'étude anatomopathologique en faveur d'un ostéosarcome parostéal de bas grade.

Le bilan d'extension est négatif .

Après décision de la RCP, la patiente n'a pas fait de chimiothérapie ni radiothérapie post opératoire.

Après une année, la patiente ne présente pas de signe de récurrence .ni métastases.

Discussion

L'ostéosarcome parostéal est une tumeur rare décrite pour la première fois par Gerschickter et Copeland en 1951 .

Elle est bien différenciée et de faible grade de malignité.

L'âge de survenue se situe entre 15 et 40 ans avec une légère prédominance féminine

Elle se caractérise par une évolution très lente, un bon pronostic et des métastases très rares.

Le traitement recommandé est chirurgical

Une chimiothérapie adjuvante peut être efficace sur les formes dédifférenciées

Le pronostic est bon si le malade est correctement traité.

Conclusion

L'ostéosarcome parostéal est une tumeur osseuse de bas grade de malignité qui se caractérise par son évolution lente et son bon pronostic Il donne rarement de métastases à distance.

Son traitement est essentiellement chirurgical.

Notre observation illustre la faible agressivité de cette tumeur et son bon pronostic marqué par l'absence de métastases.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

A PROPOS D'UN CAS : AMELOBLASTOME METASTATIQUE DE TYPE FOLLICULAIRE

D. Josserand*, L. Guyot

L'améloblastome est une tumeur épithéliale bénigne rare d'origine odontogène qui représente environ 18 % de la tumeur odontogène. Elle se comporte généralement comme une tumeur bénigne à croissance lente de la cavité buccale avec un taux de récurrence élevé, surtout lorsqu'elle est insuffisamment réséquée. Il s'agit d'une tumeur localement invasive mais rarement métastatique.

Une petite proportion d'améloblastomes métastasent vers des organes distants, les poumons représentant le site le plus courant de propagation métastatique.

Dans ce rapport, nous présentons le cas d'une femme de 61 ans avec 5 nodules pulmonaires parenchymateux dans un contexte d'améloblastome maxillo-mandibulaire multi opéré dont la première résection date d'il y a 11 ans.

Après de nouvelles biopsies maxillaires et pulmonaires, l'analyse histopathologique des lésions confirme le diagnostic d'améloblastome folliculaire récidivant maxillaire et métastatique pulmonaire non accessible à un traitement curatif chirurgical.

Nous étudierons la prise en charge de ce genre de cas ultra rare, concernant le bilan à réaliser (imagerie, biologie moléculaire) ainsi que l'axe thérapeutique envisagé et le suivi.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

CHONDROMATOSE SYNOVIALE DE L'ATM: A PROPOS D'UN CAS

K. Nini*, H. Elhadri, F. Mourabit, H. Elyachkouri, Y. Najim, M. Lakouichmi, M. Elbouihi, N. Mansouri Hattab

Introduction:

La chondromatose synoviale est une pathologie rare qui affecte les grosses articulations. Elle est exceptionnelle au niveau de l'ATM. Elle est due à une métaplasie synoviale produisant des corps cartilagineux. Elle est caractérisée par une évolution lente, une présentation clinique non spécifique, ce qui retarde son diagnostic.

Cas clinique:

Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 38 ans, dont la TDM a montré une tumeur cartilagineuse de l'ATM avec érosion de la fosse glénoïde sans extension endocrânienne. Une biopsie avec étude anatomopathologique a confirmé le diagnostic de chondromatose synoviale. Une arthrotomie avec lavage articulaire a été réalisée par un abord pré-auriculaire.

Discussion:

La chondromatose synoviale est une pathologie rare, bénigne qui touche essentiellement les grosses articulations, et affecte la femme jeune. Elle est caractérisée par une prolifération anormale du synovium, associée à la formation des corps cartilagineux et chondromes (1). L'IRM est le gold standard pour l'orientation diagnostique. La prise en charge thérapeutique reste chirurgicale (2). Les techniques chirurgicales sont réparties entre la chirurgie ouverte et l'arthroscopie. L'évolution est généralement favorable, la récurrence est corrélée à une résection incomplète.

Conclusion:

La chondromatose synoviale de l'ATM est une pathologie rare, silencieuse. Sa présentation clinique n'est pathognomonique et peut donc passer inaperçue. La confirmation diagnostique est histologique. Le traitement est chirurgical par l'ablation de tous les corps cartilagineux.

Références:

(1) Pau, M., Bicsák, A., Reinbacher, K. E., Feichtinger, M., & Kärcher, H. (2014). Surgical treatment of synovial chondromatosis of the temporomandibular joint with erosion of the skull base: a case report and review of the literature. *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 43(5), 600-605.

(2) Pastore, G. P., Goulart, D. R., Pastore, P. R., & Prati, A. J. (2016). Removal of a solitary synovial chondromatosis of the temporomandibular joint using arthroscopy. *Journal of Craniofacial Surgery*, 27(4), 967-969.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

L'AMELOBLASTOME , TUMEUR BENIGNE A COMPORTEMENT MALIN : A PROPOS DE 23 CAS

A. Badaoui*

Introduction : L'ameloblastome est une tumeur bénigne épithéliale odontogène histologiquement bénigne mais ayant un comportement malin par son pouvoir invasif et déformant local .

Matériel et méthodes :

L'étude a porté sur une série de 23 cas d'ameloblastome des patients traités dans le service de chirurgie maxillo-faciale du CHU de Sétif sur une période de 2 ans s'étalant entre octobre 2020 et février 2022 .

On a retenu que l'ameloblastome mandibulaire (endo-osseux) .

Résultats :

Le sexe est 12, 12 cas femmes , 10 cas hommes , un enfant .

Âge moyen 30 ans avec extrêmes âges entre 15 et 70 ans .

90% des patients consultent au stade symptomatique (tuméfaction et déformation) .

90% de localisation du corps mandibulaire .

Tous les patients ont été opérés (traitement conservateur et /ou traitement radical) .le type histologique est folliculaire 37 % , 03 cas de récurrence et un cas irradié

Discussion :

Relativement fréquent parmi les tumeurs odontogéniques mais rare si l'on considère des tumeurs et kystes mandibulaires .

Survient entre 3^{ème} et 4^{ème} décennie , dans notre série l'âge était de 30 ans avec des extrêmes entre 15 et 70 ans .il affecte autant le sexe féminin .

L'ameloblastome intéresse principalement la mandibule (80% des cas) la région de corps représente la localisation la plus fréquente +/- étendue vers l'angle mandibulaire .

Généralement se caractérise par la latence clinique , dans notre série tous les patients consultent au stade avancé .

Tous les patients de la série ont bénéficié de TDM .

Le choix thérapeutique ne peut être systématisé , tous les patients de la série sont opérés .

La récurrence n'est pas un échec thérapeutique .

Radiothérapie externe est toujours à discuter

Conclusion :

L'ameloblastome est une tumeur invasive qui malgré son caractère Bénin, l'exemple d'une singulière agressivité surtout par le caractère récurrent , il demande un diagnostic précis et une prise en charge appropriée avec un suivi régulier à long terme .

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentations(s).

TITRE INDEFINI

F. Mourabit*, C. Opango, S. Maidame, H. El Ghazoui, M. El Bouihi, N. Mansouri El Hattab

Introduction : L'améloblastome est une tumeur odontogène bénigne d'origine épithéliale localement invasive, il représente 1 % de toutes les tumeurs et kystes des maxillaires

Matériels et méthodes : étude descriptive, portant sur 3 cas de nos patients ayant présenté des améloblastomes géants suivis au sein de notre service de chirurgie maxillo-faciale, et ayant respecté les critères d'inclusion.

Résultats et discussion : Il a consisté à une analyse épidémiologique, histologique, thérapeutique et évolutive de ces tumeurs. L'âge moyen de nos patients est de 37 ans avec prédominance masculine.

Le délai de consultation varie de 1 an à 5 ans ; ce retard explique le caractère géant de l'améloblastome, A un stade avancé, la tuméfaction mandibulaire est la manifestation clinique dominante

Le bilan radiologique doit être systématique, il permet une orientation diagnostique. Ce dernier ne peut être confirmé que par l'étude anatomopathologique de la pièce d'exérèse.

Du fait de sa capacité d'envahir de façon inexorable tous les tissus environnants et de sa faculté de récurrence après énucléation, on lui attribue le qualificatif de tumeur bénigne à malignité locale. Ce qui explique la préférence d'une chirurgie plus radicale et mutilante dans le cadre de son traitement

Conclusion : Toute déformation mandibulaire présentant des allures d'une tumeur améloblastique devrait pousser le chirurgien dentiste à demander une radiographie panoramique dentaire afin de poser au moins le diagnostic d'une tumeur odontogène et d'orienter le patient

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

HEMANGIOME CAVERNEUX INTRAOSSEUX : LOCALISATION RARE A PROPOS D'UN CAS

O. Boukhoulouf*, AF. Habimana, M. Boulaadas

Introduction

Les hémangiomes osseux sont des lésions vasculaires rares, représentant 0,7 à 1 % de toutes les tumeurs osseuses primitives. La localisation zygomatique est très rare. L'imagerie permet de faire le diagnostic positif, mais contribue également dans la prise en charge thérapeutique. Nous rapportons, à cet effet, un cas d'hémangiome intra osseux de l'os zygomatique.

Rapport de cas

Mr B.M, âgé de 55 ans, présente depuis deux ans une tuméfaction jugale droite, indolore, sans signes inflammatoires en regard, immobile et dure à la palpation. Un scanner du massif facial a été réalisé .

Le patient a bénéficié d'une résection chirurgicale, et l'étude anatomopathologique de la pièce est revenue en faveur d'un hémangiome caverneux intra osseux de l'os zygomatique .

Discussion

L'hémangiome intra-osseux est une tumeur rare à croissance lente provenant d'un vaisseau sanguin nouvellement formé.

Elle touche avec prédilection les vertébrés et la voûte. Les localisations maxillo-faciales sont encore plus rares. Seulement 33 cas d'hémangiomes zygomatiques sont rapportés dans la littérature.

L'incidence maximale de ces malformations osseuses survient généralement au cours de la quatrième décennie de la vie, avec une prédominance féminine .

Histologiquement, on distingue trois types : capillaire, caverneux et mixte, l'hémangiome caverneux est cependant le plus fréquent .

La tomодensitométrie est la technique d'imagerie la plus utile, offrant d'excellents détails trabéculaires et corticaux.

Les techniques d'embolisation ont modifié radicalement l'approche thérapeutique et le pronostic de ces tumeurs vasculaires .Le traitement chirurgical est basé sur une résection en bloc incluant l'os normal en raison du risque hémorragique élevé.

Conclusion

L'hémangiome osseux est une tumeur vasculaire bénigne siégeant rarement au niveau maxillo-facial. La localisation zygomatique est très rare et présente un véritable défi sur le plan esthétique pour le chirurgien maxillo-facial .

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

KYSTE TERATOÏDE DU PLANCHER BUCCAL : A PROPOS D'UN CAS ET REVUE DE LA LITTÉRATURE

A. Raiss El Fenni*, B. Nshimiramana, S. Maidame, L. Arjda, M. Kouichmi, M. El Bouihi, N. Mansouri Hattab

Introduction :

Les kystes dermoïdes sont des tumeurs très rares qui dérivent de l'ectoderme, ils ne sont retrouvés dans la région cervico-faciale que dans 7% des cas . Ils sont classés en kyste épidermoïde, dermoïde vrai et térétoïde . Nous rapportons le cas d'un kyste térétoïde géant congénital du plancher buccal chez un enfant de 5 ans.

Matériel et méthodes : Cas clinique

Enfant de 5 ans, de sexe masculin, , qui s'est présenté dans notre formation pour une énorme masse du plancher buccalobstruant toute la cavité orale.

L'IRM a montré une masse sublinguale en hypersignal T2 suggérant un kyste dermoïde du plancher buccal .

Le patient a donc bénéficié d'une exérèse complète du kyste par abord muqueux Endobuccale. Les suites post-opératoiresétaient simples.

L'histopathologie a révélé la présence d'un kyste dermoïde de variété térétoïde.

Discussion :

Les kystes dermoïdes sont des tumeurs bénignes rares qui sont dues au piégeage des cellules ectodermiques lors de la fusion du 3ème et 4ème arcs branchiaux, ils sont le plus souvent situés sur la ligne médiane au plancher buccal et sont classés selon leur position par rapport aux muscles mylo- hyoïdiens .

Il existe 3 variétés de kystes dermoïdes:

l'épidermoïde, le dermoïde vrai et le térétoïde .

Cliniquement, les kystes dermoïdes se présentent sous forme d'une masse indolore lentement progressive qui refoule la langue et peuvent engendrer des difficultés respiratoires, phonatoires ou encore occlusales .

La présentation paraclinique est celle d'une lésion ovalekystique, en hypersignal T2.

Le traitement repose sur l'exérèse chirurgicale complète du kyste, les récurrences sont rares.

Conclusion :

Le kyste dermoïde de la langue est une malformation congénitale rare .

La variété térétoïde, caractérisée par la présence d'un épithélium cilié respiratoire est exceptionnelle.

Le diagnostic précoce permet une prise en charge thérapeutique adéquate et évite les complications fonctionnelles et morphologiques .

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

APPORT DE L'IMPRESSION 3D DANS LA PLANIFICATION CHIRURGICALE ET L'EXERERE DE KYSTES ET TUMEURS BENIGNES DES MAXILLAIRES : UNE REVUE SYSTEMATIQUE DE LA LITTERATURE

S. Gernandt*, O. Tomasella, S. Paolo, F. Mathilde

L'objectif principal de cette étude, était d'évaluer, au travers d'une revue systématique de la littérature, l'apport de l'impression 3D pour la prise en charge des lésions osseuses bénignes maxillaire et/ou mandibulaire en chirurgie orale et maxillo-faciale. L'objectif secondaire était de fournir des suggestions pratiques pour choisir la technique et le matériau d'impression en fonction de l'indication et de montrer son intérêt en pédagogie et comme outil de communication avec le patient.

Une revue systématique de la littérature a été réalisée à partir d'articles issus de deux bases de données : PubMed et Scopus. Le protocole de cette revue systématique a été enregistré dans PROSPERO. Le diagramme de flux PRISMA ainsi que la méthode PICO ont été utilisés pour la sélection des études. Les bases de données ont été consultées jusqu'au 27 décembre 2022.

14 articles portant sur 83 patients ont été inclus dans l'étude. Douze études portaient sur l'intérêt de l'impression 3D pour l'exérèse de lésions osseuses bénignes, une étude sur la décompression de lésions kystiques, et une étude rapportait son utilisation pour la réalisation de biopsies osseuse. Les paramètres étudiés étaient la planification pré opératoire, la précision du tracé de l'ostéotomie, le temps opératoire, le taux de réussite de l'exérèse ainsi que les risques et complications per et post opératoire.

Les guides chirurgicaux réalisés dans cette indication semblent améliorer la précision du tracé d'ostéotomie conduisant à un abord moins invasif et à une localisation exacte de la lésion. Une diminution du temps opératoire et une réduction des complications per et post opératoires ont également été rapportées. La conception de modèles anatomiques en 3D semble être un outil efficace pour la simulation pré opératoire, l'entraînement et pour la formation et l'apprentissage en chirurgie orale et maxillo-faciale ainsi qu'un moyen de communication avec le patient.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

HYPERCONDYLIE UNILATERALE ET CONDYLECTOMIE : A PROPOS D'UN CAS

Y. Bennaoui*, B. Nshimirimana, L. Arjda, H. Ghazoui, Z. Aziz, N. Mansouri Hattab

INTRODUCTION

L'hypercondylie unilatérale est une pathologie bénigne d'origine méconnue, avec un retentissement morphologique type asymétrie faciale , et fonctionnel essentiellement le trouble de l'articulé dentaire

Matériel et Méthodes :

Notre étude est à propos d'un cas d'hypercondylie unilatérale droite , d'origine méconnue chez un jeune , dont le retentissement majeur été l'asymétrie faciale ce qui l'a motivé à consulter .

Résultats :

La TDM avait montré l'hypercondylie avec la déformation de la tête et allongement de la Branche horizontale, et la scintigraphie a confirmé la forme inactive , ce qui indiqué notre PEC chirurgicale.

Discussion :

La revue de de la littérature concorde avec notre étude, ou le mécanisme de l'hypercondylie est souvent idiopathique, le retentissement majeur est l'asymétrie faciale avec les troubles oclusaux , la TDM est l'examen de confirmation et de classification , et la scintigraphie qui reste indispensable pour la conduite thérapeutique chirurgicale ou autre.

Conclusion :

Bien que la prise en charge ne soit pas consensuelle, la condylectomie est pratiquée par une majorité d'auteurs et reste l'intervention chirurgicale clé de cette pathologie. Une prise en charge orthognathique est parfois nécessaire.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

OSTEOME PARANASaux : REVUE DE LA LITTÉRATURE ET A PROPOS D'UN CAS.

B. Bendali*, A. Jaifi, D. Ndelafai, I. El Absi, M. El Kouichmi, M. El Bouihi, N. Mansouri Hattab

Introduction : Les ostéomes paranasaux sont des tumeurs bénignes rares dont l'évolution clinique est mal documentée. Leur localisation craniofaciale peut faire partie d'un syndrome. Nous rapportons un cas d'ostéome du sinus maxillaire et éthmoïde ..

Matériel et méthode : rapport de cas , et revue de la littérature

Résultats : Un homme de 18 ans consulte pour une tuméfaction jugale avec exophtalmie. Le scanner évoquait un ostéome du sinus éthmoïde étendu en maxillaire. Macroscopiquement, une tumeur osseuse . L'examen anatomopathologique a conduit au diagnostic d'ostéome ostéoïde.

Discussion : Plusieurs hypothèses ont été émises sur l'étiologie des ostéomes sinusaux. Leurs difficultés de prise en charge se posent surtout devant les ostéomes géants à localisation difficile avec un haut potentiel de séquelles morphologiques .

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentations(s).

UN DIAGNOSTIC RARE D'UNE TUMEUR DU CUIR CHEVELU

Y. Ben Arif*, H. Touil, N. Ben Ahmed, H. Mabrouk, M. Bouzaiene

Introduction :

La localisation de la tumeur fibreuse solitaire au niveau du cuir chevelu est exceptionnelle. C'est une tumeur rare, ubiquitaire, d'origine mésenchymateuse touchant essentiellement les surfaces sereuses. Nous rapportons un cas de tumeur fibreuse solitaire de siège occipital et nous discutons les particularités anatomopathologiques et évolutives ainsi que les difficultés diagnostiques de cette tumeur.

Matériel et méthodes :

Une patiente âgée de 36 ans, nous a été adressée pour une tuméfaction de la région occipitale gauche de 5 cm de grand axe ayant augmenté progressivement de volume, sans signes généraux associés.

Résultats et discussion :

La TDM cervicale a objectivé une masse occipitale, de contours réguliers, hypodense, se rehaussant fortement après injection veineuse de produit iodé, évoquant une malformation vasculaire. Une IRM a été alors réalisée, et a révélé une masse intra musculaire en hypersignal en séquences pondérées T1 et T2 prenant fortement le contraste près injection de Gadolinium. L'artériographie a montré une masse hyper vasculaire bien limitée avec rehaussement intense et homogène après injection du produit de contraste. Une embolisation hyper sélective a été alors réalisée, suivie d'une exérèse chirurgicale complète de la masse.

Devant l'aspect morphologique et le profil immunohistochimique, nous avons retenu le diagnostic de tumeur fibreuse solitaire complètement réséquée de la région occipitale.

Conclusion :

La tumeur fibreuse solitaire est rare mais ubiquitaire. Un seul cas du cuir chevelu a été décrit jusqu'à maintenant. Elle pose cliniquement un problème de diagnostic positif d'où l'intérêt de l'examen anatomopathologique, et l'immunohistochimie qui confirme le diagnostic par la positivité quasi constante du CD34. Sa prise en charge impose une exérèse chirurgicale large et une surveillance clinique régulière et prolongée afin de guetter une éventuelle récurrence ou transformation maligne.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

ADENOME PLEOMORPHE GEANT DU PALAIS

A. Jaïfi*, F. Fettaïl, L. Arjdaïl, EB. Mohamed, N. Mansouri Hattab

Introduction :

L'Adénome pléomorphe est une pathologie bénigne des glandes salivaires, plus fréquente au niveau de la parotide, mais rare au niveau du palais. L'objectif de notre travail est d'exposer cette localisation rare de la pathologie afin de la discuter à la lumière des données de littérature

Matériels et méthodes

Nous rapportons le cas d'un adénome pléomorphe du palais, pris en charge au sein du service de chirurgie maxillo-faciale et esthétique, CHU Mohamed VI de Marrakech-Maroc

Présentation de cas :

il s'agit d'un patient âgé de 53 ans, sans antécédents, chez qui le diagnostic d'adénome pléomorphe a été retenu sur l'analyse d'une biopsie d'une énorme lésion occupant l'hémipalais droit et dépassant la ligne médiane, de surface lisse sans ulcération ni bourgeonnement, La TDM a montré un processus tissulaire palatin avec lyse osseuse, sans extension intrasinusienne notable ni envahissement des structures locorégionales

Le traitement a consisté à une exérèse large de la tumeur avec des marges saines à 1 cm, par voie endobuccale.

Discussion :

L'adénome pléomorphe du palais est une pathologie bénigne rare, sans traitement adéquat, ces tumeurs tendent à l'extension et la destruction tissulaire, le traitement de choix est l'exérèse chirurgicale large avec des marges de sécurité afin d'éviter le risque de récurrence locorégionale et de transformation maligne

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentations(s).

DECOMPRESSION D'UN KERATOKYSTE ODONTOGENE CHEZ UN PATIENT ATTEINT DU SYNDROME DE GORLIN-GOLTZ

Y. Sibari*, S. Dghoughi

INTRODUCTION :

Le syndrome de Gorlin-Goltz (SGG) est une maladie génétique rare caractérisée par une triade de symptômes incluant des carcinomes basocellulaires, des kératokystes odontogènes (KKO) et des malformations squelettiques. Les kératokystes odontogènes associés au SGG sont agressifs, multiples et récurrents. La prise en charge optimale de ces KKO représente un défi, nécessitant des approches thérapeutiques adaptées.

L'objectif de ce travail est de mettre en avant l'intérêt de la décompression dans le traitement d'un kératokyste odontogène évoluant dans le cadre du syndrome de Gorlin et Goltz.

MATERIELS ET METHODES :

Une patiente âgée de 36 ans atteinte du syndrome de Gorlin-Goltz associant des manifestations dermatologiques et un kératokyste s'étalant de la 2^{ème} molaire inférieure gauche à l'angle mandibulaire gauche a été traitée par décompression.

RESULTATS ET DISCUSSION :

Une régression significative du kyste et une réossification complète ont été observées dans un délai d'un an. Ces résultats favorables étaient en accord avec les données de la littérature. Toutefois, il convient de noter que des variations peuvent exister quant à la réponse au traitement et au risque de récurrence, soulignant l'importance d'un suivi à long terme.

La décompression se positionne comme une option thérapeutique appropriée dans la gestion des kératokystes odontogènes associés au syndrome de Gorlin-Goltz. Elle permet de réduire la pression intra-kystique et favorise ainsi la régression des lésions. Cependant, une approche multidisciplinaire et une surveillance étroite sont nécessaires pour détecter toute récurrence éventuelle et assurer un suivi à long terme.

CONCLUSION :

La décompression s'avère être efficace dans la gestion des kératokystes odontogènes associés au syndrome de Gorlin-Goltz. Des études supplémentaires sont nécessaires pour mieux comprendre les facteurs influençant la réponse au traitement et améliorer la prise en charge de ces patients.

Mots-clés: Kératokyste odontogène- syndrome de Gorlin-Goltz- décompression

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

FIBROME OSSIFIANT : CHIRURGIE ET RESTAURATION DES FONCTIONS

R. El Gaouzi*, S. Chbicheb

Introduction : Le fibrome ossifiant périphérique (FOP), est une tumeur bénigne des maxillaires, qui se manifeste cliniquement par un nodule gingival ferme, de couleur identique à la gencive normale ou légèrement érythémateux et dont le volume n'excède pas 1,5 cm de diamètre, cependant, un fibrome ossifiant périphérique de grande taille est rare.

Observation : Il s'agit d'une patiente âgée de 42 ans, avec un déficit mental léger qui s'est présentée en consultation pour une masse gingivale, asymptomatique dans la région mandibulaire gauche, évoluant depuis deux ans. La masse gingivale était grande de taille mesurant 6cm x 4cm de diamètre, ce qui a engendré des problèmes esthétiques, occlusaux, fonctionnels, ainsi que des difficultés à l'alimentation. Le traitement a consisté en une exérèse chirurgicale complète, et l'examen anatomopathologique a révélé le diagnostic d'un fibrome ossifiant périphérique.

Discussion : Il existe très peu de cas de fibrome ossifiant périphérique dépassant 1.5cm dans la littérature. Ce cas clinique montre que le fibrome ossifiant périphérique peut se développer et atteindre des dimensions inhabituelles pouvant contribuer à des problèmes occlusaux. Le diagnostic du fibrome ossifiant périphérique est basé sur les caractéristiques cliniques et radiographiques, mais l'examen histopathologique est d'une importance primordiale pour établir un diagnostic final.

Conclusion : Le Fibrome ossifiant périphérique doit être excisé complètement pour diminuer le taux de récurrence des lésions, et restaurer les fonctions occlusales.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

OSTEOME OSTÉOÏDE DES MAXILLAIRES : DU DIAGNOSTIC AU TRAITEMENT

R. El Gaouzi*, S. Chbicheb

Introduction : L'ostéome ostéoïde est une tumeur osseuse bénigne qui siège préférentiellement sur les os longs, notamment des membres inférieurs. Il est très rarement retrouvé au niveau de la tête et du cou.

Observation : il s'agit d'une femme âgée de 64 ans adressée par le service de prothèse adjointe. L'examen endobuccale ne montre rien de particulier. L'examen radiographique montre une image mixte mandibulaire gauche. La lésion a été traitée par exérèse chirurgicale, et l'examen anatomopathologique a révélé le diagnostic d'un ostéome ostéoïde.

Discussion : Cette tumeur se manifeste classiquement par des douleurs inflammatoires à recrudescence nocturne soulagées par les salicylés. L'ostéome ostéoïde pouvant facilement être confondu avec un cémentome, un fibrome ossifiant ou un ostéoblastome, le diagnostic nécessite la confrontation des examens clinique, radiologique et anatomopathologique.

Conclusion : L'ostéome ostéoïde est une tumeur osseuse bénigne rare dont le diagnostic repose essentiellement sur l'examen anatomopathologique.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

AMELOBLASTOME MANDIBULAIRE : NOTRE EXPERIENCE

M. El Fatihi*, B. Nshimiramana, B. Bendali, L. Arjdal, H. Ghazoui, S. El Gastli, Z. Aziz, N. Mansouri Hattab

Introduction

L'améloblastome est une tumeur odontogène bénigne mais localement invasive et potentiellement récidivante. L'objectif de notre travail est de rapporter l'expérience du service de chirurgie maxillofaciale du CHU Mohamed IV de Marrakech, dans la prise en charge de ces tumeurs .

Patients et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective sur 12 patients opérés pour améloblastome mandibulaire dans le service de Chirurgie Maxillo- Faciale et esthétique du CHU MOHAMMED VI de MARRAKECH ,entre 2020 et 2023.

Résultats

Il existait une nette prédominance féminine (66%). L'âge moyen était de 35 ans. Dans notre étude. L'aspect radiologique kystique d'améloblastome était le plus vu dans 80% des cas. Le traitement conservateur en 1ère intention a été réalisé chez 2 patients qui ont eu une récurrence.

Discussion

Notre étude concorde avec les données de la littérature et confirme la supériorité de la chirurgie radicale face à la problématique du potentiel récidivant de l'améloblastome.

Mots-Clés : améloblastome, mandibule, chirurgie conservatrice, chirurgie radicale, récurrence

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

UN KYSTE ODONTOGENE CALCIFIE : A PROPOS D'UNE LOCALISATION MANDIBULAIRE

M. Benalia*, A. Touat, D. Benameur Belkacem, K. Hirache

Introduction

Le kyste de Gorlin ou kyste odontogène calcifié (KOC) a été décrit en 1962 par Gorlin, Il s'agit d'une tumeur épithéliale rare avec induction du mésenchyme, d'évolution lente.

Cas clinique

Il s'agit d'un patient âgé de 17 ans, adressé à notre consultation pour une tuméfaction mandibulaire siégeant au niveau de la région symphysaire à la région angulaire droite de grande taille, l'examen TDM objective une ostéolyse importante atteignant les deux tables osseuses ainsi que le rebord basilaire extériorisée au niveau des parties molles. Le patient a subi une mandibuléctomie segmentaire interromptrice avec mise en place d'une plaque en titane, l'examen anatomopathologique de la pièce opératoire est revenu en faveur d'un KOC. Les suites opératoires ont été simples.

Discussion

Le kyste odontogénique calcifié est une tumeur bénigne rare, la symptomatologie est fruste, voire sans spécificité, dans notre cas, la symptomatologie s'est résumée en une tuméfaction très importante affectant l'étage inférieur de la face. Ce kyste survient à n'importe quelle époque de la vie, avec une légère prédilection pour la deuxième et troisième décennie. Dans 80 % des cas, le kyste est intra osseux, presque toujours en zone dentée, exceptionnellement en zone édentée.

A la radiographie, la lésion apparaît comme une zone claire bien délimitée contenant des quantités variables de matériel opaque localisée à l'intérieur de l'os, elle ressemble souvent de façon frappante à un améloblastome. Les cellules épithéliales << en fantôme >> souvent calcifiées, constituent un des caractères les plus distinctifs du KOC, bien que de telles cellules se rencontrent également dans d'autres lésions, dont l'améloblastome. Le traitement recommandé est l'énucléation chirurgicale. Les récurrences sont rares.

Conclusion

Le KOC est le plus souvent asymptomatique, se manifeste par une tuméfaction d'évolution lente, cependant une croissance importante et tendance à l'infiltration des tissus adjacents ont été décrites.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

GESTION D'UNE ABSENCE DE LA 11 ASSOCIEE A UN ODONTOME COMPOSE : A PROPOS D' UN UN CAS

R. Hariri*, K. El Harti

Introduction : L'absence de dents permanentes peut poser des défis esthétiques et fonctionnels chez les patients jeunes. Nous présentons un cas clinique d'une adolescente de 16 ans avec une absence de la dent 11 associée à un odontome composé, mettant en évidence la présentation clinique, le diagnostic et les options de traitement envisagées.

Présentation du cas : Une adolescente de 16 ans a consulté pour l'absence de la dent 11. Les examens ont révélé une dent 11 incluse en position horizontale, entourée d'une image radio-opaque avec des dents rudimentaires, indiquant un odontome composé. Le traitement a commencé par l'élimination de la lésion pour permettre l'éruption de la dent, mais après un an de suivi, il n'y a eu aucune évolution significative. La patiente a décidé d'opter pour une solution prothétique plutôt que de poursuivre un traitement orthodontique long et coûteux.

Discussion : Dans le cas présenté, malgré la tentative de dégagement chirurgical de la dent et une période de suivi, l'éruption de la dent n'a pas été suffisamment réussie pour permettre une solution orthodontique. Par conséquent, la patiente a opté pour une option prothétique afin de restaurer l'esthétique et la fonction.

Conclusion : Nous rapportons un cas clinique d'absence de la dent 11 associée à un odontome composé chez une adolescente. La prise en charge de tels cas nécessite une évaluation approfondie, une planification précoce et une communication étroite entre les différentes spécialités. Les options de traitement doivent être adaptées en fonction des besoins individuels et des préférences du patient pour obtenir des résultats esthétiques et fonctionnels optimaux.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

UN CAS RARE DE DYSPLASIE CEMENTO-OSSEUSE ASSOCIEE A UNE INFECTION PAR ACTINOMYCES : PRESENTATION CLINIQUE ET PRISE EN CHARGE.

R. Hariri*, K. El Harti

Introduction :

La dysplasie cémento-osseuse est une lésion fibro-osseuse bénigne affectant les mâchoires, caractérisée par le remplacement de l'os normal par un tissu anormal ressemblant au ciment. Nous présentons un cas de dysplasie cémento-osseuse associée à une infection par Actinomyces, mettant en évidence la présentation clinique, le diagnostic et le traitement.

Présentation du cas :

Une patiente de 54 ans, sans antécédents médicaux significatifs, s'est présentée avec des douleurs localisées au niveau de la région mandibulaire droite. La patiente a déclaré endurer ces douleurs depuis plus de trois mois, avec une récente aggravation. L'examen exobuccal était normal, mais l'examen endobuccal a révélé une exposition osseuse de couleur noirâtre entourée d'une muqueuse érythémateuse. La palpation vestibulaire était douloureuse et entraîne un écoulement purulent. L'examen radiographique révèle une lésion radiopaque dans la région prémolaire, évoquant la présence d'un foyer dysplasique. Le traitement a consisté en une antibiothérapie pour traiter l'infection locale, suivie de l'exérèse du foyer dysplasique. L'examen anatomopathologique a confirmé le diagnostic de dysplasie cémento-osseuse associée à l'infection par actinomyce.

Discussion :

La dysplasie cémento-osseuse est généralement asymptomatique et découverte de manière fortuite lors d'examens radiographiques de routine. Cependant, le cas présenté a montré des symptômes, tels que des douleurs localisées, une exposition osseuse et une inflammation de la muqueuse. L'association de l'actinomycose avec la dysplasie cémento-osseuse est extrêmement rare. Un diagnostic précoce et une intervention rapide ont été essentiels pour traiter l'infection et prévenir d'autres complications.

Conclusion :

Nous rapportons un cas rare de dysplasie cémento-osseuse associée à une infection par actinomyces, se manifestant par des douleurs localisées et une infection. Les cliniciens doivent être conscients de ces présentations inhabituelles et envisager des évaluations diagnostiques complètes pour établir un diagnostic précis. Une intervention précoce, comprenant une antibiothérapie appropriée et l'exérèse chirurgicale, permet une résolution réussie des symptômes et favorise la cicatrisation du site.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

Glandes salivaires

LES TUMEURS DE LA GLANDE SUBMANDIBULAIRE : ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES, THERAPEUTIQUES ET MODALITES EVOLUTIVES

A. Sabr*, F. Slimani

Introduction :

Les tumeurs des glandes salivaires constituent 3% des tumeurs cervico-céphaliques. Les tumeurs des glandes submandibulaires représentent 10% des tumeurs des glandes salivaires principales. Le diagnostic est orienté par des arguments cliniques et radiologiques et repose sur l'étude anatomopathologique de la pièce de submandibulectomie. Un retard diagnostic ou thérapeutique assombrit le pronostic.

Matériel et méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective, s'intéressant à 16 patients opérés pour tumeurs de la glande submandibulaire au niveau du service de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale de l'hôpital 20 Août 1953 de Casablanca, entre le 1er Janvier 2017 et le 31 Décembre 2022.

Résultats :

62,5% étaient de sexe féminin. La moyenne d'âge était de 50 ans. Le motif de consultation prédominant était la tuméfaction submandibulaire suivie par la douleur. Tous les patients ont bénéficié d'une échographie cervicale en premier suivie par une TDM cervicale dans 75% des cas et d'une IRM cervicale dans 25% des cas. Le résultat de l'examen extemporané était bénin dans 81,2%. Le résultat anatomopathologique de la pièce de submandibulectomie a objectivé un adénome pléomorphe chez 81,2% des patients, un carcinome adénoïde kystique dans 12,5% des cas et un carcinome muco-épidermoïde dans 6,3% des cas. La récurrence tumorale a été observée chez 2 patients opérés pour adénome pléomorphe.

Discussion :

Les tumeurs des glandes submandibulaires ont un taux élevé de malignité. Elles se manifestent généralement sous forme d'une tuméfaction indolore de croissance lente. La malignité est à suspecter devant une tumeur douloureuse, dure, fixe, avec présence d'adénopathie satellite et d'invasion cutanée ou osseuse. L'imagerie médicale (TDM/IRM) permet de confirmer le diagnostic et déterminer le degré d'extension locale de la tumeur. La prise en charge thérapeutique consiste à une exérèse tumorale avec examen extemporané afin de compléter avec un curage ganglionnaire cervical homolatéral et un traitement adjuvant en post-opératoire en cas de malignité.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

MALADIE DE KIMURA A LOCALISATION CERVICO-FACIALE : A PROPOS DE DEUX CAS

R. El Azzouzi*, S. Benwadih, M. Boulaadas

Introduction :

La maladie de Kimura est une pathologie inflammatoire chronique très rare d'étiologie inconnue. Il s'agit d'un processus de réaction allergique ou auto-immune impliquant les vaisseaux sanguins, les lymphocytes et les éosinophiles.

Observation :

Nous rapportons un premier cas de maladie de Kimura avec localisation cervicale chez un patient de 37 ans qui a vu l'apparition d'une tuméfaction de la région parotidienne droite évoluant depuis 2 ans. Le patient a bénéficié d'une parotidectomie totale droite, l'étude anatomopathologique de la pièce tumorale est revenue en faveur d'une maladie de Kimura.

Un deuxième cas d'un homme de 20 ans qui a présenté l'évolution de 3 tuméfactions de la région pré-auriculaire droite, jugale gauche et de la région sous mentale depuis 5 ans. Le patient a subi une biopsie de la masse sous-mentale, l'étude anatomopathologique a confirmé le diagnostic de maladie de Kimura. Le patient a bénéficié d'une corticothérapie. L'évolution a été spectaculaire, sans récurrence avec un recul de 12 mois.

Discussion:

La maladie de Kimura se caractérise cliniquement par des nodules sous-cutanés de localisation cervico-faciale, une augmentation du volume des glandes salivaires et des adénopathies satellites. Son diagnostic est histologique basé sur l'identification d'une hyperplasie folliculaire avec des abcès à polynucléaires éosinophiles. Le traitement est le plus souvent chirurgical mais dans certains cas une corticothérapie est proposée.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

ADENOME PLEOMORPHE GEANT DE LA PAROTIDE

C. Assouan*, A. Salami, B. Ettien, F. Seguy, D. N'Guessan, E. Anzouan, E. Konan

Introduction

L'adénome pléomorphe est la plus fréquente des tumeurs bénignes de la parotide. Il peut évoluer sur plusieurs années aboutissant à une tumeur géante. Ces tumeurs géantes ont une répercussion esthétique fonctionnelle et psychosociale. Au travers de l'observation d'un cas, nous rapportons les causes du retard diagnostique et notre attitude thérapeutique.

Observation

Patient de 46 ans a consulté pour une tumeur parotidienne droite évoluant depuis 10 ans. Dans les antécédents, on note une exérèse tumorale en 2021. L'examen clinique a retrouvé un bon état général, une volumineuse tumeur parotidienne droite de 25cm du grand axe. La tumeur était ferme, indolore et recouverte d'une peau portant la cicatrice de la première intervention. Il n'existait pas de paralysie faciale périphérique ni d'adénopathies cervico-faciales. L'examen endobuccal a objectivé un comblement vestibulaire et pharyngien droits. La pression de la tumeur ne laissait pas sourdre de salive à l'ostium du conduit parotidien. La tomodensitométrie a retrouvé une formation liquidienne multiloculée s'étendant de la région parotidienne à la région sus-claviculaire droite. Une parotidectomie totale avec sacrifice du nerf facial a été réalisée. La tumeur pesait 3,5 Kg. L'examen histologique de la pièce opératoire a mis en évidence un adénome pléomorphe de la parotide. Les suites opératoires ont été simples.

Discussion

L'itinéraire thérapeutique des patients qui relègue en dernier plan les structures sanitaires modernes est à l'origine du retard diagnostique et de la prise en charge tardive. L'augmentation progressive de volume et la longue durée d'évolution ont abouti à cette tumeur géante. La parotidectomie totale avec sacrifice du nerf facial a été notre option thérapeutique.

Conclusion

La prise en charge précoce permet la réinsertion sociale et professionnelle des patients

Mots clés : Adénome pléomorphe, glande parotide

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

UNE AGRESSIVE TUMEUR SUBLINGUALE DROITE REVELANT UN ADENOCARCINOME CANALAIRE SALIVAIRE : A PROPOS D'UN CAS

A. Oussalem*, ZA. Baba Hassene, M. Boulaadas

INTRODUCTION

L'adénocarcinome canalaire (CC) des glandes salivaires est une tumeur très rare. Il siège préférentiellement dans la glande parotide, dans la glande maxillaire et exceptionnellement dans les glandes salivaires accessoires.

Il se distingue des autres carcinomes des glandes salivaires par son agressivité locorégionale, la fréquence de son évolution métastatique et son pronostic défavorable.

OBSERVATION

Nous rapportons le cas d'un patient âgé de 60 ans, sans antécédent, qui a consulté très tardivement pour un processus tumoral bourgeonnant au niveau de la cavité buccale, très agressif, douloureux, saignant au contact, faisant corps à la mandibule et au maxillaire ainsi qu'au palais avec lyse osseuse.

Une TDM du massif facial a été faite revenant en faveur d'un processus tumoral à point de départ glandulaire sublingual droit envahissant le palais osseux et l'os alvéolaire avec ADP cervicales bilatérales.

Une biopsie avec étude immunohistochimique sont revenues en faveur d'un ADK canalaire salivaire.

Malheureusement, l'état du patient été très avancé et dépassé chirurgicalement. Le patient a été adressé pour un complément de traitement palliatif.

DISCUSSION

L'ADK canalaire des glandes salivaires atteint principalement la glande parotide. C'est une tumeur agressive avec une tendance à la récurrence locale et un taux de diffusion métastatique élevé.

Le traitement des formes localisées est la chirurgie et la radiothérapie à dose efficace.

La chimiothérapie est réservée principalement aux formes diffuses ou métastatiques.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

UNE ETIOLOGIE RARE D'UNE ULCERATION PALATINE : LA SIALOMETAPLASIE NECROSANTE, A PROPOS D'UNE OBSERVATION

Y. Ben Arif*, H. Touil, N. Ben Ahmed, H. Mabrouk, M. Bouzaiene

Introduction :

Les ulcérations de la muqueuse palatine peuvent révéler de nombreuses entités pathologiques, et en particulier les cancers des glandes salivaires accessoires. Plus rarement, elles peuvent correspondre à des nécroses ou à des inflammations spécifiques. La sialométoplasie nécrosante est une affection bénigne et rare, touchant principalement les glandes salivaires palatines. En se basant sur une observation clinique, nous exposons les particularités cliniques, histologiques et évolutives de cette pathologie.

Matériel et méthodes :

Il s'agit d'une patiente de 73 ans, non tarée, totalement édentée, qui présente une lésion douloureuse palato-maxillaire gauche, évoluant depuis 3 mois. L'anamnèse rapporte la notion de prothèse ancienne mal adaptée. L'examen clinique trouve une ulcération, arrondie, de 2cm, bien limitée, à centre nécrosé et aux bords surélevés. Le reste de la muqueuse buccale est sans anomalie ainsi que les aires ganglionnaires cervicales.

Résultats et discussion :

Le scanner du massif facial a montré une lyse osseuse localisée sur le versant palatin du lit des 27 et 28. Une pathologie maligne à type de carcinome muco-épidermoïde a été évoquée. Une exérèse de la lésion avec une marge de 1cm et emportant l'os en regard, a été réalisée. L'examen histologique a conclu à une sialométoplasie nécrosante.

Conclusion :

La sialométoplasie nécrosante a été décrite pour la première fois en 1973, par Abrams. Il s'agit d'une affection inflammatoire, non néoplasique, touchant préférentiellement les glandes salivaires accessoires palatines, chez des sujets de sexe masculin, de 40 à 50 ans. L'étiopathogénie est mal élucidée. Cependant, certains facteurs pourraient être incriminés tels que la mauvaise hygiène, les prothèses mal adaptées, la radiothérapie et le diabète. Le diagnostic différentiel clinique et histologique est dominé par les carcinomes épidermoïde et muco-épidermoïde. Malgré une évolution spontanément favorable, devant tout retard de rémission, une exérèse radicale est justifiable pour ne pas passer à côté d'un cancer.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

MUCOCELE DE LA MUQUEUSE ORALE: DU DIAGNOSTIC AU TRAITEMENT

R. El Gaouzi*, S. Chbicheb

Introduction : Les mucocèles ou les kystes mucoïdes sont définis comme des cavités remplies de mucus pouvant apparaître dans la cavité buccale. Ce sont des lésions relativement fréquentes de la muqueuse buccale résultant d'une altération des glandes salivaires accessoires due à une accumulation de mucus.

Observation : A travers notre travail nous allons présenter une série de cas cliniques de mucocèle traités au service de chirurgie orale, leurs diagnostics et leurs modalités de traitement.

Discussion : Les facteurs étiologiques comprennent les traumatismes accidentels : Brossage dentaire et aux habitudes de morsure ou de succion, ainsi que l'obstruction partielle ou totale des canaux par une micro-lithiase salivaire. Les mucocèles se présente cliniquement par une tuméfaction kystique fluctuante ou rénitente, asymptomatique, de taille variable. Plusieurs techniques opératoires ont été décrites comme l'ablation chirurgicale, l'injection intra-lésionnelle de corticostéroïdes, la cryochirurgie, ou la marsupialisation.

Conclusion : Le kyste mucoïde concerne essentiellement les glandes salivaires accessoires, et son siège préférentiel est la muqueuse labiale inférieure.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

Pathologie tumorale maligne

CARCINOME EPIDERMOÏDE FACE INTERNE DE LA JOUE ETENDUE A LA MANDIBULE ET L'AMYGDALE.

H. Hammoud*, SA. Barkou

Introduction:

Le carcinome de la face interne de la joue (FIJ) est plus rare que les autres carcinomes de la face, a tendance à envahir rapidement les structures du voisinage.

Cliniquement la symptomatologie est commune avec les tumeurs de la cavité buccale, avec une spécificité d'expression cutané jugale.

L'exploration repose essentiellement sur l'IRM, mais un bilan d'extension loco-régionale précis et à distance est primordiale pour une prise en charge adéquate et radicale de la tumeur qui n'autorise quasiment pas d'échec thérapeutique.

La chirurgie reste le traitement principal complété par la radio-chimiothérapie.

Matériels et méthodes:

Patiente âgée de 63 ans, sans antécédents particuliers, qui présente une lésion de la face interne de la joue gauche qui ne consulte pas jusqu'à ce que la tumeur provoque des douleurs lors des repas;

L'examen retrouve une lésion ulcéro-bourgeonnante de la FIJ étendue a la crête mandibulaire de la branche horizontale et le pilier antérieur et la limite antérieure de l'amygdale gauche, et ne dépassant pas le ligne occlusale de la FIJ.

Multiplés adénopathies homolatérale la plus grande fait 1.6 cm.

IRM et le scanner définissent les limites et nous permettent de classer la lésion: T4N2bMO.

Opérée : exérèse de la tumeur en emportant la partie inferieur du buccinateur ainsi partie horizontale de la mandibule et plancher de la langue et l'amygdale en postérieur; Curage fonctionnelle homolatérale; Réparation par lambeau pédiculé grand pectoral.

Résultats et discussion:

Le carcinome de la FIJ reste très rare.

Touche préférentiellement le sexe masculin; Leur fréquence est augmenté chez les tabagiques (chique) et les alcooliques.

De bon résultat lorsqu'il est découvert précocement; mais reste de mauvais pronostique même s'il est bien pris en charge.

Conclusion:

La prévention et la prise en charge précoce des lésions précancéreuses reste le meilleur moyen pour un résultat optimal.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

REPARATION CHIRURGICALE DES PERTES DE SUBSTANCE DE LA LEVRE INFÉRIEURE D'ORIGINE CARCINOLOGIQUE PAR DEUX TECHNIQUES CHIRURGICALE DIFFÉRENTE (A PROPOS DE 02 CAS)

M. Chergui*, A. Bourihane, A. Chahrour, A. Djebarni, Y. Bitam, S. Barkou

Introduction : Les carcinomes de la lèvre inférieure sont souvent de type épidermoïdes, leur prise en charge chirurgicale doit affronter à un défi double : celui d'une excision carcinologique et d'une réparation plastique tridimensionnelle adéquate avec un minimum de préjudices fonctionnels et esthétiques.

Matériels et méthodes: Nous présentons une étude effectuée sur 02 patients de sexe masculin âgés respectivement de (61 et 73) ans avec illustrations des photos. Ces patients opérés pour un carcinome de la lèvre inférieure dont l'excision chirurgicale laisse place à une perte de substance de pleine épaisseur (cutanée, muqueuse et musculaire). C'est après contrôle histologique des limites d'excision de la pièce opératoire que la perte de substance est enfin réparée.

Résultats et discussion :

Le lambeau de Karapandzic a été décrit par KARAPANDZIC en 1974, La particularité de ce lambeau est de respecter les vaisseaux (artère faciale et artère coronaire) et les branches sensitives et motrices du lambeau musculocutané prélevé donc c'est un lambeau neurovasculaire. Il trouve ces indications dans les pertes de substances médianes, supérieures aux trois quarts.

Le lambeau de Camille Bernard a été réalisé pour la première fois en 1852, Chez notre patient âgé de 70 ans et qui présente une laxité plus au mois parfaite, le lambeau de Camille Bernard trouve son indication, ce lambeau a été modifié par WEBSTER qui place l'incision inférieure dans le sillon labio-mentonnier.

Conclusion : Le choix technique dans la prise en charge de ces pertes de substances dépendra toujours du type quantitatif et du type qualitatif de la perte de substance. Ainsi chaque chirurgien se basera sur la technique chirurgicale qui donne le plus d'avantages et le moins de séquelles.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentations(s).

OSTEOSARCOMES MANDIBULAIRES A PROPOS D'UN CAS

S. Benazzouz*, MA. Bouras, A. Saidi

Introduction

Les ostéosarcomes sont des tumeurs malignes primaires potentiellement létales, plus fréquemment rencontrées au niveau des os longs que dans la région maxillo-faciale. Lorsqu'ils se développent aux dépens de la mandibule, leur diagnostic et leur traitement sont souvent tardifs en moyenne 3 à 6 mois après les premiers symptômes. Le traitement fait appel à la chirurgie et aux traitements adjuvants.

Matériels et méthodes

Nous présentons un cas d'ostéosarcome mandibulaire chez un jeune homme de 25 ans traité et suivi durant 4ans. Le diagnostic et le début du traitement ont été faits 3 mois après les premiers symptômes. une asymétrie faciale était le premier signe d'appel une radiographie panoramique a montré une image radio claire osteolytique condensante d'environ 8 cm allant de la région symphysaire jusqu'au condyle complété par une TDM.

Le diagnostic définitif a été posé par un examen anatomopathologique de la pièce de résection.

Discussion/Conclusion

Ce cas illustre les difficultés rencontrées pour établir un diagnostic correct, réaliser un traitement chirurgical approprié et prendre en charge sur le long terme un ostéosarcome mandibulaire. Le pronostic de l'ostéosarcome de la mandibule repose sur son grade histologique et le temps qui s'écoule entre le diagnostic et le début du traitement. Le traitement de choix est la chirurgie radicale offrant un taux de survie à 5 ans pouvant atteindre 80 %.

Une reconstruction par greffe osseuse ainsi qu'une réhabilitation ont été souhaitées.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

CARCINOME PULMONAIRE REVELE PAR UNE METASTASE CONDYLIENNE

S. Benazzouz*, S. Smaili, A. Saidi

Introduction

Les métastases de la mandibule sont rares, peuvent être la première manifestation de la propagation d'un cancer primaire, posant ainsi un problème diagnostique.

Matériels et méthodes

Nous rapportons l'observation d'un patiente âgée de 60 ans qui a consulté pour un problème d'un trismus d'installation aiguë, à l'examen une tuméfaction prétragienne gauche douloureuse dure a été constatée. Le scanner du massif facial avait trouvé une lésion ossifiante condensante de la tête condylienne répondant à un bloc de synostose, patiente aux antécédents d'une polyarthrite rhumatoïde faisant évoquer à tort une lésion rhumatismale. L'examen anatomo-pathologique de la pièce de résection a conclu à une métastase d'un carcinome dont le bilan d'extension a révélé le point de départ pulmonaire

Résultats et discussion

Les métastases mandibulaires sont rares et constituent seulement 1% des tumeurs de la cavité buccale. Elles sont révélatrices de la tumeur primitive chez 23% des patients. Les sujets les plus fréquemment touchés sont âgés de plus de 50 ans.

Ces lésions siègent le plus souvent au niveau de la région molaire, l'atteinte de l'articulation temporo-mandibulaire est observée dans 5.7% des cas. Les tumeurs les plus fréquemment en cause sont les tumeurs à tropisme osseux dominés par le cancer du poumon chez l'homme et le cancer du sein chez la femme.

La symptomatologie clinique peut s'exprimer par une tuméfaction faciale, un trismus, ou une douleur isolée. L'examen anatomopathologique complété par l'étude immuno-histochimique confirme le diagnostic.

Conclusion

La mandibule constitue un site métastatique rare surtout dans sa localisation condylienne. Elle peut être révélatrice de la tumeur primitive, le plus souvent une tumeur ostéophile notamment le cancer du poumon.

Le pronostic est réservé à cause du terrain et de la phase avancée de la maladie.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

PRISE EN CHARGE D'UN CARCINOME BASO-CELLULAIRE NODULAIRE DE LA PAUPIERE CHEZ UN SUJET JEUNE : A PROPOS D'UN CAS

A. Cherabli*, A. Bourihane, L. Degdeg, D. Aid

Introduction

Le carcinome basocellulaire est de loin la plus fréquente des tumeurs malignes des paupières. Cependant, sa forme nodulaire reste souvent difficile à diagnostiquer à temps du fait de sa semblance bénigne et donc expose au retard thérapeutique.

Patients et Méthodes

Nous rapportons le cas de B.R jeune homme de 27 ans, présentant une tuméfaction au niveau de la moitié externe du bord libre de la paupière inférieure de son œil droit, saillante, sessile, rosée friable et unique à bords irréguliers plus ou moins indurée, avec un saignement au contact et à extension superficielle, apparue 18 mois avant sa consultation avec une augmentation de son volume rapidement progressif. Le Patient a bénéficié d'une exérèse seule de la tumeur avec une marge de sécurité de 4mm, et reconstruction des paupières selon la technique de HUBNER (3 Greffons tarsomarginal de Hübner et 1 greffon cutané).

Résultats

L'étude histologique est revenue en faveur d'un carcinome baso-cellulaire bien différencié et mature avec des marges de sécurité saines. Six mois plus tard, la paupière inférieure se restaure sans complication ; et absence de récurrence dans la deuxième année d'évolution.

Discussion

Le diagnostic de certitude du carcinome baso-cellulaire palpébra est l'étude histologique. Sa prise en charge est en premier lieu chirurgicale et demeure le traitement de référence. Le but étant d'obtenir une exérèse totale avec des marges de résection saines confirmée en histologie. Une exérèse initiale incomplète expose à un risque plus élevé de récurrence locale.

Conclusion

La prise en charge thérapeutique d'une tumeur palpébrale baso-cellulaire doit être rigoureuse avec une évaluation pré-thérapeutique précise. Dans tous les cas l'apport de l'examen anatomopathologique après l'exérèse complète est crucial tant pour un diagnostic précis que pour l'orientation thérapeutique. Son pronostic est bon si la tumeur est complètement enlevée, l'extension à distance est pratiquement peu fréquente.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

CARCINOME EPIDERMOÏDE LABIO-JUGAL SUR TERRAIN HIV : EXERESE CHIRURGICALE ET RECONSTRUCTION PAR UN LAMBEAU MUSCULO-CUTANE DU GRAND PECTORAL (A PROPOS D'UN CAS)

S. Adam*, H. Bissa, P. Agoda, EP. Pegbessou, B. Amana, E. Boko

Introduction : Les tumeurs cutanées malignes sont des lésions très fréquentes, favorisées par une exposition solaire soutenue. Parmi ces lésions les carcinomes épidermoïdes posent parfois un véritable problème de reconstruction locale après leur exérèse. La reconstruction peut faire appel à la réalisation de lambeaux régionaux pédiculés pour réparer la perte de substance. Nous rapportons le cas d'un carcinome épidermoïde labio-jugal chez un sujet HIV positif, dont l'exérèse a nécessité une réparation par un lambeau musculo-cutané du grand pectoral.

Cas clinique : Il s'agissait d'un patient de 47 ans, HIV positif sous antirétroviraux (ARV), et traité il y a 23 ans pour tuberculose pulmonaire. Il a présenté une plaie ulcérée de la lèvre inférieure étendue à la commissure labiale droite, à la joue droite et au tiers latéral droit de la lèvre supérieure. Cette lésion évoluait depuis environ 6 mois sans tendance à la cicatrisation spontanée. On ne notait pas d'adénopathies palpables, notamment de la région cervico-faciale. La biopsie de la lésion labiale inférieure réalisée a conclu à un carcinome épidermoïde différencié, mûre et infiltrant. Le scanner cranio-facial n'a pas noté d'envahissement tumoral régional. L'indication d'exérèse tumorale, curage ganglionnaire fonctionnel, avec reconstruction par un lambeau du muscle grand pectoral a été posée et réalisée. Les recoupes des berges après chirurgie étaient saines. Trois mois plus tard, le patient est revu avec une récurrence locale submandibulaire droite. Une radiothérapie lui a été proposée.

Discussion - commentaires : Les carcinomes épidermoïdes peuvent parfois récidiver après chirurgie d'exérèse respectant les marges de sécurité. L'examen anatomopathologique en extemporané serait un apport indispensable avant toute décision de reconstruction immédiate après exérèse. Le terrain d'immunodépression jouerait-il un rôle dans la récurrence ou la flambée d'une tumeur cutanée maligne ?

Mots clés : carcinome épidermoïde, labio-jugal, lambeau du grand pectoral, HIV+.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

CARCINOME EPIDERMOÏDE DE LA FACE DANS UNE VARIANTE TRÈS RARE ET TRÈS AGRESSIVE : A PROPOS D'UN CAS

R. El Azzouzi*, ZA. Babah Hassene, M. Boulaadas

Introduction :

Le carcinome épidermoïde est la tumeur cutanée la plus fréquente après le carcinome basocellulaire, il présente plusieurs sous types histologique dont la variante à cellules claires est très rare avec peu de cas rapportés dans la littérature.

Observation :

Nous rapportons le cas d'un patient de 51 ans consultant pour une géante tumeur de l'hémiface gauche ayant très rapidement évolué depuis 4 mois avec des adénopathies cervicales. Une biopsie a été réalisée, en faveur d'un carcinome épidermoïde moyennement différencié et infiltrant dans sa variante à cellules claires. Dans le cadre du bilan d'extension une TDM cérébro-cervico-faciale a été réalisée objectivant un énorme processus tumoral agressif facial avec extension nasosinusienne et endocrânienne. Ayant bénéficié d'un traitement par radio-chimiothérapie. L'évolution après 6 mois a été marquée par une régression subtotale de la tumeur.

Discussion :

Le carcinome épidermoïde à cellules claires est une variante très rare, ce qui pose un problème de diagnostic et de prise en charge qui reste à ce jour là controversée.

Ce cas a montré une présentation clinique agressive et bizarre

avec une bonne réponse au traitement par radiochimiothérapie mais plus de cas à rapporter sont nécessaires pour avoir une meilleure caractérisation de la présentation clinique et du pronostic de cette variante du carcinome épidermoïde.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

MELANOME DU CUIR CHEVELU : A PROPOS D'UN CAS

G. Alami Halimi*, S. Benwadih, M. Boulaadas

Introduction :

Le mélanome est une tumeur cutanée maligne intéressant les mélanocytes épidermiques. C'est une tumeur rare mais mortelle, cette dernière nécessite un traitement chirurgical codifié et un dépistage précoce. Il existe une multitude de tests thérapeutiques en cours d'essai.

Observation :

Nous rapportons le cas d'une patiente de 46 ans, hospitalisée pour une lésion bourgeonnante du cuir chevelu évoluant depuis deux ans. L'examen histologique après biopsie a révélé un mélanome nodulaire mesurant 1,3 cm de grand axe et nécessitant un traitement chirurgical. L'exérèse tumorale avec des marges de sécurité de 2 cm a été réalisée, puis la patiente a bénéficié d'une reconstruction à distance par une greffe cutanée provenant de la partie interne de l'avant-bras gauche.

Discussion :

Le cas de notre patiente illustre une forme rare et redoutable, à savoir le mélanome nodulaire qui représente 4 à 18% des mélanomes, de croissance rapide et dont le diagnostic précoce est difficile.

Le diagnostic repose sur l'examen clinique et anatomo-pathologique après biopsie ce qui permet de préciser le type et le stade de ce dernier.

Le traitement repose sur l'exérèse tumorale avec des marges de sécurité adéquates, suivie d'une reconstruction selon différentes méthodes.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

ÉVIDEMENTS GANGLIONNAIRES DANS LES CARCINOMES EPIDERMOÏDES DE LA LEVRE INFÉRIEURE : EXPERIENCE DU SERVICE DE MAXILLO-FACIALE DE L'HSR

S. Benwadih*, A. Habimana, M. Boulaadas

Introduction :

Le carcinome épidermoïde de la lèvre inférieure est le plus fréquent des cancers de la cavité buccale chez les personnes âgées avec une faible prédisposition de métastases ganglionnaire cervicales. L'objectif de ce travail est de rapporter notre expérience dans la prise en charge des carcinomes épidermoïde de la lèvre inf au stade précoce (T1/T2) et passer en revue de la littérature.

Matériels et méthodes :

Nous rapportons une étude rétrospective menée au service de chirurgie maxillo-faciale de Rabat colligeant 25 cas sur une période allant de janvier 2018 à décembre 2022, nous avons évalué l'atteinte ganglionnaire cervicale cliniquement radiologiquement et histologiquement après évidement ganglionnaire si réalisé.

Résultats :

Il s'agit de 18 hommes et 7 femmes. L'âge moyen de nos patients est de 52 ans, 70% classées T2. Les ADP cliniques ont été détectés chez 15 patients (60%). L'évidement ganglionnaire cervical thérapeutique a été réalisé chez tous les malades cN+ et prophylactique chez 2 patients (8%) cN0 tandis que 6 cas (24%) ont bénéficiés d'une surveillance rapprochée.

Discussion :

Il existe une profonde controverse sur l'indication des évidements ganglionnaires cervicaux chez les Carcinome épidermoïde de la lèvre inf à un stade précoce dans différentes études. Dans notre série aucun cas de métastase ganglionnaire occulte n'a été retrouvé et notre attitude tend vers la surveillance étroite aussi bien cliniquement que radiologiquement.

Conclusion :

L'indication de l'évidement ganglionnaire pour le carcinome épidermoïde de la lèvre inf répond a plusieurs critères, des fois seul la surveillance clinique et radiologique peut être suffisante

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

PRISE EN CHARGE DES CARCINOMES DU PAVILLON DE L'OREILLE : A PROPOS DE 20 CAS

S. Benwadih*, O. Hamidi

Introduction :

Les carcinomes du pavillon de l'oreille et du méat auditif externe sont les plus fréquentes des tumeurs malignes de l'oreille. La majorité de ces tumeurs sont des tumeurs dermatologiques, principalement des carcinomes basocellulaires, des carcinomes épidermoïdes, et plus rarement des mélanomes ou des carcinomes neuroendocrines de Merkel.

Matériels et méthodes :

Nous rapportons une étude rétrospective menée au service de chirurgie Maxillo-faciale et stomatologie du de Rabat colligeant 20 patients sur une période allant de janvier 2018 à Décembre 2022 soit une période de 4ans .

Dans cette étude, nous avons dégagés les différents aspects épidémiologique, diagnostique et thérapeutique des principaux carcinome du pavillon d'oreille.

Résultat :

Il s'agissait de 16 hommes et 4 femmes. L'âge moyen de nos patients était de 70 ans. 13 patients ont bénéficié d'une échographie cervico parotidienne, tous nos patients ont bénéficié d'un scanner et d'une biopsie. Les types histologiques étaient le carcinome basocellulaire dans 68% des cas suivi de carcinome spinocellulaire dans 32% des cas.

Le traitement était curatif chez 15 patients.

Discussion :

On distingue deux types des carcinomes cutanés (CBC et CE).

Le diagnostic repose sur la biopsie.

Le traitement est chirurgical et repose sur l'exérèse carcinologique associée à un évidement ganglionnaire si nécessaire complémenté par radiothérapie en cas de besoin.

Conclusion:

Les carcinomes du pavillon de l'oreille sont dominé par le carcinome basocellulaire et spinocellulaire , la pec est chirurgicale après biopsie et exploration radiologique .

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

TUMEUR MALIGNE DES GAINES DES NERFS PERIPHERIQUES DE LA PAROTIDE ASSOCIEE A UNE NEUROFIBROMATOSE DE TYPE I : A PROPOS D'UN CAS

H. Benbelkacem*, L. Bouhouche, K. Saraoui, F. Hamel, Y. Naouri, R. Louaar

Mots clés : neurofibromatose type de 1, tumeur parotidienne, tumeur maligne des gaines des nerfs périphériques

Introduction : Les tumeurs malignes des gaines des nerfs périphériques représentent 5 pour cents des sarcomes des tissus mous, sa localisation au niveau de la tête et du cou est exceptionnelle. Nous vous présentons une localisation très rare de ce type de tumeur au niveau de la parotide.

Observation : Notre patiente âgée de 31 ans Opérée il y a quatre ans d'une tumeur parotidienne gauche ayant évolué depuis 7 ans, et dont l'examen anapath avait conclu à un neurofibrome. La patiente présente par ailleurs une neurofibromatose de type1. Elle a présenté il y a deux ans une tumeur parotidienne gauche d'une évolution très rapide, apparue au cours d'une grossesse. Lors de sa parotidectomie, la masse tumorale avait infiltré les structures profondes et ne pouvait pas être retirée totalement, nous avons donc réalisé chez elle une chirurgie palliative suivie d'une radiothérapie. L'examen anapath de la pièce réséquée a conclu à une tumeur maligne des gaines des nerfs périphériques.

Discussion : Les tumeurs malignes des gaines des nerfs périphériques sont des tumeurs très agressives dont le pronostic est redoutable. Certaines conditions ou pathologies constituent des facteurs de risque favorisant la survenue de ce type de tumeurs (grossesse, neurofibromatose type1 chez notre patiente). Leur traitement est la chirurgie et ou la radiothérapie, la chimiothérapie prévient et retarde l'installation des métastases.

Conclusion : Devant toute tumeur maligne de la parotide, notamment sur un terrain de neurofibromatose type 1, il faut penser à la tumeur maligne des gaines des nerfs périphériques.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

CARCINOME VERRUQUEUX BUCCAL: Â PROPOS D'UN CAS

ZEA. Baba El Hassene*, A. Oussalem, M. Boulaadas

Introduction:

Le carcinome verruqueux buccal est un carcinome de bas grade de malignité. Il a une croissance lente et ne donne pas de métastase locale ou à distance. Il est associé à une morbidité importante du fait de son agressivité locale et des récurrences fréquentes après traitement.

Observation : Une patiente de 43 ans présentant un carcinome verruqueux de la commissure labiale droite prise en charge au sein du service de chirurgie maxillofaciale du CHU Ibn Sina de Rabat qui a bénéficié d'une exérèse chirurgicale avec commissuroplastie immédiate. Le suivi post-opératoire était favorable.

Discussion :

Le carcinome verruqueux buccal a été décrit pour la première fois par Ackerman en 1948. Certains auteurs pensent qu'il s'agit d'une variante non invasive d'un carcinome épidermoïde, très bien différencié et de bas grade, avec une présentation clinique spécifique. Cliniquement, il s'agit d'une lésion exophytique, kératinisée, d'aspect verruqueux ou papillomateux, souple à la palpation. Il est caractérisé par un pronostic favorable. Son traitement est moins radical que celui du carcinome épidermoïde du fait de l'absence de métastase, mais il n'y a pas de réel consensus. L'exérèse chirurgicale représente le traitement de choix pour les lésions de petite taille et bien limitées. Le traitement chirurgical des lésions étendues ne fait pas l'unanimité du fait du taux élevé de récurrences locales (jusqu'à 30 %) et du risque de séquelles esthétiques et fonctionnelles.

Le but de ce travail est de décrire les modalités diagnostiques et thérapeutiques de cette lésion qui prête à confusion.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

LE CARCINOME ANNEXIEL DE LA FACE : Â PROPOS D'UN CAS

ZEA. Baba El Hassene*, O. Hamidi, M. Boulaadas

Introduction

Le carcinome annexiel est un ensemble de tumeurs malignes cutanées rares et agressives. Leur prise en charge est encore mal codifiée. Leur connaissance est entravée non seulement par leur rareté, mais aussi par une classification histologique complexe.

Observation:

Une patiente âgée de 65 ans sans antécédents pathologiques notables qui consulte pour une lésion bougonnante noirâtre bien limitée, de 3 cm de grand axe évoluant au niveau frontal gauche depuis 01 an. Elle a bénéficié d'une exérèse chirurgicale avec 1 cm de marges de sécurité avec suture sans tension. L'histologie a révélé un carcinome annexiel. Le suivi post-opératoire était favorable.

Discussion:

Les carcinomes annexiels sont classés selon la structure d'origine : la glande sudorale, la glande sébacée ou le follicule pileux. Ce sont des tumeurs rares, de localisation souvent centofaciale affectant préférentiellement les sujets âgés. Leur fréquence n'est que de 0,005 % des tumeurs cutanées. La biopsie permet rarement d'affirmer le diagnostic. Le diagnostic différentiel se pose alors avec les tumeurs annexielles bénignes, avec les tumeurs dérivant des kératinocytes et avec les métastases des tumeurs viscérales.

Leurs traitements reposent essentiellement sur l'exérèse chirurgicale et leurs reconstructions motivent volontiers des lambeaux.

La radiothérapie n'aurait sa place qu'en traitement adjuvant de certaines formes ou serait à réserver au patient inopérable. Quant à la chimiothérapie, elle pourrait au mieux freiner l'évolution dans les cas de carcinomes sudoraux ou sébacés métastasés.

Le but de ce travail est de décrire les modalités diagnostiques et thérapeutiques de cette entité rare.

Conclusion:

Il est probable que la rareté des carcinomes annexiels soit en partie imputable à un défaut de diagnostic, Ils devraient pourtant être bien connus des chirurgiens de la face car ce sont des cancers agressifs qui intéressent volontiers la face.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

PRISE EN CHARGE CHIRURGICALE DES TUMEURS PALPEBRO-ORBITAIRES MALIGNES : EXPERIENCE DU SERVICE DE CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE DE RABAT : A PROPOS DE 15 CAS

A. Oussalem*, ZA. Baba Hassene, M. Boulaadas

Introduction :

La nature des tumeurs qui peuvent apparaître dans la région oculaire et péri-oculaire est très vaste, allant d'un grand nombre de lésions bénignes ou kystes, aux lésions cancéreuses.

Le carcinome basocellulaire (CBC) est la tumeur maligne la plus courante des paupières, et le carcinome épidermoïde (CE), les carcinomes mixtes ou les carcinomes basosquameux (CBS) et les mélanomes cutanés (MC) envahissent également les paupières et les zones périoculaires.

Matériel et méthodes :

Nous rapportons dans notre étude 15 cas de tumeurs palpébro-orbitaires malignes traités dans le service de chirurgie maxillo-faciale et stomatologie à l'hôpital Ibn Sina de Rabat diagnostiqués et pris en charge entre janvier 2020 au juin 2023.

Discussion :

La chirurgie des tumeurs palpébro-orbitaires peut être au dépend d'une perte de substance de degrés différents. La réparation de tout défaut de la paupière dépend de sa taille et de sa position et de l'état des tissus environnants. La reconstruction des paupières et des structures orbitaires associées après résection nécessite une compréhension complète de l'anatomie. L'adéquation de la reconstruction est jugée par la qualité de la restauration fonctionnelle et l'aspect esthétique.

Le but de cette étude est de documenter diverses procédures de reconstruction simples ou complexes qui peuvent être utilisées après l'excision de tumeurs malignes des paupières et d'évaluer le résultat du traitement chirurgical aussi sur le plan fonctionnel que esthétique.

Conclusion :

Les tumeurs orbito-palpébrales sont des tumeurs peu fréquentes en pratique maxillo-faciale, mais graves sur le plan esthétique, fonctionnel et vital.

Elles sont dominées, dans notre contexte, par les carcinomes basocellulaire suite au phototype clair et de l'exposition solaire chez la plupart des patients.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

ADENOCARCINOME METASTATIQUE MAXILLAIRE

MSE. Smaili*, S. Benazzouz, N. Benhamlette, R. Dehemchi, AE. Matmat

Introduction:

Les métastases osseuse de la face, et à fortiori du maxillaire, sont relativement rares par rapport aux autres localisations squelettiques à haute incidence. La large et variable panoplie de symptômes ainsi que les images radiologiques évoquent souvent des pathologies plus courantes, et le diagnostic étiologique peut rester méconnu pour une durée considérable.

Moyens et méthodes:

Nous avons pris le cas d'un adénocarcinome métastatique du maxillaire gauche chez un patient de 80 ans, pour démontrer les étapes de prise en charge qu'on a pris pour telles situations.

Résultats:

Une biopsie de la lésion faite sous anesthésie locale revient en faveur d'un adénocarcinome bien différencié, avec forte présomption d'une métastase du processus œsophagien. Une TDM cervico-faciale objective un processus ostéolytique de l'infrastructure maxillaire gauche de 2.5cm arrivant au contact du plancher du sinus maxillaire homolatéral, d'allure péjorative, avec plusieurs adénopathies cervicales des secteurs Ib et II gauches. Le bilan d'extension objective un épaissement étendu de l'œsophage fort suspect d'une récurrence tumorale, sans autres localisations métastatiques. Le patient est entrepris au bloc opératoire sous anesthésie générale où on a procédé à une maxillectomie gauche intéressant l'infra et la méso structure maxillaire gauche sans réparation après curage ganglionnaire cervical fonctionnel. Les suites post opératoires immédiates sont bonnes. Le patient sera adressé au service d'oncologie pour concertation médicale concernant la récurrence œsophagienne.

Discussion:

Les localisations métastatiques maxillaires sont relativement rares, les métastases à distances concernent beaucoup plus les chaînes ganglionnaires cervicales. Des localisations maxillaires multiples sont aussi possibles. Le retard de diagnostic relègue les patients à des traitements palliatifs, mais dans ce cas présent, l'exercice carcinologique a trouvé son intérêt.

Conclusion: Les métastases maxillaires des cancers à distance sont relativement rares et souvent mal diagnostiquées, d'où la nécessité d'être familier avec et de les prendre en considération surtout devant la présence d'antécédents de processus malins.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

LE CURAGE GANGLIONNAIRE DANS LES CANCERS DE LA CAVITE BUCCALE : EXPERIENCE DE NOTRE SERVICE A PROPOS D'UNE SERIE DE CAS

O. Hamidi*, S. Benwadih, M. Boulaadas

Introduction :

Les carcinomes de la cavité buccale représentent environ 20% des cancers des VADS. Ce sont dans 95 % des cas carcinomes épidermoïdes. L'homme est touché trois à cinq fois plus fréquemment que la femme. Ce sont des cancers graves vu leur caractère lymphophile, leur double localisation et traitement multidisciplinaire lourde. Le but de notre travail est d'étudier la lymphophilie des cancers de la cavité buccale et de déduire la sensibilité de l'examen clinique et radiologique.

Matériels et méthodes :

Nous rapportons 70 cas atteints d'un cancer de la cavité buccale qui ont tous bénéficié d'un évidement ganglionnaire entre janvier 2018 au janvier 2022 à travers une fiche d'exploitation.

Résultats :

Notre série retrouve une prédominance masculine avec un âge moyen de 55 ans. Le tabac est le principal facteur de risque. Le délai entre l'apparition de la tumeur et la date de consultation était de 9 ± 5 mois. La localisation la plus fréquente était le bord libre de langue. Tous nos patients ont bénéficié d'une imagerie. Plus de la moitié des patients avaient un NO clinique et radiologique.

Discussion :

L'envahissement ganglionnaire est un facteur pronostique majeur des carcinomes épidermoïdes de la cavité buccale. L'analyse anatomopathologique de l'évidement ganglionnaire cervical reste la méthode de référence pour le diagnostic des adénopathies métastatiques. Les principaux facteurs de risque sont l'alcool et le tabac. Le nombre élevé de faux positifs et de faux négatifs clinoradiologique fait que la spécificité et la sensibilité de ces deux examens restent faibles comparativement à l'histologie selon la littérature.

Conclusion :

L'évidement ganglionnaire cervical dans les cancers de la cavité buccale est un moyen efficace à la fois de diagnostic de l'envahissement métastatique, mais aussi de traitement préventif de rechute ganglionnaire.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

LYMPHOME DE BURKITT MANDIBULAIRE : A PROPOS D'UN CAS

O. Hamidi*, B. Dani, M. Boulaadas

Introduction :

Le lymphome de Burkitt est un type de lymphome non hodgkinien (LNH) à cellules B matures, c'est une tumeur rare, hautement agressive, il représente actuellement dans le monde 2 % de tous les syndromes lymphoprolifératifs. Une biopsie tissulaire est primordiale pour le diagnostic. Le pronostic de la maladie est excellent chez les enfants mais mauvais chez les adultes. Le but de notre travail est de mettre le point sur les différents aspects cliniques de la localisation osseuse faciale de lymphome de burkitt, ainsi que la prise en charge thérapeutique.

Observation :

Nous rapportons un cas d'un patient âgé de 19 ans, qui présentait une tuméfaction jugo-mentonnière gauche évoluant depuis 03 mois. Une TDM cervico faciale a été réalisée .Devant la grande variété de lésions ostéolytiques mandibulaires et aussi la rapidité d'installation, une biopsie a été réalisée sous anesthésie locale par voie vestibulaire. Le patient a été adressé au vu de ses résultats en hématologie pour complément de prise en charge. Le patient a été classé stade I de Murphy et un traitement par poly chimiothérapie type CHOP.

Discussion :

Le lymphome de Burkitt est un lymphome à cellules B non hodgkinien agressif. Sa localisation orale est rare. Il survient principalement chez les adolescents et les jeunes adultes et plus fréquemment chez les patients de sexe masculin. Un diagnostic rapide est un défi en raison de la présentation souvent similaire du LNH et des lésions d'origine odontogènes ainsi qu'il y'a souvent un faible indice de suspicion clinique. Le chirurgien doit réaliser une biopsie et compléter par une TDM. Le traitement combine la chimiothérapie et la radiothérapie.

Conclusion :

Le diagnostic, l'évaluation et la prise en charge du lymphome de Burkitt mandibulaire nécessitent une équipe multidisciplinaire.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

LE CARCINOME INTRA OSSEUX PRIMITIF DE LA MANDIBULE : A PROPOS DE DEUX CAS

O. Hamidi*, A. Habimana, M. Boulaadas

Introduction :

Le carcinome intra-osseux primitif (CIOP) de la mandibule est un carcinome épidermoïde rare d'origine épithéliale qui se développe à partir de résidus de l'épithélium odontogénique. Les facteurs de risque sont inconnus et il peut survenir à tout âge. Du fait de la rareté de cette affection, nous proposons l'analyse de 2 cas cliniques d'un CIOP, et de mettre le point sur les difficultés diagnostiques et la prise en charge thérapeutique.

Observation :

Notre travail rapporte deux cas de CIOP qui présentaient une masse mentonnière douloureuse avec un aspect sain de la muqueuse buccale. Le 1er était une femme de 70 ans, qui a été adressée pour radio chimiothérapie, l'autre cas était pour un homme de 49 ans tabagique chronique qui a été bénéficié d'une mandibulectomie interruptrice avec reconstruction par un lambeau grand pectoral et une maxi plaque avec un complément de radio chimiothérapie.

Discussion :

Le CIOP est une tumeur rare, peu rapportée dans la littérature, qui affecte au moins 2 fois plus les hommes, principalement entre 50 et 69 ans, chez un patient sans facteur de risque particulier. Le diagnostic repose sur trois critères spécifiques : preuve histologique d'un carcinome, l'absence d'ulcère de la muqueuse sus jacente, et l'absence d'une autre tumeur primitive au moment du diagnostic et pendant au moins 6 mois de suivi. L'exérèse large associée à une radiothérapie avec ou sans chimiothérapie améliore significativement les taux de contrôle local et régional et la survie.

Conclusion :

Bien que le CIOP soit rare, il est important d'être considéré dans le diagnostic différentiel de toute image radio-transparence de la mâchoire surtout mal limitée avec un aspect ostéolytique d'où l'intérêt de réaliser une biopsie au préalable pour mieux adapter l'attitude thérapeutique.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

LE CARCINOME LYMPHOEPITHELIOMA LIKE : A PROPOS D'UN CAS

O. Hamidi*, B. Dani, O. Boukhrouf, M. Boulaadas

Introduction :

Le carcinome lymphoépithélioma like ou le carcinome indifférencié avec stroma lymphoïde est un sous-type rare des néoplasmes malins de la cavité buccale. Il a été décrit pour la première fois par Hilderman et al en 1962 dans la glande parotide. Dans la majorité des cas, le virus d'Epstein-Barr (EBV) est associé à ce type de carcinome dans les régions endémiques. En raison de sa rareté, il n'existe pas de protocole de traitement établi. Le but de notre travail est de mettre le point sur les aspects pathogéniques, anatomo-cliniques et thérapeutiques de cette tumeur.

Observation :

Notre cas était une femme de 70 ans qui présentait une lésion ulcéreuse du vermillon, qui a bénéficié d'une exérèse carcinologique large. L'examen anatomo pathologique est revenu en faveur d'un carcinome lymphoepithelioma like. la patiente a bénéficié d'une échographie cervicale avec une sérologie d'EBV.

Discussion :

Le carcinome de type lymphoépithélioma like est une tumeur rare de la cavité buccale. Récemment, le virus du papillome humain HPV a également été suggéré comme un facteur étiologique potentiel pour les carcinomes épidermoïdes avec une morphologie similaire aux carcinomes lymphoépithéliaux liés à l'EBV. Sa prise en charge doit inclure un examen oto-rhino-laryngologique approfondi pour exclure le lymphoépithéliome métastatique du nasopharynx. Le traitement standard de la tumeur est chirurgical avec une exérèse large.

Conclusion :

Les carcinomes lymphoépithéliaux de la tête et la région de cou sont des tumeurs épithéliales rares, dont la pathogénie reste mal élucidée et semble être multifactorielle. Les stratégies thérapeutiques reposent sur la chirurgie et les thérapies, y compris la chimiothérapie et la radiothérapie.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

LIPOSARCOME BIEN DIFFERENCIE A LOCALISATION TEMPORALE: A PROPOS D'UN CAS

AF. Habimana*, O. Hamidi, K. Harmali, B. Dani, M. Boulaadas

Introduction :

Le liposarcome bien différencié ou tumeur lipomateuse atypique est une tumeur des tissus mous se développant dans le tissu graisseux. Les adultes entre 40 et 60 ans sont les plus à risque de développer ce cancer, en revanche ils sont extrêmement rares chez l'enfant. Les liposarcomes de la tête et du cou sont nettement moins fréquents que dans les autres parties du corps, représentent environ 25% des sarcomes des tissus mous et 2 à 9 % des sarcomes trouvés dans cette région. Il existe quatre principaux sous-types histologiques à gravité croissante de liposarcome : **bien différencié, dédifférencié, myxoïde et pléomorphe.**

Sujet : exposition d'un cas de liposarcome bien différencié à localisation temporal pris en charge au niveau de notre service

Cas clinique d'un patient âgé de 53 ans reçu en consultation pour deuxième récurrence de tuméfaction temporal gauche avec bilan d'exploration (imagerie et anapath) en faveur d'une tumeur d'origine graisseuse. Une chirurgie d'exérèse a été entreprise et le patient adressé en radiothérapie. A une année d'évolution, aucune récurrence locale ni métastase n'a été enregistrée.

Discussions : Les liposarcomes sont des tumeurs malignes rares à évolution généralement lente présentant une agressivité locale et rarement des métastases dans leur forme bien différenciée. Leur diagnostic est histologique ce qui permet ainsi de les classer et d'entrevoir la prise en charge. Le traitement est essentiellement chirurgical avec marges d'exérèse saine sous peine de récurrence avec dédifférenciation en forme plus grave et risque de métastase.

Conclusion

Le liposarcome dans sa forme bien différencié est une maligne à évolution lente dont l'exérèse est le traitement de choix. La radiothérapie chimiothérapie a une indication en cas de récurrence mais aussi en cas de localisation à chirurgie radicale difficile.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

EXOPHTALMIE REVELANT UN MELANOME ORBITAIRE : A PROPOS DE DEUX CAS

M. Bouksirat*, O. Hamidi, ZEA. Baba Hassane, M. Boulaadas

INTRODUCTION

Il s'agit d'une tumeur maligne faite d'une masse de cellules provenant de la couche pigmentée profonde de l'œil qui peut entraîner son envahissement, voire l'extériorisation hors de l'œil.

Elle peut même donner des tumeurs secondaires dans l'organisme avec une atteinte préférentielle du foie (métastases

OBSERVATION :

Nous rapportons deux cas , hommes sans antécédent notable, ayant présenté une lésion pigmentée de l'œil avec une exophtalmie associée des ADP latéro-cervicales homolatérales.

Une exérèse de la lésion a été réalisée et qui a objectivé un mélanome nodulaire .

Une TDM orbitaire a montré un processus intra-orbitaire avec une ADP cervical homolatéral.

Une scintigraphie osseuse a été réalisée ne retrouvant pas de localisation secondaire.

Les deux patients ont bénéficié d'une exentération avec curage ganglionnaire homolatéral, suivi de radio-chimiothérapie.

Le résultat post-opératoire était satisfaisant sur un recul de 06 mois.

DISCUSSION :

Les mélanomes orbitaires font partie des 7 % des mélanomes.

Cliniquement s'exprime par une tumeur noirâtre non douloureuse, l'IRM est plus spécifique que le scanner grâce au caractère hyperintense en T1 et hypointense en T2 de la mélanine, hyperintense en T1 et hypointense en T2 de la mélanine.

Le traitement fait appel à une exentération.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

LEIOMYOSARCOME MANDIBULAIRE : A PROPOS D'UN CAS

A. Benhajjou*, H. El Hadri, M. El Fatihi, A. Raiss El Feni, H. Beniakhly, M. El Bouihi, N. Mansouri Hattab

Introduction:

Le léiomyosarcome osseux primitif de siège mandibulaire est une tumeur rare.

Nous rapportons un cas rare de léiomyosarcome mandibulaire.

Matériel et Méthodes:

Cas de notre expérience du service de chirurgie maxillo-faciale esthétique et stomatologie du CHU de Marrakech

Résultat:

Il s'agit d'un homme de 46 ans , sans antécédents pathologiques particuliers ,qui se présente pour une tuméfaction gingivale inférieure évoluant progressivement depuis 9 mois .

A l'examen tuméfaction inflammatoire gingivale en regard de la 32 et 33 avec luxation de la 32

Sur la TDM faciale on objective : un processus tumoral gingivo mandibulaire infiltrant localement, de la 32 à la 36,mesurant approximativement 15*20*12 mm , spontanément isodense , se réhausse discrètement après injection de produit de contraste .responsable en bas d'une lyse de la symphyse mandibulaire gauche avec rupture de la corticale par endroit , il infiltre les parties molles en regard en dehors , en arrière il arrive au contact de la pointe du canal du nerf mandibulaire.

L'étude anatomopathologique retrouve un léiomyosarcome mandibulaire.

Le patient a bénéficié d' une mandibulectomie interruptrice avec mise en place d'un maxiplaque , et d'un assainissement de la cavité buccale

Discussion :

Les signes cliniques ne sont pas évocateurs

L'examen radiologique montre une ostéolyse. La TDM permet de guider l'exérèse qui doit être large. L'évolution est dominée surtout par le risque de métastases à distance.

Le diagnostic histopathologique reste difficile. Il n'existe pas de consensus thérapeutique

Conclusion:

Le léiomyosarcome mandibulaire est une tumeur exceptionnelle, qui se développe aux dépens des fibres musculaires lisses, n'ayant pas d'aspect classique à l'imagerie.

Son diagnostic positif se fait par l'analyse anatomopathologique avec des marqueurs immunohistochimiques.

La chirurgie, associée éventuellement à la radiothérapie, semble être le meilleur traitement.

Le pronostic est mauvais en raison d'un risque évolutif et métastatique tardif, imposant une surveillance périodique et prolongée .

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

PRONOSTIC DES CANCERS DE LA CAVITE BUCCALE TRAITES CHIRURGICALEMENT. SUR UNE SERIE DE 80 PATIENTS.

S. Djaba*, M. Benalia, K. Hirach

Introduction: Les cancers de la cavité buccale constituent un enjeu majeur de santé publique.

Il est établi que ces cancers sont réputés de pronostic intermédiaire à mauvais, cependant la multitude des profils anatomo clinique est à l'origine d'une grande hétérogénéité des résultats, d'où l'intérêt de notre travail.

Matériel et méthodes: Notre étude à concerné tout les patients qui ont bénéficiés d'un traitement chirurgical à but curateur au sein du service de chirurgie maxillo-faciale de l'E.H.U d'Oran. Sur une période de 5 ans allant de 2016 a 2020. Soit un échantillon de 80 patients.

Résultats: la totalité des patients ont bénéficiés d'interventions chirurgicales a visées curatives, le recul minimum était de 3 ans.

Les résultats, le pronostic ainsi que les protocoles thérapeutiques seront détaillés et discutés dans la communication.

Conclusion : Ce travail a permis d'évaluer le pronostic des cancers de la cavité buccale traité chirurgicalement notamment celui des T3 et T4, et de tirer des conclusions afin d'améliorer la prise en charge.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

LE CARCINOME EPIDERMOÏDE DE LA CAVITE BUCCALE CHEZ LE SUJET JEUNE ETUDE DES FACTEURS DE RISQUE

Y. Ben Arif*, H. Touil, N. Ben Ahmed, H. Mabrouk, M. Bouzaiene

Introduction :

L'histoire naturelle du carcinome épidermoïde (CE) de la cavité buccale chez les jeunes adultes est inconnue. Nous avons cherché à fournir un rapport mis à jour sur les facteurs de risque et les résultats du traitement des patients atteints de cette pathologie âgés de 40 ans ou moins.

Matériel et méthodes :

Nous avons revu les cas de carcinomes épidermoïdes oraux traités dans notre service et nous avons réalisé une recherche bibliographique sur pubmed.

Résultats et discussion :

Plusieurs études ont indiqué que le carcinome épidermoïde survient chez des patients plus jeunes qui n'ont pas d'antécédents d'alcool ou de tabac. Bien que certaines études aient indiqué que la consommation d'alcool et de tabac peut être similaire entre les patients plus âgés et plus jeunes. Les facteurs de risque qui peuvent être plus pertinents comprennent les facteurs génétiques, les antécédents familiaux de néoplasie, l'immunodéficience, l'hygiène bucco-dentaire, les infections virales et les facteurs alimentaires, mais il n'y a pas de consensus sur ces facteurs de risque. De même, les rapports sur le pronostic des patients plus jeunes atteints par rapport aux patients plus âgés ne sont pas concluants.

Conclusion :

L'incidence globale du CE chez les patients plus jeunes a augmenté dans le monde entier et la plupart de ces cancers impliquent la langue. Parmi tous les patients atteints, 4 à 6 % ont moins de 40 ans et les études les plus récentes rapportent une prédominance féminine.

La cause de cette incidence accrue n'est pas claire. Les études sur les facteurs de risque chez les patients plus jeunes ont donné des résultats mitigés.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

LES CARCINOMES BASOCELLULAIRES DU CANTUS INTERNE DES PAUPIERES : APPROCHETHERAPEUTIQUE

S. Ben Youssef*, H. Touil, M. Bouzaïene

Introduction :Le carcinome basocellulaire est la tumeur palpébrale maligne la plus fréquente. Le but de ce travail est de présenter notre conduite thérapeutique au cours des carcinomes basocellulaires de la région canthale interne des paupières et de discuter nos résultats .

Matériel et méthodes : Notre série, a comporté 25 cas de CBC du canthus interne, chez 18 hommes et 7 femmes. La taille tumorale variait entre 1 cm et 4 cm. Un examen ophtalmologique a été réalisé quand la tumeur excédait 1 cm de taille. Nous avons recensé 4 cas de CBC sclérodermiforme dont 1 cas de récurrence après 2 ans. Le seul cas d'exérèse incomplète était en rapport avec ce cas récidivant.

Discussion :Le carcinome basocellulaire représente 80% des tumeurs malignes des paupières. Il siège avec prédilection au niveau de la partie inféro-interne ou canthus interne. Les métastases des CBC sont exceptionnelles . Mais, on doit rechercher : une extension conjonctivale, orbitaire, osseuse, ou vers les voies lacrymales. Le pronostic des CBC dépend essentiellement du risque de récurrence. Dans la littérature, la localisation canthale médiale est associée un haut risque de récurrence tumorale. Le taux de récurrence peut atteindre les 20 % quand la taille du CBC dépasse les 3 cm. Dans notre série, la récurrence tumorale après chirurgie intéressaient des lésions supérieures à 20 mm dans 1 cas. Le sous type histologique est retenu par plusieurs études comme facteur histo-pronostique. Le traitement repose sur la chirurgie, l'exérèse doit respecter des marges de 4 mm à 7 mm selon la taille de la tumeur. La radiothérapie adjuvante est indiquée en cas d'exérèse incomplète, d'invasion péri-neurale ou en cas de récurrence.

Conclusion :

Le CBC est une tumeur maligne, dont l'évolution est exclusivement locale pouvant devenir menaçante et montrer un réel potentiel de récurrence et d'extension en profondeur si son traitement est insuffisant.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

DERMATOFIBROSARCOME DE DARIER-FERRAND MENTONNIER

A. Jaifi*, F. Fettaf, Y. El Bennaoui, Z. Aziz, N. Mansouri Hattab

Introduction

Le dermatofibrosarcome de Darier-Ferrand est une tumeur mésoenchymateuse cutanée maligne rare, d'évolution progressive et à fort potentiel de récidive.

Le diagnostic est souvent évoqué cliniquement puis confirmé par l'étude histologique.

Son traitement est chirurgical, basé sur une exérèse lésionnelle large et profonde.

Matériels et méthodes

Nous rapportons un cas, de localisation inhabituelle, de dermatofibrosarcome de Darier-Ferrand mentonnier traité par chirurgie, pris en charge au service de chirurgie maxillo-faciale au CHU Mohamed 6 de Marrakech-Maroc

Résultat

Il s'agit d'une Femme âgée de 45 ans, qui se présente pour une masse mentonnière évoluant depuis 2 ans et augmentant progressivement de taille avec conservation de l'état général

L'examen clinique objective : une lésion bourgeonnante intéressant la région sous mentale, de consistance ferme, indolore, à surface lisse et régulière avec des zones fluctuantes.

La TDM cervico-faciale objective une masse tissulaire de la région sous mentonnière sans extension osseuse locorégionale.

La biopsie été en faveur d'un fibrosarcome de Darier-Ferrand.

Le traitement est chirurgical, et l'examen histologique de la pièce opératoire a confirmé le diagnostic de dermatofibrosarcome de Darier Ferrand avec des limites d'exérèses saines.

Discussion

C'est une tumeur rare, représentant 0.1 à 1% des tumeurs cutanées malignes, mais reste le sarcome cutané le plus fréquent.

Le dermatofibrosarcome se caractérise par son évolution lente, sa rareté de métastase mais surtout sa forte tendance à la récidive

Notre cas de dermatofibrosarcome est inhabituel par son aspect clinique et sa localisation mentonnière exceptionnelle.

L'exérèse chirurgicale large est le traitement de référence, avec des marges de sécurité larges de 3 à 5 cm de tissus sains, emportant une barrière saine en profondeur.

La couverture des pertes de substance engendrées par l'exérèse fait appel aux différentes techniques de reconstruction.

Conclusion

La tumeur de Darier-Ferrand est une variété particulière de dermatofibrosarcomes dont le diagnostic positif est histologique.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

LES TUMEURS DE LA GLANDE PAROTIDE : A PROPOS DE 20 CAS

M. Elboukhani*, H. Elhadri, M. Elfatihi, H. Elyachekouri, G. Elidrissi, A. Benhajjou, Z. Aziz, N. Mansouri Hattab

Introduction

La pathologie tumorale de la glande parotide est complexe, elle pose des problèmes diagnostiques et thérapeutiques

L'objectif de notre travail est de faire le point sur ce sujet à partir de notre série et des données de la littérature.

Patients et méthodes

Nous rapportons, à travers une étude rétrospective, 20 cas de tumeurs de la glande parotide colligés au service de Chirurgie Maxillo- Faciale et esthétique du CHU MOHAMMED VI de MARRAKECH sur une période de 4 ans, entre janvier 2019 et décembre 2022 .

Résultats

La moyenne d'âge de nos patients était de 46 ans (24 - 70 ans). La prédominance masculine était nette ; le sex-ratio homme/femme était de 1,2. Le délai de consultation moyen était de 14 mois (2 - 36 mois). La symptomatologie clinique était dominée par une tuméfaction parotidienne retrouvée chez tous les malades. L'IRM était l'examen paraclinique le plus demandé permettant l'exploration des masses tumorales parotidiennes avec une bonne valeur diagnostique de malignité ou de bénignité.

Le diagnostic de la tumeur était confirmé par l'examen anatomopathologique. On dénombrait 17 tumeurs épithéliales bénignes et 3 tumeurs épithéliales malignes. Le type histologique dominant était l'adénome pléomorphe (50%). Tous nos patients ont bénéficié d'un traitement chirurgical. La paralysie faciale était la complication la plus fréquente intéressant 15% des patients.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

**Traumatologie
crânio-maxillo-faciale
Chirurgie de catastrophe
et de guerre**

LES TRAUMATISMES DE L'ETAGE MOYEN DE LA FACE. FAUT-IL OPERER EN URGENCE ?

M. Chergui*, A. Bourihane, A. Chahrouh, A. Djebarni, Y. Bitam, S. Barkou

Introduction :L'incidence des traumatismes de la face est en nette augmentation, ceci est lié à la fréquence des accidents de la voie publique, elles surviennent beaucoup plus chez l'adulte jeune de sexe masculin. Leur diagnostic est radio clinique, amélioré par la TDM en tridimensionnelle qui renseignera mieux sur les types de fractures et leurs déplacements.Parfois le traumatisé de la face rentre dans le cadre d'un polytraumatisé ou une hiérarchie de la prise en charge doit être respectée.

Matériels et méthodes : Nous présentons notre expérience personnelle à l'HMRUO, des patients reçu aux urgences aux nombre de 39 patients présentant des traumatismes de l'étage moyen de la face ou la disponibilité de la TDM nous a permit de faire un bilan lésionnel précis et donc la prise en charge devient aisée.

Résultats et discussion :

◆ Fractures simples dominées par fractures de l'os nasal, les fractures de l'orbite et les fractures du trépied zygomatique.

◆ Fractures complexes :

1- Disjonctions cranio-faciales ou occlusofaciale (fracture de Lefort I, II, III)

2- Fractures du complexe naso-éthmoïdo- maxillo-fronto-orbitaire (CNEMFO) ce sont des fractures centrofaciales.

3- Les fractures panfaciale : Fractures du massif facial et de la mandibule, souvent complexes et comminutives

Conclusion :Le choix du moment de la prise en charge des traumatismes de l'étage moyen de la face constitue un argument de grande importance dans l'appréciation des résultats. Dans le but d'éviter des séquelles fonctionnelles invalidantes et esthétiques le chirurgien maxillo-facial doit d'abord faire un bilan lésionnel précis.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

GESTION ET PRISE EN CHARGE DES FRACTURES DU PLANCHER DE L'ORBITE

A. Cherabli*, A. Bourihane, L. Degdeg, D. Aid

Introduction

Les fractures du plancher de l'orbite constituent une pathologie grave en traumatologie ophtalmologique. L'importance du retentissement fonctionnel et esthétique de cette pathologie justifie la réalisation d'un bilan clinique et radiologique rigoureux et une prise en charge multidisciplinaire

Matériels et Méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective de 42 patients, colligés entre 2017 et 2022 pour fracture du plancher de l'orbite. Tous les patients ont bénéficié d'un examen ophtalmologique complet, un test de Lancaster et un examen radiologique comprenant des radiographies standards et une tomodensitométrie orbitaire.

Résultats

La moyenne d'âge pour nos patients était de 22.6 ans avec un sexe ratio de 2.5 (une nette prédominance masculine). Les circonstances du traumatisme étaient dominées par les agressions (64% des cas) suivis par les accidents de la voie publique (36% des cas). L'indication opératoire était posée devant une diplopie avec une limitation du regard vers le haut dans 33 cas et une enophtalmie associée dans 9 cas après un délai moyen de 12 jours. La TDM a objectivé une incarceration musculo-graisseuse dans 13 cas et une incarceration graisseuse isolée dans 20 cas. Quinze cas ont bénéficié d'une reconstruction du plancher par une autogreffe ou du biomatériau.

Discussion

Les fractures du plancher de l'orbite intéressent les patients jeunes et actifs. La TDM permet de confirmer le diagnostic et de déterminer le type de fracture. Les fractures par « Blow out » sont les plus fréquentes (en trappe) avec souvent une incarceration du muscle droit inférieur nécessitant une désincarcération urgente par duction forcée ou chirurgicale. Une reconstruction du plancher s'impose chaque fois que la perte de substance est jugée significative.

Conclusion

Les fractures du plancher de l'orbite sont fréquentes. Non traitées, elles peuvent être responsables de préjudices fonctionnels et esthétiques. Leur pronostic dépend du délai diagnostique et thérapeutique.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

TENTATIVE DE SUICIDE A L'ARBALETTE: A PROPOS D'UN CAS

L. Galmard*

Introduction :

Les blessures et les décès par arbalète sont rares de nos jours, surtout lorsqu'elles sont auto-infligées.

Matériel et Méthodes :

Nous présentons ici le cas d'un patient de 45 ans ayant des antécédents de troubles psychiques, ayant tenté de se suicider à l'aide d'un carreau d'arbalète.

Résultats, Discussion :

Le carreau a pénétré au niveau du menton, traversé le plancher buccal, la cavité orale, le palais osseux, la fosse nasale gauche et s'est extériorisé au niveau des os propres du nez.

Notre principale préoccupation était la sécurisation des voies respiratoires avant de pouvoir procéder à l'extraction du projectile. Nous avons décidé de réaliser une intubation nasotrachéale vigile par la fosse nasale droite, avec cependant les instruments nécessaires à une trachéotomie en urgence présents dans la salle d'opération en cas d'échec.

Conclusion :

L'intubation a été réalisée avec succès, le patient a pu être endormi et le carreau a été retiré.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES DES FRACTURES DU TIERS MEDIAN DE LA FACE

AP. Makungu*, L. Zue Eya, S. Late

Résumé

Introduction

Les fractures du tiers médian de la face sont un vrai problème de santé publique vu leur fréquence. Le but est de déterminer les données socio-démographiques, étiologiques et cliniques

Matériels et Méthodes

Etude rétrospective, descriptive, monocentrique de 2016 à 2022. Ont été inclus, les fractures embarrures frontales, de l'unguis, des OPN, du maxillaire, de la symphyse et parasymphyse mandibulaire, hospitalisées dans le service. Ont été exclus les fractures du tiers latéral de la face sans lien avec le tiers médian et les dossiers incomplets. Les paramètres étudiés étaient :

- - La fréquence, l'âge, le sexe, la profession, le mode de transport, l'étiologie,
- - Le délai de consultation et le siège de l'impact, l'examen d'imagerie et le trait de fracture.

Résultats

84 cas inclus, sur un total de 358 patients hospitalisées, soit une prévalence de 23,46%. L'âge moyen était de 30 ans. 85,7 % d'homme soit un sex ratio de 5,9. Les élèves et les étudiants représentaient 38,1% des cas. 32,1 % des patients bénéficiaient d'un transport médicalisé. Les accidents de la voie publique représentaient 54,8% des cas. 23% des patients consultaient dans les 24h. La région du menton était impactée à 34%. La TDM était réalisée à 76%. La fracture était mandibulaire à 52,4%.

Discussion

La fréquence est faible car certaines fractures sont prises en charges dans d'autres services. L'AVP est la principale étiologie ce qui diffère avec l'occident.

Conclusion

Fractures de l'adulte de sexe masculin. L'AVP principale cause. L'étage moyen de la face le plus impacté

Mots clés

Tiers médian, face, fracture, épidémiologie

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

FRACTURES DU PLANCHER ORBITAIRE: ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES ET THERAPEUTIQUES

AP. Makungu*, D. Moubissa, G. Kengue, M. Roukaya

RESUME

Introduction : Le Traitement des fractures du plancher orbitaire blow-out pur et impur font appel à différent type de matériel. Le but de notre travail est de déterminer les aspects socio-professionnels, étiologiques et le matériel le mieux indiqué.

Matériel et méthode : Etude rétrospective, descriptive, mono-centrique de Mars 2016 à Mars 2022. Ont été inclus, tous les cas confirmés de fracture du plancher orbitaire opérés dans le service et non inclus les patients avec traumatisme maxillo-facial sans fracture du plancher orbitaire et les dossiers incomplets. Les paramètres suivants ont été étudiés : l'âge, le sexe, la profession, l'étiologie, le trait de fracture, la voie d'abord, le matériel, et les séquelles.

Résultats : 46 patients colligés, une fréquence de 33,6 % des traumatismes maxillo-faciaux. Le sexe masculin était représenté à 69,6 %. L'âge moyen des patients était 30,6 ans. Les élèves étaient les plus représentés avec 32,6%. L'accident de la circulation étaient l'étiologie la plus fréquente de 67,4 % des cas. Les fractures en Blow-out impur représentaient 58,7% des cas. La voie d'abord palpébrale basse était réalisée dans 86 %. L'os iliaque était le plus utilisé avec 44,4%. L'hypoesthésie était la séquelle la plus rencontrée dans 10 % des cas.

Discussion : Le greffon iliaque est le plus utilisé. Certains auteurs optent pour l'os crânien et d'autres pour la conque de l'oreille

Conclusion : Affection du sujet jeune de sexe masculin. L'accident de circulation est la principale étiologie. L'os iliaque est le mieux indiqué.

Mots clés : plancher orbitaire, fracture, épidémiologie, traitement

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

PRISE EN CHARGE DES FRACTURES DU PLANCHER DE L ORBITE EN BLOW OUT : A PROPOS DE 10 CAS , CHU SETIF , ALGERIE

A. Badaoui*

Introduction :les fractures en blow out du plancher de l orbite sont principalement dues aux agressions et accidents de la voie publique particulièrement des jeunes hommes ,les séquelles esthétiques et fonctionnelles pouvant survenir nécessitent un bilan clinique et radiologique rigoureux et une prise en charge précoce .

Matériels et méthodes :

Objectif : cette étude a pour objectif d identifier les aspects épidémiologiques des fractures du plancher de l orbite en blow out et de décrire leurs prise en charge .

C est une étude rétrospective et descriptive menée au CHU _ SAADANA ABDNOUR _ Sétif , Algérie de novembre 2022 à Avril 2023 dans cette étude ont été incluses les fractures de l orbite en blow out objectives par TDM,qui avait reçu un examen ophtalmologique et subi un test de Lancaster avant la reconstruction .

Résultats : sur 102 fractures de l orbite recensés sur la période d étude,10 cas de fracture du plancher de l orbite en blow out ont été notés , sex-ratio de 1/3,age moyen de 26 ans avec des extrêmes de 09 et 44 ans une prédominance des agressions représentant 90%,accidents de la voie publique 10%,les raisons de consultation : diplopie 90%, énophtalmie 10%. La prise en charge était médico chirurgicale ,sous anesthésie générale

L évolution a été satisfaisante dans 90%des cas avec persistance de l énophtalmie dans 01cas

Dans tous les cas la reconstruction a été réalisée par des greffons conchales ou septales

Conclusion : non traitées les fractures en blow out du plancher de l orbite peuvent être responsables de dommages fonctionnels et esthétiques ,le succès thérapeutique repose sur un diagnostic et un traitement précoces .

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

LES FRACTURES DU PLANCHER DE L'ORBITE : ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES ET EVOLUTIFS

A. Sabr*, A. Oukerroum, F. Slimani

Introduction :

Les fractures du plancher de l'orbite sont fréquentes en traumatologie maxillo-faciale. L'importance du retentissement fonctionnel et esthétique de cette pathologie justifie la réalisation d'un bilan clinique et radiologique rigoureux et une prise en charge multidisciplinaire afin de prévenir les séquelles.

Matériel et méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective, s'intéressant aux patients opérés pour fracture isolée du plancher de l'orbite au niveau du service de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale de l'hôpital 20 Août 1953 de Casablanca, entre le 1er Janvier 2017 et le 31 Décembre 2022.

Résultats :

45 patients ont été opérés pour fracture du plancher de l'orbite pendant la période d'étude. 67% étaient de sexe masculin versus 33% de sexe féminin. La moyenne d'âge était de 34 ans. Les mécanismes du traumatisme étaient prédominés par les agressions dans 60% des cas suivis par les accidents de sport dans 25% des cas. L'indication chirurgicale était posée devant une diplopie avec limitation de l'élévation du globe oculaire chez 85% des patients et une enophtalmie associée dans 15% des cas. La TDM a objectivé une fracture du plancher orbitaire associée à une incarceration musculo-graisseuse dans 33% des cas et à une incarceration graisseuse seule dans 50% des cas. 13% des patients ont gardé une enophtalmie après reconstruction du plancher orbitaire par grille et 31% des cas ont gardé une diplopie.

Discussion :

Les fractures du plancher de l'orbite intéressent les patients jeunes et actifs. La TDM permet de confirmer le diagnostic et de déterminer le type de fracture avec la présence ou non d'incarcération du contenu orbitaire. L'indication chirurgicale est posée devant le degré de retentissement fonctionnel et esthétique. Les séquelles ophtalmologiques sont dominées par la persistance de la diplopie et de l'enophtalmie. La prise en charge des séquelles nécessite la collaboration chirurgien maxillo-facial, ophtalmologiste et orthoptiste.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

PRISE EN CHARGE DES FRACTURES DE LA PORTION DENTÉE DE LA MANDIBULE AU CHU SYLVANUS OLYMPIO DE LOMÉ

S. Adam*, A. Keyewa, H. Bissa, P. Agoda, EP. Pégbessou, B. Amana, E. Boko

Introduction. Les fractures de la portion dentée de la mandibule peuvent entraîner des séquelles fonctionnelles et esthétiques graves si elles sont mal traitées. L'objectif de cette étude était d'évaluer la prise en charge de ces fractures dans le service de Stomatologie et Chirurgie maxillo-faciale du CHU Sylvanus Olympio de Lomé.

Matériels et méthodes. Il s'est agi d'une étude rétrospective et descriptive sur des dossiers médicaux de patients hospitalisés pour une fracture intéressant la portion dentée de la mandibule, de janvier 2015 à décembre 2022.

Résultats et discussion. Nous avons colligé 125 cas de fractures intéressant de la portion dentée de la mandibule. La fréquence annuelle était de 15,63. L'âge moyen des patients était de $31,57 \pm 11,60$ ans avec des extrêmes de 2 ans et 68 ans. La sex-ratio était de 4,95. Les patients du secteur informel représentaient 36,80%. La principale étiologie était les accidents de la circulation routière (75,20%), et impliquant les motocyclistes dans 86,17%. Le délai moyen de consultation était de 48h. La symphyse mandibulaire était concernée dans 76% des cas, suivie du corpus (20,80%). Cinquante-sept virgule soixante pourcent des patients présentaient une fracture bifocale. La chirurgie était réalisée dans 66,40% des cas, et un traitement mixte orthopédique et chirurgical, chez 27,20% des patients. Le délai moyen de prise en charge était de 12 jours. Les séquelles étaient retrouvées chez 8,80 % des patients.

Les fractures de la portion dentée sont l'apanage de l'adulte jeune de sexe masculin. Leur prise en charge est majoritairement chirurgicale et doit être précoce pour éviter les complications et séquelles. Leurs étiologies sont dominées, en Afrique, par les accidents de la circulation routière, impliquant majoritairement les engins à deux roues.

Conclusion. L'accent doit être porté sur la prévention, notamment le port de casque intégral par tout motocycliste.

Mots clés. Mandibule ; portion dentée ; fractures ; Lomé-Togo.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

LES FRACTURES ISOLEES DE L'ARCADE ZYGOMATIQUE : EXPERIENCE DU SERVICE DE CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE DE L' HOPITAL 20 AOUT

K. El Yacoubi*, O. Ilhami, A. Oukerroum, F. Slimani

Introduction : Les fractures isolées de l'arcade zygomatique représentent 10% des fractures de l'os zygomatique. Elles résultent souvent d'un traumatisme direct. Leur indication thérapeutique se base sur leur retentissement fonctionnel et esthétique. Plusieurs techniques de réduction sont décrites. Non traitées, ces fractures peuvent entraîner des limitations permanentes de l'ouverture buccale et des déformations esthétiques.

Le but de notre étude, analyser les fractures isolées de l'arcade zygomatique sur le plan épidémiologique et clinique ainsi que leurs modalités thérapeutiques et indications.

Matériels et méthodes : Étude rétrospective sur une durée de 30 mois (du 1^{er} Mars 2019 au 30 Aout 2021) au service de Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale de l'Hôpital 20 Aout 1953. Incluant les patients consultant pour une fracture isolée de l'arcade zygomatique.

Résultats, Discussion : Sur les 120 patients colligés, l'âge moyen était de 33,7 ans, avec une prédominance masculine 89,4% . Les principales étiologies étaient les AVP (46%), rixes/agressions (42%), violences conjugales (7%) et chute (5%). La clinique était dominée par le coup de hache (64%) et la douleur (44%). La tomodensitométrie faciale a retrouvé des fractures avec angulation (67%), un chevauchement (9%) et non déplacées (24%). La majorité des patients ont été traités chirurgicalement, 50% par voie de Gillies et 10% par ostéosynthèse . Parmi les patients opérés 92% présentaient une déformation de l'arcade zygomatique et 35% un trismus.

Pour les fractures asymptomatiques et sans déplacements ou minimes, l'abstention chirurgicale est de mise. Les fractures avec déplacement, déficiences fonctionnelles ou esthétiques nécessitent une intervention chirurgicale . Différentes techniques chirurgicales ont été décrites, parmi elles, l'approche de Gillies (la plus utilisée) ,de Keen et l'abord coronal.

Conclusion : Les fractures de l'arcade zygomatique sont fréquentes, elles surviennent chez le sujet jeune et peuvent entraîner des répercussions fonctionnelles et esthétiques dont le traitement est le plus souvent chirurgical .

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

FRACTURE DE L'ETAGE ANTERIEUR DE LA BASE DU CRANE : NOTRE APPROCHE

I. Ben El Mamoun*, K. Hattab, D. Dafalelei, A. Afif, M. Lakouchmi, Z. Aziz, N. Mansouri Hattab

Introduction :

Les fractures de l'étage antérieur de la face sont tout traumatisme ouvert ou fermé touchant les parois des sinus frontaux. Elles constituent jusqu'à 15 % de la traumatologie faciale et leur prise en charge est multidisciplinaire.

Leur gravité réside dans l'effraction de la dure-mère adjacente avec passage du LCR dans la cavité sinusienne et rhinorrhée secondaire.

Notre but est d'évaluer les aspects épidémiologiques cliniques et paracliniques et rapporter notre approche thérapeutique, en comparaison avec les données de la littérature.

Matériels et méthodes :

Etude rétrospective descriptive incluant 23 cas de fractures de l'étage antérieur de la base du crâne, prises en charge au sein du service de chirurgie maxillo-faciale du CHU MOHAMED VI de Marrakech du janvier 2021- décembre 2022

Résultats et discussion :

La moyenne d'âge été de 28,8 ans avec une prédominance masculine. Les accidents de la voie publique étaient l'étiologie la plus fréquente 73,9 %.

Les fractures de la base du crane sont particulières par leur fréquente association avec les lésions faciales et crâniennes d'où le risque vital, infectieux, et esthétique.

Les lésions cérébrales associées étaient de 45 %, tandis que les lésions faciales associées étaient de 70 % avec 4,38 % de cécité. Notre approche était majoritairement chirurgicale dans 52,17 % des cas. L'abstention thérapeutique était de mise chez 30,43 % des cas. Alors que 8,6 % des patients étaient opérés au stade séquellaire. La voie d'abord la plus utilisée était la voie de Cairns étant la voie la plus esthétique et permettant la meilleure exposition du foyer fracturaire.

La durée de l'antibioprophylaxie et la vaccination anti pneumococcique, restent controversées.

Conclusion :

-L'approche thérapeutique varie entre la chirurgie, l'abstention thérapeutique et la chirurgie séquellaire.

-Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour déterminer la durée optimale de l'antibioprophylaxie et de la vaccination anti-pneumococcique.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

LA FRACTURE MANDIBULAIRE AU SERVICE DE CMF DE MARRAKECH (A PROPOS DE 251 CAS)

A. Afif*, M. El Boukhani, B. Yassin, H. Beni Akhy, Z. Aziz, N. Mansouri Hattab

Les Fractures mandibulaires sont relativement fréquentes en pratique quotidienne, leur prise en charge a été révolutionnée avec l'avènement de l'ostéosynthèse. Cette étude a pour but de préciser les caractères des fractures mandibulaires et évaluer leur prise en charge. Patients et méthodes : il s'agit d'une étude rétrospective, menée de juin 2020 à janvier 2022 au service de chirurgie maxillo-facial du CHU Mohamed VI de Marrakech. 251 patients ont été inclus. Résultats : l'âge moyen des patients était de 22 +/- 2 ans, avec une nette prédominance masculine, l'AVP a été retrouvé dans 56 % des cas, la fracture était bifocale dans 126 cas, l'ostéosynthèse + blocage étaient prédominants. Discussion : les difficultés d'application des mesures de sécurité routière dans notre contexte justifie le nombre élevé d'AVP, l'ostéosynthèse par mini plaques vissées est la règle en raison de la grande stabilité qu'elle assure. Le blocage maxillo-mandibulaire de courte durée est souvent associé. Mots clés : fractures mandibulaires, traitement, pronostic

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

EMPHYSEME ORBITO-PALPEBRAL SPONTANE : A PROPOS D'UN CAS

A. Oussalem*, M. Bouksirat, M. Boulaadas

Introduction :

L'emphysème orbitaire est une complication reconnue des fractures de l'orbite et/ou des déchiscences des parois orbitaires. Néanmoins, elle représente rarement une menace pour la vision.

Observation :

Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 33 ans qui a consulté le pavillon des urgences pour tuméfaction palpébrale supérieure gauche survenue 2 heures plutôt sans notion de traumatisme suite à un effort de mouchage.

L'examen clinique retrouvait une tuméfaction palpébrale avec crépitations neigeuses en regard et sans signes inflammatoires cutanés ainsi qu'une exophtalmie non pulsatile associée. L'examen ophtalmologique strictement normal.

Une TDM faite à objectivé la déchiscence de la lame papyracée et une importante pneumorbitie.

La patiente a été traitée par antibiothérapie associée à une proscription des mouchages, des massages doux ainsi qu'un contrôle régulier hebdomadaire.

Une remission complète a été obtenue à j 15.

Discussion :

La pneumorbitie peut être définie par la présence d'air dans le cadre orbitaire ; d'origine traumatique le plus souvent quelques rares cas de déchiscence spontanée ont été rapportés.

L'évolution est le plus souvent spontanément résolutive mais l'hyperpression induite par la présence d'air peut être source d'une neuropathie optique ischémique ou d'une occlusion de l'artère centrale de la rétine rendant nécessaire une surveillance rigoureuse pour une éventuelle intervention décompressive urgente.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

LE SYNDROME DE LA FISSURE ORBITAIRE SUPERIEURE : A PROPOS D'UN CAS

S. Ben Youssef*, H. Touil, M. Bouzaïene

Introduction:

Le syndrome de la fissure orbitaire supérieure post-traumatique est une des complications rares des traumatismes maxillo-faciaux. Le scanner est indispensable à la fois pour affirmer le diagnostic lorsque celui-ci n'est pas évident cliniquement, pour faire un bilan lésionnel complet et pour éliminer d'autres complications qui nécessitent un traitement chirurgical en urgence. La prise en charge de cette complication est médicochirurgicale et l'évolution se fait le plus souvent vers une récupération partielle des symptômes.

Matériel et méthodes :

Nous rapportons le cas d'une patiente qui a été admise au service de Chirurgie Maxillo-Faciale du CHU de Mahdia pour une diplopie associée à une exophtalmie, une ophtalmoplégie totale et un ptosis post-traumatique.

Résultats : La patiente âgée de 35 ans a consulté aux urgences suite à un traumatisme crânio-facial. Elle se plaignait d'une diplopie et l'examen de l'œil gauche a objectivé : un œdème périorbitaire, une exophtalmie, un ptosis, une ophtalmoplégie complète et une pupille en semi mydriase aréflexique. Le scanner fait en urgence a montré : un hémisinus maxillaire gauche, une fracture du plancher de l'orbite gauche avec détachement d'un fragment osseux intra sinusale et incarceration du muscle droit inférieur, une fracture de la paroi médiale de l'orbite et un pneumo-orbite gauche. Le test de Lancaster initial a objectivé une paralysie de tous les muscles oculomoteurs du côté homolatéral et une hyperstimulation des muscles oculomoteurs du côté controlatéral. La patiente a été mise sous antibiotique et corticothérapie. Une désincarcération du muscle droit inférieur a été réalisée par voie trans-conjonctivale avec mise en place d'une plaque de mercylène. Aux dix-huitièmes jours post-traumatisme, la patiente présentait encore une diplopie, il y avait une amélioration partielle de l'oculomotricité et du réflexe photomoteur et une amélioration nette, du ptosis et de l'exophtalmie.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentations(s).

SECTION TRAUMATIQUE DU CANAL DE STENON : A PROPOS DE 5 CAS

G. Elidrissi Rabbaa*, F. Fettaf, F. Mourabit, A. Afif, M. Kouichmi, N. Mansouri Hattab

- **Introduction :**

Les sections traumatiques du canal de Stenon sont une pathologie très fréquente chez les sujets jeunes et en urgence maxillo-faciale dans le contexte d'une agression. Elles résultent des plaies traumatiques profondes de la joue et de la région masseterine sectionnant une ligne unissant le tragus et l'aile nasale. La difficulté thérapeutique réside en la réparation des lésions nerveuses et canalaire.

- **Objectifs :**

L'objectif de notre étude est d'évaluer le traitement, les complications et leur prise en charge

- **Matériels et méthodes :**

Nous avons réalisé une étude prospective et rétrospective de Janvier 2020 à Janvier 2021, portant 5 cas de section traumatique du canal de Stenon au sein du service de chirurgie maxillo-faciale et esthétique du CHU Mohamed VI de Marrakech

- **Résultats :**

L'âge moyen des patients était de 26 ans avec une prédominance masculine. L'agression par arme blanche dans 80% était la cause plus fréquente et le mécanisme par morceau de verre représente 20%. Le diagnostic est confirmé par le cathétérisme dans 80% et 20% des cas sont passés inaperçus. Le traitement initial consiste anastomose termino-terminale des deux portions du canal de Stenon. La sialocèle représente 60% des complications fréquentes, 5% fistule salivaire.

- **Discussion :**

La section du canal de Stenon est une pathologie peu fréquente et sous-estimée. Le traitement initial est chirurgical. Le choix de technique est fonction de l'identification des extrémités du canal.

- **Mots clés :**

Canal de Stenon - Plaie parotidienne - Prise en charge.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

SEQUELLES DES FRACTURES MALAIRES

I. Salhi*, A. Jaifi, K. Mezzat, S. Injirahi, M. El Bouihi, N. Mansouri Hattab

Objectifs : Rapporter les profils épidémiologiques et cliniques des patients présentant des séquelles de fractures malaires.

Matériels et Méthodes : Il s'agissait d'une étude prospective entre janvier 2023 et juin 2023, soit 6 mois, permettant d'inclure 30 patients ayant présenté des fractures malaires, pris en charge dans notre formation et qui présentent au moins une séquelle, suivi en concertation. Les paramètres étudiés étaient épidémiologiques et cliniques.

Résultats : L'âge moyen était de 23 ans avec une nette prédominance masculine (86%). Les séquelles étaient de 2 ordres : esthétique et fonctionnelle. Parmi les séquelles esthétiques, l'affaissement des pommettes était le plus fréquent, un élargissement du visage était noté dans 33,3 % des cas et une énoptalmie dans 10%. Des séquelles ophtalmiques étaient présentes dans 13,3%. Une hypoesthésie était notée dans le territoire du nerf sous-orbitaire dans 46,6 % des cas.

Conclusion : Les fractures malaires sont fréquentes et entraînent des séquelles esthétiques et fonctionnelles. Les séquelles les plus fréquemment observées sont un affaissement de la pommette, un élargissement de l'hémiface, une hypoesthésie dans la région du nerf sous-orbitaire.

Mots clés : Séquelles, Fractures malaires, Esthétique, Fonctionnel, Ophtalmologique.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

LA DIPLOPIE POST TRAUMATIQUE PERSISTANTE : FAUT-IL OPERER ?

S. Ben Youssef*, H. Touil, M. Bouzaïene

Introduction :

Les fractures du plancher et de la paroi médiale de l'orbite peuvent avoir pour conséquence durable et gênante une impotence oculomotrice. La plainte fonctionnelle la plus fréquente dans ces cas est la diplopie. Sa correction tardive n'est pas recommandée par tous les auteurs.

Observation clinique :

Cas d'un patient âgé de 30 ans, qui consulte deux mois après un choc direct sur son œil droit pour une diplopie persistante. L'examen clinique a objectivé une discrète limitation de l'abduction de l'œil droit avec une diplopie verticale et en dehors, sans trouble de l'acuité visuelle ni énoptalmie ni déficit sensitif. Le scanner du massif facial a montré une fracture du plancher de l'orbite droite avec une hernie musculo-graisseuse et une fracture de la paroi médiale avec la présence d'une esquille osseuse au contact du muscle droit médial. Un test de Lancaster a confirmé les troubles oculomoteurs objectivés cliniquement. Le patient a été opéré par voie transconjonctivale, sous contrôle endoscopique. Les tissus périorbitaires herniés ont été libérés. Une rééducation orthoptique a été démarrée au septième jour.

L'évolution a été marquée par une amélioration de la course oculaire et de la diplopie, objectivée par un test de Lancaster.

Discussion et conclusion :

Les troubles oculomoteurs, suite aux fractures du plancher et de la paroi médiale orbitaires, ont un devenir très variable. Plus la diplopie est précoce, plus le risque de sa fixation est important. Un trouble oculomoteur persistant est une indication opératoire de ce type de fracture. En dehors des fractures en trappe, l'intervention chirurgicale est indiquée entre le 4ème et le 10ème jour, selon les équipes.

A travers ce travail, nous démontrons que même dans un stade tardif, l'exploration chirurgicale conserve tous ses intérêts pour le rétablissement de l'oculomotricité dans les fractures orbitaires.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

Implantologie
Chirurgies pré-prothétique
et pré-implantaire

P-125

METHODES PREVENTIVES ET THERAPEUTIQUES ET TACTIQUE POUR TRAITER LES INFECTIONS CHEZ LES PATIENTS SOUFFRANT DE FRACTURES DE LA MAXILLO-FACIAL APRES DES ACCIDENTS.

H. Audi*

Méthodes préventives et thérapeutiques et tactique pour traiter les infections chez les patients souffrant de fractures de la maxillo-facial après des accidents.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

ECHECS EN IMPLANTOLOGIE

N. Boudjellel*

Introduction

Les implants ne sont pas une solution miracle, il faut s'en persuader pour se prémunir vis à vis de problèmes.

Matériel et Méthodes

Il existe 3 types d'échecs :

- échecs immédiats : pas d'ostéo-intégration (environ 1% des cas)
- échecs à long terme : peri-implantite (15 à 20% des implants)
- échecs prothétique... pour éviter ce type d'échec il faut des conditions générales qui sont bonnes, greffes osseuses pour avoir de bons résultats esthétiques.

Nous avons collecté une série d'échecs implantaires auprès de confrères médecins-dentistes privés.

Résultats

Il faut expliquer au patient qu'on n'aura pas forcément un résultat parfait comme dans les publications. Il faut savoir où on met la barre sans pour autant se satisfaire d'un mauvais travail. Il y a des greffes qui marchent bien et d'autres non (ex : la greffe de conjonctif ne peut tenir que s'il y a de l'os en dessous).

Discussion

De nombreuses erreurs et complications peuvent être encore évitées en procédant de manière précise et rigoureuse à chaque étape du traitement. Connaître les erreurs les plus courantes permet de les éviter. Cependant, chaque patient constitue un cas particulier avec ses spécificités propres, elles exigent parfois de s'adapter à la situation clinique. C'est en partageant les échecs que les réponses données aux situations spécifiques seront les plus adéquates.

Conclusions.

De nombreuses erreurs et complications peuvent être encore évitées en procédant de manière précise et rigoureuse à chaque étape du traitement. Connaître les erreurs les plus courantes permet de les éviter. Cependant, chaque patient constitue un cas particulier avec ses spécificités propres, elles exigent parfois de s'adapter à la situation clinique. C'est en partageant les échecs que les réponses données aux situations spécifiques seront les plus adéquates.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

LESION DU NERF ALVEOLAIRE INFERIEUR EN IMPLANTOLOGIE

S. Boukssim*, S. Chbicheb

INTRODUCTION

Face aux exigences esthétiques et la nécessité de rétablir la fonction, l'implantologie a connu un tel essor qu'elle occupe aujourd'hui une place importante dans la pratique dentaire.

Bien qu'elle soit une chirurgie sûre, elle présente certains risques liés aux structures anatomiques avoisinantes notamment le nerf alvéolaire inférieur.

La lésion du nerf alvéolaire inférieur fait partie des complications les plus importantes rencontrées lors de la mise en place d'implants mandibulaires postérieurs.

Cette atteinte du nerf peut provoquer des symptômes d'intensité variable, allant d'une simple gêne à des douleurs intenses.

MATERIEL ET METHODES

L'objectif de ce travail est de déterminer les différents facteurs de risques de survenue d'une lésion du nerf alvéolaire inférieur et de décrire les différentes attitudes préventives et curatives.

Une recherche bibliographique a été menée sur les différents bases de données scientifiques Medline, PubMed et Web of Science. A l'issue de cette recherche des revues littéraires, systématiques ainsi que des études cliniques et systématiques ont été retenues.

RESULTATS ET DISCUSSIONS

La lésion du nerf alvéolaire inférieur en implantologie est un événement qui n'est pas rare. Compte tenu de la multiplication des indications de l'implantologie, il est primordial de réaliser une analyse pré implantaire rigoureuse permettant de limiter ces risques.

Lors de survenue d'une complication nerveuse, il est nécessaire de savoir la diagnostiquer précocement afin d'intervenir rapidement pour limiter toute perturbation sensorielle à long terme. Cette prise en charge variera en fonction du moment où le diagnostic est posé, soit en per-opératoire ou en post-opératoire.

CONCLUSION

La lésion du nerf alvéolaire inférieur en implantologie est un événement qui peut être évité par une connaissance parfaite de l'anatomie et par une analyse pré implantaire et une planification chirurgicale rigoureuse. Aujourd'hui avec l'avènement de l'implantologie numérique et guidée, on a vu minimiser les risques.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

IMPACT DE L'ETAT DE SURFACE IMPLANTAIRE SUR L'OSTEOINTEGRATION ET LA CICATRISATION PERI-IMPLANTAIRE

O. El Yacoubi*, S. Dghoughi

Introduction et objet

L'ostéointégration est définie comme une jonction anatomique et fonctionnelle entre l'os vivant remanié et la surface de l'implant dentaire qui se traduit par l'absence de mobilité de l'implant. L'état de surface implantaire est un facteur capital qui la conditionne.

Plusieurs procédés de traitement des surfaces implantaires ont été suggérés durant ces dernières années afin d'améliorer le phénomène de régénération osseuse et diminuer le délai de cicatrisation.

L'objectif de ce travail est de passer en revue les différents traitements de surfaces implantaires et étudier leur impact sur l'ostéointégration et l'amélioration de la cicatrisation osseuse.

Matériels et méthodes :

Une recherche bibliographique examinant des articles publiés ces 10 dernières années sur plusieurs bases de données telles que PubMed, Science Direct, Elsevier...

Les mots clés utilisés sont : ostéo-intégration, traitement de surface, implant...

Résultat et discussion :

Il est reconnu actuellement que les caractéristiques des surfaces implantaires, leur configuration externe et leur composition chimique influence l'interaction entre l'implant et le tissu osseux.

Plusieurs procédés de traitement de la surface implantaire ont été décrits dans la littérature : les traitements par soustraction (le sablage, le mordantage à l'acide et l'anodisation électrochimique...) permettant de créer des surfaces rugueuses, qui offrent une plus grande surface de contact et d'interconnexion entre la cellule ostéoblastique et la surface de l'implant.

D'autres procédés par addition font appel à des substances favorisant la réponse osseuse tels que le phosphate de calcium.

Dernièrement, des approches innovantes visant à imiter le milieu biochimique et l'architecture nano structurale de l'os humain font appel à des revêtements par des agents spécifiques, et des facteurs de croissance.

Conclusion

Les traitements des surfaces implantaires connaissent une évolution continue. Actuellement aucune surface ne peut être considérée comme la meilleure pour l'ostéointégration. Cependant la connaissance des différents revêtements, permet de sélectionner l'implant le mieux adapté à la situation clinique.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

INTERET DU LASER DANS LA CHIRURGIE PRE-PROTHETIQUE

R. El Gaouzi*, S. Chbicheb

Introduction : La chirurgie pré-prothétique est une chirurgie des tissus mous ou/et des tissus durs réalisée avant la conception prothétique amovible ou fixe. Elle a pour objectif de corriger les défauts due à l'édentement, et les obstacles anatomiques afin d'assurer une parfaite intégration biologique, mécanique et esthétique des restaurations prothétiques. La chirurgie pré-prothétique comprend la chirurgie de l'os alvéolaire par addition ou par soustraction, et la chirurgie des tissus mous tel que la chirurgie des freins et des brides, la chirurgie des hyperplasies et des hypertrophies, ainsi que l'approfondissement du vestibule.

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une série de cas cliniques, qui inclue des patients qui ont bénéficié d'une chirurgie pré-prothétique au laser diode, au service de chirurgie orale avant la conception prothétique, comparés à des cas cliniques qui ont été traités par lame froide.

Résultats : Les cas traités par laser ont eu moins de saignement peropératoire, moins de douleurs et de suites postopératoires et une meilleure cicatrisation.

Discussion : Le traitement laser constitue un traitement innovateur dans la chirurgie pré-prothétique, il est utilisé pour la chirurgie par soustraction des tissus mous et durs. Il permet une meilleure coupe des tissus, et permet d'obtenir une meilleure hémostase, une formation cicatricielle minimale et des suites opératoires simples avec peu d'œdème et de douleur.

Conclusion : L'utilisation du laser est de plus en plus fréquente chez les chirurgiens oraux. Son application dans la chirurgie pré-prothétique a permis d'avoir de meilleurs résultats avec moins de suites opératoires.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

Chirurgie cutanée

INTERET DES LAMBEAUX LOCAUX DANS LA CHIRURGIE CUTANEE DE LA FACE . A PROPOS DE 300 CAS .

A. Bourihane*, M. Habi, A. Chahrour, A. Djebarni, M. Chergui, Y. Bitam

Introduction :

Le visage est l'expression de l'âme pour cela , la réparation des pertes de substance de la face constitue un défi pour tous chirurgien maxillo-facial. Les lambeaux locaux ont un intérêt réel pour ce type de chirurgie quand la fermeture directe est impossible.

Matériels et méthodes :

nous avons pris en charge 200 malades dans notre service de chirurgie maxillo-faciale à HMRUOran depuis 2020. Âgé entre 0 et 100 ans. De sexe masculin 105 malades et sexe féminin 95 malades.

Résultats et discussion :

Les pertes de substance de la face sont à 95 % d'origines tumorales, le carcinome baso- cellulaire est le plus fréquent. Les lambeaux locaux sont les plus utilisés. Souvent ces pertes de substance sont importantes, car la chirurgie carcinologique cutanée nécessite des marges exérèses codifiées et importantes.

Le lambeau jugal est le plus utilisé à 70 %.

Les résultats on était satisfaisant pour les patients dans 95 %.

Conclusion :

La chirurgie carcinologique cutanée de l'extrémité céphalique est le pain quotidien du chirurgien maxillo-facial les techniques de réparation sont nombreuses elles doivent tenir compte de l'âge du patient, de la taille de la résection cutanée et de nombreux facteurs, telles les lignes de Langer ou de Kreise, l'élasticité de la peau, etc. Les principales techniques de réparation sont les lambeaux cutanés.

Références

- 1-Staub et al. Marges d'exérèse chirurgicale et taux de récurrence des carcinomes cutanés. Annales de Chirurgie Plastique. 2008; 53:389 - 98.
- 2-Samarasinghe V, Madan V. Nonmelanoma skin cancer. Journal of Cutaneous and Aesthetic Surgery. 2012;5:3.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

MELANOME CUTANE DE LA FACE : A PROPOS DE 02 CAS PRISE EN CHARGE

A. Badaoui*

Introduction : le mélanome est une prolifération tumorale développée aux dépens des mélanocytes, l'incidence du mélanome est en augmentation constante dans le monde faite de celui-ci une vraie préoccupation de santé publique, la gravité est liée à sa forte capacité à métastaser mettant en jeu le pronostic vital.

Matériels et méthodes :

L'objectif de notre travail est de colliger 02 cas de mélanome nodulaire (leur diagnostic, leur anapath, leur traitement, le suivi).

Observation 1 : le patient "RABAH .N" âgé de 68 ans, aux antécédents de cardiopathie ischémique, infirmier de profession retraité, qui s'est présenté pour une lésion nodulaire tatouée au niveau du temple antérieure gauche.

On a procédé à une biopsie excisée large sans réparation.

Anapath : mélanome nodulaire, limites d'excisions saines, Breslow 0,4 mm, indice de Clark I.

Bilan d'extension négatif.

Observation 2 : le patient "TAYEB .H" âgé de 73 ans sans antécédents pathologiques, agriculteur de profession, qui s'est présenté pour une lésion en carte géographique tatouée ulcérée au centre, siège au niveau jugale et palpébrale inférieure gauche.

Biopsie : mélanome nodulaire.

On a procédé à une excision carcinologique sous anesthésie générale, avec reconstruction par un lambeau mustarde et un greffon palatin de la paupière inférieure.

Anapath : mélanome nodulaire jugale Breslow 0,4 mm, indice de Clark I.

Bilan d'extension négatif.

Conclusion : les mélanomes malins sont un type de cancers en pleine expansion dans toutes les contrées du monde.

Les mélanomes sont en directe relation avec l'exposition solaire chez les sujets à risques c'est-à-dire l'importance de la mesure de prévention.

Ces cancers ont d'excellents pronostics lorsqu'ils sont dépistés tôt.

Enfin le traitement chirurgical reste le traitement essentiel, à la fois nécessaire et suffisant dans les stades de début si les règles particulières de la chirurgie du mélanome sont respectées.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentations(s).

LES CARCINOMES DU LOBULE DE L'OREILLE: PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE ET PRISE EN CHARGE.

AM. Mimoune*, M. Zahda, A. Badaoui, A. Chadli

Introduction :

Les carcinomes cutanés sont fréquents, la localisation auriculaire pose problème de sa réparation qui se trouve difficile vu la complexité anatomique du pavillon auriculaire et l'importance esthétique que revêt cette région.

Matériel et méthodes :

Il s'agit d'une étude épidémiologique d'une série de 22 patients atteints de carcinomes cutanés auriculaires pris en charge au niveau du service de chirurgie maxillo- faciale du CHU de Sétif en Algérie, entrant dans le cadre d'un travail de thèse de doctorat sur les cancers cutanés de la tête et du cou sur un total de 322 patients.

Résultats, discussion :

Les carcinomes du pavillon représentent 5.6% de l'effectif de la série. Ce sont essentiellement des carcinomes basocellulaires qui ont nécessité l'exérèse chirurgicale avec réparation immédiate ou différée.

Après revue de littérature concernant ces pathologies réputées sans gravité, nous discuterons les modalités thérapeutiques et les difficultés de la réparation après exérèse tumorale.

Conclusion :

Les carcinomes du pavillon auriculaires siègent dans une région anatomique complexe ce qui pose un problème de réparation qui doit respecter le plus possible l'esthétique de l'unité et la symétrie de l'unité, d'où l'intérêt de la prévention afin d'intervenir sur des lésions minimales.

Bibliographie :

- Guillot B. Aspects cliniques des cancers cutanés. In : Guillot B, editor. Dépistage et cancers cutanés : Springer-Verlag France ; 2008. p. 21 - 8.
- Guillot B. Carcinomes basocellulaires. In : al JHS, editor. Dermatologie et infections sexuellement transmissibles : Elsevier Masson ; 2017. p. 654 - 60.
- Smith RM, Byrne PJ. Reconstruction of the Ear. Facial Plastic Surgery Clinics of North America. 2019 ;27(1) :95-104.
- Amici JM, Bailly JY, Skaria AM. 22 - Chirurgie de l'oreille. In : Amici J-M, editor. Chirurgie Dermatologique (Deuxième Édition). Paris : Elsevier Masson ; 2017. p. 233-43.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

LE LAMBEAU CERF- VOLANT POUR TRAITER UN CAS D'OROSTOME JUGAL POST- NOMA

S. Toure*, L. Ndiaye, A. Ndiaye, MM. Ndiaye, BK. Diallo

Introduction:

Le noma ou cancrum oris est une gingivostomatite ulcéro-nécrosante survenant chez l'enfant malnutri, immunodéprimé, âgé de 2 à 6 ans en général . Parmi les séquelles souvent retrouvées, l'orostome qui est une communication entre la cavité buccale et l'extérieur est inesthétique et invalidant. Plusieurs techniques de réparation ont été proposées et nous en proposons une que nous avons mis en pratique et qui nous a donné entière satisfaction et que nous souhaitons partager. C'est le lambeau cerf-volant, qui est un lambeau utilisé de manière courante en chirurgie dermatologique, mais, pas dans des cas de reconstruction d'orostome post-noma

Observation:

F K, 06 ans, de sexe féminin a été vue pour séquelles de noma survenues 04 années auparavant . L'examen clinique notait une perte de substance de 2, 5 centimètres- carrés, localisée dans la région de l'aile du nez gauche avec lésion de fibrose rétracticielle disgracieuse. L'orostome entraînait une fuite salivaire permanente avec trouble de l'élocution du fait de la fuite d'air et gênait l'alimentation. L'indication d'un lambeau cerf-volant a été posée et réalisée sous anesthésie générale avec succès avec un recul suffisant de plusieurs années.

Discussion:

Le lambeau cerf-volant est un lambeau à pédicule sous cutané couramment utilisé en chirurgie dermatologique. Nous l'avons utilisé dans ce cas précis, car il nous semblait plus séduisant et moins lourds à réaliser que d'autres lambeaux locaux pédiculés comme le lambeau naso-génien.

Conclusion:

Nous plaidons pour l'utilisation du lambeau cerf-volant, qui est un lambeau fiable et de réalisation facile dans des cas d'orostomes de petites ou moyennes dimensions

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

HEMANGIOME EPITHELIOIDE A LOCALISATION JUGALE: A PROPOS D'UN CAS

AF. Habimana*, ZEA. Baba Hassene, M. Bouksirat, B. Dani, M. Boulaadas

Introduction

L'hémangiome épithélioïde ou encore appelée improprement hyperplasie angiolymphoïde avec éosinophilie est une maladie vasoproliférative réactionnelle rare se présentant avec des nodules vasculaires indolores dans les tissus dermiques et sous-cutanés de la tête et du cou. Bien qu'elle soit généralement superficielle, des cas ont été rapportés au sein des muscles et des os. Du fait de sa rareté, elle peut être cliniquement mal diagnostiquée et se confondre à beau nombre de maladies inflammatoires bénignes telle que la maladie de Kimura.

Matériel et Methodes

nous exposons ici le cas d'un patient âgé de 43 ans ayant consulté notre service pour une masse jugale gauche d'environ 10 cm de grand axe, battante, chaude avec peau saine en regard, évoluant depuis l'enfance et pour laquelle une chirurgie avait été entreprise à l'âge de 12 ans avant de réapparaître 10 ans plus tard. Un angioscanner puis une artériographie faites ont évoqué en premier lieu une malformation artérioveineuse. Après embolisation, une chirurgie d'exérèse a été entreprise reprenant l'ancienne incision avec conservation des rameaux nerveux du nerf facial. L'anapath post op a conclu à un hémangiome épithélioïde à 4 mois post op les suites sont satisfaisantes et on ne note pas de récurrence précoce.

Discussion

L'hémangiome épithélioïde est une pathologie rare dont l'étiologie est encore à ce jour mal élucidée. Elle peut prêter à confusion avec diverses autres pathologies d'où l'intérêt de l'examen anatomopathologique pour son diagnostic. Sa prise en charge est chirurgicale, elle se doit d'être aussi large que possible afin d'éviter les éventuelles récurrences.

Conclusion

L'hémangiome épithélioïde est une pathologie rare bénigne sujette à controverse et pouvant revêtir l'aspect clinique d'autres pathologies. Un diagnostic et une chirurgie totale sont les seuls garant d'une guérison totale.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

PLAIES ET ALCOOL

R. Tilsaghani*, A. Jaifi, B. Bendali, I. Elabsi, H. Beniakhy, Z. Aziz, N. Mansouri Hatab

Introduction :

La plaie faciale représente l'urgence faciale la plus admise aux structures d'urgence maxillo- faciale du CHU de Marrakech. Cette fréquence découle de plusieurs facteurs avec en tête de liste la fréquence des accidents de la voie publique auquel s'ajoute la consommation d'alcool pour résulter dans des formes souvent graves et complexes

Cette étude a pour but de préciser le lien entre l'intoxication alcoolique et la fréquence de la plaie faciale.

Matériels et méthodes : il s'agit d'une étude rétrospective, menée de janvier 2017 à décembre 2018 au service de chirurgie maxillo-facial du CHU Mohamed VI de Marrakech. 3810 patients ont été inclus

Résultats et discussion : l'âge moyen des patients était de 27 ans, avec une nette prédominance masculine, l'AVP a été retrouvé dans 68 % des cas, suivi de des agressions à titre de 23,5%.

Notre série a montré que 12.4% des patients étaient en état d'ivresse au moment du traumatisme facial. Ce chiffre reste sous-estimé par rapport à la réalité étant donné les tabous d'une société musulmane protectrice

Conclusion :

Il existerait un lien entre l'intoxication alcoolique et la fréquence de la plaie faciale qu'il faudrait contrôler par la sensibilisation de la population contre l'impact néfaste de la consommation de l'alcool sur la hausse des accidents de la voie publique et l'agressivité interpersonnelle.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

RECONSTRUCTION PALPEBRALE SUPERIEURE CHEZ UN NOUVEAU-NE PAR UN LAMBEAU D'ABBE MUSTARDE DE TRANSPOSITION : A PROPOS D'UN CAS

Y. Ben Arif*, H. Hablani, G. Fatnassi, A. Bouattour, W. Elleuch, M. Dhoubi, F. Karray, M. Abdelmoula

Introduction :

La reconstruction palpébrale supérieure est une urgence thérapeutique vu le rôle fonctionnel et esthétique de la paupière supérieure. Le choix de la procédure chirurgicale chez le nouveau-né est un challenge difficile pour le chirurgien, vu l'étendue de la perte de substance et l'âge du patient.

Matériel et méthode

Un nouveau-né âgé de 3 mois a été pris en charge dans notre service pour une perte de substance transfixiante de presque la moitié de la paupière supérieure à la suite d'un traumatisme.

La reconstruction a été faite en urgence, sous anesthésie générale et en deux temps.

Le premier temps opératoire a consisté au lever d'un lambeau d'Abbé-Mustardé de transposition de la paupière inférieure ayant comme largeur 4mm, tout en respectant le pédicule palpébral près du bord ciliaire.

Le sevrage du lambeau a été réalisé en deuxième temps opératoire (après 18 jours) avec suture directe du site donneur.

Cette technique a causé une amputation quasi totale du champ visuel chez le nouveau-né entre les deux temps opératoires. Un traitement médical régulier à base de lubrifiants en collyre a été instauré. Le sevrage a été fait le plutôt possible pour prévenir l'amblyopie.

Le résultat fonctionnel et esthétique était satisfaisant.

Résultats et discussion :

Le choix de réparation par un lambeau d'Abbé-Mustardé de transposition pour reconstruire une perte de substance transfixiante et étendue de la paupière supérieure chez un nouveau-né nous paraît être la solution idéale à proposer de première intention.

Conclusion

La reconstruction fonctionnelle et esthétique de la paupière supérieure est une urgence thérapeutique. Le choix de la procédure chirurgicale optimale est basé sur une bonne connaissance de l'anatomie palpébrale et commence par une analyse minutieuse de la perte de substance.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

HAMARTOME FOLLICULOSEBACEE KYSTIQUE : A PROPOS D'UN CAS

B. Bendali*, MSK. Hattab, K. Nini, M. Kouichmi, M. El Bouihi, N. Mansouri Hattab

Introduction L'hamartome kystique folliculosébacé est un hamartome cutané rare constitué de structures folliculosébacées dilatées entrecoupées d'éléments mésenchymateux.

Ces lésions peuvent se présenter sous forme de papules de 0,5 à 3,0 cm ou de nodules exophytiques et sont généralement solitaires, symétriques, asymptomatiques, en forme de dôme ou même ombiliquées. L'emplacement habituel est le milieu du visage et le cuir chevelu des adultes.

Matériel et méthodes : observation d'un cas et revue de la littérature

Résultats et discussion

Nous présentons un cas d'hamartome kystique folliculosébacé jugal chez une femme de 32 ans évoluant depuis 5 ans initialement nodulaire puis exophytique, l'histologie trouve un invagination intradermique avec des cellules basales sans atypies et un derme fibreux avec des cellules sébacées hyperplasiques.

Conclusion :

Entité histologique rare à présentation clinique non spécifique, l'hamartome kystique folliculosébacé est un diagnostic suspecté au stade anatomopathologique

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

GRANULOME PYOGENIQUES MULTIPLES : A PROPOS D'UN CAS

S. Maidame*, C. Déo Alban Opango, A. Raiss, A. Afif, G. El Idrissi Rabaa, M. El Bouihi, N. Mansouri Hattab

Introduction

Le granulome pyogénique est une hypertrophie des tissus mous, différents aspects cliniques sont décrits : solitaire, multiple, éruptif ou récidivant. Il peut apparaître spontanément ou à la suite de facteurs déclenchants divers tels que des traumatismes. Nous rapportons un nouveau cas de GP multiples éruptifs post-traumatique.

Cas clinique :

Il s'agit d'un homme, âgé de 28ans, qui s'est présenté en consultation pour des multiples lésions nodulaire au niveau de la face, après 7 jours d'une prise en charge adéquate de ses plaies faciales suite à un AVP.

L'examen de la face décrit des masses nodulaires charnues de grandes taille, saignante au contact, au niveau frontal, temporale et naso-labiale, L'évolution a été marqué par une surinfection.

L'examen anatomopathologique a conclu en un granulome pyogénique.

Le traitement a consisté en l'administration d'antibiothérapie adapté selon l'antibiogramme (Ciprofloxacine), avec une association de corticothérapie systémique.

Discussion :

Le granulome pyogène est une masse de tissus possédant une base pédiculée ou sessile et ayant une surface lisse ou lobulée. Divers facteurs sont incriminés dans sa survenue : la grossesse ; les maladies inflammatoires ; les malformations vasculaires ; les infections et les médicaments.

Le traitement de choix du granulome pyogène est l'excision chirurgicale minimale ,d'autres techniques telles que l'utilisation de nitrate d'argent peut être suffisant ainsi que la sclérothérapie avec l'oléate de monoéthanolamine ou le tétradécyl sulfate de sodium ont été utilisés avec succès. Les corticostéroïdes systémiques ont été utilisés pour traiter les granulomes pyogènes géants récurrents.

Mots clés : granulome pyogénique multiples

Bibliographie

1-G.H.L. Saravana:Oral pyogenic granuloma A review of 137 cases, British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery
47 (2009) 318-319

2-LIVRE :Dermal and Subcutaneous Tumors

William D. James MD, Dirk M. Elston MD, James R. Treat MD, Misha A. Rosenbach MD et Isaac M. Neuhaus MD Andrews' Diseases of the Skin, 28, 587-635.e7

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

Chirurgie orthognatique
Orthopédie dento-maxillo-faciale

CHIRURGIE MORPHO-FONCTIONNELLE DE LA CLASSE II SQUELETTIQUE : A PROPOS DE DEUX CAS CLINIQUES .

A. Bouzgarrou*, M. Daoud, L. Bahije, F. Zaoui, H. Benyahia

Introduction

Le traitement ortho chirurgical des malocclusions classe II vise à restaurer l'architecture du squelette, à corriger les dysfonctions orofaciales et à améliorer l'esthétique du visage.

Les résultats post-chirurgicaux obtenus doivent-ils toujours coïncider avec les normes idéales ?

L'objectif de notre E-poster était de présenter deux cas cliniques dans lesquels nous tenterons de répondre à cette question en comparant les résultats obtenus avec les normes idéales établies.

Matériels et méthodes

Les deux patients ont été soumis à un examen clinique, des photographies numériques, des téléradiographies, des panoramiques, des moulages d'étude, des scans 3D et à l'avis d'un chirurgien maxillo-facial spécialisé dans la chirurgie orthognathique.

Le traitement se déroule en trois phases :

- Phase orthodontique pré-chirurgicale
- Phase chirurgicale
- Phase orthodontique post-chirurgicale

Résultats et discussion

L'analyse des résultats a permis de comparer les résultats obtenus avec les normes standard. La discussion a porté sur les valeurs de fin de traitement et a tenté de proposer des normes fonctionnelles et esthétiques.

Conclusion

Le poster a atteint l'objectif concernant l'écart entre les valeurs obtenues et les normes standards tout en ayant obtenu des résultats esthétiques et fonctionnels satisfaisants, ce qui ouvre la voie à une étude dans ce sens.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

CHIRURGIE MORPHO-FONCTIONNELLE DE LA CLASSE III SQUELETTIQUE: A PROPOS DE DEUX CAS CLINIQUES.

M. Daoud*, A. Bouzgarrou, L. Bahije, F. Zaoui, H. Benyahya

Introduction

Le traitement orthochirurgical des malocclusions CL III vise à restaurer l'architecture du squelette, à corriger les dysfonctions orofaciales et à améliorer l'esthétique du visage.

Les résultats post-chirurgicaux obtenus doivent-ils toujours coïncider avec les normes idéales ?

L'objectif de notre E-poster était de présenter deux cas cliniques dans lesquels nous tenterons de répondre à cette question en comparant les résultats obtenus avec les normes idéales établies.

Matériels et méthodes

Les deux patients ont été soumis à un examen clinique, des photographies numériques, des téléradiographies, des panoramiques, des moulages d'étude, des scans 3D et à l'avis d'un chirurgien maxillo-facial spécialisé dans la chirurgie orthognathique.

Le traitement se déroule en trois phases :

- Phase orthodontique pré-chirurgicale
- Phase chirurgicale
- Phase orthodontique post-chirurgicale

Résultats et discussion

L'analyse des résultats a permis de comparer les résultats obtenus avec les normes standard. La discussion a porté sur les valeurs de fin de traitement et a tenté de proposer des normes fonctionnelles et esthétiques.

Conclusion

Le poster a atteint l'objectif concernant l'écart entre les valeurs obtenues et les normes standards tout en ayant obtenu des résultats esthétiques et fonctionnels satisfaisants, ce qui ouvre la voie à une étude dans ce sens.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

PRISE EN CHARGE ORTHODONTICO-CHIRURGICALE D'UNE MALOCCLUSION DE CLASSE II AVEC SUPRACLUSION ET ENDOMAXILLIE : A PROPOS D'UN CAS.

L. Bouhouche*, H. Benbelkacem, R. Foury, F. Hamel, K. Saraoui, Y. Naouri

Mots clés : malocclusion de classe II, expansion orthodontico-chirurgicale, microcondyles.

Introduction : La dysmorphie dentofaciale de classe II est caractérisée par la multiplicité de ses formes cliniques et la difficulté de son traitement. L'endomaxillie y est fréquente et souvent méconnue. Une évaluation systématique du patient permet d'établir, un diagnostic clair et précis, et un plan de traitement multidisciplinaire.

Observation : Nous vous présentons, une patiente âgée de 28 ans, avec des antécédents d'avulsions dentaires et d'une longue prise en charge en odontologie (soins dentaires est prise en charge d'une DTM avec micro condyles). Adressée par son orthodontiste pour un traitement chirurgical d'une malocclusion de classe II avec supraclusion et endomaxillie. Son motif de consultation était son sourire gingival et son inoclusion labiale. Après évaluation clinique, nous avons réalisé chez elle un alignement et nivellement orthodontique mandibulaire, et un alignement, nivellement et légère expansion orthodontique maxillaire. Le traitement chirurgical a consisté en une OSM d'allongement et un LF I d'impaction différentielle et d'expansion transversale immédiate.

Discussion : 30% des patients candidats à la chirurgie orthognathique présentent un excès vertical antérieur de la face. La malocclusion de classe II avec béance antérieure est la plus fréquente chez ces patients. L'alignement et nivellement maxillaire chez notre patiente, ont induit des contacts molaires prématurés à l'origine d'une augmentation de la DVO et du « réveil » de la déglutition primaire avec interposition linguale antérieure révélant une béance antérieure. Le terrain disventilatoire de cette patiente (inoclusion labiale, EVA, DTM, microcondyles) a nécessité une étroite collaboration orthodontico-chirurgicale.

Conclusion : Les patients présentant une dysmorphie dento-faciale avec malocclusion de classe II présentent souvent des anomalies squelettiques à plusieurs niveaux et dans plusieurs sens, notamment au niveau maxillaire, les anomalies dentaires majorées et un passé disfonctionnel lourd. Leur traitement est complexe et requière plus de minutie et de rigueur.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

PLACE DE LA CHIRURGIE ORTHOGNATHIQUE DANS LA PROFILOPLASTIE: EXPERIENCE DE NOTRE SERVICE

H. El Hadri*, Y. Bennaoui, B. Bendali, Y. Najim, Z. Aziz, N. Mansouri Hattab

Introduction :

La chirurgie orthognathique ou chirurgie des bases osseuses maxillo-mandibulaires a pour but de corriger les malpositions des bases osseuses maxillo-mandibulaire dans les plans **sagittal ,vertical et transversal** et la malocclusion qui leur est le plus souvent associée.

Profiloplastie est l'ensemble des procédures chirurgicales dont l'objectif d'améliorer l'esthétique du profil facial d'un patient, soit dans le cadre d'une procédure orthodontico-chirurgicale, soit de manière isolée.

L'objectif de cette prise en charge pluridisciplinaire est à la fois fonctionnel et morphologique.

Matériel et Méthode :

Il s'agit d'une étude rétrospective menée sur une période 2ans de janvier 2021 à janvier 2023 pendant laquelle nous avons colligé des 4 cas des dysmorphies maxillo-mandibulaires opérés dans notre service de Chirurgie maxillo-faciale et esthétique, CHU Mohammed VI, Marrakech, et qui ont bénéficié de la chirurgie orthognathique.

Résultats

L'âge moyen de nos patients au moment de l'intervention était de 25 ans. Une patiente a bénéficié d'une ostéotomie segmentaire de Wassmund avec une génioplastie à double étage, 2 cas ont bénéficié ostéotomie lefort 1 avec une ostéotomie mandibulaire transramale, 1 cas a bénéficié seulement d'une génioplastie après set-up orthodontique.

Tous nos patients étaient satisfaits des résultats.

Discussion

Notre étude a objectivé les memes résultats que l'étude menée. Boutremans, Gossiaux et Loeb au Service de Stomatologie et Chirurgie maxillo-faciale, CHU Saint-Pierre, ils ont démontré eux aussi que la chirurgie orthognathique seule ou associée à une génioplastie est suffisante pour améliorer l'aspet du profil et des angles naso-labial et labio-mentonnier sans recours à une rhinoplastie secondaire et ou à d'autre ttt chirurgicale type lifting cervico mentonnier ou lipoaspiration

Conclusion

La chirurgie orthognathique a pour but essentiel de corriger les malpositions des bases osseuses et la malocclusion souvent associée. De plus en plus demander pour améliorer l'aspect esthétique, malgré une bonne fonction occlusale statique et dynamique.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

APPORT DE LA CHIRURGIE ORTHOGNATIQUE EN CAS D'ECHEC DU TRAITEMENT ORTHODONTIQUE INITIAL

Y. Ben Arif*, H. Touil, N. Ben Ahmed, H. Mabrouk, M. Bouzaiene

Introduction :

La chirurgie orthognatique rentre habituellement dans des protocoles orthochirurgicaux souvent longs et nécessitant une collaboration entre le chirurgien maxillo-facial, l'orthodontiste et le patient, mais ces protocoles ne sont pas codifiés et nous sommes parfois amenés à prendre en charge des patients pour lesquels un traitement initial orthodontique seul a été entrepris mais qui a abouti à un échec.

Matériel et méthodes :

Nous rapportons 5 cas qui ont été opérés dans notre service pour une dysmorphie maxillo-mandibulaire dans les suites d'un traitement orthodontique qui n'a pas abouti aux résultats attendus.

Nous avons comparé les photos, les radiographies et les moulages de nos patients en pré et post opératoires et nous avons évalué aussi leurs satisfactions.

Résultats et discussion :

Hormis les difficultés opératoires rencontrées, les résultats ont été satisfaisants sur le plan esthétique mais sans amélioration sur le plan occlusal.

Conclusion :

La réussite de la chirurgie orthognatique dépend d'une prise en charge multidisciplinaire faisant appel à la compétence du chirurgien maxillo-facial et l'orthodontiste qui doivent travailler en collaboration avec le patient afin de garantir les meilleurs résultats.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

L'INTERET DE LA CHIRURGIE ORTHOGNATIQUE DANS L'AMELIORATION DU SYNDROME D'APNEES OBSTRUCTIVES DU SOMMEIL (SAOS) CHEZ LES PATIENTS ATTEINTS DU SYNDROME DE CROUZON

U. Opoko*, O. Ilhami, A. Okerroum, F. Slimani

Introduction :

Le syndrome d'apnées obstructives du sommeil (SAOS) est devenu un problème de santé publique. C'est une pathologie fréquente et sous diagnostiquée ; il peut mettre en jeu le pronostic vital. Plusieurs modalités thérapeutiques existent, parmi laquelle la ventilation nocturne par pression positive continue, qui constitue le traitement de référence, mais présente une mauvaise tolérance, évaluée entre 20 et 30 % des patients. Ce qui fait que la chirurgie orthognatique prend actuellement une place dans le traitement du SAOS. L'objectif de notre étude est de rapporter l'intérêt de la chirurgie orthognatique dans la prise en charge du SAOS.

Rapports de cas :

Nous rapportons deux cas cliniques, des patients atteints de syndrome de Crouzon avec une SAOS sévère confirmé par l'étude de la polysomnographie, suivi dans notre département de chirurgie maxillo-faciale et stomatologie de l'hôpital 20 Aout de Casablanca, et qui ont bénéficié d'une chirurgie orthognatique notamment une ostéotomie Lefort III d'avancement essentiellement pour l'un et une combinaison ostéotomie Lefort III avec une avancé mandibulaire pour l'autre. L'évolution est satisfaisante, avec une amélioration des signes cliniques du SAOS dans les deux cas.

Discussion :

La chirurgie d'avancée maxillo-mandibulaire permet un traitement global et stable du collapsus pharyngé. La sélection des patients potentiellement candidats à cette intervention est difficile ; elle nécessite un avis multidisciplinaire associant spécialiste du sommeil, orthodontiste et chirurgien

Mots clés : syndrome d'apnée obstructif du sommeil, chirurgie orthognatique, ostéotomie maxillo-mandibulaire

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

LA PRESENCE DE LA DYSHARMONIE DENT-ARCADE DANS LA POPULATION ORTHODONTIQUE AU CENTRE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE DE BLIDA

S. Meddah*, O. Atrouche, N. Ahmed Fouatih

Introduction : la dysharmonie dento-maxillaire (DDM) ou appelée actuellement Dysharmonie dents arcades (DDA) est une anomalie très fréquente et à laquelle l'orthodontiste doit faire face durant sa pratique quotidienne.

Objectif : le but de notre étude est d'estimer la prévalence de la dysharmonie dento-maxillaire au niveau du service d'orthopédie dento-faciale (ODF) du centre hospitalo-universitaire de Blida en Algérie, afin de situer cette dysharmonie par rapport aux autres anomalies orthodontiques, d'estimer son évolution et de comparer les résultats obtenus avec d'autres études faites dans d'autre pays.

Matériels et méthodes : il s'agit d'une étude épidémiologique descriptive qui s'est déroulée au niveau du service d'ODF de la clinique dentaire Ahmed ZABANA du centre hospitalo-universitaire de Blida à propos de 80 cas de dysharmonie dento-maxillaire sur 188 cas de la population orthodontique, l'étude s'est déroulée sur une période d'un mois et 5 jours entre mai et juin 2022.

Résultats : l'analyse de nos dossiers révèle que 42.55% de la population orthodontique présente une dysharmonie dento-maxillaire et une prédominance du sexe féminin avec un taux de 64%. La tranche d'âge la plus fréquente concerne les enfants âgés entre 6 et 12 ans (49).

Durant notre étude la prévalence de la dysharmonie dento-maxillaire de type macrodontie relative est la plus dominante avec un pourcentage de 86% et un taux égale de 8% pour la DDM par microdontie et 6% pour les cas mixtes.

Conclusion : la fréquence élevée de la dysharmonie dent-arcade, prouvée dans notre étude et dans des études similaires nous incite sur la connaissance des facteurs favorisant son installation pour pouvoir instaurer une stratégie de prévention et d'interception permettant ainsi une prise en charge précoce de cette anomalie.

Mots-clés : dysharmonie dento-maxillaire, prévalence, macrodontie relative, microdontie.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

LES LEUCOMES ET LEURS PREVALENCE EN ORTHODONTIE

S. Meddah*, O. Atrouche, N. Ahmed Fouatih

Introduction : Les leucomes dus au traitement orthodontique fixe, plus connus sous la dénomination anglo-saxonne white-spot lesions (WSL) constituent l'une des complications les plus répandues en orthodontie. ils ont été cités parmi les risques iatrogènes per et post orthodontique.

Il s'agit de lésions pré carieuses qui apparaissent sous forme de taches blanches autour des attaches orthodontiques dont l'évolution varie d'un individu à un autre ; elles peuvent dans les meilleurs cas disparaître naturellement, persister sans évolution, ou malheureusement évoluer vers des lésions cavitaires avec un préjudice esthétique et fonctionnel défavorable portant préjudice à la réussite d'un traitement orthodontique fixe.

Matériels et méthodes : L'objectif de ce travail consiste à présenter cet effet indésirable à travers une étude bibliographique sur les deux bases de données Google Scholar et Pub Med.

Il existe de nombreuses études épidémiologiques sur les lésions blanches chez les patients au cours de traitement orthodontique fixe utilisant différentes méthodes de détection employée pour le diagnostic et la caractérisation des lésions observées.

Résultats : Durant notre analyse bibliographique, nous avons soulevé les points suivants : dans 50% des études, l'apparition des WSL était classée entre 60% et 80% des cas. Le secteur prémolo-molaire étant le plus concerné, suivi du secteur incisivo-canin avec un pourcentage de 40%. Pour l'ensemble des études recensées, le facteur temps était fortement significatif avec l'évolution de la lésion.

Conclusion : La connaissance des effets indésirables que peut provoquer un traitement orthodontique est un élément essentiel permettant à l'orthodontiste de minimiser les risques en recherchant d'autres alternatives thérapeutiques.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

INTERET DE L'ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE TRANSVERSALE ET SAGITTALE DANS LES FENTES LABIO-ALVEOLO-PALATINES : A PROPOS DE 4 CAS CLINIQUES

A. Alassfar*, Y. Boulatar, Y. El Honsali, H. Benyahia, F. Zaoui

Introduction :

La prise en charge orthopédique des fentes vise à corriger les déficiences tissulaires et à favoriser un développement facial et palatin harmonieux. A travers ce travail, nous allons examiner l'impact du traitement orthopédique sur le sens sagittal et transversal des tissus affectés.

Méthodes :

Quatre cas cliniques ont été inclus, la prise en charge faisait appel principalement à des appareils d'expansion maxillaire (Disjoncteur, Quad'hélix), associés au masque de delaire pour corriger le décalage sagittal.

Résultats :

Les cas cliniques inclus dans ce travail ont montré à la fin du traitement, des améliorations significatives observées dans les deux sens (sagittal et transversal) suivant le traitement orthopédique ce qui favorise également la croissance harmonieuse des structures faciales, améliorant ainsi la qualité de vie des patients.

Discussion :

Les appareils orthopédiques permettent d'aligner les segments faciaux et de réduire les tensions tissulaires, pour les cas de fentes traités, une amélioration esthétique du profil facial et la réduction des déformations nasales ont été observées. En intervenant précocement, il est possible de corriger progressivement les défauts du visage, du maxillaire et du palais, réduisant ainsi la nécessité d'une intervention chirurgicale majeure ultérieure.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

Pathologie et chirurgie de l'ATM

TRAITEMENT CHIRURGICAL DES FRACTURES DU CONDYLE MANDIBULAIRE .

A. Bourihane*, A. Chahrour, M. Habi, M. Chergui

Introduction.

La prise en charge des fractures du condyle mandibulaire est de plus en plus chirurgicale compte tenu du nombre croissant des cas et l'amélioration des moyens d'osteosyntheses pour les traitements chirurgicales. Nous exposons ici le profil des fractures condyliennes ainsi que notre approche dans leur prise en charge.

Patients et méthodes.

200 patients ont été pris en charge depuis 2017 , âgé entre 18 et 80 ans des 02 sexe , au service de chirurgie maxillo-faciale de HMRUOran , Algérie.

Résultats et discussion :

Les fractures mandibulaires étaient essentiellement dues à des accidents de la voie publique (120 cas ;60%) et concernaient typiquement un sujet masculin jeune avec un âge moyen de 26 ans. La fracture du col du condyle mandibulaire était la localisation la plus fréquente avec 144 cas (72%). Nous avons préconisé une approche chirurgicale dans ce contexte et de la nature des lésions dans 188 cas. 4 % étaient compliquées des troubles de l'articulé dentaire et d'infection. Les résultats esthétiques et fonctionnels étaient satisfaisants dans 96 % des cas .

Conclusion :

Les accidents de la voie publique sont l'étiologie la plus fréquente dans la survenue des fractures Condyliennes mandibulaires. Celles-ci chez les adultes jeunes et constituent un problème de santé publique .

Le traitement chirurgical est le adapter pour une réintégration socioprofessionnelle facile et rapide.

RÉFÉRENCES

1. Baraka FK. The pattern of oral and maxillo-facial injuries among patients attending Muhimbili National hospital, Dar Es Salaam, Tanzania [Dissertation]. Oral Surgery: Dar Es Salaam, 2012; 71p.
2. Dia Tine S, Tamba B, Niang P, Gassama Barry C, Kébé NF, Gueye NF, Gueye I, Diallo B., Fractures de la mandibule en pratique odontologique : à propos de 103 cas. Mèd Buccale 2009 ; 15 :137-45.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

REDUCTION DES LUXATIONS TEMPORO-MANDIBULAIRES ANTERIEURES : NOUVELLE TECHNIQUE

H. Benbelkacem*, R. Louaar, L. Bouhouche

Mots clés : luxation TMA ; réduction de luxation TMA ; méthode endobuccale.

Introduction : La méthode Hippocratique développée par Nelaton est l'approche conventionnelle de réduction des luxations TM antérieures atraumatiques. Bien qu'elle soit souvent efficace, elle est aussi brusque, traumatisante et trouve ses limites dans certains cas.

Méthode : Nos patients ont bénéficié d'une réduction manuelle en décubitus dorsal ; tête en position neutre. Le praticien se met debout derrière la tête du patient, ses pouces sont placés sur le bord antérieur du Ramus de chaque côté et les autres doigts appuient sur le bord inférieur de la mandibule. Les deux pouces exercent une légère pression réalisant un mouvement rotatoire dans le sens anti-horaire et permettant le retour de la tête condylienne à sa position.

Résultats : 44 patients ont été inclus dans ce travail (24 femmes/ 20 hommes) avec une moyenne d'âge de 39 ans, aux extrêmes (08- 91), les 44 réductions ont été réalisées avec un taux de réussite de 100%. 21 patients avaient des antécédents de luxation TM. La luxation bilatérale a été trouvée chez 42 patients ; La moyenne du temps opérationnel était de 15 secondes aux extrêmes (05-90) pour des luxations qui durent depuis 01 à 72h. Pendant la réduction la douleur a été chiffrée en moyenne à 2/10 sur EVA.

Discussion : La manœuvre de réduction proposée en décubitus dorsal vise à diminuer les tensions musculaires (de la tête et du cou). Elle est menée par un mouvement rotatoire d'avant en arrière, la force exercée est minime et favorisée par la force gravitationnelle permettant de pivoter le condyle luxé et de le repositionner tout en réduisant le temps de la réduction et le score EVA.

Conclusion : La technique de réduction endobuccale en décubitus dorsal est simple, facile à réaliser, rapide et atraumatique. Elle semble une bonne alternative à la technique traditionnelle.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

INTERET DE LA CONDYLECTOMIE HAUTE DANS LA PRISE EN CHARGE DES MALOCCCLUSIONS LIEES A L'HYPERCONDYLIE

B. Razem*, F. Slimani

Introduction : L'hypercondylie est une pathologie rare et bénigne d'origine inconnue qui entraîne une asymétrie faciale à la suite d'une croissance verticale et/ou horizontale excessive du condyle mandibulaire. Entre la chirurgie orthognatique, la condylectomie haute et la condylectomie dite proportionnelle ; plusieurs études ont été réalisées sans pour autant pouvoir établir un arbre décisionnel quant à la prise en charge chirurgicale.

Matériel et méthodes : Nous avons réalisé une étude rétrospective au sein du service de chirurgie maxillofaciale de l'hôpital 20 Aout de Casablanca incluant 10 patients admis durant la période de Janvier 2019 et Décembre 2021 pour une hypercondylie unilatérale et ayant bénéficié d'une condylectomie haute.

Résultats : parmi nos 10 patients six étaient de sexe féminin, ils étaient âgés entre 17 et 53 ans. Tous présentaient une asymétrie faciale et un décalage de la ligne inter incisive variant entre 2mm et 8mm, quatre patients présentaient une béance latérale, trois un articulé dentaire classe III et deux une inclinaison avec abaissement du plan d'occlusion. Au bilan radiologique quatre patients avaient une hypercondylie verticale pure dont deux condyles bifides, trois patients avaient une hypercondylie verticale et horizontale mixte, et trois patients une hypercondylie horizontale. Aucune préparation orthodontique préopératoire n'a été réalisée. Tous les patients ont bénéficié d'une condylectomie haute unilatérale. Tous les patients opérés ont présenté une correction de la latéro-déviation et une amélioration du décalage inter-incisif, deux patientes sont en cours de réhabilitation prothétique et un patient est en cours de traitement orthodontique.

Discussion : l'hypercondylie est une affection rare et bénigne dont les malocclusions représentent l'un des motifs fréquents de consultation. La condylectomie haute reste une bonne technique de prise en charge des différents types d'hypercondylie active et inactive, elle permet la correction des déformations dentofaciales et la prévention des récives. Elle peut être associée ou non à une réhabilitation orthodontique.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

ANKYLOSE DE L'ARTICULATION TEMPORO-MANDIBULAIRE : ETUDE EPIDEMIOLOGIQUE, CLINIQUE, PARACLINIQUE ET TRAITEMENT : EXPERIENCE DU SERVICE

O. Boukhlouf*, Z. Baba Hassein, M. Boulaadas

Introduction

L'ankylose temporo-mandibulaire est une pathologie invalidante caractérisée par des troubles fonctionnels, morphologiques et psychologiques de sévérité variable, il s'agit d'une constriction permanente des mâchoires avec une limitation de l'ouverture buccale, entraînant des difficultés de mastication, l'élocution et d'hygiène buccale ainsi qu'une influence involontaire sur la croissance de la mandibule.

Matériels et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur 19 cas opérés pour une ankylose de l'ATM au service de chirurgie maxillo-faciale de l'hôpital des spécialités de Rabat. Elle couvre une période de 4 ans allant de janvier 2019 à mai 2023.

Résultats

On note une nette prédominance masculine de 80% et un âge moyen de 18 ans. La limitation de l'ouverture buccale et la douleur étaient les principaux motifs de consultation.

La radio panoramique et la TDM ont été réalisées chez tous nos malades et ont permis de confirmer le diagnostic d'ankylose d'ATM bilatérale chez 72% des cas. Tous nos patients ont bénéficié d'une résection du bloc d'ankylose associée à une interposition de greffon chondro-costal.

Discussion

Le diagnostic de l'ankylose est clinique et sa confirmation est radiologique.

Le traitement chirurgical de l'ankylose repose sur la libération des mouvements mandibulaires, la restauration de la fonction masticatoire et la correction de l'asymétrie faciale.

Le diagnostic et la prise en charge adéquate des fractures de la région condylienne permettent de prévenir la survenue de l'ankylose de l'articulation temporo-mandibulaire. La rééducation postopératoire précoce, intense et prolongée est indispensable pour prévenir la récurrence et permettre une bonne reprise fonctionnelle et morphologique.

CONCLUSION

Le diagnostic d'arthrose de l'ATM doit être évoqué devant une dysfonction chronique des ATM, afin de le dépister précocement et prévenir ainsi l'évolution vers l'ankylose.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

LUXATION NEGLIGEE DE L'ARTICULATION TEMPORO-MANDIBULAIRE: A PROPOS D'UN CAS

AF. Habimana*, A. Oussalem, B. Dani, M. Boulaadas

Introduction

L'articulation temporo-mandibulaire est la seule articulation mobile de la face. Elle peut être sujette à des luxations, pouvant revêtir plusieurs formes dont l'une d'elle est la luxation négligée où le condyle mandibulaire se retrouve de façon permanente en dehors de la fosse mandibulaire ; le plus souvent en avant du condyle temporal aboutissant à plus ou moins long terme à la formation d'une néo articulation.

Matériel et Méthodes

Nous rapportons ici le cas d'une patiente âgée de la soixante qui consultait pour une limitation l'ouverture buccale à 2 cm avec béance complète permanente évoluant depuis une année sans notion de luxation à répétition ultérieures. La radiologie des ATM objectivait une luxation antérieure du condyle mandibulaire droit avec vacuité de la fosse mandibulaire. Une chirurgie des ATM a été entreprise en bilatéral permettant re avec réalisation d'une butée de Dautrey maintenue en place par pose de mini plaque vissée. A 6 mois de suivi aucune notion de luxation n'a été rapportée, néanmoins une légère limitation de l'ouverture buccale à 3,5cm persiste et est actuellement sous rééducation.

Discussion

La luxation négligée des ATM est une pathologie assez rare et controversée dans sa pathogénie, sa clinique, son diagnostic et surtout sa prise en charge. Son traitement est chirurgical dans la plupart des cas et il n'existe pas de traitement codifié ; chaque équipe allant de son expérience. Une multiplication de rapports de cas permettra à l'avenir de mieux maîtriser la pathologie et de mieux la traiter.

Conclusion

L'articulation temporo-mandibulaire est une articulation complexe et adaptative comme cela peut se voir dans les luxations. Il est donc important de sensibiliser aussi bien les patients que les praticiens quant à l'existence de cette pathologie et à plus ou moins long terme d'uniformiser la prise en charge

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

SADAM AU CHU MOHAMMED VI DE MARRAKECH : A PROPOS DE 17 CAS

ADC. Opango*, F. Fettaf, M. El Boukhani, A. Raiss El Fenni, M. El Bouihi, N. Mansouri-Hattab

Introduction :

Le syndrome algo-dysfonctionnel de l'appareil manducateur (SADAM) est une pathologie complexe de l'appareil manducateur, impliquant ses composantes articulaires et musculaires. Il est responsable de manifestations cliniques qui peuvent être très invalidantes. Le but de notre travail est de montrer notre approche dans la gestion des patients présentant un SADAM.

Matériel et Méthode :

Il s'est agi d'une étude prospective menée entre Mars 2022 et Mars 2023, ayant permis d'inclure 17 patients suivis dans notre formation pour SADAM. Les paramètres d'étude étaient épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutifs.

Résultats :

L'âge moyen de nos patients était de 28ans, avec une nette prédominance féminine (sex-ratio de 0,4). Les patients consultaient principalement pour limitation de l'ouverture buccale (47%), bruits articulaires (58,8%) et douleurs (88,2%). Tous les patients ont bénéficié d'une imagerie (orthopantomogramme, TDM, IRM). Des lésions articulaires ont été notées dans 29,4% des cas. Tous les patients ont bénéficié d'un traitement médical, de kinésithérapie et de moyens adjuvants (prothèse dentaire, prise en charge orthodontique, extractions des dents de sagesse). Aucun n'a bénéficié, jusque là d'un traitement chirurgical. L'évolution était satisfaisante pour 82,3% des patients.

Discussion :

Le SADAM est une pathologie multifactorielle qui peut être très invalidante. On lui décrit une composante articulaire, musculaire et même psychologique. Sa prise en charge est sujet à controverse, aucun protocole n'a jusque là fait l'unanimité. Elle fait appel à divers moyens : AINS, myorelaxant, anti-dépresseur, kinésithérapie, arthrocentèse, arthroscopie, chirurgie à ciel ouvert. Les résultats sont souvent mitigés, et nécessitent un suivi au long cours.

Conclusion :

Le SADAM est une pathologie invalidante, dont la prise en charge multidisciplinaire ne fait l'objet d'aucun consensus. Notre approche repose essentiellement sur un traitement médical, avec des résultats satisfaisants.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

LE SYNDROME D'ALGODYSTROPHIE DE L'ARTICULATION TEMPORO-MANDIBULAIRE: EXPERIENCE DE NOTRE PRISE EN CHARGE A PROPOS DE 40 CAS

AF. Habimana*, S. Benwadih, WJJ. Bahizi, B. Dani, M. Boulaadas

Introduction

L'articulation temporo-mandibulaire est la seule articulation mobile de la face. Elle fait partie des articulations les plus sollicitées et comme toute articulation elle est sujette à des pathologies dont la plus complexe dans son diagnostic et sa prise est le syndrome algodystrophique de l'articulation temporo-mandibulaire ou encore appelé dysfonctions temporo-mandibulaires.

Matériel et méthodes

Nous rapportons ici notre expérience quant à la prise en charge du SADAM sur 4 ans concernant une quarantaine de patients régulièrement suivis au pavillon de consultation de chirurgie maxillo-facial sur une période de 03 ans allant de Juin 2019 à Juin 2022 abordant les aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques.

Résultats

Il s'agissait de 5 hommes et 35 femmes. L'âge moyen était de 42ans et demi (extrêmes : 18 et 85 ans). 100% des patients ont bénéficié d'un panoramique dentaire. Les signes cliniques motivant la consultation étaient la douleur et le claquement ; on ne retrouvait pas d'étiologie causale dans la majorité des cas, mais le stress et l'anxiété étaient fréquemment retrouvés. Aucun des cas n'a bénéficié de traitement chirurgical, le seul traitement invasif réalisé fut l'utilisation d'injection intra articulaire de PRP. L'amélioration du vécu des patients a été obtenu dans plus de 70% avec une compliance au traitement de l'ordre de 80 à 90%.

Discussion

Le SADAM est une pathologie fréquente en chirurgie maxillo-faciale mais dont la prise en charge demeure à ce jour difficile, nécessitant la patience du thérapeute mais aussi du malade dont la compliance et la connaissance de sa pathologie nous paraît être indispensable dans l'amélioration voire la guérison. Les thérapeutiques associant mesures hygiéno-diététiques et traitement médicamenteux sont à ce jour les plus efficaces.

Conclusion

Le SADAM est une pathologie fréquente mais de diagnostic étiologique et de prise en charge difficile demandant dans la majorité des cas l'utilisation combinaison thérapeutique.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

UN CAS DE MALADIE DE DEPOT DE CRISTAUX DE PYROPHOSPHATE DE CALCIUM DIHYDRATE A SUSPECTE LA TUMEUR DE L'ARTICULATION TEMPORO-MANDIBULAIRE

M. Iwata*, H. Kasai

(Introduction) La maladie de dépôt de cristaux de pyrophosphate de calcium dihydraté (CPDD) est une arthropathie cristalline rare caractérisée par un dépôt de cristaux de pyrophosphate de calcium dans les espaces articulaires, des épisodes de synovite et des caractéristiques radiologiques de chondrocalcinose. Alors que la maladie est plus répandue dans les épaules, le bassin, les genoux et les articulations des mains, le squelette axial peut être affecté, mais rarement la base du crâne. (Matériels et méthodes) Nous présentons le cas d'une femme de 81 ans qui s'est présentée avec une douleur à l'articulation temporo-mandibulaire (ATM) gauche, des difficultés à mâcher et un gonflement de l'ATM gauche, mais aucune perte auditive du côté gauche. L'imagerie de l'ATM gauche a révélé une légère déformation. La tomодensitométrie et l'imagerie par résonance magnétique de l'ATM gauche ont révélé une destruction osseuse érosive et des images calcifiées se poursuivant vers l'extérieur. Nous n'avons pas d'aspiration à l'aiguille fine. En peropératoire, l'ATM était complètement érodée par la masse. (Résultats et discussion) La pathologie finale correspondait à une pseudogoutte tophacée. Le CPDD a rarement été rapporté impliquant la base du crâne. Aucun des cas initialement décrits par McCarty n'avait de pseudogoutte de l'ATM. Les symptômes sont généralement des douleurs, un gonflement et une perte auditive. La prise en charge est presque toujours chirurgicale, de nombreux patients obtenant un soulagement symptomatique grâce à la résection. Le CPDD est associé à de nombreux problèmes médicaux (dont l'insuffisance rénale, la goutte et l'hyperparathyroïdie), mais notre patient n'avait aucun de ces facteurs de risque. (Conclusion) Dans le CPPD, la calcification n'a pas été observée dans les images radiographiques et les images CT, et des modifications kystiques ont été observées dans les images IRM dans certains cas, le diagnostic de confirmation de cette maladie n'a été difficile qu'avec les résultats d'imagerie.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

L'INJECTION DE PRP AU NIVEAU DES ARTICULATIONS TEMPORO-MANDIBULAIRES (ATM) POUR LA DYSTROPHIE DES ATM : UNE SERIE DE 10 PATIENTS

M. Gira*, N. Ennafti, O. Mejri, M. Ben Rejeb, A. Slama

Introduction :

La dystrophie des ATM est multifactorielle (Facteurs biomécaniques, inflammatoires, psychosociaux, ...)

Elle peut être responsable d'une douleur des ATM, de claquements, de craquements, d'une limitation de l'ouverture buccale, ...

L'injection de PRP a émergé comme une approche thérapeutique prometteuse pour traiter cette affection.

Matériels et méthodes:

Nous avons mené une étude sur 10 patients de notre service porteurs d'une dystrophie des ATM.

Ces patients ont été traités exclusivement par l'injection intra articulaire de PRP toutes les 2 semaines pendant 3 mois.

L'évaluation des symptômes présentés par les patients a été faite de façon comparative, avant le début et à la fin du protocole thérapeutique.

Résultats et discussion :

Sur les 10 patients inclus dans l'étude, 6 étaient des femmes et 4 étaient des hommes. L'âge moyen des patients était de 28 ans.

Une amélioration significative de leur symptomatologie a été observée.

La douleur a été réduite chez 7 patients, avec une diminution moyenne de l'EVA de 4 à 2 après 3 mois. Les craquements et les claquements articulaires ont également diminué en fréquence et en intensité. De plus, l'ouverture buccale a été améliorée. Aucun effet indésirable grave n'a été rapporté.

L'efficacité du PRP dans le traitement de la dystrophie des ATM peut être attribuée à sa capacité de libérer des facteurs de croissance et des cytokines, favorisant ainsi la régénération tissulaire.

Plusieurs études ont également soutenu l'utilisation du PRP dans le traitement des affections temporo-mandibulaires.

De plus, l'utilisation du PRP évite les risques liés aux médicaments systémiques.

Conclusion:

L'injection de PRP s'est révélée être une approche thérapeutique prometteuse. Cependant, des études supplémentaires à plus grande échelle sont nécessaires afin d'établir des protocoles de traitement optimaux pour l'utilisation du PRP dans le traitement de la dystrophie des ATM, ainsi que pour confirmer son efficacité à long terme.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

Chirurgie reconstructrice crânio-maxillo-faciale

UTILISATION DES SUBSTITUTS OSSEUX DANS LA REPARATION DES PERTES DE SUBSTANCE OSSEUSES FACIALES.

EH. Khemili*, M. Youcef, W. Belferrag, ST. Sellam, H. Benaissa, H. Hammoud

Introduction: La sphère maxillo faciale est souvent affectée par des tumeurs et des traumatismes. Ces dernières peuvent avoir des répercussions très lourdes sur la vie du patient tant sur les plans fonctionnel et morphologique que sur le plan psychologique.

Le plus souvent, la charpente ostéo-cartilagineuse qui donne la forme et les contours au visage, est atteinte soit directement dans le cas de la pathologie traumatique ou indirectement faisant suite au geste d'exérèse dans le cas de la pathologie tumorale. Sa reconstruction doit faire partie du protocole thérapeutique, afin d'éviter de lourdes séquelles liées à la rétraction des tissus de recouvrement.

Matériels et méthodes: Nous rapportons une série de 36 patients, où nous avons utilisé un substitut osseux, soit comme matériau de comblement ou comme moyen de réparation de pertes de substance osseuses orbito-zygomatiques, maxillaire, mandibulaire, fronto-orbitaire et fronto-nasale.

Résultats et discussion: On note dans notre série, une prédominance masculine (Sex-ratio= 2,5), dont l'âge moyen est de 62 ans avec des extrêmes de 36 et 82 ans. Le siège le plus fréquent est la région temporale où le substitut osseux a été utilisé pour combler le site donneur du muscle temporal utilisé comme lambeau locorégional pour la réparation des pertes de substances tissulaires de voisinage. Les autres sièges sont les régions orbito-zygomatique, le pilier ptérygo-maxillaire, la mandibule, la région fronto-orbitaire, et la région fronto-nasale. Les résultats obtenus étaient satisfaisants et stables dans le temps.

Conclusion: L'utilisation de substituts osseux dans la réparation des pertes de substance osseuses a pour principaux avantages d'éviter les complications et la morbidité liées au site donneur et d'écourter la durée de l'intervention et la durée d'hospitalisation.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

INTERET DU LAMBEAU PEDICULE DU MUSCLE TEMPORAL DANS LA RECONSTRUCTION DES PERTES DE SUBSTANCE DE L'INFRASTRUCTURE PALATINE DES MAXILLAIRES.

A. Bourihane*, R. Bensadallah, K. Hirech, S. Harkati

Introduction :

L'infrastructure palatine est la pièce principale de l'étage moyen de la face. Sa position anatomique lui confère plusieurs rôles. Elle intervient à la forme et dans la fonction des lèvres, du palais, des sinus maxillaires et sur la masticatrice. Une perte de cette structure va donc affecter la communication, la nutrition, l'hygiène bucco-nasale et l'esthétique du visage, mais aussi la vie sociale du patient.

Sa forme et l'idée de sa reconstruction sont compliquées, ils ont longtemps fasciné les chirurgiens maxillo-faciaux. Le lambeau pédiculé du muscle temporaire répond souvent à ces besoins.

Matériels et méthodes :

Nous avons opéré 25 patients âgés entre 18 et 80 ans de différents sexes depuis 2012, la perte de substance post excerese cardiologique était la plus fréquente.

Le lambeau du muscle temporaire était notre moyen de réparation.

Résultats et discussion :

La reconstruction de l'infrastructure palatine par ce lambeau était satisfaisante sur le plan fonctionnel et esthétique. Un seul cas de nécrose partiel au début de l'étude à cause de la non-maîtrise de la technique utilisée dans l'étude.

Une réhabilitation prothétique parfaite en second temps pour tous les patients

Conclusion :

La reconstruction des pertes de substance de l'infrastructure palatine par le lambeau pédiculé du muscle temporaire a donné de très bons résultats, pour cela nous on préconisent ce moyen comme premiers moyens thérapeutique de réhabilitation chirurgical de l'infrastructure palatine pour une excellente réhabilitation prothétique secondaire dans un but de réintégration socioprofessionnelle facile et rapide.

Références

1. Lagier A, Alshawareb F, Layoun W, Lagier J-P. [Bichat's buccal fat pad for reconstruction of posterior oral cavity defects]. Rev Stomatol Chir Maxillofac 2010;111(3):152-154.
2. Boutault F, Paoli J-R, Lauwers F. Reconstruction chirurgicale des pertes de substance des maxillaires. EMC - Stomatologie 2005;1(3):231-253.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

CORRECTION CHIRURGICALE D'UN ECTROPION CICATRICIEL POST TRAUMATIQUE PAR PLASTIE EN Z : A PROPOS D'UN CAS

A. Cherabli*, A. Bourihane, D. Aid, L. Degdeg

Introduction:

L'ectropion cicatriciel de la paupière inférieure comporte une rétraction verticale plus ou moins étendue de la lamelle antérieure. Sa correction fait appel à différentes techniques de plasties, greffes ou lambeaux afin de mettre fin au larmolement chronique lié à l'ectropion et de rendre à l'œil son aspect esthétique.

Matériels et méthodes:

Il s'agit d'un homme B.M âgé de 54 ans, ayant été victime d'un accident de moto à point d'impact orbitaire gauche survenu 5 mois auparavant se plaignant d'un larmolement chronique de l'œil gauche.

Résultats:

À l'examen clinique, On retrouve une rétraction verticale de la paupière inférieure avec un ectropion cicatriciel. On ne retrouve pas de signe de fracture du massif facial ni de plaie cutanée. Il existe une bride sous-cutanée débutant en dessous du tiers interne de la paupière inférieure droite dirigée en inféro-interne entraînant un ectropion cicatriciel avec un 'scleral show'.

L'ectropion est traité par une plastie en Z afin de reséquer la bride sous-cutanée et de réaliser un allongement de la lamelle antérieure.

Discussion:

À la lumière de ce traitement complexe d'un ectropion cicatriciel de la paupière inférieure, nous exposons les différentes techniques chirurgicales de correction du déficit de la lamelle antérieure ainsi que les gestes associés de remise en tension de la sangle tarso-ligamentaire.

Conclusion :

Multiplés techniques chirurgicales de correction d'un ectropion cicatriciel de la paupière inférieure existent. Le choix de l'une ou plusieurs d'entre elles passe par une bonne évaluation du trouble statique et dynamique de la paupière ainsi que de la qualité des tissus.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

REPARATION DES PERFORATIONS SEPTALES NASALES.

ME. Bahouli*, W. Khediri, MA. Habi, E. Khemili

Introduction : La perforation septale est habituellement bien tolérée par le patient qui ne s'en plaint pas. Ailleurs, elle se manifeste par une rhinite croûteuse, des épistaxis récidivantes ou des sifflements. L'origine de ces perforations est dominée par l'étiologie iatrogène (septoplastie). Lorsqu'elle est symptomatique, elle représente des « challenges » chirurgicaux qui découragent volontiers les praticiens.

Matériel et méthodes : Nous rapportons 04 cas cliniques : 02 patients de 23 et 33 ans, aux antécédents de septoplastie, qui présentent une perforation septale antérieure d'environ 01cm et 6 mm de diamètre respectivement et le 3^e patient est de 29 ans, aux antécédents de cautérisation bilatérale de la tache vasculaire, qui présente une perforation septale antérieure d'environ 07 mm de diamètre, le 4^e patient de 33 ans aux antécédents d'une perforation septale idiopathique de 1 cm.

Résultats : Pour le 1^{er} patient, on a fait une tentative de fermeture de la perforation par un lambeau de muqueuse labial supérieur alors que les 3 autres ont bénéficié d'un aveuglement de la perforation par 02 lambeaux locaux de muqueuse septale avec interposition d'un greffon de soutien (fragment d'os de la lame perpendiculaire de l'ethmoïde, cartilage conchal et cartilage septal) entre les 02 lambeaux.

Suivi post opératoire pendant 06 mois, avec fermeture complète pour 03 patients, et un lâchage postérieur chez un patient.

Conclusion : La chirurgie est réservée aux perforations symptomatiques. De nombreuses techniques opératoires ont été proposées prouvant **la difficulté de cette chirurgie** et **le caractère décevant de ses résultats**. L'interposition d'un greffon de soutien autogène entre deux lambeaux semble être la clé du succès.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

MALADIE DE PAGET A REVELATION FACIALE ATYPIQUE: A PROPOS D'UN CAS

R. El Azzouzi*, O. Oussalem, M. Boulaadas

Introduction :

La maladie de Paget est caractérisée par un remodelage osseux anormalement excessif, entraînant une résorption osseuse suivie d'une reconstruction anormalement intense. Elle peut atteindre un ou plusieurs os ; crâne, bassin, vertèbres, fémurs et tibias. La face reste une localisation rare.

Observation :

Patiente de 65 ans ayant consulté pour une obstruction nasale bilatérale avec une dysmorphie cranio-faciale découverte depuis 3 ans, sans douleurs osseuses ou signes de compression nerveuse associés, l'examen clinique note un élargissement de la pyramide nasale avec des tuméfactions paralatéro nasales bilatérales, effacement des sillons nasogéniens, sans déformations rachidiennes ou des membres. Une TDM cranio-faciale a rapporté une hypertrophie de la trame osseuse intéressant l'ensemble des os de la voûte, le massif facial inclus les cornets, épargnant la mandibule et les orbites évoquant la maladie de PAGET. La patiente a bénéficié d'une intervention chirurgicale à double visée esthétique et fonctionnelle en réalisant une turbinectomie bilatérale et un remodelage osseux à la fraise boule de la face antérieure du maxillaire et en regard des os propres des nez. L'étude histologique du matériel osseux a confirmé le diagnostic de maladie de PAGET. La patiente a été adressée en rhumatologie pour complément de PEC .

Discussion :

Depuis toujours rare sur les continents asiatique et africain, l'incidence de la maladie de PAGET a connu une nette diminution dans les pays d'Europe, ce qui expose à un retard de prise en charge diagnostique et thérapeutique.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

RHINOPLASTIE DE PRESERVATION (A PROPOS DE 03 CAS).

Y. Bitam*, M. Chergui

Introduction :

La rhinoplastie de préservation est une nouvelle approche chirurgicale, pratiquée de plus en plus, par les plasticiens de la face (chirurgiens maxillo-faciaux, ORL et Plasticiens). Le but de la rhinoplastie de préservation est de remplacer la résection par la conservation des structures : peau bosse et cartilages alaires. Le délai de cicatrisation est très rapide et le résultat esthétique est très acceptable.

Matériels et méthodes :

-03 patients ont été sélectionnés, sujets très jeune (25-32), opérés entre 2020-2022.

Résultats et discussion :

Les patients sélectionnés sont :

- Une dame de 32 ans qui présente un nez dévié avec gêne respiratoire, qui a bénéficié d'une rhinoplastie esthétique et fonctionnelle.
- 2ème patient âgé de 25 ans, qui présente un nez de type 2 avec déviation de la cloison nasale.
- 3ème patiente âgée de 27 ans, qui présente une racine large avec bosse ostéo cartilagineuse sur un terrain de rhinite allergique.

Conclusion:

Les trois patients ont bénéficié d'une rhinoplastie de préservation.

Le résultat esthétique et fonctionnel était acceptable.

L'auteur a / avait une affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

INTERET DU LAMBEAU SUPRA CLAVICULAIRE DANS LA REPARATION DES PERTES DE SUBSTANCE LATÉRALE DE LA FACE (A PROPOS DE 02 CAS).

Y. Bitam*, W. Belferrag, M. Morsli, A. Chahrouh, M. Chergui

Introduction :

Le lambeau supra claviculaire est un lambeau fascio-cutané perforant, centré sur l'articulation de l'épaule, il est très utile pour recouvrir les déficits cervico-faciaux notamment latérales avec résultat cosmétique acceptable.

Matériels et méthodes :

02 patients opérés a notre niveau, pour carcinome de la région prétragéene et parotido-masséterine, la perte de substance est réparée immédiatement par lambeau supra claviculaire.

Résultats et discussion :

Le lambeau supra claviculaire est un lambeau fasciocutané perforant fiable, utile aux ajustements de contour et de volume dans les déficits cervico-faciaux, tout en prélevant une bonne fonction et des résultats cosmétiques acceptables.

- Premier patient agé de 70 ans, opéré pour épithélioma basocellulaire de la région prétragéene très étendu, la perte de substance était importante.

- Deuxième patient agé de 74 ans, avait présenté un carcinome épidermoïde spinocelleulaire de la région parotidienne classé T3N0M0, ayant subi une résection large emportant la glande parotide et curage selectif .

Conclusion:

Pour les 02 patients, on a opté pour le lambeau supra claviculaire , résultat esthétique et fonctionnelle correcte

L'auteur a / avait une affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

OTOPOÏESE :A PROPOS DE DEUX CAS

S. Benwadih*, A. Oussalem, PM. Boulaadas

Introduction

La reconstruction du pavillon auriculaire ou otopoïèse est un grand défi dans la chirurgie plastique de la face. Un nombre de principes et les lignes directrices éclaireront le choix du meilleur support et la sculpture des éléments requis des contours.

Reproduire des reliefs complexes impose l'utilisation d'un support de cartilage autologue qui est le cartilage costal.

Observation

Cas 1 :

Enfant de 9ans de sexe masculin qui présente une microtie congénitale , ayant bénéficié d'une otopoïese totale par cartilage costale avec reconstruction en deux temps.

Cas 2 :

Patiente de 30 ans , victime a l'enfance d'un traumatisme engendrant la perte d'une partie de l'hélix , l'anti-hélix et la conque , ayant bénéficié en notre formation d'une otopoïse partielle par cartilage costale.

Conclusion

L'otopoïèse est un art exigeant et difficile alliant beauté et dépassement de soi.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

LA PLACE DE LA DISTRACTION POUR UN SYNDROME OTO-MANDIBULAIRE : A PROPOS D'UN CAS

S. Benwadih*, O. Boukhlouf, M. Boulaadas

Introduction :

Les dysplasies oto-mandibulaires sont des malformations associant hypoplasie ou agénésie de l'oreille et hypoplasie mandibulaire. Pour le chirurgien maxillo-facial, c'est l'atteinte de la face qui est au premier plan et qui sera l'objet essentiel de la réflexion, dans un but de reconstruction.

Patient et observation :

Nous rapportons le cas d'un patient ayant une asymétrie faciale en rapport avec une microsomie hémifaciale, il s'agit d'un enfant de 8ans sans atcd particulier chez qui l'examen retrouve une déviation du menton, du plan occlusal et de l'hémi mandibule droite.

Discussion

L'allongement mandibulaire par corticotomies et distraction exobuccale est un procédé simple, de faible morbidité, produisant des complications minimes.

La distraction squelettique entraîne une expansion parallèle de tous les tissus mous de la partie inférieure de la face et de la partie haute du cou, permettant d'obtenir des résultats esthétiques bien supérieurs à ceux obtenus par une chirurgie des bases osseuses et des parties molles, indépendante ou combinée.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

EVALUATION ESTHETIQUE ET FONCTIONNELLE DES RECONSTRUCTIONS MANDIBULAIRES : EXPERIENCE DE NOTRE SERVICE A PROPOS D'UNE SERIE DE CAS

O. Hamidi*, B. Dani, M. Boulaadas

Introduction :

La chirurgie de reconstruction de la tête et du cou doit obéir à un objectif de réhabilitation fonctionnelle en termes de déglutition et de phonation tout en maintenant un résultat esthétique satisfaisant. L'objectif de cette étude est de décrire le degré de satisfaction morphologique et fonctionnelle au niveau des sites receveur et donneur, et d'évaluer la gêne fonctionnelle des patients au niveau du site donneur.

Matériels et méthodes :

Nous rapportons 20 patients qui ont été pris en charge au sein de notre service entre janvier 2019 au janvier 2022, qui ont été opérés au minimum 6 mois avant l'évaluation fonctionnelle ne présentant pas de récurrence clinique du site tumoral. Un questionnaire standardisé a recueilli les données des patients.

Résultats :

Vingt patients étaient en vie sans récurrence lors de l'étude. La population était constituée de 8 femmes et de 12 hommes avec une moyenne d'âge de 45 ans. Le délai moyen entre l'intervention et l'évaluation était de 18 mois. 90 %d'entre eux sont satisfaits en termes d'élocution et d'esthétique.

Discussion :

La reconstruction en chirurgie maxillo-faciale est l'une des reconstructions les plus difficiles, compte tenu du défi fonctionnel et esthétique. Les différents paramètres de réussite dépendent de plusieurs facteurs : état général du patient, localisation du déficit, taille de la perte osseuse, types de tissus à reconstruire et sites donneurs éventuels. Le choix de la méthode et des modalités de reconstruction osseuse doit se fonder non seulement sur la fiabilité et la faisabilité mais aussi sur le coût.

Conclusion :

Cette étude met en évidence la difficulté qu'il y a à évaluer les résultats fonctionnels de la reconstruction mandibulaire car plusieurs facteurs peuvent interférer dans les résultats des analyses.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

RESULTATS DE LA RECONSTRUCTION DES PERTES DE SUBSTANCE MANDIBULAIRE PAR LA GREFFE OSSEUSE

B. Nshimirimana*, Y. Bennaoui, M. El Fatihi, S. Injirahi, M. Kouichmi, N. Mansouri Hattab

Introduction

Les pertes de substance mandibulaire relèvent principalement d'une chirurgie d'exérèse pour les pathologies tumorales.

Les défauts qui en résultent nécessitent une réparation qui constitue un challenge pour le chirurgien compte tenu du défi fonctionnel et esthétique.

L'objectif de notre travail est d'exposer et évaluer les résultats de notre reconstruction des pertes de substance mandibulaire par la greffe osseuse

Patients et méthodes

Notre étude est rétrospective, réalisée de Janvier 2019 au Janvier 2023, portant sur les patients ayant bénéficié une reconstruction mandibulaire par la greffe osseuse au service de Chirurgie Maxillo- Faciale du CHU MOHAMMED VI de MARRAKECH.

Le recueil des données cliniques, radiologiques, histologiques et thérapeutiques a été réalisé pour chaque patient à partir des dossiers médicaux.

Résultats

Nous avons colligé 7cas, L'âge moyen de nos patients était de 33ans. Une prédominance féminine a été notée. Tous les patients de notre série ont été opérés dans un contexte tumoral. Une mandibulectomie interruptrice a été réalisée pour tous nos patients. La greffe osseuse non vascularisée a été réalisée en différée après reconstruction par la maxiplaque et membrane induite. Nous avons observé un cas d'échec de reconstruction et deux cas de surinfection du site opératoire

DISCUSSION

La reconstruction mandibulaire est une situation fréquemment rencontrée en chirurgie maxillo-faciale. Plusieurs méthodes de reconstruction existent actuellement et comprennent la greffe osseuse, la technique de membrane induite, les transferts libres revascularisés, la distraction ostéogénique et les moyens prothétique.

Conclusion

La reconstruction des pertes de substance mandibulaire après une lourde chirurgie de résection interruptrice va entrainer à elle-même des modifications morphologiques et fonctionnelles importantes.

La prise en charge des pertes de substance mandibulaire nécessite une approche multidisciplinaire incluant tous les intervenants afin d'accomplir un traitement morphologique et fonctionnel.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

LAMBEAU CERVICAL DANS LA RECONSTRUCTION DES PERTES DE SUBSTANCE DU LOBULE DE L'OREILLE.

B. Nshimirimana*, Y. Bennaoui, DL. Ndelafei, H. El Yachkouri, M. Kouichmi, N. Mansouri Hattab

Introduction

Le lobule de l'oreille constitue la partie la plus découverte de l'auricule. Il revêt une importance capitale dans la morphologie faciale. Les pertes de substance peuvent être d'origine congénitale, tumorale ou traumatique. Plusieurs techniques de réparation existent, notamment le lambeau cervical de Crikelair.

Le but de notre étude était de discuter les avantages et les inconvénients de la reconstruction du lobule auriculaire par un lambeau cervical

Patients et méthodes

Notre étude est prospective, réalisée entre octobre 2021 et juillet 2022, au service de Chirurgie Maxillo-Faciale du CHU MOHAMMED VI de MARRAKECH, portant sur les patients ayant bénéficié d'une reconstruction des pertes de substance du lobule de l'oreille par le lambeau cervical.

Résultats

Au total nous avons colligé 6 cas. L'âge moyen était de 33 ans. La sex-ratio était de 1. Il s'agissait de Morsure humaine dans deux cas, une agénésie du lobule dans deux cas, un carcinome épidermoïde dans un cas et un traumatisme dans un cas. Le lambeau cervical à pédicule supérieur et inférieur ont été réalisés respectivement dans cinq cas et un cas. Une armature cartilagineuse a été réalisée dans un cas. Une insuffisance de hauteur a été notée dans un cas de lambeau à pédicule inférieur.

Discussion

Par son importance esthétique, le lobule de l'oreille a fait l'objet de description de nombreuses techniques de reconstruction. Malgré toutes les possibilités décrites, la reconstruction par le lambeau cervical reste une technique de référence. Il s'agit d'un lambeau de réalisation facile, sûr et fiable. L'utilisation d'une armature cartilagineuse peut parfois donner un aspect rigide du lobule, ne permettant pas le port de boucles d'oreille.

Conclusion

Le lambeau cervical nous semble être parmi les solutions les plus utiles pour la reconstruction du lobe d'oreille. Il peut être réalisée sous anesthésie locale, en un temps avec un résultat satisfaisant.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

RECONSTRUCTION DES PERTES DE SUBSTANCES ÉTENDUES DE LA LÈVRE INFÉRIEURE : ENTRE FONCTION ET OPTIMISATION MORPHO-ESTHÉTIQUE

O. Mejrî*, N. Ennafti, M. Grira, A. Eleuch, M. Ben Rejeb, A. Slama

Introduction :

La reconstruction des pertes de substances étendues de la lèvre inférieure représente un défi pour le chirurgien maxillo-facial. En plus de la restauration de la morphologie, il est crucial de préserver la fonction de la région labiale. Chaque technique présente des avantages et des limites. Le choix du procédé dépendra des particularités anatomiques du patient et des objectifs recherchés.

Méthodes :

A travers des cas du service et après une revue de la littérature, une comparaison des moyens de reconstruction les plus couramment utilisés a été effectuée. Les critères d'évaluation incluent les résultats esthétiques, la continence labiale, la microstomie et l'apport d'une commissuroplastie ultérieure.

Résultats et Discussion:

Les lambeaux de Gillies et Karapandzic ont montré de bons résultats esthétiques permettant de garder une apparence naturelle de la lèvre. En ce qui concerne la continence labiale, ces mêmes lambeaux ont démontré des résultats satisfaisants en restituant la continuité du muscle orbiculaire. Pour la microstomie, les lambeaux naso-géniens semblent maintenir une bonne fente orale au dépend d'une perte de la fonction labiale. Un résultat fonctionnel et morphologique optimal ne sera pas obtenu en absence de réparation de la lèvre par la lèvre.

En fonction des particularités de la perte de substance, une association de plusieurs procédés de reconstruction peut être tentée pour certains cas. Une bonne compréhension des principes des mouvements tissulaires permettra de tirer les avantages de chaque procédé. Des retouches peuvent être proposées.

Dans la commissuroplastie indiquée devant une microstomie, les lambeaux conservant une continuité du muscle orbiculaire sont prometteurs en termes de préservation de la fonction en plus de l'amélioration de l'apparence.

Conclusion :

La reconstruction des PDS étendues de la lèvre inférieure nécessite une approche individualisée ayant comme objectifs une restauration morphologique et une préservation de la fonction, éléments cruciaux pour une meilleure qualité de vie.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

LA CICATRISATION DIRIGEE : MOYEN SIMPLE POUR LA REPARATION D'UNE PERTE DE SUBSTANCE COMPLEXE (CASE REPORT)

O. Mejri*, M. Grira, N. Ennafti, M. Ben Rejeb, A. Slama

Introduction

la cicatrisation dirigée est considérée comme un traitement à part entière pouvant servir dans des situations complexes, et non comme une abstention thérapeutique. Malgré une simplicité apparente, en poser l'indication et en suivre l'évolution nécessite une certaine expérience.

Matériels - Case report -

Patiente de la soixantaine qui s'est présentée avec un carcinome trichilemmal du cuir chevelu temporo-pariéto-occipital gauche de 24 cm d'axe. L'exérèse tumorale était réalisée à 1 cm de marges, emportant le périoste et une partie de la corticale externe en profondeur qui étaient infiltrés. La perte de substance étant étendue et complexe : SCALP et table externe de l'os, la décision était de réaliser une trépanation et de procéder à la cicatrisation dirigée.

Un bourgeonnement complet était obtenu après 1 mois.

Une greffe de peau mince a été réalisée.

Discussion

La cicatrisation dirigée consiste à utiliser les processus de cicatrisation spontanée afin d'obtenir un bourgeon de granulation, qui sera le support d'une repousse cutanée ou d'une greffe de peau.

En matière de reconstruction du cuir chevelu, il a été rapporté que la cicatrisation dirigée ne trouve sa place que pour les petites PDS. Le recours aux lambeaux loco-régionaux était limité par la taille de la perte de substance et sa topographie. Les lambeaux vasculaires n'étaient pas envisageables vu le terrain.

Occupant la base de la pyramide reconstructrice, la cicatrisation dirigée était notre choix thérapeutique. Un bourgeonnement affleurant la PDS était obtenu en 4 semaines. La direction de la cicatrisation pourrait être poursuivie à ce stade mais la greffe cutanée doit être préférée dans la mesure du possible dans le cas des PDS larges afin de raccourcir le délai de cicatrisation.

Conclusion

La cicatrisation dirigée, méthode 'simple' et peu coûteuse, trouve sa place dans la gestion des pertes de substances étendue en largeur et en profondeur.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

PERTE DE SUBSTANCES TEMPORALES : QUELLES MODALITES DE REPARATION

MSK. Hattab*, H. El Hadri, K. Nini, I. El Absi, H. Ghazaoui, Z. Aziz, N. Mansouri Hattab

Introduction :

Les pertes de substances temporales sont des situations fréquentes rencontrées en carcinologie maxillo-faciales. Elles posent un problème quant au moment de reconstruction. Le but de ce travail est de décrire notre approche chirurgicale.

Patients et méthodes :

Etude rétrospective portant sur 05 patients présentant des pertes de substances temporales post exérèse tumorale colligés au service de chirurgie maxillo-faciale et esthétique, CHU Mohamed VI de Marrakech sur une période de 02 ans. Nous avons étudié les paramètres épidémiologiques et cliniques, ainsi que le moment et les moyens de réparation.

Résultats :

L'âge moyen des patients était de 58 ans pour les tumeurs. La répartition topographique des lésions était dominée par la localisation fronto-temporale dans 41.46%, 93% de ces PDS post tumorale ont bénéficié d'une réparation secondaire après résultats anatomopathologiques.

Discussion :

La réparation des PDS temporales est soumise à certaines exigences faisant de chaque patient un cas à part, nécessitant un schéma thérapeutique personnalisé et codifié. Le timing de la réparation et le choix de sa technique reste primordial.

Mots clés : réparation, perte de substance, lambeau.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

RECONSTRUCTION D'UNE PERTE DE SUBSTANCE COMPLEXE DU COLUMELLE CLOISON NASALE ET LA PARTIE MEDIO SUPERIEURE DE LA LEVRE SUPERIEURE A PROPOS D'UN CAS

I. Mahtali*

Introduction :

Le carcinome épidermoïde de la columelle nasale est une maladie rare, les lésions avancées sont difficiles à gérer et leur pronostic est souvent sombre, nécessite une exérèse large responsable de perte de substance complexe

Parmi les moyens de répartition, le lambeau radial de l'avant-bras libre qu'est de plus en plus utilisé pour la reconstruction cutanée et muqueuse complexe

C'est un lambeau fiable versatile, à pédicule long

Matériel et méthodes :

Nous rapportons le cas d'un patient âgé de 72 ans, diabétique type 2 sous ADO, qui présente une perte de substance sept-columellaire d'environ 5cm de grand axe suite à la résection d'un carcinome épidermoïde de la columelle, le malade a bénéficié d'une réparation par un lambeau antébrachial radial micro-anastomosé aux vaisseaux faciaux sur L strut cartilagineux prélevé de la conque

Résultats et discussion :

L'évolution est bonne

Sur le plan esthétique : différence de couleur de la peau, persistance de l'ensellure nasale et horizontalisation de la columelle

Bien que les lambeaux Locorégionaux sont considérés comme la première option pour reconstruire des pertes de substance large du nez en particulier le lambeau frontal paramédian, préféré pour sa facilité de prélèvement et son excellent résultat esthétique, associé au lambeau nasogénien peut reconstruire la totalité du nez,

Le lambeau antébrachial radial reste comme meilleur outil pour la réparation des pertes de substance complexes en particulier du lining interne

Autres moyens de répartition : dispositifs prothétiques, implants osteointégrés, greffe cartilagineuse

Conclusion :

La microchirurgie a incontestablement ouvert des possibilités extrêmement vaste dans certaines situations considérées comme insolubles

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

OTOPOÏÈSE : EXPERIENCE DU SERVICE DE CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE DE RABAT

A. Oussalem*, AF. Habimana, M. Boulaadas

Introduction

Reconstituer un défaut partiel ou total de l'oreille nécessite une reproduction précise des contours manquants et donc un cadre de support approprié. Un nombre de principes et les lignes directrices éclaireront le choix du meilleur support et la sculpture des éléments requis des contours. Reproduire des reliefs complexes impose l'utilisation d'un support de cartilage autologue qui est le cartilage costal.

Dans notre étude, nous rapportons l'expérience de notre service dans la prise en charge des patients présentant une dysmorphie du pavillon de l'oreille en exposant les techniques utilisées, les complications rencontrées ainsi que les résultats obtenus.

Matériel et Méthodes

Nous avons rassemblés, sur une période de 4 ans allant du janvier 2020 au Juin 2023, tous les dossiers de patients ayant bénéficiés d'une reconstruction du pavillon de l'oreille avec utilisation de cartilage costal comme support, peu importe la cause. Ils ont été volontairement exclus tous les patients ayant bénéficié d'autres techniques d'otoplastie.

Résultats

Nous avons pu recenser dix patients avec pour la majorité une malformation présente à la naissance soit 7 cas, 3 cas d'amputations (2 post traumatique et 1 post tumoral)

L'âge moyen était de 15 ans avec extrême entre 9 et 30 ans

La technique de reconstruction en deux temps a été pratiquée dans 70% des cas

Les principales complications étaient d'ordre infectieuses, hémorragique (hématome), trophiques (nécrose voire déformation du greffon cartilagineux, lâchage des sutures)

Conclusion

L'otopoièse est un art exigeant et difficile, alliant beauté et dépassement de soi.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

MODALITES DE RECONSTRUCTION DES CAVITES D'EXENTERATION : REVUE DE LITTERATURE

K. Youss*, A. Oukerroum, F. Slimani

Introduction :

L'exentération orbitaire est une chirurgie défigurante qui laisse des séquelles tant sur le plan esthétique que fonctionnel mais également psychologique. Il en existe 3 types : subtotale ou conservatrice des paupières, totale emportant les paupières, élargie à d'autres structures anatomiques. Son indication principale reste les tumeurs malignes orbitaires ou à extension orbitaire.

L'objectif de ce travail est d'établir un arsenal regroupant l'ensemble des modalités de reconstruction des cavités d'exentération orbitaire, leurs avantages, leurs inconvénients et l'indication de chaque modalité

Résultats :

La cicatrisation dirigée, les greffes de peau fine ou dermo-graisseuses et les lambeaux régionaux tels que les lambeau temporaux ou frontaux, sont les modalités de reconstruction les plus courantes. Nous retrouvons également les lambeaux libres tels que les lambeaux antébrachiaux, du muscle droit abdominal, du muscle grand dorsal, du muscle gastrocnémien ou de la face latérale de la cuisse.

La greffe de derme artificiel, d'origine bovine, fait ses preuves ces dernières années du fait qu'elle permet une cicatrisation plus rapide et un taux de morbidité moindre malgré son coût qui reste élevé.

La réhabilitation prothétique par épithèse vient dans un second temps après obtention d'une cicatrisation satisfaisante de la cavité d'exentération permettant le moulage de l'épithèse qui sera maintenue en place soit par une colle, soit à l'aide de lunettes ou par des implants.

Conclusion :

La reconstruction et la réhabilitation orbitaire peuvent s'avérer parfois difficile. Elles visent principalement à rétablir la forme mais aussi une réintégration sociale plus rapide et par conséquent un impact psychologique moindre. Le choix de la modalité thérapeutique dépend en premier lieu de l'opérateur et de ses habitudes, des défauts à combler et du projet thérapeutique global du patient selon sa pathologie initiale.

Mots-clés : *cavité d'exentération, reconstruction, greffes, lambeaux, épithèse*

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

RECONSTRUCTION PAR LE LAMBEAU MYO-CUTANE DU MUSCLE TRAPEZE DANS L'HIDROSADENITE CERVICO-FACIALE

MA. Habi*, A. Chahrour

Introduction :

Le lambeau myocutané du trapèze a vu ses indications dans la reconstruction cervico-faciale se réduire depuis l'avènement des lambeaux micro-anastomosés. Cependant il peut encore être utile lorsque le patient présente un terrain athéromateux très important qui contre-indique un lambeau libre.

L'hidradénite suppurée est une affection cutanée chronique, récidivante et incapacitante. C'est un trouble inflammatoire de l'épithélium folliculaire, bien qu'une infection bactérienne secondaire se produise souvent.

Même si l'absence de traitement curatif et la nature récidivante de l'hidradénite suppurée en compliquent le traitement, il existe des options efficaces pour prendre en charge les symptômes, entre autre la chirurgie d'exérèse figure parmi l'arsenal thérapeutique .

Patient et méthodes :

On rapporte un clinique au service jeune de 25 ans qui présente une hidrosadénite grade III de la nuque et du cuir chevelu récidivante après une panopliede traitement antibiotique au long cours , l'exérèse chirurgicale est indiqué avec réparation par un lambeau myo-cutané du trapèze .

Résultats :

Un recul sur une année selon le type de perte de substance et qui permet d'apprécier le résultat esthétique

Discussion :

Nos techniques sont a comparer avec les techniques conventionnels afin d'en déduire les indications

Conclusion :

L'hidrosadénite ou maladie de Verneuil est une affection chronique et récidivante meme sous tritement bien conduit ce qui complique la prise en charge des malades tant sur le plan local que psychologique . L'exérèse chirurgicale reste un élément important à considérer avec réparation de la perte de substance séquentielle ; dans notre cas par le lambeau myocutané du trapèze vu la proximité de prélèvement et la compliance .

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

Malformations crânio-maxillo-faciales

LES MALFORMATIONS VASCULAIRES DE LA FACE : EXPERIENCE DU SERVICE DE CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE DE L'HOPITAL 20 AOUT

B. Razem*, F. Slimani

Introduction : les malformations vasculaires de la face correspondent à des anomalies vasculaires congénitales, sans prolifération anormale et sans tendance à la régression. La classification ISSVA les classe en fonction du secteur atteint en malformations capillaires, lymphatiques et veineuses dont le flux est lent et en malformations et fistules artério-veineuses à flux rapide. Le diagnostic est principalement clinique orienté par la radiologie et la prise en charge est multidisciplinaire sans pour autant être clairement codifiée d'où la problématique de prise en charge. **Matériel et méthodes :** c'est une étude descriptive rétrospective incluant 11 patients admis au service de chirurgie maxillo-faciale sur une durée de 5 ans pour une malformation vasculaire.

Résultats : Sept de nos onze patients étaient de sexe féminin avec une moyenne d'âge de 14 ans. Les malformations vasculaires étaient jugales chez 4 patients, mixtes ou étendues dans 3 cas, palpébrales dans 2 cas, labiale dans un cas et un seul patient avait une localisation frontale. Sept patients ont bénéficié d'un angioscanner, six d'une écho-doppler, cinq d'une angio-IRM et une artériographie a été réalisée chez quatre patients. 54,5% des malformations vasculaires étaient sous forme de MAV contre 45,5% de malformations à flux lent dont 27,3% de malformations lymphatiques et 18,2% de malformations veineuses. Tous nos patients ont bénéficié d'un traitement chirurgical, précédé d'une embolisation artérielle chez 36% des cas.

Discussion : Les moyens de prise en charge des malformations vasculaires sont multiples mais non codifiés, allant de la simple surveillance clinique à l'exérèse chirurgicale en passant par le traitement médical, le laser, la radiofréquence, la cryothérapie, la sclérothérapie et l'embolisation artérielle. **Conclusion :** Les malformations vasculaires sont des anomalies congénitales qui engagent rarement le pronostic vital mais qui entraînent un préjudice esthétique et une gêne fonctionnelle et psycho-sociale non négligeables. Des pharmacothérapies ciblées sont en cours d'évaluation et représentent les perspectives thérapeutiques à venir.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

NEUROFIBROME NASAL DANS UN CADRE MALFORMATIF : A PROPOS D'UN CAS

R. El Azzouzi*, M. Bouksirat, M. Boulaadas

Introduction :

Le neurofibrome est une tumeur bénigne du tissu conjonctif développée surtout aux dépens de l'endonèvre des nerfs périphériques. La région de la tête et du cou est l'un des sites abritant des tumeurs neurogéniques tel le neurofibrome. Habituellement entrant dans le cadre d'une neurofibromatose, La localisation solitaire au niveau des cavités naso-sinusiennes est rare, estimée à 4 % des localisations au niveau de la tête et du cou.

Observation :

Nous rapportons le cas social, d'un enfant de 8 ans abandonné par ses parents, qui a été hospitalisé dans notre formation pour prise en charge d'une tumeur nasale évoluant très progressivement depuis la naissance, l'enfant présente un retard psycho-moteur avec absence de marche et de langage, une imagerie a été réalisée revenue en faveur d'une tumeur naso-ethmoïdale à extension orbitaire droite avec révélation d'une schizencéphalie bilatérale en temporo-pariétal à fente ouverte, une exérèse de la tumeur a été réalisée dont l'examen histologique confirme le diagnostic de neurofibrome.

Discussion :

Le neurofibrome se développerait à partir des 1re et 2e branches de division du nerf trijumeau destinées à différentes structures. Malgré sa rareté, le neurofibrome solitaire doit être pris en compte dans le diagnostic différentiel d'une tumeur bénigne unilatérale des cavités naso-sinusiennes.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

LES LYMPHANGIOMES KYSTIQUES CERVICO-FACIAUX : ETUDE EPIDEMIOLOGIQUE, CLINIQUE, PARACLINIQUE ET TRAITEMENT : EXPERIENCE DU SERVICE

O. Boukhlouf*, A. Oussalem, M. Boulaadas

Introduction

Les Lymphangiomes kystiques constituent un groupe hétérogène de malformations vasculaires dysembryoplasiques du système lymphatique. C'est une pathologie bénigne, pouvant potentiellement être grave vu son caractère extensif et infiltrant. Le traitement peut être médical mais la chirurgie conservatrice est l'approche la plus souvent recommandée.

Matériels et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective à propos de 17 patients atteints de lymphangiomes kystiques durant une période de 04 ans allant de entre 2019 et 2023 au service de chirurgie maxillo-faciale de l'hôpital de spécialités de Rabat.

Résultats

On recensait 12 hommes et 5 femmes. L'âge des patients varient de 06 mois à 17 ans. Une tomодensitométrie a été réalisée chez tous nos patients. L'examen anatomopathologique de la pièce opératoire a confirmé les critères histologiques du lymphangiome kystique et 85% de nos patients ont bénéficié d'une exérèse totale emportant le lymphangiome.

Discussion :

Le lymphangiome kystique représente 5% des anomalies vasculaires et 6% des tumeurs bénignes de l'enfant. La tomодensitométrie est d'un grand apport dans le bilan pré thérapeutique du lymphangiome kystique. La chirurgie d'exérèse est le traitement de choix. Elle est indiquée de première intention dans les formes macro kystiques localisées et diffuses et dans les formes micro kystiques.

Conclusion :

Le lymphangiome kystique est une pathologie benigne dont le pronostic esthétique, fonctionnel voir même vital peut être mis en jeu. Le choix du traitement dépend de la localisation, la taille, la classification et l'évolution de la lésion.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

LYMPHANGIOME KYSTIQUE ORBITAIRE CHEZ UN NOURRISSON DE 06 MOIS : A PROPOS D'UN CAS

O. Boukhlouf*, M. Bouksirat, B. Walter

INTRODUCTION

Les lymphangiomes sont des lésions congénitales survenant fréquemment au niveau de la tête et du cou , la localisation orbito-palpébrale reste assez rare mais contraignante au pronostic fonctionnel de l'œil .

RAPPORT DE CAS

Nous rapportons le cas d'un lymphangiome orbitaire chez un enfant de 06 mois, qui présente une tuméfaction palpébrale inférieure droite avec notion de larmoiement chronique et une conjonctivite à répétition . Une Tdm orbitaire a été réalisée .

Le patient a bénéficié d'une exérèse chirurgicale complète de la tumeur par voie sous-ciliaire . Le patient n'a pas présenté de récurrence tumorale ni hémorragique, avec de bons résultats esthétiques et fonctionnels .

DISCUSSION

Les lymphangiomes orbitaires présentent 1 à 2 % de l'ensemble des tumeurs orbitaires . Ils sont généralement présents chez les enfants de moins de 16 ans, ceci-dit ils peuvent être diagnostiqués jusqu'à l'âge adulte. Le maître symptôme est représenté par une exophtalmie. L'imagerie est d'un apport incontestable pour confirmer le diagnostic. La chirurgie recommandée est surtout conservatrice et vise l'exérèse de la tumeur tout en conservant l'entité de l'œil .

CONCLUSION

Les lymphangiomes orbitaires engagent le pronostic fonctionnel de l'oeil , un traitement précoce et efficace est crucial pour prévenir le pronostic fonctionnel et esthétique .

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

LES NEVROMES PLEXIFORMES DE LA FACE: EXPERIENCE DU SERVICE DE CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE DE MARRAKECH

K. Nini*, F. Fettaf, S. Maidam, L. Arjda, M. Lakouichmi, M. Elbouhi, N. Mansouri Hattab

Les névromes plexiformes de la face : expérience du service de chirurgie maxillo-faciale de Marrakech

Introduction :

Les névromes plexiformes rencontrés lors de la neurofibromatose de type 1 ou encore la maladie de Von Recklinghausen sont une entité rare qui touchent 5 à 15% des patients. Ce sont des tumeurs bénignes des nerfs périphériques, indolores, d'évolution lente et infiltrantes. Leur chirurgie est très hémorragique et peut engager le pronostic vital des patients. L'objectif de notre étude était de déterminer le profil épidémiologique des névromes plexiformes de la face, leur retentissement sur la qualité de vie des patients et l'intérêt de la chirurgie dans leur prise en charge.

Matériels et Méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective sur une durée de 4 ans de Juin 2019 à Juin 2023, de tous les patients présentant des névromes plexiformes de la face, ayant été opérés dans notre formation.

Discussion :

La chirurgie des névromes plexiformes a été longtemps accusée de provoquer une dégénérescence maligne de ces dernières, actuellement elle reste le traitement de choix afin de rétablir l'esthétique et une meilleure qualité de vie des patients (1).

Cette chirurgie reste palliative, car elle ne modifie pas l'évolution générale de la maladie (2).

Chaque localisation a une particularité topographique : la conservation ou non du globe dans les formes crânio-orbitaires ou encore la conservation du nerf facial dans les formes jugales.

Conclusion :

Les névromes plexiformes de la face dans le cadre de la NF1 sont des tumeurs bénignes défigurantes, altérant la qualité de vie des patients. Leur chirurgie expose à un risque hémorragique majeur, mais reste le traitement de choix.

Références :

(1) Ouahidi F.E. Place de la chirurgie des névromes plexiformes de la face.

(2) Banzet P, Bodin B. Chirurgie plastique dans la maladie de recklinghausen. Sem Hop Paris 1985 ;61: 2705-8

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

FISTULES PALATINES RESIDUELLES DANS LES SEQUELLES DES FENTES VELO-PALATINES : NOTRE APPROCHE

DL. Ndelafei*, Y. Bennaoui, M. Elboukhani, K. Mezzat, I. Sali, A. Rais, A. Zakaria, N. Mansouri Hattab

Introduction

Les fistules palatines résiduelles sont la conséquence d'un traitement primaire insuffisant des fentes vélo-palatines. Leurs symptômes dépendent de la taille et de la localisation de celles-ci. La correction de ces fistules constitue un réel défi chirurgical à cause d'une anatomie complexe, d'une grande variabilité chez les patients et de la multiplicité des techniques et de protocoles.

But

Rapporter nos résultats et les confronter aux données de la littérature

Matériel et méthodes

Il s'agit d'une étude retrospective menée entre Juin 2022 à Mars 2023 portant sur 10 patients opérés pour une fistule palatine résiduelle des fentes palatines, réalisée au sein du service de chirurgie maxillo-faciale esthétique et stomatologie de l'hôpital Ibn Tofail au centre hospitalier universitaire Mohamed VI de Marrakech.

Résultats

L'âge moyen de nos patients était de 19 ans avec une prédominance féminine. Tous nos patients présentaient une fente palatine isolée et ont tous presque présentaient les mêmes signes cliniques allant des régurgitations nasales à l'hypernasalité. Tous nos patients avaient des fistules types 4 d'une taille de 7mm à 2cm. Sept fistules ont été réparées par des lambeaux locaux, trois par le lambeau marginolingual, avec des résultats satisfaisants. Les suites opératoires furent simples pour tous nos patients.

Discussion

La technique de fermeture des fistules séquellaires de fentes palatines est fonction de la taille de la fistule. La plastie locale par le lambeau pédiculé muco-périosté et le lambeau de la langue sont de mise avec des résultats satisfaisants.

conclusion

L'excellente vascularisation, la souplesse et la grande quantité de tissus que les lambeaux locaux ou loco-régionaux fournissent, offrent une solution reconstructive fiable à un problème chirurgical complexe dans la réparation des fistules palatines.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

PLASTIE MUSCULAIRE DANS LA VELOPLASTIE INTRA VELAIRE PRIMAIRE POUR FENTES VELO-PALATINES , NOTRE APPROCHE ET NOS RESULTATS .

H. El Hadri*, B. Nishimirmana, S. Maidame, K. Mezzat, Z. Aziz, N. Mansouri Hattab

Introduction :

La fente vélo-palatine reste la malformation faciale la plus fréquente et ses conséquences fonctionnelles, psychologiques et sociales sont très importantes. Les techniques chirurgicales varient d'une équipe à l'autre. La Plastie musculaire primaire dans la véloplastie intra vélaire, technique faisant partie de notre approche ; reste la méthode de choix permettant de remettre les éléments anatomiques là où ils devraient être.

Le but de notre travail est d'étudier les caractéristiques épidémio-cliniques de cette affection et dévaluer nos

Résultats.

Matériel et Méthode :

Il s'agit d'une étude rétrospective menée sur une période 2ans de Juillet 2021 et Juillet 2023 pendant laquelle nous avons colligé des cas de fente vélopalatine opérés dans notre service de Chirurgie maxillo-faciale et esthétique, CHU Mohammed VI, Marrakech.

Résultats-Discussion :

L'âge moyen de nos patients au moment de l'intervention était de 20.5 mois et le sex-ratio 1,37. Une malformation associée a été notée dans 52% des cas. Un rejet de lait par le nez a été retrouvé dans 39.2 % des cas. La Plastie musculaire primaire dans la véloplastie intra vélaire a été la règle chez tous nos malades. Les suites opératoires étaient simples chez la majorité de nos malades. L'évolution était bonne chez la majorité de nos patients, sauf pour 3 cas où une fistule a été notée.

Conclusion

La prise en charge des fentes vélo palatines doit être pluridisciplinaire pour assurer une meilleure réhabilitation fonctionnelle et esthétique de l'enfant et minimiser les séquelles.

Une prise en charge bien codifiée avec un calendrier thérapeutique préétabli est le seul garant du succès thérapeutique.

Mots-clés : Fente vélo-palatine/ Plastie musculaire primaire /Séquelles

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

A PROPOS D'UN CAS DE FENTE FACIALE COMPLEXE

MB. Harding*

Introduction : l'objectif de cette présentation est de rappeler les difficultés thérapeutiques liés à la prise en charge des fentes faciales complexes.

Observation : il s'agit d'un sujet de sexe masculin adressé à l'âge de 4 ans pour la prise en charge d'une fente orbito-faciale verticale paramédiane gauche, qui avait fait l'objet d'une première intervention chirurgicale 2 ans auparavant. Dans notre service, l'enfant a eu une première intervention avec réfection du plancher orbitaire, et commissuroplastie labiale. Une deuxième intervention a été effectuée dans le but d'améliorer la statique oculaire et l'occlusion palpébrale, ainsi que l'esthétique labiale. Alors que le problème oculo-palpébral semblait s'être amélioré, le patient a présenté après 12 mois, un affaissement du plancher orbitaire avec une occlusion oculaire incomplète liée à la paupière inférieure. Aujourd'hui, à 11 ans, le patient est en attente d'une autre intervention.

Discussion-conclusion : les fentes faciales complexes sont variées mais rares. Elles restent un défi pour le chirurgien maxillo-facial. La prise en charge est aussi bien fonctionnelle qu'esthétique. Les techniques opératoires sont nombreuses et variées, mais les parents doivent être prévenus de s'armer de patience pour avoir des résultats « appréciables ».

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

OSTEOTOMIE DE LEFORT I MODIFIEE DANS LE SYNDROME DE BINDER (CHU DE MAHDIA, TUNISIE)

Y. Ben Arif*, H. Touil, N. Ben Ahmed, H. Mabrouk, M. Bouzaiene

Introduction:

Le syndrome de Binder est une anomalie rare affectant principalement la partie antérieure du complexe maxillaire et nasal. Le traitement précoce est indiqué dans un but esthétique et fonctionnel. Une ostéotomie de Lefort I modifiée peut être préconisée dans certains cas. Nous passons en revue la littérature et décrivons notre technique.

Matériel et méthodes :

Il s'agit d'un patient de 32 ans, présentant un Syndrome de Binder. Cliniquement, il avait une rétrusion médiofaciale avec une classe III occlusale.

Résultats :

La préparation orthodontique a été réalisée, suivie du traitement chirurgical qui a été basé sur une ostéotomie Lefort I d'avancée modifiée. En effet, vu que les sinus piriformes étaient très rétrécis, une ostéotomie classique aurait abouti à une diminution du flux respiratoire. Ainsi, l'ostéotomie a été modifiée en remontant le tracé plus haut du côté interne épargnant les sinus piriforme. Le résultat post-opératoire a été satisfaisant tant sur le plan esthétique que fonctionnel.

Discussion:

Le syndrome de Binder est une malformation congénitale rare. Ses caractéristiques sont le nez aplati et la rétrusion médiofaciale, comme chez notre patient. Le diagnostic de ce syndrome est posé sur la base des résultats cliniques et radiologiques. L'examen génétique peut également être utile. Le traitement est controversé et doit être effectué en fonction de l'âge et de la gravité de la maladie. Les patients atteints de formes les plus bénignes de la maladie peuvent bénéficier uniquement d'une rhinoplastie. Cependant, les patients atteints de malocclusion de classe III nécessitent une correction orthognatique avant la reconstruction nasale tel notre patient. Il y a peu de cas traits chirurgicalement rapportés dans la littérature, mais d'après cette expérience nous avons constaté qu'une ostéotomie de Lefort I classique avec un trait passant par les sinus piriforme risque d'aggraver le rétrécissement de cet orifice. Ainsi, une ostéotomie plus haute serait la solution.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

LES INDICATIONS DES LAMBEAUX CHARNIÈRES POUR LA FERMETURE DES FISTULES PALATINES (CHU HABIB BOURGUIBA DE SFAX, TUNISIE)

Y. Ben Arif*, H. Hablani, N. Ben Ahmed, A. Bouattour, W. Elleuch, F. Karray, M. Dhoubi, M. Abdelmoula

Introduction

Malgré l'amélioration des techniques chirurgicales de la chirurgie des fentes vélo-palatines, les fistules palatines restent un défi pour le chirurgien maxillo-facial. De nombreuses procédures chirurgicales ont été décrites pour la réparation de ces fistules, les solutions simples notamment les lambeaux palatins muco-périostés charnières restent la méthode de choix comme moyen de réparation des fistules palatines antérieures.

Matériels et méthodes :

Sept patients de notre service ont présenté des fistules palatines antérieures comme séquelle de fente vélo-palatines. La largeur de la fistule a été supérieure à 5 mm dans tous les cas et la réparation a été faite par des lambeaux charnières muco-périostés.

Un contrôle clinique a été réalisé avec un recul de 3 mois minimum pour dépister une éventuelle récurrence.

Résultats :

La cicatrisation a été jugée excellente pour toutes les fistules : aucun de nos patients n'a développé de saignement postopératoire significatif, d'infection ou de récurrence de fistule.

Discussion :

Le succès de la technique est conditionné par la fermeture en deux plans nasal et buccal suturés de façon étanche.

Ce procédé est simple et efficace. Il respecte les principes du traitement primaire de la fente et permet de fermer des fistules en un seul temps opératoire.

Plusieurs autres techniques chirurgicales ont été décrites dans la littérature, tout est discuté selon la localisation de la fistule, sa largeur, l'âge du patient et l'habitude du chirurgien.

Conclusion :

Les lambeaux charnières est une technique chirurgicale simple avec moins de récurrence et de séquelles pour la réparation des fistules palatines antérieures.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

LES FISTULES PALATINES RESIDUELLES : ANALYSE DES FACTEURS FAVORISANTS

Y. Ben Arif*, H. Touil, N. Ben Ahmed, H. Mabrouk, M. Bouzaiene

Introduction :

Les fistules palatines constituent la complication la plus fréquente rencontrée lors de la chirurgie des fentes vélo-palatines. En fonction de l'importance de l'étendue initiale de la fente, des différentes chirurgies déjà réalisées, de l'âge du patient, de la localisation de la fistule, plusieurs techniques seront proposées. Nous rapportons ici les facteurs qui peuvent favoriser la survenue de ce type de complication en se référant à notre expérience datant de plus de 20 ans.

Matériel et méthodes :

Il s'agit de l'analyse rétrospective de 284 dossiers des patients porteurs de fentes vélopalatines traités dans notre service, sur une période de 28 ans du 1er Janvier 1988 jusqu'au 31 Décembre 2015.

Résultats et discussion :

Nous avons constaté 69 fistules palatines ou vélaires soit un taux de 24.47%. Notre étude analytique a montré que l'incidence élevée de fistules est significativement liée au retard de prise en charge, l'âge avancé de la staphyloplastie et de l'uranoplastie, à la taille initiale de la fente, à l'hygiène buccale.

Conclusion :

Selon les données rapportées dans la littérature, l'incidence des fistules vélaires ou palatines varie entre 5 et 29%. Les facteurs en cause sont la tension excessive des tissus par rapport à leur vitalité, conduisant au lâchage des sutures d'un plan. L'hématome entre les deux plans de suture, l'infection ou la nécrose d'un lambeau peut également expliquer l'installation d'une fistule. Le manque d'hygiène pourvoyeur d'infection et de lâchages secondaires des sutures, le non-respect de la chronologie de la prise en charge initiale et la technique utilisée sont des facteurs contributifs. En effet, au niveau du voile, la technique de véloplastie intravélaire avec dissection musculaire semble être la moins pourvoyeuse de fistules.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

OSTÉOTOMIE DE LEFORT I MODIFIÉE DANS LE SYNDROME DE BINDER

Y. Ben Arif*, H. Touil, N. Ben Ahmed, H. Mabrouk, M. Bouzaiene

Introduction:

Le syndrome de Binder est une anomalie rare affectant principalement la partie antérieure du complexe maxillaire et nasal. Le traitement précoce est indiqué dans un but esthétique et fonctionnel. Une ostéotomie de Lefort I modifiée peut être préconisée dans certains cas. Nous passons en revue la littérature et décrivons notre technique.

Matériel et méthodes :

Il s'agit d'un patient de 32 ans, présentant un Syndrome de Binder. Cliniquement, il avait une rétrusion médiofaciale avec une classe III occlusale.

Résultats et discussion:

La préparation orthodontique a été réalisée, suivie du traitement chirurgical qui a été basé sur une ostéotomie Lefort I d'avancée modifiée. En effet, vu que les sinus piriformes étaient très rétrécis, une ostéotomie classique aurait abouti à une diminution du flux respiratoire. Ainsi, l'ostéotomie a été modifiée en remontant le tracé plus haut du côté interne épargnant les sinus piriforme. Le résultat post-opératoire a été satisfaisant tant sur le plan esthétique que fonctionnel.

Conclusion:

Le syndrome de Binder est une malformation congénitale rare. Ses caractéristiques sont le nez aplati et la rétrusion médiofaciale, comme chez notre patient. Le diagnostic de ce syndrome est posé sur la base des résultats cliniques et radiologiques. L'examen génétique peut également être utile. Le traitement est controversé et doit être effectué en fonction de l'âge et de la gravité de la maladie. Les patients atteints de formes bénignes de la maladie peuvent bénéficier uniquement d'une rhinoplastie. Cependant, les patients atteints de malocclusion de classe III nécessitent une correction orthognatique avant la reconstruction nasale tel notre patient. Il y a peu de cas chirurgicalement rapportés dans la littérature, mais d'après cette expérience nous avons constaté qu'une ostéotomie de Lefort I classique avec un trait passant par les sinus piriforme risque d'aggraver le rétrécissement de cet orifice. Ainsi, une ostéotomie plus haute serait la solution.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

LES INDICATIONS DES LAMBEAUX CHARNIERES POUR LA FERMETURE DES FISTULES PALATINES

Y. Ben Arif*, H. Hablani, N. Ben Ahmed, A. Bouattour, W. Elleuch, M. Dhoubi, F. Karray, M. Abdelmoula

Introduction :

Malgré l'amélioration des techniques chirurgicales de la chirurgie des fentes vélo-palatines, les fistules palatines restent un défi pour le chirurgien maxillo-facial. De nombreuses procédures chirurgicales ont été décrites pour la réparation de ces fistules, les solutions simples notamment les lambeaux palatins muco-périostés charnières restent la méthode de choix comme moyen de réparation des fistules palatines antérieures.

Matériel et méthodes :

Sept patients de notre service ont présenté des fistules palatines antérieures comme séquelle de fente vélo-palatines. La largeur de la fistule a été supérieure à 5 mm dans tous les cas et la réparation a été faite par des lambeaux charnières muco-périostés.

Un contrôle clinique a été réalisé avec un recul de 3 mois minimum pour dépister une éventuelle récurrence.

Résultats et discussion :

La cicatrisation a été jugée excellente pour toutes les fistules : aucun de nos patients n'a développé de saignement postopératoire significatif, d'infection ou de récurrence de fistule.

Le succès de la technique est conditionné par la fermeture en deux plans, en deux plans nasal et buccal suturés de façon étanche.

Ce procédé est simple et efficace. Il respecte les principes du traitement primaire de la fente et permet de fermer des fistules en un seul temps opératoire.

Plusieurs autres techniques chirurgicales ont été décrites dans la littérature, tout est discuté selon la localisation de la fistule, sa largeur, l'âge du patient et l'habitude du chirurgien.

Conclusion :

Les lambeaux charnières est une technique chirurgicale simple avec moins de récurrence et de séquelles pour la réparation des fistules palatines antérieures.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

INTERET DE LA CLASSIFICATION DE VEAU DANS LA PRISE EN CHARGE CHIRURGICALE DES FENTES DU PALAIS SECONDAIRE

MM. Ndiaye*, R. Diop, S. Toure, A. Ndiaye

Introduction : Les fentes du palais secondaire sont fréquentes et invalidantes entraînant des fuites alimentaires oro-nasales et une rhinologie organique.

Diverses classifications cliniques sont proposées, le choix de la technique chirurgicale varie selon le type de fentes et selon les équipes.

Objectif : Evaluer la classification de VEAU dans le choix des techniques de palatoplasties.

Patients et méthodes : Etude rétrospective et comparative sur une période de 41 mois, portant sur des patients opérés de fentes palatines dans le service de chirurgie maxillo-faciale du CHU Aristide Le Dantec de Dakar (Sénégal).

Résultats : Cette étude portait sur une cohorte de 71 patients opérés de fente du palais secondaire. Le sexe féminin représentait 52% des patients (ratio = 0,96). L'âge au moment de l'intervention était en moyenne de 9 ans (extrêmes 14 mois -34 ans). Sur le plan clinique, les fentes de type III étaient les plus fréquentes (40%) suivies de celles de type II (32%), de type IV (17%) et de type I (11%).

Les techniques chirurgicales retenues étaient :

Les palatoplasties de Veau Wardill-Kilner et de Von Langenbeck d'une part et les palatoplasties de Furlow et de Sommerlad d'autre part.

Il a été réalisé les palatoplasties de Von Langenbeck, chez 40% des patients, de Veau- Wardill-Kilner (49%), de Furlow (4%) et de Sommerlad (7%).

Le taux global de fistules oro-nasales était de 22%.

Conclusion : La classification de Veau permet d'orienter le choix de la technique de palatoplastie selon le type anatomo-clinique de la fente.

Mots clés : Classification de Veau, Fentes palatines, Palatoplasties.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

L'EXPERIENCE DU CENTRE DE CONSULTATION ET DE TRAITEMENT DENTAIRE-CHU RABAT DANS LA PRISE EN CHARGE ORTHOPEDIQUE DES FENTES ORO-FACIALES

W. Touzri*, H. Rokhssi, M. Azhari, O. Bentahar

Introduction : Les fentes oro-faciales constituent l'un des défauts congénitaux les plus fréquents de nos jours. Elles présentent différentes séquelles, notamment la communication oro-nasale, l'effondrement important du cartilage nasal, la déviation du septum nasal et de la columelle du côté fondu, ayant ainsi un triple retentissement esthétique, fonctionnel et psychologique.

Sujet : Nous allons vous exposer l'expérience du CHU de Rabat lors de la prise en charge néonatale des patients atteints de fentes labio-alvéolo-palatines par l'équipe de prosthodontie maxillofaciale.

Matériel et méthodes : Nous avons présenté la prise en charge des patients atteints de fentes au CHU de Rabat comparée aux données de la littérature, ainsi que le rôle du prosthodontiste maxillofacial dans cette prise en charge, illustré par des cas cliniques réalisés au CHU de Rabat.

Résultats et Discussion : La prise en charge prothétique et orthopédique néonatale demeure d'actualité et constitue une partie intégrante et d'une grande importance dans le succès d'un tel arsenal thérapeutique. Au cours de cette phase, le recours à différents outils tels que la réalisation de plaques palatines passives, de plaques palatines actives avec disjoncteur, ainsi que de conformateurs naso-labiaux pré et post-chirurgicaux peut modifier considérablement les résultats sur différents plans, notamment la croissance, la fonction, l'esthétique et le confort psychologique de l'enfant et des parents.

Conclusion : Le prosthodontiste maxillofacial joue un rôle crucial dans le succès de la prise en charge des fentes orofaciales. La collaboration pluridisciplinaire est essentielle pour améliorer la qualité de vie de ces patients.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

**Médecine et chirurgie
esthétiques
de la face et du cou**

INTERET DE L'INJECTIONS DE LA TOXINE BOTULIQUE DANS LA GLANDE LACRYMALE EN CAS DE LARMOIEMENT CHRONIQUE ESSENTIEL

A. Cherabli*, A. Bourihane, L. Degdeg, D. Aid

Introduction Le larmoiement est responsable d'une dégradation de la qualité de vie des patients. En dehors d'une obstruction des voies lacrymales, une pathologie palpébrale ou de surface oculaire les injections de toxine botulique dans la glande lacrymale peuvent rendre un grand service aux patients concernés.

Matériels et Méthodes Étude retrospective (2015 à 2017) incluant les patients souffrants de larmoiement chronique qui ont bénéficié d'un examen ophtalmologique complet : test de Schimer, score de larmoiement de MUNK, lavage des voies lacrymales, évaluation de la laxité palpébrale, analyse de la position du point lacrymal, test à la fluorescéine et fond d'œil. 4 des 50 patients (sex-ratio 3) présentaient un larmoiement essentiel et ont été traités par injection de 5UI (0,1 cc) de toxine botulique dans le lobe palpébral de la glande lacrymale. L'efficacité était évaluée à 1 mois puis 3 mois après l'injection. Une seconde injection a été réalisée en cas de résultats jugés insuffisants.

Résultats L'âge moyen de nos patients était de $57,7 \pm 6,4$ ans. Trois patients ont reçu une seule injection et une patiente 2 injections avec un recul post-opératoire moyen de $4,15 \pm 2,57$ mois. Tous les patients notaient une amélioration franche de leur larmoiement, dont deux décrivaient une disparition complète de leurs symptômes. Un cas de ptosis modéré et transitoire (5 semaines) a été observé chez un patient.

Discussion L'innervation de la glande lacrymale est sous la dépendance de système nerveux autonome. La libération d'acétylcholine induit la sécrétion des larmes, processus inhibé par la toxine botulique. Son utilisation est donc logique dans le cadre des larmoiements essentiels. Sous réserve que l'injection soit parfaitement dosée et localisée.

Conclusion L'injection de la toxine botulique dans la glande lacrymale en cas de larmoiement essentiel est une procédure simple et peu invasive. La principale complication est le ptosis, généralement incomplet et transitoire.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

LA RHINOPLASTIE ESTHETIQUE ET FONCTIONNELLE. EXPERIENCE DE NOTRE SERVICE.

WJJ. Bahizi*, B. Dani, M. Boulaadas

Introduction

La rhinoplastie est une intervention chirurgicale portant sur la taille ou la forme du nez. Selon sa finalité et la manière dont il est réalisé, on la qualifie d'esthétique ou de fonctionnelle. La rhinoplastie fonctionnelle a pour objectif principal de remédier à des troubles qui affectent la respiration, au quotidien, pendant le sommeil ou lors d'activités sportives.

Un même trouble peut avoir des répercussions sur la fonction respiratoire et sur l'aspect esthétique du nez. Il est donc fréquent de réaliser concomitamment une rhinoplastie fonctionnelle et une rhinoplastie esthétique.

Matériels et méthodes

Nous avons réalisé une étude rétrospective portant sur 51 rhinoplasties esthétiques et fonctionnelles colligées dans notre service de chirurgie maxillofaciale et stomatologie à l'Hôpital de Spécialités de Rabat au Maroc durant l'année 2022.

Résultats et discussion

L'âge moyen de nos patients était de 26,42 ans pour un total de 51 cas recrutés dans notre service avec prédominance masculine soit une sex ratio de 1,2 en faveur des hommes.

Une obstruction nasale était le motif de consultation chez 82,35% des patients.

La rhinoplastie post-traumatique est réalisée chez 66,66% des patients alors que la rhinoplastie de rajeunissement n'a été faite que chez 3,92% des patients.

La rhinoseptoplastie pour correction de la déviation septale a été réalisée chez 72,55% des patients.

La pose d'une greffe cartilagineuse a été réalisée chez 29,41% des patients.

37,25% des patients ont bénéficié d'une réduction de la bosse ostéo-cartilagineuse avec réalisation d'une ostéotomie.

La correction de l'ensellure nasale a été faite chez 15,69% des patients.

La rhinoplastie primaire a prédominé notre série avec 94,12% des patients.

La prévalence du sujet jeune masculin peut être expliquée par le contexte post-traumatique prédominant dans notre population.

Conclusion

La rhinoplastie esthétique et fonctionnelle reste un traitement chirurgical complexe à adapter à chaque patient.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

CHIRURGIE DE LA PARALYSIE FACIALE AU STADE SEQUELLAIRE : A PROPOS D'UN CAS

AF. Habimana*, O. Boukhlof, B. Dani, M. Boulaadas

Introduction

Avec l'essor des réseaux sociaux, encouragés par une société toujours plus à la recherche de l'idéal, la beauté et l'harmonie se situent à la première place. Le visage ainsi occupe une place prépondérante dans l'interaction que nous pouvons avoir avec nos semblables. Une difformité faciale devient alors une difficulté d'intégration et même d'épanouissement social. La paralysie faciale étant pourvoyeuse de ce mal-être, il se comprend que son traitement soit un impératif. Le traitement étant avant tout étiologique (suture ou greffe nerveuse), il existe des situations où celui-ci n'est pas envisageable, il faut dans ce cas avoir recours au traitement palliatif.

Matériel et Méthode

Nous exposons ici la prise en charge du cas d'une patiente âgée de 45 ans hospitalisée dans notre service pour une paralysie hémifaciale classée stade V de la classification de House et Brackmann évoluant depuis 20 ans avec cophose associée. Une IRM a objectivé tumeur du conduit auditif interne gauche. Une chirurgie de sa paralysie par la combinaison des techniques de Gillies modifiée pour la région labiale ainsi que la technique Mac Laughlin pour la continence palpébrale. À 2 mois post-opératoire, on note une amélioration de la symétrie faciale au repos, et de la lagophtalmie ainsi qu'une amélioration du sourire à la mimique.

Discussion

L'objectif majeur de la chirurgie dans la paralysie faciale est de restaurer une symétrie faciale aussi parfaite que possible ainsi que d'améliorer l'incontinence palpébrale et buccale. Il existe une multitude de techniques à cet effet ce qui explique la pertinence du sujet. Pour nous, le plus important nous paraît de répondre aux besoins du patient avec la technique la plus simple et la plus adéquate.

Conclusion

La paralysie faciale est une situation dysmorphique très gênante pour les patients. Une bonne connaissance des techniques chirurgicales palliatives est un moyen efficace d'y remédier.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

LA DIVISION PALATINE DANS LE SYNDROME DE PIERRE ROBIN;DEUX TEMPS OU UN TEMPS ?QUE FAIRE?

F. Fettal*, K. Hattab, F. Mourabit, M. Elbouihi, N. Mansouri

Introduction :

Le syndrome de Pierre Robin est une séquence malformative caractérisée par une triade associant retrognathisme, glossoptose et fente du palais secondaire. La prise en charge est multidisciplinaire, et le chirurgien maxillo-facial intervient essentiellement pour la fermeture de la fente vélo-palatine. Seulement celle-ci peut se faire en un temps ou en 2 temps. Quelle est alors notre approche ?

Matériel et Méthode :

Il s'est agi d'une étude prospective menée entre janvier 2019 et Janvier 2022, ayant permis d'inclure 13 patients pris en charge dans notre formation pour division palatine liée au syndrome de Pierre Robin. Les paramètres d'étude étaient épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutifs.

Résultats :

L'âge moyen de nos patients était de 3mois, avec un sex-ratio de 1,1. Le syndrome de Pierre Robin était isolé dans 53,8% des cas. L'âge moyen d'intervention était de 8 mois. Une fermeture en un temps a été réalisée dans 38,4% et en 2 temps dans 61,6% des cas. L'évolution était favorable, des fistules ont été notées dans 23,1% des cas.

Discussion :

Nos résultats épidémiologiques sont conformes aux données de la littérature. La séquence de Pierre Robin concerne une naissance sur 8000. Le choix entre fermeture de la fente vélopalatine en un temps ou en 2 temps (vélo puis uranoplastie) repose sur plusieurs critères notamment l'âge de l'intervention chirurgicale, la taille de la fente, les habitudes de l'équipe chirurgicale. Et chacun des procédés a ses avantages et ses inconvénients.

Mots-clés : Syndrome de Pierre Robin - Fente vélo-palatine - Fermeture.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

LE LIFTING MALAIRE

Y. Ben Arif*, H. Touil, N. Ben Ahmed, H. Mabrouk, M. Bouzaiene

Introduction :

Les premiers signes de vieillissement de la face apparaissent au niveau de la région centro-faciale. La lente descente de la graisse faciale-SOOF et malaire entraîne la squelettisation du rebord orbitaire inférieur, l'apparition du sillon jugomalaire et de la vallée des larmes, l'accentuation du sillon nasogénien et l'étalement du muscle orbiculaire entraînant la poche malaire. Plus qu'un « lifting classique », un remodelage est requis. Il ne s'agit pas d'aplatir le visage en tirant sur la peau, mais lui redonner les caractères de la jeunesse en repositionnant les volumes graisseux. C'est le concept du lifting centro-facial.

Matériel et méthodes :

Nous rapportons trois cas de lifting malaire ou lifting centro-facial. Il s'agit de deux femmes et d'un homme, âgés de 53 à 59 ans. Dans tous les cas, l'intervention a comporté un premier temps de décollement sous cutané par voie de « lifting classique » et une deuxième étape de décollement sous la galéa et sous-périosté sur le rebord orbitaire et au niveau zygomatique. Une suspension est ensuite réalisée chargeant la graisse jugale et fixés à l'aponévrose temporale

Résultats et discussion :

Les résultats étaient satisfaisants. Aucun déficit neurologique n'a été observé. Les cicatrices étaient camouflées.

Dans le vieillissement du visage, le traitement des paupières inférieures et de la zone centrofaciale est resté un challenge. Par un large décollement sous-périosté le lifting centro-facial permet de libérer toute la zone centrofaciale et faire glisser l'ensemble vers le haut. Le périoste sera comme une moquette qui, en glissant, déplace tous les éléments en bloc ce qui pousse la graisse de bas en haut redonnant du volume.

Conclusion :

La jeunesse étant marquée par une paupière inférieure très courte et l'absence de transition avec la joue, cette technique réalise une amélioration de la zone centrofaciale de qualité incomparable avec celle de toute autre technique.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

BLEPHAROPLASTIE POUR LIPOPTOSE : A PROPOSE D'UN CAS

G. El Idrissi Rabbaa*, B. Nshimirimana, S. Maidame, I. Benelmamoune, M. El Bouihi, Z. Aziz, N. Mansouri Hattab

Introduction :

Les demandes de chirurgie esthétiques des paupières sont de plus en plus fréquentes. Et un motif fréquent de consultation est la présence de poches graisseuses responsable de lipoptose.

Matériel et Méthode :

Nous rapportons le cas d'une patiente prise en charge dans notre formation pour lipoptose.

Résultats :

Il s'agit d'une patiente de 47ans, sans ATCD, qui consulte pour des poches palpébrales ayant n retentissement sur la qualité du regard. L'examen clinique retrouve : une lipoptose isolée des 2 paupières, de face et dans le regard vers le haut et vers le bas où la poche graisseuse augmente en volume. Il n'y avait pas d'excès cutané, ni de trouble de statique palpébrale. Elle a bénéficié d'une blépharoplastie supérieure et inférieure avec lipectomie sous anesthésie locale. Le résultat était bon marqué par un rajeunissement du regard.

Discussion :

La blépharoplastie, qu'elle soit supérieure ou inférieure, est un acte courant de chirurgie esthétique. Les demandes sont nombreuses et les indications sont variées. La lipectomie (ablation des poches graisseuses) est une indication fréquente. Elle peut se faire sous anesthésie locale, par vois conjonctivale ou palpébrale.

Conclusion :

La blépharoplastie est la chirurgie esthétique des paupières. Elle peut concerner la paupière supérieure et/ou la paupière inférieure. L'objectif étant le rajeunissement du regard.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

**Odontologie
Prothèses dentaires
et maxillo-faciales**

DYSFONCTIONS ORO-FACIALES DE LA MALADIE DE PARKINSON : A PROPOS D'UNE SERIE DE 107 PATIENTS.

CF. Tabeti épouse Bentahar*, A. Chentouf, S. Benaouf, W. Benachenhou, M. Achache, S. Balla, N. Bekaddour, MS. Bouchetara, F. Bouzouina

La maladie de Parkinson est une affection neurodégénérative caractérisée par des symptômes moteurs et non moteurs. Des signes oro-faciaux sont présents notamment l'altération des fonctions phonatoire, masticatoire, ... Ces symptômes peuvent être inauguraux de la maladie et précéder l'apparition des tremblements des membres. Une étude observationnelle descriptive transversale a été réalisée au Service de Neurologie du CHU d'Oran, Algérie du 07 décembre 2022 au 03 MAi 2023. Au total, 107 patients ont été colligés dont 57 femmes et 50 hommes avec un âge moyen de 66,18 ans et des extrêmes de 39 à 91 ans. Les données ont été collectées sur des fiches questionnaires, ont été reportées sur Google Forms et analysées à l'aide du logiciel Excel 2013. Soixante-neuf patients présentaient au moins une comorbidité. Cinquante-quatre patients présentaient une rigidité musculaire. Cinquante-trois patients présentaient des dysfonctions de l'ATM. La dysphagie et la dysfonction phonatoire étaient présentes chez respectivement 34 et 51 patients. Quarante et un patients avaient une mastication altérée, quatre-vingts et un se plaignaient de sécheresse buccale alors que trente quatre souffraient de bavage. L'ouverture buccale moyenne était de 39,26 mm. Vingt-sept patients présentaient des chéilites angulaires. Quatre-vingt-deux patients avaient une mauvaise hygiène bucco-dentaire et l'inflammation gingivale était importante chez 51 patients. Vingt et un patients avaient un bruxisme et vingt et un souffraient de stomatodynie. Ces troubles sont dus à l'évolution de la maladie (rigidité musculaire, déclin cognitif), aux troubles psychologiques (dépression et anxiété) ainsi qu'aux médicaments prescrits. Le diagnostic et la prise en charge thérapeutique précoces de la maladie de Parkinson sont essentiels pour améliorer la qualité de vie des patients. Il est indispensable que le médecin dentiste soit intégré dans l'équipe de traitement pluridisciplinaire. Son rôle est important notamment en ce qui concerne l'identification des signes prodromiques orofaciaux de la maladie aidant ainsi au diagnostic précoce.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

LA PRISE EN CHARGE DES LIMITATIONS DE L'OUVERTURE BUCCALE POST-RADIQUES PAR L'EQUIPE DE PROSTHODONTIE MAXILLOFACIALE DU CHU RABAT

W. Touzri*, H. Rokhssi, M. Azhari, O. Bentahar

Introduction : la radiothérapie utilisée dans le traitement des tumeurs des voies aéro-digestives supérieures génère des séquelles permanentes et handicapantes, à savoir, la fibrose tissulaire, le trismus et la limitation de l'ouverture buccale. A travers ce travail, nous allons mettre le point sur l'importance de la prévention dans la prise en charge précoce des limitations d'ouverture buccale consécutive à la radiothérapie cervico-faciale par le prosthodontiste maxillofaciale.

Matériels et méthodes : nous avons présenté les différentes approches préventives et curatives mises en œuvre par l'équipe de prosthodontie maxillofaciale au CCTD RABAT CHU IBN SINA pour traiter les limitations d'ouverture buccale post-radiques et l'avons comparée aux données de la littérature. Nous avons illustré cette présentation avec des cas cliniques.

Résultats et Discussion : Les limitations d'ouverture buccale post-radiques constituent une complication tardive de la radiothérapie cervico-faciale. Son mécanisme d'installation repose sur la fibrose et la sclérose des muscles masticateurs et de la capsule articulaire. La présence de ces limitations affecte gravement la parole, l'alimentation, l'hygiène buccale et rend difficile la réalisation des soins dentaires. Étant permanente, elle représente un défi majeur nécessitant une intervention précoce pour en limiter l'apparition.

Conclusion : Le prosthodontiste maxillo-facial joue un rôle crucial dans la prise en charge des limitations de l'ouverture buccale après une radiothérapie cervico-faciale. La prévention représente la pierre angulaire de la stratégie thérapeutique, visant à améliorer la qualité de vie des patients. Pour une prise en charge optimale, une collaboration pluridisciplinaire est essentielle.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

PRISE EN CHARGE PROTHETIQUE APRES GLOSSECTOMIE PARTIELLE : A PROPOS D'UN CAS

W. Touzri*, H. Rokhssi, M. Azhari, O. Bentahar

Introduction : Les carcinomes épidermoïdes de la langue sont parmi les tumeurs malignes les plus fréquentes des voies aérodigestives supérieures. Les glossectomies représentent la principale arme thérapeutique. L'ablation de la tumeur laisse des défauts qui peuvent être reconstruits chirurgicalement ou remplacés par une prothèse afin d'aider à recréer l'équilibre dans la cavité buccale. Non réhabilités, ces défauts peuvent avoir des conséquences néfastes sur l'ensemble des fonctions orofaciales, affectant ainsi la qualité de vie des patients. Ce rapport clinique décrit la conception d'une prothèse pour réhabiliter un patient après une glossectomie partielle.

Matériels et méthodes : Nous avons décrit la prise en charge prothétique d'un patient ayant subi une glossectomie partielle, suivie d'une radiothérapie cervicofaciale pour traiter une tumeur maligne de la langue mobile. Nous avons exposé les différentes étapes du traitement, les choix prothétiques et les ajustements nécessaires pour rétablir une bonne fonction linguale après l'intervention chirurgicale.

Résultats et discussion : La prise en charge prothétique après une glossectomie partielle est complexe et nécessite une approche individualisée. Une planification minutieuse et une collaboration étroite entre le prosthodontiste, le chirurgien et l'équipe médicale sont essentielles pour obtenir des résultats optimaux. La prise en charge prothétique par le prosthodontiste maxillo-facial, en utilisant des prothèses de palais ou des prothèses linguales, permet d'aider le patient à retrouver ses fonctions de mastication, de phonation et de déglutition, d'améliorer l'esthétique et de réduire les séquelles émotionnelles et relationnelles.

Conclusion : La réhabilitation du patient après une glossectomie représente un défi pour le prosthodontiste maxillo-facial. L'objectif de la prothèse était de rétablir la fonction et le confort psychologique du patient.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

L'INTERET DES APPAREILS GUIDES DANS LA PREVENTION DES LATERO-DEVIATION MANDIBULAIRE EN CAS DE PERTE DE SUBSTANCE INTERRUPTRICE

W. Touzri*, H. Rokhssi, M. Azhari, O. Bentahar

Introduction : Les pertes de substance mandibulaires présentent de sévères séquelles fonctionnelles et esthétiques qui handicapent le patient et altèrent sa qualité de vie. La résection latérale de la mandibule entraîne sa déviation, une perte de l'occlusion dentaire et une asymétrie faciale importante. L'objectif de cette étude est de définir l'appareil guide et de démontrer son intérêt dans la prévention des latéro-déviation mandibulaires en cas de perte de substance interruptrice.

Matériels et méthodes : Nous avons exposé un cas de perte de substance mandibulaire avec une latéro-déviation mandibulaire pour lequel nous avons réalisé un appareil guide. Nous avons décrit les différentes étapes de traitement visant à corriger la déviation mandibulaire.

Résultats et discussion : La gestion prothétique des latéro-déviation mandibulaires est difficile et nécessite une prise en charge précoce après la chirurgie. Plusieurs solutions prothétiques, notamment les Appareils Guides (AG), sont disponibles pour recentrer la mandibule et restaurer les fonctions de mastication et l'esthétique du patient. Les appareils guides offrent une approche non invasive, efficace et essentielle pour limiter, voire prévenir, les troubles fonctionnels associés à la perte de substance mandibulaire.

Conclusion : L'utilisation d'appareils guides dans la prévention des latéro-déviation mandibulaires en cas de perte de substance interruptrice présente des avantages considérables, permettant de maintenir la fonction et l'esthétique, améliorant ainsi la qualité de vie des patients. Ces appareils offrent une approche non invasive, efficace et essentielle pour limiter les conséquences fonctionnelles et esthétiques liées à la perte de substance mandibulaire.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

Apnées du sommeil

LE FLOPPY EYELID SYNDROM (FES) ET LE SYNDROME D'APNEES OBSTRUCTIVES DU SOMMEIL (SAOS) : UNE HISTOIRE A DORMIR DEBOUT !

A. Cherabli*, A. Bourihane, L. Degdeg, D. Aid

INTRODUCTION

Le « Floppy eyelid syndrom FES » ou « syndrome des paupières flasques » est caractérisé par une hyperlaxité de la paupière supérieure pouvant être associé à plusieurs affections systémiques, dont le syndrome d'apnées obstructives du sommeil SAOS.

OBJECTIF :

Nous rapportons le cas d'un patient présentant un FES traité par une approche chirurgicale.

MATERIELS ET METHODES

Un homme Y.T âgé de 42 ans s'est présenté avec des signes d'irritation et de sécrétions de l'œil gauche évoluant depuis 8 semaines. Son conjoint a remarqué une éversion de sa paupière gauche pendant son sommeil. Parmi ses antécédents médicaux on note une hypertension artérielle, un diabète sucré et un syndrome d'apnée obstructive du sommeil SAOS.

RESULTATS :

L'examen oculaire du patient révèle une kératite ponctuée superficielle; une éversion significative de la paupière supérieure gauche avec une traction minimale vers le haut. La prise en charge initialement a été conservatrice (pommade lubrifiante et occlusion nocturne par ruban adhésif) et secondairement chirurgicale (résection pentagonale latérale de la paupière supérieure de l'œil gauche) avec de bonnes suites opératoires immédiates et une bonne qualité de vie.

DISCUSSION

L'hyperlaxité des paupières entraîne une éversion facile sous une légère pression en raison des plaques tarsiennes lâches et caoutchouteuses des paupières, ce qui se produit généralement lorsque les patients dorment face contre un oreiller. Cela conduit à des troubles du film lacrymal et à une conjonctivite chronique, entraînant les symptômes d'irritation de façon unilatérale ou bilatérale.

CONCLUSION

Le syndrome des paupières flasques s'associe souvent au syndrome d'apnées obstructives du sommeil. La gestion conservatrice peut être adoptée initialement ; mais la sanction chirurgicale est le traitement de choix le plus efficace du FES.

Les techniques publiées pour le resserrement chirurgical comprennent : la tarsorrhaphie latérale, la bande tarsienne latérale et la résection en coin pentagonale choisie dans notre cas.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

Hors chapitres

LA PROTHESE OBTURATRICE MAXILLAIRE : A PROPOS D'UN CAS.

H. Houari*, T. Houari, S. Boumedienne, LK. Makrelouf, M. Bouziane

Un nombre important des sujets ayant subi l'exérèse chirurgicale des cancers de la sphère ORL est observé ces derniers temps au niveau des établissements de santé de l'Oranie. Cette exérèse provoque souvent des pertes de substances maxillaires importantes, muqueuses et /ou osseuses, nécessitant des réhabilitations prothétiques afin de combler les communications entre la cavité buccale et les fosses environnantes (Fosses nasales, fosses sinusiennes) qui peuvent en résulter.

Ces communications sont responsables d'importantes troubles fonctionnels (la phonation, la déglutition et la mastication) et psychologiques.

Le niveau de la complexité de la réalisation prothétique et sa réussite dépend de la forme et la taille de la communication ; de la compétence du praticien et son prothésiste ainsi que la coopération du patient.

Grâce à cette présentation illustrée par un cas clinique pris en charge au sein du service de prothèse CHU d'Oran(Algérie), nous allons voir comment procéder pour restaurer cette perte tissulaire et tenter de savoir si réellement la prothèse obturatrice pourra améliorer les fonctions orales et le bien-être psychologique.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

RHINOLITHIASE GEANTE SIMULANT UNE TUMEUR NASO - SINUSIENNE

A. Boukerche*, M. Khelifa, CF. Tabeti Bentahar

Introduction

La pathologie lithiasique en ORL peut concerner les fosses nasales réalisant une rhinolithiase .C'est une pathologie rare souvent méconnue ; réalisant le tableau d'une rhinite obstructive sanguinolente ; purulente et fétide évoluant sur de nombreuses années. Elle peut néanmoins simuler une pathologie plus grave (une tumeur naso sinusienne) ou être à l'origine d'une complication morbide (infection oculo-palpébrale).

Matériels et méthodes

Nous rapportons le cas d'une patiente de 57 ans présentant un syndrome rhinologique chronique unilatéral gauche avec obstruction nasale, rhinorrhée purulente, cacosmie, algies faciales et des épistaxis évoluant depuis plus de trois ans qui nous a été orienté pour prise en charge d' un processus tumoral nasal .

Résultats et discussion

Un examen nasal systématique comprenant une rhinoscopie antérieure et une endoscopie nasale ont montré une congestion diffuse de la muqueuse pituitaire et des sécrétions muco purulentes au niveau du plancher nasal. Après aspiration on avait noté une « masse grisâtre » à surface rugueuse occupant l'espace inter septo turbinal. La tomodensitométrie du massif facial a montré une volumineuse substance ossifiée hyperdense dans le plancher de la narine gauche associant une déformation importante de la cloison nasale avec une opacité sinusienne homolatérale. La rhinolithiase a été retiré par endoscopie sous anesthésie générale, ce qui a entraîné la résolution complète de ses symptômes.

La rhinolithiase est une pathologie en voie de disparition. Il faut savoir y penser devant une symptomatologie rhinologique unilatérale traînante et non spécifique. L'endoscopie nasale et l'imagerie sont d'un apport considérable dans le diagnostic et le bilan pré-thérapeutique. L'extraction chirurgicale précoce permet de prévenir les complications.

Conclusion

La rhinolithiase demeure une affection peu habituelle diagnostiquée souvent par endoscopie endonasale et / ou imagerie (scanner). Des présentations déroutantes sont possibles mais rares .Une fois reconnue, et en absence de lésions associées, son extraction par les voies naturelles conduit à la guérison

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

LES TUMEURS ODONTOGENES MAXILLO-MANDIBULAIRES: ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES ET HISTOLOGIQUES

AP. Makungu*, M. Roukaya, D. Folly Gbogboe, G. Kengue

Introduction : Les tumeurs odontogènes maxillo-mandibulaires sont soit des tumeurs bénignes soit des tumeurs malignes. Le but de ce travail est de déterminer les aspects épidémiologiques et histologiques de ces tumeurs.

Matériels et Méthodes : Étude rétrospective descriptive et monocentrique, allant de Mars 2016 à Juin 2022. Ont été inclus, les patients de tout âge, hospitalisés pour tumeurs odontogènes maxillo-mandibulaires avec confirmation anatomopathologique, et non inclus les patients avec dossiers incomplets, les tumeurs non odontogènes maxillo-mandibulaires. Les variables étudiées étaient la fréquence, l'âge, le sexe, la profession, les circonstances de découverte, le délai de consultation, le résultat de l'imagerie, le résultat anatomopathologique.

Résultats : 35 cas colligés. Fréquence hospitalière était de 34,3 %. L'âge moyen était de 31 ans. Le sex ratio était de 0,9. 40% des patients étaient sans emploi. La tuméfaction d'une région maxillo-mandibulaire était à 94,3% des cas. Le délai de consultation pour les tumeurs bénignes était de plus de 3 mois et pour les tumeurs malignes plus de 9 mois. La TDM était réalisée à 73,7%. Le carcinome améloblastique représentait 50% et les améloblastomes 61,3%.

Discussion : Les tumeurs bénignes sont plus fréquentes que les tumeurs malignes ce qui est contradictoire avec l'étude de BAYALA J.P qui retrouve 9,5 cas de tumeurs bénignes et 11,6 cas de tumeurs malignes.

Conclusion : Les tumeurs odontogènes maxillo-mandibulaires sont fréquentes avec une prédominance féminine. Le délai de consultation est long quelque soit le type histologique. La forme histologique dominante est le carcinome améloblastique et l'améloblastome.

Mots clés : Tumeurs, bénigne, maligne, odontogène, maxillaire, mandibule

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

LYMPHANGIOME KYSTIQUE CERVICAL CHEZ L ENFANT : A PROPOS D' UN CAS

A. Badaoui*

Introduction : le lymphangiome kystique est une tumeur vasculaire bénigne ,rare ,d 'origine lymphatique.

Le lymphangiome kystique cervical facial congénital de l 'enfant est la forme principale

La pathogénie est inconnue ,la présentation clinique classique d 'une tuméfaction cervicale ,transilluminable .

L'imagerie est caractéristique

La chirurgie est actuellement recommandée en 1ere intention

Observation : l 'enfant" Islem .N" âgé de 13 ans ,sans antécédents pathologiques qui s est présenté pour une tuméfaction laterocervicale droite évoluant depuis plus de 03ans

L examen clinique : pas de dyspnée ni dysphagie ni dysphonie ,apyretique

Une masse laterocervicale droite asymptomatique, volumineuse, régulière polylobé recouverte d'une peau saine ,non pulsatile ,test de transillumination +

TDM cervico faciale : volumineuse formation kystique cervicale droite mesurant 94mmx40mmx66mm refoulant les structures musculaires et vasculaires sous jacentes évoquant un lymphangiome kystique cervical .

Traitement : sous anesthésie générale

Incision en L de Paul André

On a procédé à une exérèse totale sans effraction du kyste

Les suites post op sont bonnes ,pas de complications

Conclusion : les lymphangiome kystiques cervicales constituent un aspect particulier de la pathologie chirurgicale de l'enfant ,le diagnostic positif est suspecté à la clinique confirmé par l imagerie médicale n est affirmé que par l 'intervention , l'examen histologique de la pièce opératoire malgré l événements des produits sclérosante ,la chirurgie garde toujours ses indications pour assurer la guérison complète et l'absence de récurrence .

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

DECOUVERTE FORTUITE D'UNE TUMEUR BRUNE DU MAXILLAIRE LORS DE LA PEC D'UN CBC JUGALE : A PROPOS D'UN CAS

S. Benwadih*, ZA. Baba Hassene, G. Alami Halimi, M. Boulaadas

Introduction :

Les tumeurs brunes sont des lésions ostéolytiques rarement révélatrices des hyperparathyroïdies. Elles surviennent habituellement au stade terminal de l'hyperparathyroïdie primaire ou secondaire.

Patient et observation :

Nous rapportons le cas d'un patient ayant consulté en notre formation pour une lésion jugale droite évoluant depuis deux ans augmentant progressivement de volume .

L'examen trouve une lésion ulcéro bourgeonnante jugale droite avec une deuxième localisation au niveau de l'aile nasale droite et une légère tuméfaction jugale droite .

Une biopsie a été réalisée revu en faveur d'un cbc nodulaire pour les deux lésions , une tdm a été réalisée dans le cadre du bilan d'extension qui a montré la présence de lésion ostéolytique d'allure kystique des deux maxillaires droit et gauche.

Une échographie cervicale ainsi qu'un dosage PTH ont confirmé le diagnostic d'adénome parathyroïdien .

Discussion

Les tumeurs brunes résultent d'une résorption osseuse par excès d'activité ostéoclastique et remplacement par du tissu fibrotique et des cellules géantes. Elles sont exceptionnellement le seul témoin d'une hyperparathyroïdie. La plupart du temps, elles sont asymptomatiques et de découverte fortuite, mais peuvent être symptomatiques selon leur taille et leur localisation. Sur le plan radiologique, elles ont l'aspect de lésions ostéolytiques monogéodiques ou multiloculaires. Le traitement est étiologique. Dans 80-85 % des cas, comme chez notre patient, on retrouve un adénome parathyroïdien unique dont l'exérèse permet dans la majorité des cas une régression des lésions osseuses.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

RHINOLITHASE : A PROPOS D'UN CAS

S. Benwadih*, B. Dani, M. Boulaadas

Introduction

La rhinolithiase correspond à une concrétion solide par dépôt progressif de sels calcaires autour d'une fondation centrale résorbable ou non de forme et de dimensions variables . C'est une pathologie rare souvent négligée ou méconnue. L'endoscopie nasale permet d'en faire le diagnostic. Le scanner est intéressant pour le diagnostic positif.

Observation clinique

Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 20 ans , ayant consulté pour rhinorrhée purulente gauche évoluant depuis 10 ans , récidivante malgré le traitement antibiotique . la rhinorrhée était associée à une obstruction nasale gauche chronique ainsi qu'une cacosmie.

Discussion

La rhinolithiase est une affection peu fréquente résultant de l'accumulation de substances organiques et minérales isolément ou à partir d'un corps étranger négligé ou méconnu. Une rhinorrhée unilatérale chronique parfois fétide est le principal symptôme. L'endoscopie nasale permet le diagnostic. Elle nécessite une extraction le plus souvent par les voies naturelles et sous anesthésie générale. L'évolution est globalement favorable. Conclusion :

Le diagnostique de la rhinolithiase se fait grace à la clinique radiologie et endoscopie . le traitement est chirurgicale

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

MANIFESTATIONS STOMATOLOGIQUES ET MAXILLO-FACIALES DE LA VARIOLE DU SINGE : RAPPORT DU PREMIER CAS CONFIRME EN COTE D'IVOIRE

A. Salami*, C. Assouan, D. Nasser, D. Mourtada, SP. Eholie, E. Konan

Introduction

La Variole du Singe est une zoonose émergente, découverte en 1958. Le réservoir principal était initialement le singe. En Côte d'Ivoire, le premier cas confirmé de cette épidémie a été rapporté en Août 2022. Depuis Juillet 2022, c'est une urgence sanitaire mondiale selon l'OMS. Le but de ce travail est de décrire à travers ce cas clinique, les manifestations stomatologiques de la variole du singe et de proposer une prise en charge.

Observation

Il s'agit d'un patient de 46 ans, transféré au service des maladies infectieuses et tropicales à Abidjan devant la survenue d'une éruption cutanéomuqueuse généralisée dans un contexte fébrile. l'examen mettait en évidence une fièvre à 39°C, une éruption maculo-pustuleuse généralisée à l'ensemble du corps, avec atteinte conjonctivale, plantaire, palmaire et génitale. L'éruption était particulièrement marquée à la face et aux régions submandibulaires. Les lésions endobuccales gênaient considérablement la déglutition et le confort du patient. Le traitement pluridisciplinaire médical, adapté au patient a permis une guérison rapide et une amélioration du confort du patient.

Discussion

Les lésions endobuccales de mpox sont peu décrites dans la littérature. L'éruption de la variole du singe est quasi similaire à celle observée dans la variole humaine. Cependant les adénopathies cervicales associées sont caractéristiques de variole du singe. L'administration d'anesthésistes locaux et de bains de bouche non alcoolisés permet d'améliorer le confort du patient.

Conclusion

l'éruption dans la variole du singe peut débuter dans la cavité orale et l'oropharynx, pouvant emmener le stomatologue à être le premier praticien à être en contact avec le patient. Cela implique donc pour le praticien de faire usage des mêmes précautions que celles utilisées dans la prévention primaire des affections à transmission aérienne par gouttelettes de Pflugge telles que la Covid-19.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

EVALUATION DE L'OUVERTURE BUCCALE CHEZ L'ADULTE DE LA VILLE D'ORAN

M. Khelifa*, CF. Tabeti-Bentahar

Introduction :

L'amplitude de l'ouverture buccale (OB) fait référence à la distance entre les incisives supérieures et inférieures lorsque la bouche est ouverte aussi largement que possible. L'OB est un paramètre essentiel pour diagnostiquer divers problèmes de santé buccale, mais les normes spécifiques pour notre population sont peu connues. Cette étude vise à établir des critères objectifs de normalité de cette ouverture buccale dans la population oranaise « algérienne ».

Matériel et méthodes :

Il s'agit d'une étude descriptive prospective menée du 30 novembre 2022 au 14 mai 2023. Nous avons utilisé le protocole de Rosenzweig pour déterminer l'amplitude maximale de l'ouverture buccale normale. Selon ce protocole, cette mesure correspond à la distance entre les deux rebords incisifs, en tenant compte du recouvrement incisif. Notre échantillon était représentatif de la population d'Oran et comprenait au total 268 sujets sains, sélectionnés de manière aléatoire. Parmi eux, il y avait 85 hommes et 183 femmes, âgés de 17 à 61 ans.

Résultats :

La moyenne de l'ouverture buccale pour l'ensemble des sujets était de $46,82 \pm 6,68$ mm. La moyenne de l'ouverture buccale maximale pour les hommes était de $50,69 \pm$ mm, tandis que la moyenne pour les femmes était de $45,03 \pm 6$ mm. La moyenne de l'ouverture buccale maximale pour les hommes était significativement plus élevée que celle des femmes. L'ouverture buccale maximale avait une corrélation significative avec la taille avec une valeur p de 0,000 et un coefficient de corrélation (r) de 0,40.

Conclusion :

La présente étude sur l'ouverture buccale chez les adultes d'Oran a donné une valeur moyenne. Les résultats varient par rapport aux études précédentes, en raison de facteurs propres à notre population. Pour mieux comprendre ces différences, d'autres études avec un plus grand nombre de participants dans différentes régions seraient nécessaires.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

PEC DES DACRYOCYSTITES : EXPERIENCE DE NOTRE SERVICE A PROPOS D'UNE SERIE DE CAS

O. Hamidi*, A. Habimana, M. Boulaadas

Introduction :

La dacryocystite est une obstruction du conduit lacrymo-nasal en rapport avec une inflammation de la muqueuse du sac lacrymal .La dacryocystorhinostomie(DCR) est l'intervention chirurgicale qui marsupialise le sac lacrymal dans les fosses nasales. Elle peut être réalisée par voie externe ou endonasale. Le but de notre travail est de mettre le point sur les résultats de la dacryocystorhinostomie par voie externe en comparaison avec la voie endonasale.

Matériel et méthodes :

Nous rapportons dans notre étude 42 cas de dacryocystorhinostomies au service de chirurgie maxillo-faciale de l'hôpital des spécialités de Rabat opérés entre janvier 2019 et juillet 2022.

Résultats:

Notre série retrouve une prédominance féminine avec un âge moyen de 47 ans. L'epiphora a été le signe révélateur chez tous nos patients. 23,8% ont présenté une tuméfaction de canthus interne. Tous nos patients ont bénéficié d'une vérification des canaux lacrymaux et d'une DCR par voie externe.

Discussion :

Les deux voies d'abord externe et endonasale s'opposent sur le plan anatomique mais pas sur le plan thérapeutique. La DCR endonasale a été remise au goût du jour grâce à l'endoscopie et le laser. Cependant, les résultats de la DCR externe restent meilleurs par rapport à la voie endonasale ; le taux de réussite dépasse les 90% après un suivi au long terme. Ainsi, la voie externe reste d'actualité par sa simplicité, son faible coût, ses complications rares et bénignes et ses excellents résultats fonctionnels et esthétiques.

Conclusion :

La dacryocystorhinostomie par voie endonasale est une technique précise respectant l'intégrité du système musculo-tendineux de l'angle interne et permettant d'éviter la cicatrice cutanée, cependant le taux de réussite est équivalent à celui de la dacryocystorhinostomie par voie externe.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

LES MUCOCELES FRONTO ETHMOÏDALES: EXPERIENCE DE NOTRE SERVICE A PROPOS D'UNE SERIE DE CAS

O. Hamidi*, ZEA. Baba Hassan, M. Boulaadas

Introduction :

Les mucocèles sinusiennes sont des formations pseudo-kystiques inflammatoires et bénignes, expansives, lentement évolutives, développées dans une cavité sinusienne, Elles sont le plus souvent d'origine frontales pures (2/3 des cas) puis ethmoïdales (1/3 des cas) .La TDM représente l'examen clef dans l'exploration des mucocèles. Le but de notre travail est de mettre le point sur le profil épidémiologique et les aspects diagnostiques et thérapeutiques.

Matériel et méthodes :

Nous rapportons dans notre étude 20 cas de mucocèles fronto ethmoïdales au service de chirurgie maxillo-faciale de l'hôpital des spécialités de Rabat opérés entre janvier 2018 et décembre 2022.

Résultats :

Notre série retrouve une prédominance féminine avec un âge moyen de 45 ans. La notion de traumatisme a été retrouvée dans 40%. Les signes cliniques retrouvés chez nos patients sont dominés par les signes ophtalmologiques. La TDM avec produit de contraste a été demandé chez tous nos patients. Tous les patients ont été opérés sous anesthésie générale dont 8 cas avec une voie combinée et 12 cas avec une voie externe.

Discussion :

Les mucocèles sont fréquentes dans le système fronto-ethmoïdal, exceptionnelles dans le système sphénoïdal, discutables dans le système maxillaire. Cette pathologie représente 1 à 3% des tumeurs de l'orbite. Les facteurs traumatiques particulièrement iatrogènes chirurgicaux sur le canal nasofrontal a été beaucoup invoqué. La symptomatologie révélatrice est classiquement d'apparition très progressive. L'exploration radiologique repose sur la TDM comme examen de première intention. La prise en charge thérapeutique sera systématiquement chirurgicale.

Conclusion :

L'estimation de la fréquence des mucocèles sinusiennes est difficile, car elle ne tient compte que des mucocèles à expression clinique, donc en période d'extériorisation, méconnaissant les mucocèles en phase de latence.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

FIBROME DE GARDNER CERVICAL : A PROPOS D'UN CAS

O. Hamidi*, A. Habimana, A. Oussalem, M. Boulaadas

Introduction :

Le fibrome de Gardner est une lésion précurseur des tumeurs desmoides. Sa localisation inclue le tronc, y compris la région para spinale, la tête et le cou. Il survient chez les enfants de moins de 10 ans et moins fréquemment chez les adolescents et les jeunes adultes. Sa prise en charge n'est pas clairement définie. Le dépistage de la polypose adénomateuse familiale est suggéré en raison de l'association. Le but de notre travail est de mettre le point sur la localisation cervicale rare de cette tumeur et sur sa prise en charge diagnostique et thérapeutique.

Observation :

Nous rapportons le cas d'une patiente de 16ans, qui a bénéficié d'une résection chirurgicale d'une volumineuse masse laterocervicale droite, dont l'étude anatomopathologique de la pièce opératoire confirmait le fibrome de Gardner. Nous avons adressé la patiente pour exploration digestive par voie endoscopique à la recherche d'une polypose adénomateuse familiale, compte tenu de l'association entre ce type histologique et la PAF.

Discussion :

Le fibrome de Gardner, peut survenir sporadiquement ou dans le cadre de PAF. La localisation la plus fréquente est le dos en situation para vertébrale. Il est le plus fréquent dans la première décennie de la vie. Dans un contexte de PAF, le diagnostic est radiologiquement évident mais nécessite une confirmation anatomopathologique qui reste à ce jour le seul diagnostic de certitude. L'imagerie d'élection est l'IRM. La chirurgie était la base du traitement.

Conclusion :

Le fibrome de Gardner est une forme particulière rare, qui peut facilement être méconnue. La méconnaissance du syndrome de Gardner peut mener à des retards diagnostiques. Le traitement de base est chirurgical, mais l'évolution est imprévisible.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

HEMANGIOME CAVERNEUX DE L'ORBITE ET DE L'OS MALAIRE A PROPOS DE DEUX CAS

E. Salah-Aiech*, F. Gharssalah, S. Boudrioua, A. Saidi

Introduction

Les hémangiomes osseux sont des lésions bénignes vasculaires qui touchent avec prédilection les vertèbres et la voûte. Les localisations maxillo-faciales sont rares

L'imagerie permet de faire le diagnostic positif et contribue dans la prise en charge.

Observations

Nous rapportons deux observations d'hémangiomes osseux dont l'un siège au niveau de l'orbite et l'autre au niveau de l'os zygomatique.
Cas N°1

Patient âgé de 27ans qui consulte pour une exophtalmie unilatérale d'installation progressive sans baisse de l'acuité visuelle et sans diplopie
TDM de la face:

Masse intra orbitaire droite d'allure bénigne de nature angiomeuse.

Le patient a bénéficié d'une exérèse chirurgicale complète, et l'examen histologique est en faveur d'hémangiome caverneux

Cas N°2

Patient âgé de 80ans qui consulte pour une tumefaction jugale gauche indolore évoluant depuis plusieurs mois

TDM de la face:

Aspect d'une excroissance osseuse au niveau de l'os zygomatique gauche

Le patient a bénéficié d'une exérèse chirurgicale complète de la masse dont l'étude histologique est en faveur d'un hémangiome caverneux de l'os zygomatique.

Discussion

Les hémangiomes caverneux de l'orbite représentent entre 4,5 et 7,4 % de l'ensemble des tumeurs orbitaires

Seulement 33 cas d'hémangiomes zygomatiques sont rapportés dans la littérature.

L'étiopathogénie de l'hémangiome intraosseux n'est pas encore élucidée.

Ils se révèlent par une masse ferme, non douloureuse, d'évolution lentement progressive qui peuvent causer de préjudices esthétiques et fonctionnels.

Le meilleur traitement est basé sur la chirurgie précédée ou non d'embolisation qui permet une réduction importante de la taille et de la vascularisation de la tumeur.

Conclusion

L'hémangiome osseux est une tumeur vasculaire bénigne siégeant rarement au niveau maxillo-facial.

La décision thérapeutique dépend du retentissement clinique, de la localisation et du volume de la tumeur.

Le pronostic est généralement bon mais dépend de la taille de la lésion et de ses rapports avec les structures de voisinage.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

PEC CHIRURGICALE DES OSTEOMES ETHMOÏDO-FRONTO-ORBITAIRES : EXPERIENCE DU SERVICE

M. Bouksirat*, S. Benwadih, K. Harmali, M. Boulaadas

INTRODUCTION :

L'ostéome des sinus para-nasaux est une tumeur bénigne rare, d'évolution lente et qui peut être responsable de complications ophtalmologiques, sinusiennes et endocrâniennes. Son traitement lorsqu'il s'impose, n'est que chirurgical.

MATERIELS ET METHODES :

Nous rapportant 5 cas opérés au sein de notre formation de chirurgie maxillo-faciale de Rabat. Il s'agit de 3 homme et 2 femme , qui présentait des céphalées et exophtalmie.

Cliniquement, les patients ne présentaient ni limitation des mouvements oculaire ni diplopie. L'examen endobuccal ainsi que l'examen rhinologique étaient normaux.

Le bilan radiologique réalisé pour les malades, comprenant un scanner du massif facial ainsi qu'une IRM cérébrale ; a objectivé la présence d'un ostéome ethmoïdo-frontal droit faisant saillie dans l'orbite homolatérale responsable d'une exophtalmie grade II pour 2 malades. Le bilan radiologique des 2 autres avait objectivé un ostéome ethmoïdo-nasal gauche.

RESULTATS :

Pour la voie d'abord chirurgicale, on a opté pour une incision para-latéro-nasale avec extension en supra-sourcilière. Puis on a réalisé un volet osseux fronto-naso-orbitaire qui nous a permis de mettre en évidence l'ostéome et sa résection totale par morcellement à l'aide la fraise boule. Les suites opératoires étaient simples, l'œil est fonctionnel et sans exophtalmie.

DISCUSSION :

L'ostéome des cavités naso-sinusiennes, est une tumeur bénigne relativement rare, et souvent de découverte radiologique fortuite. L'étiopathogénie de cette affection reste obscure. La voie d'abord chirurgicale dépend de la localisation tumorale.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

VOIE D'ABORD EN CHIRURGIE CARCINOLOGIQUE ET CHIRURGIE APPARENTEE

A. Benhajjou*, F. Fettal, S. Maidam, K. Mezzat, M. El Bouihi, N. Mansouri Hattab

Introduction:

Le massif facial supérieur peut être divisé en trois étages : suprastructure (cavité orbitaire, sinus ethmoïdal, et partie supérieure des fosses nasales), mésostructure (sinus maxillaire et partie inférieure des fosses nasales), et infrastructure (plateau palatin), donnant aux tumeurs une histoire clinique caractéristique.

Le traitement de ces tumeurs nécessite un bilan d'extension radiologique comprenant un scanner et une imagerie par résonance magnétique (IRM).

Dans ce travail, nous exposerons les différentes techniques opératoires et leurs indications

Matériel et méthodes:

Base de données reposant sur notre expérience du service de chirurgie maxillo-faciale esthétique et stomatologie du CHU de Marrakech ; ainsi que les données de littérature.

Discussion :

-Voies d'abords chirurgicales et techniques d'exérèse des différents tumeurs (maxillaires , mandibulaires , cavité buccale) , parotidectomie et voie de curage ganglionnaire .

Conclusion :

La qualité de l'exercice vérifiée par l'examen anatomopathologique est indispensable pour limiter le risque de récurrence, et le respect des marges doit être assuré sans tenir compte du problème esthétique qui doit être assuré secondairement lors de la réparation.

Le choix de la méthode de réparation doit tenir compte de l'âge du patient, de l'étendue de la tumeur et de sa localisation, mais également de l'expérience du chirurgien.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

TUMEUR DESMOIDE CERVICALE A PROPOS D'UN CAS

I. Mahtali*

Introduction :

Les tumeurs desmoides ou fibromatose agressive sont des proliférations fibreuse infiltrates et récidivantes mais sans caractère métastatique

La localisation cervicale exceptionnelle et particulièrement agressive

L'exerese large est le seul traitement efficace

Matériel et méthode :

Nous rapportons le cas d'un patient âgé de 18 ans, sans antécédents pathologiques, présente une volumineuse masse laterocervicale gauche avec signes de compression de l'axe aéro-digestif, évoluant depuis un an

A bénéficié d'une exerese large sans traitement adjuvant

L'étude histologique de la pièce à confirmé le diagnostic

Résultat et discussion :

L'évolution favorable sans signes de récidence avec un recul de 2 ans

Bien que ces tumeurs sont bénignes et rares mais localement invasives et récidivantes rendant leur exerese complète difficile, une radiothérapie post opératoire est associée pour contrôler les lésions résiduelles récurrentes

Une chimiothérapie douce peut-être indiquée chez les patients qui ne tolèrent pas la morbidité d'un traitement associant la chirurgie et la radiothérapie

Autres traitement tel que l'hormonothérapie et AINS peuvent être utilisés

Conclusion : la rareté de ces tumeurs et leur évolution imprévisible rend leur prise en charge difficile, associant plusieurs moyens thérapeutique et responsable de séquelles fonctionnelles importantes

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

TUMEUR CERVICALE RARE ET VOLUMINEUSE : LIPOME A CELLULES FUSIFORMES : A PROPOS D'UN CAS

A. Oussalem*, M. Bouksirat, M. Boulaadas

Introduction :

Les lipomes à cellules fusiformes sont des tumeurs bénignes adipocytaires rares caractérisées par la prolifération d'adipocytes matures et de cellules fusiformes mais difficiles à différencier des liposarcomes à cellules fusiformes, les liposarcomes myxoïdes ou les liposarcomes bien différenciés.

Observation :

Nous rapportons le cas d'une patiente de 59 ans, sans antécédents particuliers qui présente une tuméfaction cervicale gauche augmentant progressivement de volume depuis 10 ans et évoluant dans un contexte d'apyrexie et de conservation de l'état général.

L'examen clinique a objectivé une masse volumineuse latéro-cervicale gauche, sans signe inflammatoire visible, indolore et adhérente au plan musculaire sous-jacent.

Une échographie a été réalisée objectivant une formation tissulaire ainsi qu'une TDM cervicale objectivant une masse tissulaire développée au dépend du muscle sternocléidomastoïdien gauche exerçant un effet de masse sur l'axe vasculaire gauche et poussant la parotide gauche.

Une exérèse complète de la tumeur a été réalisée.

L'examen anatomopathologique de la pièce tumorale a nécessité un complément par une étude immunohistochimique, qui s'est révélée en faveur d'un lipome à cellules fusiformes.

L'évolution post-opératoire a été satisfaisante avec un recul d'un an.

Discussion:

Le lipome à cellules fusiformes est une tumeur bénigne rare dont la présentation clinique et radiologique simule un liposarcome d'où l'intérêt d'une étude histologique pour confirmer le diagnostic. Le traitement est chirurgical nécessitant une exérèse complète vu le risque de récurrence associé.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

L'INTERET DU PORTFOLIO DANS LA FORMATION DE L'INTERNE EN CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE : EXEMPLE D'UN PORTFOLIO PORTANT SUR LA CHIRURGIE DERMATOLOGIQUE

M. Gira*, O. Mejri, N. Ennafti, M. Ben Rejeb, A. Slama

Introduction :

L'intégration d'un portfolio dans la formation de l'interne en chirurgie maxillo-faciale offre de nombreux avantages en termes de développement des compétences et de consolidation des connaissances.

Ce travail présente à travers un exemple illustré les étapes de la réalisation d'un portfolio et met en évidence les bénéfices de cet outil d'apprentissage dans la formation des internes.

Matériels et méthodes :

Ce travail se focalise sur l'analyse du contenu d'un portfolio réalisé par un interne en chirurgie maxillo-faciale dans le cadre d'un certificat d'études complémentaires en chirurgie dermatologique, dont le programme sera détaillé.

Résultats et discussion :

Le portfolio a solidement contribué à la formation de l'interne, et ce grâce aux différentes parties qui le constituent :

- Une liste d'objectifs ayant guidé et motivé l'interne en jouant le rôle de check-list.
- Des schémas d'anatomie, des tableaux récapitulatifs et comparatifs ainsi que des fiches de synthèse qui ont favorisé une assimilation optimale des informations.
- Des photographies de procédures et de cas cliniques qui ont enrichi ses connaissances.
- Ainsi que des réflexions personnelles et questions-réponses qui ont stimulé la curiosité intellectuelle et la recherche active.

Le portfolio a également offert aux séniors l'opportunité d'évaluer les connaissances de l'interne et d'apporter des ajustements quand nécessaire. Dans cette partie nous détaillons les étapes de réalisation du portfolio, soulignant que chaque interne peut avoir sa propre méthode. Les étapes recommandées incluent la fixation d'objectifs, la collecte de données à partir de diverses sources, le rassemblement et la synthèse des informations et la documentation visuelle des actes et des cas pertinents.

Conclusion :

En conclusion, le portfolio constitue un outil précieux pour les internes en chirurgie maxillo-faciale, leur permettant de suivre leur progression, de consolider leurs connaissances et de se référer à leurs expériences. Celui-ci se doit d'être personnalisé pour pouvoir en tirer profit.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

APPLICATION DE DENTISTERIE BASE SUR LA PREUVE PAR LES PRATICIENS: ETUDE TRANSVERSALE

G. Kadri*

Introduction: La pratique bucco-dentaire a connu ces dernières années deux évolutions importantes. D'une part, le développement du concept de la dentisterie basée sur la preuve (DBP) et, d'autre part, une modification de la relation entre les médecins-dentistes et les patients. Le but de l'étude est d'explorer les connaissances, les attitudes et les pratiques (CAP) des médecins dentistes marocains en matière de la DBP.

Matériel et méthodes : Il s'agit d'une étude d'observation transversale de type CAP qui a été réalisée auprès des médecins-dentistes Marocains du secteur privé et public. Un questionnaire auto-administré de 27 questions, finalisé, a été accessible en ligne sur Google Forms et envoyé aussi aux médecins-dentistes à l'aide d'adresses mails procurés par le conseil de l'ordre des médecins dentistes et à travers des groupes de réseaux sociaux.

Résultats et conclusion : 108 (52,2%) des praticiens répondants au questionnaire connaissaient le concept de la DBP. L'application de la DBP, 149 (71,3%) l'utilisaient et 60 (28,7%) ne l'appliquaient pas. D'après une analyse comparative, il s'est avéré que l'acquisition des connaissances relatives à la DBP jouait un rôle très important pour sa mise en œuvre en pratique clinique et que la participation à des programmes de formation continue favorisait à son tour cette application. Cette étude a mis le point sur les CAP des médecins-dentistes Marocains en matière de DBP comme elle s'est intéressée aussi aux obstacles de sa mise en œuvre. De ce fait, il en ressort qu'une formation de base et une formation continue sur le sujet s'avèrent indispensables pour l'amélioration d'une pratique bucco-dentaire basée sur les preuves. Cependant, d'autres études s'avèrent nécessaires pour mieux cerner le sujet.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

Journée IDE

TOUS LES PANSEMENTS ALGINATES SONT-ILS COMPARABLES ?

L. Duciel*, F. Ziarelli, A. Coudreuse, L. Jeanmichel, S. Julienne, R. Proust, C. Des Courtils

Les pansements alginates sont constitués de fibres d'alginate, biopolymère composé de l'enchaînement de monomères M (Mannuronate) et G (Guluronate). Leur performance repose notamment sur :

- une absence de cytotoxicité pour préserver les cellules de la cicatrisation (pureté du polymère),
- leur capacité à drainer l'excès d'exsudat des plaies par capillarité (résulte du profil des fibres),
- leur résistance pour un retrait d'un seul tenant (dépend du ratio M/G et du diamètre des fibres).

Cette étude compare ces caractéristiques des pansements alginates afin de déterminer s'ils sont équivalents.

5 pansements alginates sont comparés : Algostérial (alginate de calcium pur), Urgosorb et Biatain Alginate (alginate/CMC), Kaltostat et Melgisorb Plus (alginate de calcium/sodium).

Leur ratio M/G est déterminé par RMN, le profil et le diamètre de leurs fibres par microscopie (n=8).

Leur cytotoxicité sur des fibroblastes est évaluée selon la norme ISO10993-5 (n=9).

Leur capacité à drainer l'exsudat est évaluée par immersion d'une extrémité dans une solution pendant 15 min. La distance parcourue verticalement par la solution est mesurée (n=10).

La résistance à la traction est évaluée selon la norme EN29073-3 (n=15).

Le ratio M/G des alginates varie de 0,45 à 1,27. Les fibres présentent un profil lisse, plurilobé ou mixte et leur diamètre varie de 17,0 à 32,9 μm .

La cytotoxicité varie de non cytotoxique (97% de fibroblastes vivants) à forte (20%).

La distance de migration du liquide le long des pansements varie de 4,1 à 9,0 cm.

Leur résistance à la traction varie de 2 à 26N.

Le pansement le plus performant est l'alginate de calcium pur. Majoritairement guluronique, ses fibres sont plurilobées avec un diamètre supérieur aux autres alginates ($p < 0.0001$). Il est non cytotoxique, son pouvoir drainant et sa résistance sont supérieurs ($p < 0.0001$). Sa performance est démontrée dans 11 RCT.

Les pansements alginates ne sont pas équivalents.

L'auteur a / avait une affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

Pathologie et chirurgie de l'ATM

INNERVATION DE LA REGION CONDYLIENNE : INTERETS EN CHIRURGIE MAXILLOFACIALE

G. Toure*

Introduction : Le dysfonctionnement de l'articulation temporomandibulaire est une pathologie fréquente, 40-60% de la population. L'appareil manducateur est complexe. La dysfonction de chacun des constituants (condyle mandibulaire, disque, muscles masticateurs, système capsulo-ligamentaire) peut entraîner des syndromes algodysfonctionnels. La base anatomique des phénomènes douloureux ainsi que la survenue du syndrome de sudation gustatif (Frey) dans le traumatisme du condyle s'explique par l'innervation. L'objectif de cette étude était d'élucider l'innervation de la région condylienne de la mandibule.

Matériel et méthodes : 20 régions condyliennes ont été étudiées. Une incision de parotidectomie a été effectuée, prolongée au cou et à la région temporale. La région condylienne et la fosse infratemporale ont été abordées. Le nerf massétérique et le nerf auriculotemporal ont été disséqués.

Résultats : une cartographie des rapports nerveux et de l'innervation de la région condylienne a été établie. Une illustration des rapports nerveux a été faite. Le nerf temporo-massétérique et le nerf auriculotemporal étaient les principales sources d'innervation.

Discussion : la contribution et la topographie du nerf auriculotemporal et du nerf temporo-massétérique ont permis de comprendre l'irradiation des douleurs de l'articulation temporo-mandibulaires. Le syndrome de sudation gustatif dans la traumatologie du condyle mandibulaire semble sous-estimé et méconnu. Le rapport du condyle mandibulaire avec le nerf auriculotemporal fournit l'explication.

Conclusion : Dans cette étude cadavérique, nous avons démontré la topographie de l'innervation de l'ATM, ses variations et ses relations avec les structures anatomiques environnantes. Elle a permis de comprendre le syndrome de sudation gustatif et les phénomènes douloureux.

Kucukguven A, Demiryurek MD, Vargel I. Temporomandibular joint innervation: Anatomical study and clinical implications. Ann Anat. 2022;240:151882.

Kragstrup TW, Christensen J, Fejerskov K, Wenzel A. Frey syndrome-an underreported complication to closed treatment of mandibular condyle fracture? Case report and literature review. J Oral Maxillofac Surg. 2011 ;69:2211-6.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

EVALUATION 3D DES REMODELAGES ANATOMIQUES CONDYLIENS ET MANDIBULAIRES A UN AN D'UNE CHIRURGIE D'ALLONGEMENT RAMIQUE INTRA-ORAL

S. Bencherqui*, H. Bertin, P. Corre, JP. Perrin, S. Barone

L'insuffisance verticale postérieure mandibulaire (IVP) entraîne d'importantes asymétries mandibulaires ou des malocclusions de classe II hyperdivergentes avec bandes antérieures difficiles à traiter, selon que les condyles soient affectés uni- ou bilatéralement. La prise en charge chirurgicale classique de ces affections par chirurgie mono- ou bi-maxillaire et avancée mandibulaire ne suffit pas à corriger complètement l'IVP. Un allongement ramique vertical postérieur peut être indiqué. Nous avons étudié ici les changements anatomiques ainsi que la stabilité à 1 an postopératoire après une nouvelle technique d'ostéotomie ramique corrigeant l'IVP avec une ligne d'ostéotomie supra-basilaire modifiée.

Matériel et méthodes : Cette analyse rétrospective compare les reconstructions tridimensionnelles immédiates et à 1 an postopératoire obtenues à partir de CBCT des patients pour rechercher un remodelage des condyles (critère principal). L'analyse comprenait également la stabilité occlusale et la morphologie de l'angle mandibulaire.

Résultats : Chez les 21 patients inclus, nous avons observé une perte de hauteur condylienne de 0,7 mm (3 %), une diminution du diamètre condylien sans remodelage majeur, une seule rechute occlusale de la malocclusion de classe II, et un abaissement gonial de 10 mm lors du suivi à 1 an. Aucune résorption condylienne pathologique n'a été observée.

Conclusion : L'allongement ramique vertical postérieur intra-oral est une technique chirurgicale sûre donnant des résultats occlusaux stables et entraînant une faible résorption condylienne. Cependant, le résultat esthétique angulaire immédiat ne doit pas être considéré comme définitif, car une résorption osseuse se produit au niveau de l'angle mandibulaire.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

TRAITEMENT DES ANKYLOSES TEMPORO-MANDIBULAIRE : NOTRE EXPERIENCE

I. Elabsi*, A. Jaifi, El. Ghassane, Z. Aziz, N. Mansouri Hattab

Introduction : Le traitement de l'ankylose temporo-mandibulaire est un défi en raison des risques de récurrences et de complications.

Patients et méthode : Cette étude rétrospective présente les résultats du traitement de l'ankylose temporo-mandibulaire par Résection large du bloc d'ankylose, chez 20 patients traités dans le Service de Stomatologie et de Chirurgie maxillo-faciale, CHU Mohammed VI de Marrakech .

Résultats : Chez 7 patients, l'amplitude de l'ouverture buccale post-opératoire était comprise entre 35 et 45 mm avec un recul moyen de 2 ans. Un patient a présenté une récurrence de l'ankylose après 1an.. Aucun des patients n'a présenté une complication à type de paralysie faciale.

Discussion : Dans le traitement de l'ankylose temporo-mandibulaire de l'adulte, Résection large du bloc d'ankylose est efficace et comporte une faible morbidité. Ses résultats chez l'enfant sont moins favorables en raison des risques plus élevés de récurrences de l'ankylose et de troubles de la croissance faciale.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

Session - IL et ELLE

ÉCHELLE D'ÉVALUATION DU TIERS SUPÉRIEUR DU VISAGE CHEZ LES PATIENTS TRANSGENRES

B. Tchakerian*

Introduction

La chirurgie de féminisation faciale (FFS) est un ensemble de chirurgies crânio-maxillo-faciales visant à féminiser les traits masculins du visage afin de réduire la dysphorie de genre et d'améliorer la qualité de vie du patient.

La chirurgie du tiers supérieur est l'une des procédures les mieux décrites et les plus couramment utilisées dans ce domaine. Dans une large mesure, ce complexe est considéré comme le tiers le plus important dans la reconnaissance du genre facial.

Le but de notre étude a été de développer une échelle objective d'évaluation du tiers supérieur du visage chez les patients transgenres et ainsi par la suite de standardiser les traitements.

Méthodes

De janvier 2019 à janvier 2023, 65 patients transgenres âgés de 20 à 63 ans ont subi une chirurgie de féminisation du tiers supérieur du visage au CHU Henri Mondor et ont été évalués de manière prospective avant et après chirurgie.

Pour chacun des paramètres examinés, un score allant de 1 (masculin) à 3 (féminin) a été attribué. Ensuite, nous avons donné un score à chaque patient en fonction de l'échelle réalisée avant et après chirurgie, 6 mois après l'intervention.

Un processus scientifique rigoureux a été suivi pour créer un outil objectif, reproductible et standardisé.

Résultats

La "Facial Upper Third Evaluation Scale" a été appliquée avec succès pour évaluer la féminisation des patients avant et après chirurgie.

L'analyse des résultats a été réalisée en comparant les scores attribués aux traits faciaux pré-opératoires avec ceux post-opératoires.

L'échelle obtenue répondait aux critères d'acceptabilité, de validité et de reproductibilité.

Conclusion

La "Facial Upper Third Evaluation Scale" est un outil valable et objectif pour évaluer le tiers supérieur du visage chez les patients transgenres pouvant orienter le chirurgien dans la sélection des zones à traiter et pour standardiser les traitements en chirurgie de féminisation faciale.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

CHIRURGIE COMBINÉE DE GENIOPLASTIE, THYROPLASTIE ET CORDOPLASTIE PAR VOIE ORALE STRICTE : UNE NOUVELLE TECHNIQUE EN FEMINISATION FACIALE

A. Damécourt*, P. Labarthe, P. Jammet, R. Garrel, S. Galmiche, M. De Boutray

La féminisation faciale est un long processus avec de multiples étapes chirurgicales. Elle a montré une amélioration de la qualité de vie des patientes transgenres. Les cicatrices visibles sont une plainte fréquente de la prise en charge car elles peuvent avoir un impact dans la stigmatisation de ces patientes. Les procédures chirurgicales combinées ont montré leur efficacité, en réduisant le nombre d'hospitalisation et la durée totale des périodes de convalescence.

Dans ce contexte, nous proposons une nouvelle procédure sans cicatrice cutanée associant une chondrolaryngoplastie, une glottoplastie et une génioplastie par voie transorale strictement. Dans un premier temps, nous réalisons une glottoplastie selon la technique décrite par Wendler puis une génioplastie de contraction. Enfin, le cartilage thyroïdien est abordé par une dissection sous-platysmale, entre les fragments d'ostéotomie mandibulaire.

A ce jour 35 patientes ont été opérées avec cette procédure dans notre service. Les résultats préliminaires montrent qu'il s'agit d'une procédure facile et sûre avec de bons résultats esthétiques et une bonne satisfaction des patientes.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

CHONDROLARYNGOPLASTIE COMBINÉE A UN REMODELAGE DU TIERS INFÉRIEUR DU VISAGE CHEZ UN PATIENT TRANS-GENRE : COMMENT FAIRE ?

H. Frandjian*, N. Graillon, A. Gallucci, R. Haddad

Introduction:

La chirurgie de féminisation du tiers inférieur de la face permet, à travers une voie d'abord vestibulaire étendue, de réaliser une génioplastie, une gonioplastie, ainsi que de potentiels gestes sur les tissus mous (myectomies masséterines).

La pomme d'Adam est un symbole social marquant de masculinité. Le cartilage thyroïde n'étant pas réactif au traitement hormonal à l'âge adulte, la chondrolaryngoplastie est une chirurgie clé dans la transition de genre. La procédure chirurgicale classique consiste en une résection de la partie proéminente du cartilage thyroïde par cervicotomie. Malgré le haut taux de satisfaction des patientes, il persiste une séquelle majeure pouvant avoir un impact sur la qualité de vie, à savoir la cicatrice cervicale.

Nous présentons une technique chirurgicale de féminisation du tiers inférieur du visage sous contrôle endoscopique, utilisant la voie d'abord vestibulaire étendue et ce, sans risque pour la chondrolaryngoplastie.

Matériel et méthodes:

Après une séance de dissection sur cadavre permettant d'évaluer la faisabilité de cet abord combiné, nous avons proposé cette intervention combinée à nos patientes en transition de genre en réalisant un questionnaire de satisfaction pré et post opératoire.

Résultats :

Depuis février 2023, 10 patientes ont été opérées par voie combinée à travers un abord dissimulé. Pas de complication per ni postopératoires n'ont été notées avec un résultat anatomique et fonctionnel satisfaisant.

Conclusion :

Les personnes en dysphorie de genre ont recours à de nombreuses interventions chirurgicales pendant leur transition. La chondrolaryngoplastie par voie dissimulée combinée à la génioplastie et la gonioplastie permet d'obtenir un résultat satisfaisant, réduisant le nombre d'hospitalisations et d'anesthésies générales, tout en évitant une cicatrice visible.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

TECHNIQUES CHIRURGICALES ET D'INJECTIONS EN MASCULINISATION FACIALE DANS LES DYSPHORIE DE GENRE F TO M : OUTILS ET SPECIFICITE

A. Damécourt*, S. Galmiche, P. Jammet, M. De Boutray

Introduction : Si les procédures de féminisations faciales sont bien protocolisées aujourd'hui en France celles de masculinisations le sont moins. L'explication est probablement multifactorielle : une prévalence plus faible, une ALD n'intégrant pas les procédures faciales, des techniques plus couteuses.

Matériels et méthodes : L'objectif de notre travail était de présenter les différents outils disponibles et les spécificités de ce type de procédure à travers une revue de littérature et notre expérience.

Résultat et discussion : Une analyse clinique fine et la connaissance des critères de masculinité permet de proposer des procédures personnalisées. En revanche les freins identifiés rendent plus complexe la standardisation et l'accès à ces prises en charge. La masculinisation nécessite souvent une augmentation des volumes, avec un recours à des procédures d'additions plus que de soustractions présentant également un caractère renouvelable en cas d'injectables.

Conclusion : Le chirurgien maxillo facial dispose de la connaissance et de la maîtrise des techniques adaptées aux masculinisation faciales F to M. Une standardisation et une meilleure prise en charge financière des ces procédures pourrait les rendre plus accessibles et améliorer la prise en charge de ces patients.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

Session Libre

UTILISATION DU PRF(PLATELET RICH FIBRIN) DANS LES AVULSIONS DENTAIRES EN TERRAIN IRRADIE

E. Kiema*, P. Weill, PL. Chiche, J. Drouet

INTRODUCTION

Les avulsions dentaires en terrain irradié restent une hantise pour les praticiens du fait des défauts de cicatrisation et le risque de complications à type d'ostéoradionécrose. Une recommandation protocolisée unique n'existe pas à notre connaissance et les pratiques diffèrent d'un centre à un autre. Nous proposons donc de faire le point sur l'utilisation du PRF (Platelet Rich fibrin) dans les avulsions en terrain irradié associée à une couverture par un lambeau muco-périosté et une antibiothérapie.

SUJET-MATERIEL ET METHODES

Cette étude rétrospective, monocentrique, analyse les cas d'avulsions dentaires chez les patients ayant bénéficié d'une irradiation cervico-faciale avec mise en place de PRF et couverture antibiotique débutée la veille, associée ou non à un lambeau muco-périosté. L'examen du dossier médical devait permettre de connaître l'état de cicatrisation du site opératoire à 3 mois. Les dents étaient avulsées après évaluation par un chirurgien-dentiste. Nous avons défini comme site opératoire le site d'avulsion d'une dent ou un secteur de dents adjacentes.

RESULTATS

Du 1^{er} janvier 2020 au 31 Décembre 2022, 48 patients ont bénéficié d'avulsions dentaires, correspondant à 94 sites opératoires et 195 dents extraites avec la mise en place de PRF. Le nombre moyen de dents avulsées était de 4 dents. Le délai moyen entre l'avulsion et l'irradiation était d'environ 8ans. Le taux de cicatrisation à 3 mois était de 94,68% avec une absence de cicatrisation (5,32%) au niveau du secteur molaire mandibulaire.

CONCLUSION

L'utilisation du PRF comme pansement alvéolaire associée à un lambeau muco-périosté de couverture et une antibiothérapie semble être une alternative thérapeutique fiable pour la prévention de l'ostéoradionécrose dans les avulsions dentaires chez les patients irradiés.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

DENTS RETENUES A VALEUR ESTHETIQUE CLES : PROTOCOLE DE MISE EN PLACE ORTHODONTICO-CHIRURGICALE

H. Soualem*, B. Chami

Introduction :

Chez l'homme la position des dents joue un rôle prépondérant dans l'esthétique, mais également dans les différentes fonctions de la sphère orofaciale.

La présence de dents sur les arcades dentaires relève d'un phénomène physiologique : l'éruption dentaire.

Pour diverses causes, l'éruption ne se produit quelquefois pas à la date prévue conduisant ainsi à la rétention ou à l'inclusion de la dent. Une dent incluse proprement dite est « une dent encore incluse dans l'os maxillaire ou mandibulaire dont l'édification radiculaire apicale s'est terminée avant que le processus d'éruption ne lui ait permis d'évoluer jusque dans le milieu buccal, sans la moindre effraction de la muqueuse orale et sans contamination du sac péri-coronaire par la flore bactérienne buccale .

Matériels et méthodes :

Ce travail est une revue de littérature illustré par des cas cliniques. La revue de littérature a reposé sur une recherche bibliographique dans les bases de données électroniques : Scopus , Medline , Cochrane library . Lors de la recherche bilingue (anglais et français) nous avons utilisé les mots clés suivants : « Dents incluses » « Incisive centrale » « Canine » « prémolaire » « Orthodontie » « Dégagement chirurgical » « Impacted teeth » « Central incisor » « Orthodontics » « Surgical exposure » , « canine »

Résultats et discussion :

la mise en place sur l'arcade d'une dent incluse, qui présente un trajet d'éruption ectopique, doit être proposée dans la plupart des cas, chez un adolescent ou un jeune adulte.

Cependant, elle reste onéreuse, assez longue et demande une coordination avec le chirurgien avertis des techniques orthodontiques.

Conclusion

Le suivi thérapeutique et la gestion de l'échec doivent toujours être présents à l'esprit de l'orthodontiste pour redonner fonction, esthétique et confiance au patient.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

MINIMAL ILIAC BONE HARVESTING IN SINUS LIFT SURGERY

S. Adam*, H. Bissa, P. Agoda, B. Amana, E. Boko, G. Thiéry

Abstract

Introduction. For sinus grafting, the authors propose a minimal posterior iliac bone harvesting, with local anesthesia. Autogenous bone grafting continues to be considered the gold standard for sinus grafting. The classic harvesting sites are calvarial, anterior iliac, and tibial, and harvesting is usually practiced under general anesthesia.

Patients and method. We performed this technique in 7 patients under local anesthesia.

Technique and result. In the posterior iliac crest, with a specific trocar for bone puncture biopsy, bone was harvested. We performed 1 cm longer for 5-mm diameter of bone. Three bone biopsies were harvested on each side. The harvested cancellous bone (5 cm) was mixed with triphosphocalcic (TCP) material (2 cm³), and blood (1cm³). A classic sinus lift was realized. After 6 months, the success rate of bone grafting was 100%. Each of the 7 patients could be implanted by an average of 4 dental implants by superior maxillary.

Discussion. For sinus lift, this simple posterior iliac-bone biopsy harvesting under local anesthesia is very comfortable for the patient and also safe. It provides enough marrow bone to be mixed with TCP for a sinus lift.

Conclusion. Minimal iliac bone harvesting is a very simple and comfortable technique in sinus lift surgery.

Key Words : bone grafting, iliac, local anesthesia, sinus lift

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

LE ROLE POTENTIEL DE LA DECOMPRESSION DANS LA GESTION MINI-INVASIVE DES KYSTES DES MAXILLAIRES

A. Belmehdi*, K. El Harti

Introduction

Plusieurs approches thérapeutiques des kystes des maxillaires ont été décrites : l'énucléation, le curetage et la résection sont considérés comme efficaces. Cependant, la décompression reste la technique la plus conservatrice avec un pronostic amélioré.

Matériels et méthodes

L'objectif de ce travail est d'évaluer l'efficacité de la décompression comme traitement primaire des kystes des maxillaires.

Cinq patients reçus au service de chirurgie orale du centre de consultation et de traitements dentaires, et présentant des kystes odontogènes des maxillaires, ont été traités avec succès par la décompression, suivie ou non d'une énucléation. Les caractéristiques cliniques, radiologiques et histologiques avant et après le traitement ont été analysées.

Discussion

La technique de décompression consiste à diminuer le volume de la lésion en réalisant une fenêtre kystique et en y insérant un tube de drainage. C'est une technique conservatrice qui préserve les structures anatomiques adjacentes. Elle permet la réduction du risque de fracture pathologique, la conservation de la vitalité pulpaire et la réossification.

Conclusion

La réduction du volume des kystes des maxillaires était souvent considérée comme insuffisante pour que cette technique soit utilisée comme thérapie définitive, bien que des avantages concernant la diminution du caractère invasif de la chirurgie secondaire aient souvent été proposés.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

TUMEURS BRUNES DES MAXILLAIRES

S. Benazzouz*, MA. Bouras, S. Smaili, N. Benhalette, A. Saidi

Introduction

Les tumeurs brunes sont des lésions osseuses retrouvées dans les formes sévères et évoluées de l'hyperparathyroïdie, bien qu'elles soient ubiquitaires, leur localisation maxillaire est exceptionnelle.

Matériel et méthode

Etude rétrospective concernant 5 cas de tumeurs brunes maxillaires, colligés au service de chirurgie maxillo faciale du CHU de Constantine entre 2016 et 2023.

Résultat

il s'agissait de 4 femmes et d'un homme âgés de 20 à 51 ans

Ces tumeurs étaient liées à une hyperparathyroïdie primaire dans 3 cas et secondaire dans 2 cas, nous avons recensé 3 localisations maxillaires et 2 mandibulaire.

Les signes cliniques étaient dominés par la tuméfaction maxillaire. Une hyperparathormonémie variant entre 197 et 1300 pg/ml a été notée dans tous les cas. L'imagerie a contribué au diagnostic et a permis de poser le diagnostic étiologique.

Le traitement chirurgical de la tumeur brune était de mise, la parathyroïdectomie était effectuée chez deux patients 3 mois après notre geste chirurgicale.

Discussion

Les tumeurs brunes sont des lésions osseuses liées à l'hyperparathyroïdie primaire ou plus souvent secondaire à de l'insuffisance rénales chroniques compliquées d'ostéodystrophie.

Conclusion

Le diagnostic d'hyperparathyroïdie évite d'opérer les tumeurs maxillaires qui devraient régresser après exérèse de la lésion parathyroïdienne. Nous rappelons à travers cette observation que toute apparition d'une lésion à cellules géantes doit faire rechercher systématiquement une hyperparathyroïdie primaire avant de conclure à un granulome à cellules géantes.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

VOIES D'ABORD LATERO-FACIALES : NOTRE APPROCHE

S. Maidame*, F. Mourabit, H. El Yachkouri, M. El Bouihi, N. Mansouri Hattab

Introduction

Les voies d'abords latéro-faciales permettent une exposition satisfaisante des régions et des sous unités latéro-faciales, Ce travail revêt un objectif pédagogique pour les jeunes praticiens de la chirurgie, il a aussi pour but d'apporter une série de recommandations utiles émanant de l'expérience de notre service.

Matériel et méthodes

Notre travail est basé sur l'étude de 50 cas colligés à l'unité de chirurgie maxillo-faciale et esthétique du CHU Mohamed VI de Marrakech et choisis parmi l'ensemble des cas traités pendant 8 ans d'activité, pour leur valeur démonstrative et leur intérêt pédagogique

Discussion

L'auto-enseignement est défini par la démarche visant à se doter soi-même de ressources pour apprendre. Il permet de développer les capacités de compréhension, d'analyse logique, de synthèse, et de sens critique. En s'engageant dans l'auto-enseignement, l'apprenant éveille en lui des capacités d'autonomie et de responsabilité. Le kit d'auto-enseignement est une méthode d'apprentissage moderne et judicieusement adaptée à la pédagogie. . Nous avons aussi mis l'accent dans ce kit sur les principales recommandations pratiques en chirurgie maxillo-faciale dans la discussion de l'utilité de choix de chaque voie selon le cas de figure rencontré.

Conclusion

Les voies d'abords latéro-faciales permettent : une exposition satisfaisante des régions et sous unités esthétiques latéro-faciales, la réalisation aisée des gestes thérapeutiques en évitant les structures anatomiques nobles, avec un minimum de séquelles esthétiques. Ceci dit que la prise en charge chirurgicale en maxillo-faciale est en constante évolution. Si certains principes de base sont aujourd'hui admis par la grande majorité des praticiens, les modalités pratiques et le choix des indications sont encore sujet de discussion. Ces divergences entre les différentes équipes, bien que quelque peu déstabilisant pour le jeune praticien, représentent une véritable richesse afin d'y apporter un traitement adapté, précoce et rigoureux pour chaque patient.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

DUPLICATION DE LA CAROTIDE INTERNE - ET VARIATIONS ARTERIELLES AU COU: INTERETS EN CHIRURGIE MAXILLOFACIALE

G. Toure*, Y. François, E. Anzouan-Kacou

Introduction : L'artère carotide interne (ACI) est destinée essentiellement au cerveau. Classiquement, elle ne se divise pas au cou. Nous présentons un cas de duplication vraie de la carotide interne gauche et une revue de la littérature sur les variations artérielles au cou. Ces variations sont à connaître pour la gestion des hémorragies et les anastomoses microchirurgicales.

Matériel et méthodes : Homme 92 ans - sans cicatrice cervicale, ni pathologie cervicale connue a présenté une bifurcation de la carotide commune au niveau de l'os hyoïde puis une division de l'artère carotide interne à 6 cm de la bifurcation carotidienne en 2 branches égales. Ces branches pénétraient dans la base du crâne, l'une par l'orifice carotidien et l'autre par le foramen magnum. Une revue de la littérature a été effectuée pour présenter les variations artérielles au cou.

Résultats : Il existait une aplasie de l'artère basilaire. Les 2 branches de l'artère carotide interne gauche pénétraient dans la base du crâne et formaient avec l'artère carotide interne droite l'ensemble du cercle artériel du cerveau (polygone de Willis). La branche de la carotide interne gauche qui pénétrait dans le canal carotidien donnait les branches habituelles de la carotide interne pour vasculariser le cerveau, celle qui pénétrait dans le foramen magnum donnait l'artère basilaire.

Discussion : Il s'agissait d'une variation rare. La rareté étant parfois liée à la méconnaissance nous présentons ce cas. Sa compréhension repose sur l'embryologie vasculaire de la tête et du cou. Une revue de la littérature a noté les variations et leur fréquences.

Conclusion : La connaissance de ces variations est d'un intérêt pour le chirurgien pour les anastomoses microchirurgicales de reconstruction, pour le contrôle des hémorragies cervico-faciales et en imagerie et en radiologie interventionnelle.

1) Toure G, Duplication of the internal carotid artery and segmental aplasia of the vertebral arteries. IJOMS. 2023 ;52:630-632.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

LES IMPLANTS PERSONNALISES EN HYDROXYAPATITE POREUSE POUR LA RECONSTRUCTION MAXILLOFACIALE : UNE NOUVELLE REALITE CONFIRMEE PAR UNE SERIE DE CAS CLINIQUES.

S. Systemans*, E. Cobraiville, V. Henriet, G. Nolens, L. Vidal, Y. Gilon

Introduction

Une avancée significative en reconstruction osseuse maxillofaciale a été rendue possible grâce à la conception et fabrication assistées par ordinateur (CAO/FAO) qui ont permis l'émergence d'implants spécifiques au patient (PSIs). Cependant, les PSIs disponibles actuellement sont principalement en titane ou en polymère (Polyether-ether-ketone (PEEK), polyéthylène poreux (Medpor)), ce qui entraîne certaines limitations. Dans cette étude, notre objectif est de présenter un nouvel PSI innovant en hydroxyapatite ouvrant de nouvelles perspectives thérapeutiques.

Matériels et méthodes

Une cohorte multicentrique de 13 patients a bénéficié d'une chirurgie maxillofaciale à l'aide de l'implant MyBone Custom® (MBCI), un PSI en hydroxyapatite imprimé en 3D avec une porosité interconnectée favorisant l'ostéointégration.

Résultats - discussion

MBCI a été utilisé avec succès pour la reconstruction osseuse du menton (n=5), de l'os zygomatique (n=4), de la mandibule (n=3) et du plancher orbitaire (n=2), tant pour des défauts segmentaires que des augmentations osseuses. La durée moyenne de suivi est de 9 mois (allant de 1 à 22 mois). Aucune infection ni déplacement n'ont été signalés. Pour les patients ayant bénéficié de tomodensitométrie postopératoire, des signes d'ostéointégration sont visibles.

MBCI combine les avantages de l'hydroxyapatite et des implants personnalisés, comme le démontrent les cas cliniques de cette cohorte. Les inconvénients du titane (artefacts d'imagerie, sensation de froid/chaleur, adaptation intraopératoire limitée) et du Medpor et PEEK (ostéointégration limitée, radiotransparence) sont évités. En plus du remodelage facial, MBCI présente un potentiel pour d'autres indications, telles que la régénération osseuse pré-implantaire et la reconstruction osseuse segmentaire dans les cas oncologiques.

Conclusion

À notre connaissance, il s'agit de la première série de cas utilisant des PSIs en hydroxyapatite pour un large éventail de défauts osseux maxillofaciaux. Les faibles complications postopératoires associées au fort potentiel d'ostéointégration des MBCIs ouvrent la voie à une utilisation plus étendue de ce nouvel implant en reconstruction osseuse maxillofaciale.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

**EXENTERATION ORBITAIRE , L'EXPERIENCE DU SERVICE DE CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE
HMRUORAN, ALGERIE . À PROPOS DE 50 CAS .**

A. Bourihane*, M. Chergui, M. Akil, M. Habu

Introduction

L'ex)entration orbitaire est une chirurgie mutilante dont les étiologies les plus fréquentes sont les tumeurs malignes de l'orbite et ses annexes. La réhabilitation chirurgicale de la cavité exenterée est un défi pour le chirurgien maxillo-facial ainsi qu'un objectif thérapeutique et esthétique pour les patients, nous allons présenter notre expérience depuis 2015.

Patients et méthodes

Nous avons opéré 50 patients d'une pathologie du carrefour orbitaire ayant nécessité une excentration orbitaire. Nous avons mentionné l'age et sexe des patients, l'étiologie, le traitement chirurgical, traitements adjuvants et complications.

Résultats et discussion

Il s'agit de 35 hommes et 15 femmes, d'un âge moyen de 52 ans présentant une pathologie orbitaire dont l'indication d'excentration à été posé lors d'une RCP . Dans 90 % des cas, il s'agissait d'une tumeur maligne de l'orbite . Tous ont bénéficié d'une excentration orbitaire (subtotale , totale ou élargie). La réhabilitation chirurgicale de l'orbite a été réalisé sois par cicatrisation dirigée sans ou avec greffe de peau total , un lambeau local, loco-régional , à distance ou libre pédicule . Avec un recul moyen de 36 mois, la reconstruction était de bonne qualité et non altérée par la radiothérapie. La tumeur a récidivé chez 05 patients, 03 décès et 02 patients ont présenté des métastases.

Conclusion

La reconstruction de la cavité d'excentration a un triple objectif : thérapeutique, fonctionnel et esthétique. Compte tenu de l'extension tumorale initiale, nous privilégions la reconstruction via un lambeau régional ou micro- anastomosé. Ce lambeau assure une bonne couverture cutanée, une cicatrisation rapide, une fermeture des communications orbito-naso-sinusienne ou orbito-crânienne, ceci afin de bénéficier de radiothérapie et de chimiothérapie dans les délais grâce à une cicatrisation rapide.

Références:

M.L. Rodrigues *et al.* [Reconstruction after extended orbital exenteration using a frontolateral flap](#). Int J Oral Maxillofac Surg(2009).

F. Baraër *et al.* [The orbitonasolabial flap. Anatomical and clinical study](#) Ann Chir Plast Esthet(2005)

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

BANALYSE 3D STEREPHOTOGRAMMETRIQUE DE LA DYNAMIQUE FACIALE : UN OUTIL PEDAGOGIQUE DANS L'UTILISATION DE TOXINE BOTULIQUE DE TYPE A

R. Pradel*, B. Lerhe, P. Kestemont, O. Rios, C. Savoldelli

Introduction

Une connaissance précise de l'anatomie, de la fonction et surtout de la dynamique des muscles peauciers du visage est nécessaire pour l'utilisation d'injection fonctionnelle et esthétique de toxine botulique.

Nous présentons un outil combinant la stéréophotogrammétrie 3D et le maquillage du visage pour comprendre les mouvements des muscles peauciers lors de la dynamique faciale.

Matériel / Méthodes

Un maquillage professionnel des différents muscles peauciers de l'hémiface gauche a été réalisé sur un modèle féminin. Plusieurs mimiques et expressions du visage ont été effectuées. Une photographie 3D est réalisée au début et à la fin de chaque mouvement par le dispositif VECTRA H2 Imaging System. Les valeurs qualitatives et quantitatives des modifications spatiales cutanées lors du mouvement ont été calculées et extrapolées par un algorithme, et chaque mouvement a pu être visualisé à l'aide de vecteurs de déplacements.

Résultats

Chaque expression faciale a été analysée de façon à comprendre l'action spécifique mais aussi synergique des muscles. Cette méthode d'analyse dynamique facilite l'apprentissage des fonctions des muscles peauciers et leur rôle précis dans l'apparition des stigmates du vieillissement cutané. Cet outil constitue également un réel support pédagogique pour la compréhension des co-contractions des muscles agonistes et antagonistes du visage.

Discussion

L'analyse précise d'un visage comporte l'observation statique et dynamique de celui-ci. Cependant, l'enseignement actuel anatomique est principalement réalisé à l'aide de schémas et/ou de dissections sur sujets anatomiques statiques, limitant l'analyse dynamique et fonctionnelle musculaire.

Il semble donc intéressant d'analyser les mouvements faciaux par un outil 3D dynamique, permettant ainsi d'accélérer le processus d'apprentissage.

Conclusion

En rendant accessible l'analyse d'une anatomie dynamique, le maquillage des muscles peauciers du visage est présenté dans cette étude comme une méthode innovante et didactique, qui présente un potentiel pédagogique significatif, en offrant une formation facilitée aux praticiens souhaitant se former à l'injection de toxine botulique.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

LYMPHOME PLASMOBLASTIQUE DE LA CAVITE ORALE : UNE ENTITE A BIEN CONNAITRE.

J. Bouaoud, JP. Foy, M. Amor-Sahli, P. Quilhot, N. Jacque, C. Bertolus, A. Xu*

Contexte

Le lymphome plasmoblastique de la cavité orale est un rare sous-type de lymphome non-hodgkinien, décrit pour la première fois en 1997. Il est le plus souvent diagnostiqué chez des patients présentant une immunodépression, en particulier les patients séropositifs pour le virus de l'immunodéficience humaine (VIH+).

Les connaissances de cette maladie restent limitées et les diagnostics différentiels nombreux.

Objectif

Étudier les cas de lymphomes plasmoblastiques oraux pris en charge dans notre service et de les comparer avec la littérature.

Méthode

Nous avons étudié les dossiers des patients avec un diagnostic histologiquement prouvé de lymphome plasmoblastique de la cavité orale pris en charge dans notre service afin d'en extraire les caractéristiques démographique, clinique, histologique, radiologique, thérapeutique et de survie.

Nous avons également réalisé une revue de littérature sur le sujet de 2008 à 2023.

Résultats

Nous avons retrouvé onze cas de lymphome plasmoblastique de la cavité orale pris en charge dans notre service.

Depuis 2008, n=431 cas ont été décrit dans la littérature scientifique.

Le lymphome plasmoblastique de la cavité orale est un diagnostic à évoquer lorsqu'une tumeur maligne de la cavité buccale est suspectée et particulièrement chez un patient en situation d'immunodépression. Son diagnostic n'est pas toujours aisé car sa présentation clinico-radiologique est similaire aux autres tumeurs malignes de la cavité orale et en premier lieu, le carcinome épidermoïde ; pourtant, la prise en charge thérapeutique diffère largement.

Conclusion

La connaissance de ce diagnostic permet d'orienter de façon adéquate les explorations et la prise en charge thérapeutique qui doit être rapidement entreprise devant l'évolution de ces lymphomes.

Mots-clés

Lymphome plasmoblastique ; cancer ; cavité orale ; tête et cou ; virus de l'immunodéficience humaine ; lymphome non hodgkinien.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

AMELIORATION DE LA JAWLINE A L'AIDE D'IMPLANTS INDIVIDUALISES EN CHIRURGIE ORTHOGNATHIQUE.

O. Rios*, B. Lerhe, C. Savoldelli

Introduction: Chez les patients opérés d'une chirurgie orthognathique (notamment chez les morphotypes de classe II hypodivergents avec ramus court), il est parfois difficile d'améliorer la position des angles à cause du trait classique d'ostéotomie qui favorise les mouvements sagittaux sans modifier la hauteur des ramus. Plusieurs types d'ostéotomies modifiées ont été décrites mais demeurent plus complexes et sont parfois moins stables. Le but de cette étude était d'évaluer l'amélioration de la jawline en associant à l'ostéotomie sagittale classique des prothèses d'angle individualisées en titane microporeux.

Matériels et méthodes : Une simulation virtuelle de l'ostéotomie de Lefort I (si nécessaire), de l'ostéotomie sagittale avec adjonction des prothèses d'angle sur mesure et de la génioplastie (si nécessaire) a été réalisée sur un modèle 3D pré-opratoire du crâne chaque patient à l'aide de ProPlan CMF. Les guides de coupe et implants spécifiques ont été créés et utilisés durant la chirurgie. Nous avons choisi de nous focaliser sur l'amélioration de la jawline en comparant les lignes et angles céphalométriques ainsi que les photographies 3D pré et post-opératoires.

Résultats : un total de 26 patients ayant subi une chirurgie orthognathique guidée avec prothèses d'angles individualisées ont été inclus dans l'étude. Une analyse quantitative a révélé que l'expansion volumétrique moyenne au niveau des angles était de 1,02cm sur les photographies 3D (superposition de surfaces à l'aide du logiciel VECTRA). Les angles goniaux étaient en moyenne de 129° et les angles plan de Frankfort-bord postérieur du ramus étaient en moyenne de 67°. Ces mesures correspondent aux guidelines proposées dans la littérature. Nous n'avons pas observé davantage de complications que lors de nos ostéotomies sans prothèses.

Conclusion : les prothèses d'angle en titane microporeux sont une alternative prometteuse aux ostéotomies modifiées dans l'amélioration de la jawline chez les patients devant subir une chirurgie orthognathique.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

STABILITE DES RESULTATS A LONG TERME DANS LA CHIRURGIE DES DYSMORPHIES FACIALE PEDIATRIQUE : UNE ETUDE RETROSPECTIVE.

A. Perrillat*, N. Graillon, A. Gallucci

Introduction

La chirurgie orthognathique est habituellement proposée chez le jeune adulte. Ceci permet de s'affranchir du risque de récurrence de la dysmorphie liée à une poussée de croissance.

La chirurgie "interceptive" peut tout de même être envisagée en cas de dysmorphie squelettique sévère. La normalisation précoce a pour conséquence immédiate d'améliorer les fonctions faciales et donc limiter le risque de récurrence.

L'objectif principal est d'étudier la stabilité du résultat postopératoire de la chirurgie orthognathique chez des patients en croissance. L'objectif secondaire est d'étudier la satisfaction liée à la chirurgie.

Matériel et Méthodes

Tous les patients ont été opérés à Marseille entre 2015 et 2020 et ont bénéficié d'une chirurgie orthognathique. L'étude est basée sur l'évaluation des chirurgies précoces selon différents critères de stabilité des bases osseuses et la satisfaction des patients.

Résultats et discussion

Les données démographiques de notre étude retrouvent autant de garçons que de filles. Les adolescents inclus avaient majoritairement 15 ans pour les filles et 16 ans pour les garçons au moment de la chirurgie. Les données montrent une part plus importante de classe d'Angle II. Notre étude retrouve une stabilité des résultats esthétique et fonctionnel à 3 ans. Les patients décrivent une amélioration de l'estime de soi et de la qualité de vie.

La littérature montre qu'une correction précoce des fonctions faciales permet une harmonisation de la croissance. De plus de nombreux enfants se plaignent de complexes physiques ou de difficultés scolaires au cours de cette période de vie.

Conclusion

La chirurgie orthognathique précoce a fait ses preuves avec une stabilité du résultat post opératoire. Elle permet la mise en place des fonctions oro faciales. Les patients sont satisfaits des résultats et améliorent leur qualité de vie.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

Réhabiliter les fonctions : Recherche

EVALUATION DE L'ATTENTION PORTEE AUX MIMIQUES DE PATIENTS PRESENTANT UNE PARALYSIE FACIALE PERIPHERIQUE PAR EYE-TRACKING

J. Bouquet*, E. Colin, F. Cilia, L. Vandromme, S. Testelin, B. Devauchelle, S. Dakpe

Introduction :

Les paralysies faciales sont d'étiologies multiples, avec des répercussions variables. Lorsque la récupération est incomplète, la paralysie impacte la qualité de vie des patients, avec un ressenti et des attentes parfois difficiles à appréhender pour les cliniciens.

Utilisé dans le marketing, l'*eye-tracking* a récemment trouvé des applications dans la paralysie faciale.

L'objectif de cette recherche est de montrer que le regard porté sur un visage en mouvement présentant une paralysie faciale diffère de celui porté sur un visage sain, et que ce regard varie en fonction de l'observateur.

Matériel et Méthode :

Des patients présentant une paralysie faciale, des professionnels de santé et des observateurs « naïfs » ont regardé un percept, qui est un stimulus externe, dynamique composé de séquences vidéo de mouvements de la mimique faciale saine ou déficitaire. Ces mouvements reposaient sur la fermeture palpébrale, la protrusion labiale et le sourire. Les temps de fixation dans des zones d'intérêt ont été recueillis et analysés.

Résultats :

Dans chaque groupe, il existe une tendance à fixer davantage les aires en mouvement, mais aussi une fixation plus importante du côté déficitaire. Les patients réalisent un grand nombre de fixations de courte durée. Les professionnels de santé réalisent également un nombre important de fixations, mais plus longues. Les sujets naïfs réalisent davantage de saccades, avec un nombre de fixations moindre et d'une durée plus courte.

Conclusion :

L'utilisation d'un percept dynamique permet une situation de « face à face » au plus proche de la réalité. Ainsi il permet de souligner les différences de regard porté sur la face selon les observateurs et les mouvements réalisés. Il permet également de déterminer si ces éléments modifient ou non le paradigme du « face à face ».

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

Chirurgie cutanée

PRISE EN CHARGE PAR INJECTION DE TOXINE BOTULIQUE DES RETRACTIONS PALPEBRALES SUPERIEURES ASSOCIEES AUX ORBITOPATHIES DYSTHYROÏDIENNES : REVUE SYSTEMATIQUE DE LA LITTERATURE

A. Damécourt*, S. Galmiche, A. Muyl-Cipollina

Intoduction : Les rétraction palpébrales supérieures (RPS) sont un symptôme fréquent chez les patients atteints d'orbitopathie dysthyroïdienne, pouvant entraîner des problèmes de vision, une sécheresse oculaire et des douleurs oculaires. La prise en charge chirurgicale des RPS n'est possible qu'au stade chronique de la maladie, mais l'exposition cornéenne liée aux RPS peut menacer la vision dès le stade inflammatoire. La toxine botulique de type A est une option de traitement conservatrice au stade inflammatoire des RPS associées aux dysthyroïdies.

Matériels et méthodes : Une revue systématique de la littérature a été conduite en interrogeant les bases de données MEDLINE/PubMed, Cochrane Library, et Embase sur l'utilisation de la toxine botulique dans le traitement des RPS.

Résultats et discussion : six études ont été incluses. Elles montraient l'efficacité et la sécurité de l'injection de toxine botulique, avec des améliorations significatives de la hauteur de la fente palpébrale observées dans toutes les études. Les doses de toxine botulique utilisées variaient en fonction de la gravité de la rétraction et le nombre d'injections nécessaires pouvait varier. L'étude compare également les voies d'administration de la toxine botulique, en mettant en évidence les avantages de l'injection sous-conjonctivale par rapport à l'injection transcutanée. La voie sous-conjonctivale permet une action plus précise sur le muscle de Müller, réduisant ainsi les risques d'effets secondaires tels que le ptosis et la diplopie.

Conclusion : L'étude met en évidence l'efficacité et la sécurité de l'injection de toxine botulique dans le traitement des RPS associées aux dysthyroïdies, offrant une option thérapeutique non chirurgicale dès le stade inflammatoire de la maladie. Cependant, d'autres recherches sont nécessaires pour mieux comprendre les mécanismes d'action et pour déterminer les meilleures pratiques en termes de posologie et de voie d'administration de la toxine botulique dans ce contexte.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

REALISATION D'UN ATLAS EN LIGNE DE TECHNIQUES DE RECONSTRUCTION DE PERTES DE SUBSTANCE DE LA FACE

M. Bernelin*, B. Chatelain

La chirurgie des tumeurs cutanées de la face est une chirurgie fréquente, avec un nombre croissant d'interventions. Le but est l'exérèse carcinologique et la reconstruction doit être la plus anatomique possible.

La technique de reconstruction par lambeaux cutanés peut être difficile à appréhender pour les jeunes chirurgiens.

En collaboration avec la SFSCMFCO, le service de chirurgie maxillo-faciale du CHU de Besançon a créé un atlas en ligne, hébergé au sein du site de la SFSCMFCO, proposant des photos et vidéos de différentes techniques de reconstruction.

Cet outil didactique, facilement accessible, permet aux jeunes chirurgiens de se former aux différentes techniques chirurgicales, et notamment les lambeaux cutanés.

L'atlas a pour objectif d'être le plus exhaustif possible, en permettant, à termes, à d'autres centres d'alimenter le site.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

LA RECONSTRUCTION DE L'AILE NARINAIRE PAR LAMBEAU LIBRE DE RACINE D'HELIX

V. Poulet*, R. Costes, F. Delanoë, A. Prevost, F. Lauwers

Nous proposons une mise au point sur la place du **lambeau libre de racine d'hélix dans la reconstruction nasale** via une revue de littérature et une présentation de la série du service.

La revue de littérature a été réalisée à partir des bases Pubmed et Cochrane avec les mots « helical rim free flap » et « helix free flap ». Le recueil concernait le nombre de lambeaux, la localisation de la perte de substance nasale, la durée opératoire, l'incidence et la nature des complications sur le site receveur et le site donneur, la nécessité d'une retouche à distance.

24 articles ont été inclus pour un total de 153 lambeaux. Les pertes de substances concernaient l'aile narinaire uniquement dans 67% des cas (103 patients). La durée opératoire moyenne était de 5 heures. Trois cas de nécrose partielle ont été rapportés (2%), 5 cas de nécrose totale (3%). Tous les résultats ont été considérés comme bons par les auteurs, mais ont fréquemment nécessité une retouche mineure (dégraissage du lambeau et/ou du sillon nasogénien, 37,5% à 75% des cas). La rançon cicatricielle était considérée comme faible sur le site donneur.

11 reconstructions d'aile narinaire par lambeau libre d'hélix ont été réalisées dans le service entre 2017 et 2022. Un patient a été repris au bloc pour hématome. Il n'y a eu aucun cas de nécrose. Le temps opératoire moyen était de 4 heures. Tous les patients ont nécessité au moins une retouche à distance (1 à 3). Les résultats cosmétiques sont satisfaisants et la rançon cicatricielle faible.

Le lambeau libre de racine d'hélix est une option à considérer en cas de perte de substance de la totalité de l'aile narinaire. Son indication dépend de l'état général et de la motivation du patient. Il doit faire partie de l'arsenal thérapeutique du chirurgien maxillo-facial.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

LES PDS NASALES POST-TUMORALES : QUELLE PRISE EN CHARGE ?

G. El Idrissi Rabbaa*, C. Opango, A. Raiss, S. Injirahi, N. Mansouri Hattab

Introduction

Les pertes de substance du nez relèvent principalement d'une chirurgie d'exérèse pour la pathologie tumorale dominée par le carcinome basocellulaire et plus rarement traumatiques

L'objectif de notre travail est d'exposer et évaluer les résultats de notre reconstruction et de détailler les différents moyens de réparation des pertes de substances cutanées nasales.

Matériels et méthodes

Notre étude est rétrospective, réalisée entre le 1 janvier 2015 et le 31 décembre 2019, portant sur les patients ayant bénéficié d'une reconstruction secondaire à l'exérèse chirurgicale d'un CBC siégeant au niveau du nez et de la région du canthus interne, au service de Chirurgie Maxillo- Faciale du CHU MOHAMMED VI de MARRAKECH.

Le recueil des données a été réalisé à travers l'étude des dossiers médicaux et le registre de compte rendu opératoire.

Résultats

Nous avons colligé 40 cas, L'âge moyen de nos patients était de 62,4. Une légère prédominance masculine a été notée. Les ailes narinaires ont été l'unité la plus atteinte (37,5 %). Nous avons eu recours aux lambeaux locaux et locorégionaux dans 55 % des cas.

Les séquelles observées ont été des cas de lambeaux épais et de rétraction narinaire dans 20% des cas.

Discussion

Les tumeurs cutanées, dominées par le CBC, ne cessent d'augmenter.

Les défauts résultants de la chirurgie d'exérèse nécessitent une réparation, qui constitue un challenge pour le chirurgien

L'obtention d'un résultat satisfaisant fonctionnellement et esthétiquement dépend du choix du procédé approprié qui est tributaire essentiellement des caractéristiques de la perte de substance et de la coopération du patient.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

DE LA CHEILOPLASTIE A LA CHEILOPOÏESE : A PROPOSE DE 133 CAS

J. Bouquet*, J. Bettoni, S. Testelin, B. Devauchelle

Introduction :

Les pertes de substances labiales qu'elles soit traumatiques, tumorales ou malformatives constituent un défi pour le chirurgien reconstructeur. Ce dernier se doit de concevoir une reconstruction esthétique et fonctionnelle sans compromis.

Le but de ce travail est d'analyser les pertes de substances. Mais aussi d'évaluer et mettre en évidence des stratégies de reconstruction de la lèvre inférieure les plus adaptées, pour restaurer à la fois une fonction et une morphologie labiales convaincantes.

Matériel et méthode :

Cette étude rétrospective menée entre 2004 et 2021 concerne 133 patients et a permis d'identifier et d'analyser 3 types de pertes de substances :

- Les pertes de substances simples, inférieures ou égales à une sous-unité (soit un tiers de la lèvre inférieure), sans atteinte commissurale.
- Les pertes de substances étendues, supérieures à 1/3.
- Les pertes de substances complexes, présentant au moins une atteinte commissurale.

Résultat :

L'analyse des stratégies de reconstructions observées dans notre service, pour chacune de ces trois situations, permet de nuancer l'algorithme consensuel admis dans la littérature. A l'évidence, la diversité des situations cliniques, notamment en cas de pertes de substances larges et complexes, conduit à un choix au cas par cas pour limiter les écueils des reprises chirurgicales itératives et disposer d'un programme de reconstruction dans le temps.

Conclusion :

Ce travail permet de s'interroger sur les potentialités de reconstructions actuelles, avec la nécessité d'améliorer le caractère statique par des techniques de suspension et la volonté d'y inclure une composante dynamique visant à restituer la mimique.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

CHEÏLOPOÏESE INFÉRIEURE POST TUMORALE : A PROPOS D'UN CAS.

C. Lamy*

Introduction :

Madame G, une femme de 67 ans, a été diagnostiquée d'un carcinome épidermoïde de la lèvre inférieure de stade T1N0M0. La prise en charge chirurgicale de ce cas vise à assurer la guérison tout en maintenant la continence labiale, la phonation, les mimiques faciales et le respect des zones de jonction cutanéomuqueuses.

Méthode :

La décision chirurgicale prise était l'amputation de la lèvre inférieure avec reconstruction par lambeau antébrachial utilisant le tendon long palmaire. Une radiothérapie adjuvante a été administrée après l'intervention chirurgicale.

Résultat :

Après un suivi de cinq ans, Madame G a présenté une guérison carcinologique complète. D'un point de vue fonctionnel, elle a conservé une continence labiale optimale et une esthétique bien intégrée dans le visage.

Discussion :

Il était important dans ce cas d'anticiper les effets de la radiothérapie postopératoire sur la cicatrisation et la rétraction tissulaire. En comparaison avec d'autres options de reconstruction, l'utilisation d'un lambeau antébrachial avec tendon long palmaire permet d'éviter la microstomie et réduire le risque de désunion. Cependant, cette technique nécessite un temps microchirurgical plus complexe et comporte un risque opératoire accru.

Conclusion :

La prise en charge chirurgicale du carcinome épidermoïde de la lèvre inférieure chez Madame G a abouti à une guérison carcinologique satisfaisante. La reconstruction par lambeau antébrachial avec tendon long palmaire a permis de préserver la continence labiale et d'obtenir une esthétique harmonieuse. Cependant, il est essentiel de peser les avantages et les risques de chaque technique de reconstruction, en tenant compte des objectifs thérapeutiques, fonctionnels et esthétiques spécifiques à chaque patient.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

PRISE EN CHARGE CHIRURGICALE DES CANCERS DES LEVRES : EXPERIENCE DU SERVICE DE CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE

G. Alami Halimi*, S. Benwadih, M. Boulaadas

INTRODUCTION

Les tumeurs malignes des lèvres regroupent plusieurs types histologiques dont les plus fréquents sont : le carcinome épidermoïde et le carcinome basocellulaire. La prise en charge des cancers de lèvres est essentiellement chirurgicale. La reconstruction post-chirurgicale est le plus souvent difficile et occupe une place importante puisque la lèvre joue un rôle esthétique et fonctionnel.

MATERIELS ET METHODES

Notre étude rétrospective concerne 20 cas de carcinomes des lèvres, colligés au service de Chirurgie Maxillo-faciale à l'hôpital des spécialités de RABAT durant la période allant de Janvier 2020 à Juin 2023. Dans cette étude, nous allons développer les caractères épidémiologiques, les aspects cliniques, radiologiques, anatomopathologiques, thérapeutiques et évolutifs des lésions labiales.

RESULTATS

83% des cas de notre échantillon étaient des hommes et l'âge moyen était de 50 ans. L'âge avancé et l'exposition solaire chronique constituent les facteurs de risque les plus importants. Le siège de prédilection est la lèvre inférieure. L'examen histologique souligne la prédominance du carcinome épidermoïde (90 %).

L'exérèse tumorale a été la règle chez tous nos patients. Le procédé de réparation a été adapté au siège et à l'étendu de la perte de substance.

DISCUSSION

Les cancers des lèvres sont des tumeurs d'assez bon pronostic qui s'améliore grâce au diagnostic précoce des lésions et à la chirurgie réparatrice qui dépend de la taille et la localisation de la tumeur de la tumeur. Cette chirurgie permet grâce aux différentes techniques possibles, la réparation des pertes de substances engendrées par l'acte chirurgical carcinologique tout en aboutissant à un minimum de séquelles fonctionnelles et esthétiques.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

ÉVALUATION DES TRAITEMENTS CHIRURGICAUX DES NAEVUS GEANTS CONGENITAUX DE LA FACE : APPORT DES QUESTIONNAIRES FACE Q ET SCAR Q DANS LA MESURE DE L'IMPACT ESTHETIQUE ET PSYCHOSOCIAL

L. Boullenois*, N. Kadlub, A. Picard

Introduction :

Les naevus mélanocytaires congénitaux géants (GCMN) sont des malformations pigmentaires cutanées rares présentes dès la naissance. Ils sont source de problèmes complexes de reconstruction, en particulier lorsqu'ils sont localisés sur le visage.

La prise en charge, non standardisée, doit être personnalisée, en tenant compte de la localisation, de l'aspect, de la taille du naevus, mais aussi de l'âge des patients. L'évaluation de la satisfaction et de la qualité de vie des patients est indispensable dans l'évaluation de notre traitement, mais elle est rendue difficile par le fait que le traitement est initié chez le nourrisson.

Aucune étude n'avait évalué auparavant la satisfaction et la qualité de vie des patients présentant un GCMN facial.

Matériel et méthodes:

Une étude rétrospective a été menée à Necker, sur 80 patients porteurs de GCMN, de 2004 à 2020, pour évaluer les techniques chirurgicales et les résultats cliniques.

Une étude prospective a été menée de janvier à juin, afin d'évaluer les Q- PRO. La première étape a été de traduire le questionnaire validé FACE Q de l'anglais au français, selon les recommandations IPSOR. Les questionnaires FACE Q et SCAR Q ont été envoyés aux 80 patients.

Résultats

Les résultats statistiques de l'étude rétrospective sont en cours de réalisation. Ils seront terminés courant août.

30 patients sur les 80 ont répondu au questionnaire. La moyenne de satisfaction du traitement chirurgical et de la qualité de vie est très élevée.

Conclusion :

L'approche chirurgicale des naevus congénitaux géants doit être personnalisée pour chaque patient. Il est important de noter que pour les naevus périorbitaires prenant le sourcil, le sourcil doit être respecté. Les naevus du cuir chevelu ne doivent plus être opérés systématiquement.

Les patients porteurs de GCMN opérés sont globalement très satisfaits de leur prise en charge chirurgicale et ont une très bonne qualité de vie.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

**Traumatologie
cranio-maxillofaciale
Chirurgie de catastrophe
et de guerre**

REDUCTION DES FRACTURES DE L'ARCADE ZYGOMATIQUE PAR PINCE FIXE CHAMPS

S. Injirahi*, K. Hattab, M. El Boukhani, H. Yachkouri, L. Mohamed, M. El Bouihi, N. Mansouri Hattab

Introduction :

Les fractures de l'arcade zygomatique sont une urgence fréquente en chirurgie maxillo-faciale. Elles nécessitent le plus souvent une réduction orthopédique

L'objectif de notre étude est de décrire cette technique de réduction par l'utilisation de pince fixe-champ comme outil de réduction des fractures isolées de l'arcade zygomatique sous anesthésie locale.

-Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive colligeant 216 patients présentant une fracture de l'arcade zygomatique, dont 25 ont bénéficié d'une réduction par fixe champs, pris en charge au service de chirurgie maxillo-faciale et esthétique du CHU Mohamed VI Marrakech, dans une durée allant de Janvier 2019 à décembre 2021.

-Résultats :

Dans notre étude, nous avons observé une prédominance chez le sujet jeunes, de sexe masculin victimes d'AVP.

Souvent associés à des fractures malaire, maxillaire ou mandibulaire.

Les fractures isolées de l'arcade zygomatique étaient rares.

La méthode de réduction la plus fréquemment utilisée était le crochet Ginestet, suivi de la réduction par pince fixe-champ.

Cependant, l'indication chirurgicale par l'utilisation d'une plaque droite était peu fréquente .

-Discussion :

Plusieurs techniques de réduction ont été proposées, la réduction par crochet de Ginestet étant l'une des techniques de référence. D'autres utilisent la technique de Gilles, de Dingman et Quinn.

La réduction par pince fixe-champ sous anesthésie locale constitue une alternative économique, simple, fiable pour la réduction des fractures isolées de l'arcade zygomatique.

-Mots clés :

Fracture de l'arcade zygomatique, Contention des fractures, Instruments de chirurgie

-Conclusion :

La réduction des fractures de l'arcade zygomatique par l'utilisation de pince fixe-champ est un moyen rapide, simple et efficace. L'instrument utilisé est peu onéreux.

Elle est peu invasive par rapport aux techniques endobuccales et à la technique de Gillies. présente un minimum de risque d'infection ou de lésion neurovasculaire, et ne laisse pas de cicatrice visible. Elle peut être réalisée sous anesthésie locale ou sous sédation .

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

PRISE EN CHARGE CHIRURGICALE DES MALPOSITIONS SEQUELLAIRES DU ZYGOMA

A. Louvrier*, E. Bertin, A. Barrabé, B. Chatelain, PE. Serrée, C. Coussens, C. Meyer

Introduction

Les fractures du zygoma sont fréquentes en chirurgie maxillo-faciale. Parmi les principales séquelles à long-terme, on retrouve la malposition du zygoma, la diplopie et la dystopie oculaire (enophtalmie et/ou hypoglobie). L'objectif de ce travail était d'évaluer la prise en charge des patients atteints d'une malposition du zygoma dans le cadre d'une séquelle post-traumatique.

Matériels et méthodes

A travers une série de cas, ont été répertoriés les différentes techniques chirurgicales, la place des outils technologiques ainsi que les résultats fonctionnels et esthétiques à distance.

Résultats et discussion

Les techniques chirurgicales les plus fréquentes étaient l'ostéotomie du zygoma, la reconstruction du plancher orbitaire et l'implant volumateur à appui osseux. Les outils technologiques utilisés ont été la navigation chirurgicale, l'impression 3D de modèles anatomiques, la planification virtuelle préopératoire, les guides chirurgicaux et plaques sur-mesure et l'imagerie per-opératoire. La restitution de l'anatomie osseuse était prédictible. Le comportement des tissus mous était plus incertain et nécessitait dans certains cas gestes chirurgicaux complémentaires.

Conclusion

Plusieurs techniques chirurgicales sont envisageables pour prendre en charge les malpositions séquellaires du zygoma. L'implant volumateur à appui osseux est une technique simple qui doit être réservée aux patients demandeur d'une correction esthétique par défaut de projection et sans troubles visuels. Lorsque qu'une dystopie oculaire avec diplopie est présente, l'ostéotomie guidée du zygoma associée à la reconstruction du plancher orbitaire sur-mesure semble être la technique de choix.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

PRISE EN CHARGE DES FRACTURES DE MANDIBULE SOUS ANESTHESIE LOCALE

PA. Martin*, J. Bouaoud, M. Ndiaye, T. Schouman, C. Bertolus, JP. Foy

Introduction :

Les fractures de mandibule font partie des fractures les plus fréquentes en traumatologie maxillo-faciale en France. Le traitement de ces fractures nécessite le plus souvent une prise en charge chirurgicale sous anesthésie générale. L'augmentation des interventions en chirurgie ambulatoire et ses avantages (rapidité de prise en charge, diminution des coûts et l'absence de complications liées à l'anesthésie générale) nous ont conduit à développer la prise en charge ambulatoire de fractures de mandibule sous anesthésie locale.

L'objectif de cet étude est de déterminer la faisabilité de la traumatologie mandibulaire sous anesthésie locale : type de fracture, profil de patient, ressenti du patient, qualité de la réduction, qualité de vie post opératoire.

Matériel et méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective, monocentrique, de Juin 2021 à juillet 2023, incluant tous les patients ayant été opérés sous anesthésie locale d'une fracture de mandibule.

Les critères d'inclusion, étaient la présence d'une fracture (au moins) de la mandibule. Les critères d'exclusion : fracture du condyle avec indication opératoire, remise en état bucco dentaire importante, patient édenté, contre indication à l'ambulatoire.

Résultats :

38 patients inclus, avec un suivi minimum de 3 mois

Ratio H/F de 4/1, age moyen de 31 ans (16-75), avec 27 fractures monofocales, 11 fractures bifocales.

On retrouve une réduction satisfaisante chez tous les patients avec restauration de l'articulé.

Un délais de prise en charge moyen de 1 jour. Une EVN moyenne pendant l'acte de 2/10 (0-7).

2 événements indésirables (infection post opératoire).

Conclusion:

Lorsque les critères sont remplis, moyennant une courbe d'apprentissage, la prise en charge sous locale des fractures de mandibule est possible et améliore la prise en charge des patients.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

EVALUATION MORPHO-FONCTIONNELLE DES FRACTURES DU NEZ

Y. Najim*, H. El Hadari, K. Nini, H. El Yachkouri, A. Benhajou, M. Bouihi, N. Mansouri Hatab

Introduction :

Les fractures du nez représentent la 2^e urgence maxillo-faciale après la plaie faciale, elles représentent 45-75% des fractures faciales selon les auteurs. Elles sont responsables d'un retentissement qui peut être morphologique et/ou fonctionnelle, nécessitant une analyse minutieuse afin de choisir la meilleure stratégie thérapeutique.

notre but est d'évaluer le retentissement morpho-fonctionnelle des fractures du nez avant et après PEC dans notre formation.

Matériels et méthodes :

Nous avons mené une étude descriptive, prospective sur 6 mois centrée sur 90 patients pris en charge pour FOPN isolée au service de CMF du CHU Mohammed VI.

Nos paramètres d'étude étaient épidémiologique, clinique, paraclinique, thérapeutique et évolutif.

Résultats et Discussion :

Nous avons noté une nette prédominance masculine, avec un âge moyen de 23 ans. 80% des consultations ont été reçues le jour même du traumatisme. L'AVP était le mécanisme le plus fréquent chez 56,6%. Une déviation nasale a été retrouvée dans 90% des cas, et une obstruction nasale dans 36,6% des cas.

Sur le plan thérapeutique : 10% n'ont présenté aucun RMF et ont justifié un Traitement médical et fonctionnel + Surveillance, alors que 90% ont présenté un RM et/ou fonctionnel et ont tous bénéficié d'un Traitement orthopédique (Réduction + Contention sous AL).

le diagnostic est souvent posé sur la clinique et à la Rx des OPN. Hors ces examens ne permettent pas de correctement analyser toutes les structures nasales, notamment la cloison. Il faut ainsi vulgariser la réalisation d'une TDM faciale pour les fractures du nez permettant ainsi une analyse minutieuse des déplacements aussi bien des OPN que du septum, expliquant ainsi le RMF et guidant la PEC.

Conclusion :

Une bonne évaluation du RMF devant une fracture du nez est indispensable à sa bonne PEC. Les échecs de réduction orthopédique des fractures du nez sont encore relativement fréquentes et sont dus à plusieurs causes.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentations(s).

HEMATOME RETRO-BULBAIRE POST FRACTURE DE L'ORBITE : DIAGNOSTIQUE ET PRISE EN CHARGE

F. Bourquard*, JP. Foy, P. Galli, TM. Nguyen, A. Kerbrat, PA. Martin, T. Schouman, C. Bertolus, J. Bouaoud

Contexte.

L'hématome rétrobulbaire (HRB) est une complication rare mais grave pouvant survenir au décours d'un traumatisme facial ou d'une chirurgie du cadre orbitaire. Ses conséquences, pouvant aller jusqu'à la cécité, méritent que le diagnostic et la prise en charge de l'HRB soit connus de tout praticien amené à examiner un patient traumatisé facial. Cependant, les signes cliniques annonciateurs d'HRB et leur chronologie restent incertains.

Objectif.

Notre objectif était d'identifier les différents signes cliniques d'HRB et d'analyser la chronologie de leur apparition afin de pouvoir établir un algorithme de diagnostic et de prise en charge.

Méthode :

Nous avons réalisé une revue systématique de la littérature (PubMed Central,) portant sur les HRB post-traumatique et/ou post-opératoire du traumatisme (fracture plancher...).

Nous avons également étudié une cohorte de patients traumatisé orbitaire pris en charge dans notre service pour un HRB post-traumatique ou post-opératoires afin d'en extraire des caractéristique démographique, clinique, radiologique, thérapeutique et de suivi.

Résultats :

Entre 1981 et 2023, n= 181 articles publiés dans la littérature (Pubmed). Après examen nous avons inclus 39 articles. Entre 2013 et 2023, n=10 patients ont été pris en charge dans notre service pour un diagnostic d'HRB post-traumatique et/ou post-opératoire. L'ensemble des caractéristique clinique, radiologique, thérapeutique et de suivi des deux cohortes seront présentées.

Discussion :

L'HRB est une complication gravissime pouvant survenir au décours d'un traumatisme facial ou à la suite d'une chirurgie post-traumatique. Certains signes cliniques sont précocement présents et doivent amener à un drainage chirurgical en urgence.

Mots clés :

Hématome ; hémorragie ; orbite ; rétrobulbaire ; fracture ; post-opératoire

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

FRACTURES DE LA PAROI MEDIALE : APERÇU DE LEUR PRISE EN CHARGE ET DE LEUR RESULTAT CLINIQUE.

S. Gernandt*, A. Rabuffetti, P. Scolozzi

Objectif : L'objectif de cette étude était d'évaluer la prise en charge et le résultat clinique des fractures de la paroi médiale isolées ou associées à des fractures du plancher de l'orbite.

Patients et méthodes : Nous avons conçu une étude de cohorte rétrospective issues de patient(e)s à l'hôpital universitaire de Genève pour une évaluation des fractures orbitaire. Les variables prédictives étaient les types de fractures de la paroi médiale. Les patient(e)s ont été répartis entre fractures isolées de la paroi médiale et fractures combinées de la paroi médiale et du plancher de l'orbite. Le résultat principal était le type de traitement (conservateur ou chirurgical). Les résultats secondaires étaient la diplopie post-traumatique, la diplopie gênante persistante et/ou l'énophtalmie. Les autres variables de l'étude comprenaient des paramètres démographiques et des paramètres liés à la blessure.

Résultats : L'échantillon était composé de 242 patient(e)s, dont 81 (33,47 %) dans le groupe de la paroi médiale isolée et 161 (66,51 %) dans le groupe de la paroi médiale-plancher orbitaire combinés. Dans le groupe isolé, 11 patient(e)s (13,6 %) présentaient une diplopie au départ, 6 (7,40 %) ont été opérés et 2 (2,46 %) ont présenté des complications à un an (1 diplopie gênante et 1 énophtalmie). Dans le groupe combiné, 45 patient(e)s (28 %) présentaient une diplopie au départ, 49 (30,43 %) ont été opérés et 17 (10,55 %) ont eu des complications (5 diplopie gênante et 12 énophtalmie) à un an.

Conclusion: les fractures de la paroi médiale isolées et combinées entraînent des schémas cliniques différents. Les fractures combinées de la paroi médiale, dans un plus grand nombre de cas, ont nécessité un traitement chirurgical et ont entraîné un taux plus élevé de complications par rapport aux fractures pures de la paroi médiale.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

THE RENAISSANCE OF THE SINUS ENDOTHESIS FOR THE REPAIR OF EXTENDED ORBITAL FLOOR FRACTURES AS AN IN-HOUSE PRODUCT

J. Hachleitner*, H. Römhild, A. Gaggl

Introduction, topic:

Based on anatomical studies the sinus endothesis was originally developed in the eighties in order to allow anatomical reconstruction after orbital floor fractures with substantial dislocation, and was successfully used in more than 500 patients subsequently. After industrial manufacturing had been stopped we started with an in-house production in 2021. Our device is legally compliant with EU regulation 2017/745.

Material and method:

The endothesis is made from medical silicone in three sizes for each side. It is inserted through a bony window in the facial wall of the maxillary sinus -usually under visual control of the repositioning process via an infraorbital or transconjunctival access. It is filled with diluted contrast agent over a nasal drain under pressure control. Thus imaging is possible -nowadays also intraoperatively by using the Loop-X system. After 4 weeks it is removed through the nasal window in local anesthesia. We could include 30 patients (from 06/2021 to 03/2023) in a retrospective study.

Results, discussion:

The approach to the orbital floor was transconjunctival in 16, and infraorbital in 12 cases. Twice an exclusive transantral access under endoscopic control was sufficient. Functional outcomes were satisfying with diplopia outside of use field of view in only 2 patients and a slight enophthalmos in another 2 cases.

Whereas titanium implants are only bridging defects of the orbital floor and neglecting dislocated fragments, the endothesis allows healing of all fragments at their original position. Especially titanium meshes may cause considerable scarring and restriction of eyeball motility as a consequence. And resorbable material will bear the risk of development of enophthalmos. In case of secondary trauma metallic implants might generate severe problems.

Conclusion:

Our former experience and our actual results show that this technique is safe and reliable. Therefore we are trying to find some company again for an industrial fabrication

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

CONSTATATIONS TOMODENSITOMETRIQUES ASSOCIEES A LA SURVENUE D'UNE DIPLOPIE PERSISTANTE DANS LES FRACTURES EN BLOW-OUT DU PLANCHER ORBITAIRE - ETUDE RETROSPECTIVE SUR 108 PATIENTS DU CHU DE LIMOGES

E. Pagès*, J. Usseglio

Introduction : La décision chirurgicale dans les fractures en *blow-out* du plancher orbitaire (BOF) repose sur un faisceau d'arguments cliniques et radiologiques, sans consensus pour leur prise en charge. La iatrogénie chirurgicale incite à ne pas intervenir sur toutes les fractures. La diplopie en lien avec un trouble oculomoteur est un argument clinique majeur en faveur d'une réparation chirurgicale, car elle peut devenir séquellaire en cas de décision chirurgicale trop tardive. Lorsque l'évaluation clinique est difficile, la décision chirurgicale repose plus lourdement sur les données radiologiques, motivant la recherche d'éléments sur la tomodensitométrie (TDM) associés à une diplopie persistant après la fonte de l'œdème post-traumatique.

Méthodes : Étude rétrospective et comparative sur 108 patients, pris en charge par le service de CMF du CHU de Limoges de janvier 2015 à mai 2022 pour une BOF, examinant l'association entre une diplopie et des constatations sur la TDM post-traumatique : augmentation de la hauteur de l'orbite à l'aplomb du pôle postérieur du globe (indice crânio-caudal orbitaire ICCO - critère de jugement principal), épaissement du muscle droit inférieur (MDI), position du MDI par rapport à la ligne théorique du plancher (LTP), embrochage du MDI sur les berges osseuses, largeur du foyer de fracture et position antéro-postérieure de la fracture (critères de jugement secondaires).

Résultats : Il existait une association statistiquement significative à l'analyse univariée entre la survenue d'une diplopie persistante et : ICCO \geq 8mm ($p=0,038$), abaissement du MDI sous la LTP ($p<0,0001$), épaissement du MDI ($p<0,0001$) et embrochage du MDI ($p<0,0001$). Seuls ces deux derniers éléments étaient associés à la survenue d'une diplopie persistante à l'analyse multivariée (respectivement $p=0,008$ et $p=0,022$).

Conclusion : L'épaississement du MDI et son embrochage sur les berges osseuses sur la TDM post-traumatique dans les BOF sont des éléments en faveur de la nécessité d'une réparation chirurgicale pour prévenir une diplopie séquellaire.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

Reconstruction péri-orificielle

Chirurgie cutanée

ROLE OF SURGERY AFTER REMISSION OF NON-SYSTEMIC EXTENSIVE PERIORBITAL BASAL CELL CARCINOMA TREATED BY VISMODEGIB.

N. Pham Dang*, D. Peillex, L. Passemard, B. Magnin, J. Rouanet, I. Barthelemy

Introduction: Eyelid basal cell carcinoma (BCC) is usually cured by surgery. However, for a minority of patients, extensive disease progression and recurrence contraindicate surgery or radiotherapy because of severe ocular morbidity. The hedgehog signalling - pathway inhibitor vismodegib is becoming the key treatment for this specific form. The aim of this review is to define the role of surgery after vismodegib treatment.

Materials and methods: A literature search of the PubMed, Cochrane Library, ScienceDirect and Embase databases was conducted for all articles published up to March 2021. Studies that examined treatment of BCC of the eyelid by vismodegib were identified.

Results and discussion: Level 1 evidence was found of the use of vismodegib as neoadjuvant therapy in locally advanced eyelid BCC contraindicated to surgery and/or radiotherapy with a rather good tolerance of treatment.

Level 3 evidence was found of the role of surgical excision of residual clinically suspicious lesions.

Level 3 evidence was found for the indication of eyelid reconstruction after mapping or during residual tumoral resection if frozen sections or Mohs surgery were performed.

Conclusion: Vismodegib is a well-tolerated treatment for advanced periorbital BCC. However, indications for residual tumor resection and local reconstruction remain to be defined.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

RAAC orthofaciale

LA CHIRURGIE ORTHOGNATIQUE AMBULATOIRE: UNE EXPERIENCE SUR 13 ANS

S. Buchholzer*, P. Scolozzi

Introduction:

Les avancées technologiques dans le domaine de la chirurgie et de l'anesthésie ont permis le développement de chirurgies minimalement invasives avec un temps opératoire diminué et une récupération plus rapide des patients, favorisant ainsi la prise en charge ambulatoire. Dans cette optique, la chirurgie orthognatique cherche également à évoluer vers une prise en charge ambulatoire pour améliorer le confort des patients et réduire les coûts.

L'objectif de notre étude est de comparer les interventions orthognatiques maxillaires ou mandibulaires seules réalisées en mode ambulatoire avec ces mêmes interventions effectuées en mode hospitalier.

Matériel et méthodes:

Notre étude rétrospective analyse les données de patients ayant bénéficié, dans le service de chirurgie maxillo-faciale des HUG entre 1997 et 2023, d'interventions orthognatiques maxillaires ou mandibulaires seules.

L'outcome primaire est l'avènement de complications chirurgicales. Les outcomes secondaires sont l'avènement de complications anesthésiologiques et de complications liées aux patients et à leurs familles, à savoir leur réassurance pour un retour à domicile.

Résultats et discussion:

300 patients ont été recensés: 39,3% ont bénéficié d'une prise en charge ambulatoire et 60,6 % ont été hospitalisés pendant 1 à 5 jours. Aucune différence significative n'a été observée entre les deux groupes quant à la survenue de complications chirurgicales. Cependant, les patients traités en ambulatoire ont présenté davantage de complications liées à l'anesthésie et à leur réassurance pour un retour à domicile.

Conclusion:

Notre étude n'a pas démontré de différence significative quant aux complications chirurgicales entre les patients traités en ambulatoire et ceux hospitalisés pour des interventions orthognatiques maxillaires ou mandibulaires seules. Par conséquent, la prise en charge ambulatoire pour ces interventions peut être considérée comme sécuritaire. Toutefois, des améliorations sont nécessaires concernant la gestion de l'anesthésie et la réassurance des patients et de leurs familles afin de favoriser une plus grande démocratisation des interventions orthognatiques en mode ambulatoire.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

Chirurgie orthognathique
Orthopédie dento-maxillo-faciale

PROGRAMMATION 3D EN CHIRURGIE ORTHOGNATHIQUE : EVALUATION CRITIQUE DES DIFFERENCES ENTRE LA PLANIFICATION PREOPERATOIRE ET LE RESULTAT FINA; ELABORATION D'UN NOUVEAU GUIDE PEROPERATOIRE

A. Varazzani*, G. Menapace, F. Zito, L. Anghinoni, P. Corre, P. Bouletreau, E. Sesenna

Introduction : De nos jours, la plupart des services maxillo-faciaux utilisent la planification virtuelle 3D pour la chirurgie orthognathique. Les modifications des tissus mous du patient ne peuvent pas être recréées de façon fiable. En outre, pour obtenir le meilleur résultat esthétique et fonctionnel, on décide souvent de modifier le plan 3D pendant l'opération.

Nous avons comparé le scanner postopératoire et la planification virtuelle 3D, afin de comprendre quels types de modifications étaient habituellement effectués. En outre, nous avons créé en interne un prototype de guide de positionnement maxillaire qui nous aiderait à être plus précis, avec la possibilité de modifier les mouvements planifiés pendant l'opération.

Matériels et méthodes : 25 patients ont subi une chirurgie orthognathique bimaxillaire. Ensuite, nous avons superposé les modèles 3D et identifié 5 points de repère spécifiques sur les cuspidés des dents maxillaires du crâne postopératoire et du crâne planifié.

Nous avons calculé la différence entre ces repères et obtenu les mouvements tridimensionnels pour chaque patient. En ce qui concerne la fabrication du guide de positionnement, les ingénieurs de notre université nous ont aidés à concevoir des prototypes adaptés à nos objectifs qui ont été testés sur des modèles.

Résultats, Discussion : Les différences entre les points ne sont pas statistiquement significatives, mais dans certains cas, elles semblent cliniquement significatives, en particulier dans la dimension sagittale. Seulement chez 4 patients il n'y a pas eu de changement de plus de 1,5mm. Les derniers prototypes ont répondu à nos objectifs.

Conclusions : Même à l'ère de la planification 3D, il est important de trouver une méthode de transfert plus précise qui permette d'améliorer le résultat final. Notre guide s'est avéré efficace lors de nos tests. Dès que nous aurons l'opportunité de produire des dispositifs médicaux en interne, nous réaliserons une étude comparative avec les autres méthodes.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

PRECISION TRIDIMENSIONNELLE DES MODIFICATIONS DES TISSUS DURS APRES UNE CHIRURGIE ORTHOGNATHIQUE UTILISANT DES IMPLANTS SPECIFIQUES AU PATIENT (PSI) POUR CORRIGER L'ASYMETRIE FACIALE

J. De Tobel*, P. Scolozzi

Introduction

Pour corriger l'asymétrie faciale, les implants spécifiques au patient (PSI) facilitent le transfert de la planification virtuelle de la chirurgie orthognathique au champ opératoire. Cependant, les données sur la précision 3D du repositionnement du maxillaire à l'aide des PSI sont rares et inhomogènes. En outre, seules quelques études ont rapporté des données sur la précision du repositionnement du menton à l'aide de PSI. Par conséquent, la présente étude vise à déterminer la précision 3D du repositionnement du maxillaire et du menton dans une série clinique de patients présentant une asymétrie faciale.

Matériels et méthodes

Entre octobre 2011 et janvier 2023, 30 patients (12 femmes, 18 hommes) présentant une asymétrie faciale ont été traités dans notre service. Un CBCT préopératoire a été utilisé pour la planification virtuelle de la chirurgie. En peropératoire, des guides de coupe spécifiques au patient ont été utilisés pour l'ostéotomie de Le Fort I et/ou l'ostéotomie du menton. Ensuite, des plaques d'ostéosynthèse spécifiques au patient ont été utilisées pour le repositionnement du maxillaire et/ou du menton. Un CBCT postopératoire a été réalisé pour évaluer les modifications des tissus durs par rapport à la planification virtuelle. La précision 3D (translation et rotation) des modifications des tissus durs a été analysée sur la base de plans définis par des repères anatomiques et quantifiée par la différence absolue moyenne, la différence moyenne et la différence quadratique moyenne.

Hypothèses

L'étude étant en cours au moment de la soumission du résumé, aucun résultat n'était encore disponible. Nous avons émis l'hypothèse que la précision 3D des modifications des tissus durs est conforme à la précision rapportée dans la littérature pour les PSI et qu'elle est supérieure à la précision rapportée pour l'approche standard utilisant la planification virtuelle et les plaques standard.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

PLANIFICATION 3D EN CHIRURGIE ORTHOGNATHIQUE : QUANTIFICATION DE LA RESECTION OSSEUSE DANS L'IMPACTION MAXILLAIRE

R. Lartzien*

Introduction : en chirurgie orthognathique, la planification 3D apporte de nombreuses précisions par rapport à la planification conventionnelle en 2D. En l'occurrence, le traitement de pathologies type « long face syndrome » requière une impaction dentaire, obtenue par une résection osseuse maxillaire. L'importance de cette résection osseuse est difficile à prédire avec la seule planification 2D.

Matériel et Méthodes : la différence entre l'impaction dentaire et la résection osseuse maxillaire a été étudiée à l'aide du logiciel Pro Plan, et les facteurs influençant cette différence ont été évalués. Cette étude rétrospective a été conduite grâce à la simulation de 81 scanners cranio-faciaux et un model de régression linéaire a permis d'estimer la différence entre l'importance de la résection osseuse maxillaire et l'impaction dentaire obtenue.

Résultats, discussion : cette étude a montré une différence statistiquement significative entre l'impaction dentaire simulée et la résection osseuse maxillaire correspondante. L'épaisseur de la résection osseuse à effectuer apparait légèrement inférieure à la hauteur de l'impaction dentaire simulée. Plus encore, l'avancée maxillaire lors d'une ostéotomie de Le Fort I et la rotation anti-horaire conduisent à une impaction dentaire, qui doit être prise en compte au moment de la planification.

Conclusion : ces résultats ont montré l'intérêt de la planification 3D dans les cas d'impaction maxillaire, ce qui peut constituer un guideline pour les chirurgiens ne disposant pas de cet outil en pratique courante.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

APPORT DE L'ARTICULATEUR MODJAW DANS LA PLANIFICATION NUMERIQUE 3D DE LA CHIRURGIE ORTHOGNATHIQUE.

C. Savoldelli*, O. Rios, B. Lerhe

L'utilisation de nouvelles technologies tridimensionnelles (3D) bouleverse la pratique quotidienne en chirurgie maxillo-faciale et en particulier en chirurgie orthognathique. La chirurgie mono- ou bi-maxillaire peut-être totalement ou partiellement planifiée en 3D utilisant un flux numérique 3D précis. Comme en implantologie dentaire, le flux numérique et les étapes de planification peuvent être l'objet d'erreur(s) entraînant une imprécision dans le résultat final de l'occlusion. Le dispositif Modjaw®, véritable articulateur numérique, a été développé pour de nombreux champs de la dentisterie moderne numérique comme l'occlusodontie, l'orthodontie, l'implantologie, la prothèse ou encore la pathologie dysfonctionnelle temporo-mandibulaire. Le Modjaw® peut-être aussi utile dans le flux numérique de la chirurgie orthognathique en individualisant la position et la mobilité de chaque condyle dans les étapes de planification chirurgicale. L'objectif de cette communication est de décrire les étapes de la planification 3D en chirurgie orthognathique en implémentant les mouvements condyliens enregistrés par le dispositif Modjaw®.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

TRAITEMENT PAR BISPHOSPHONATES ET CHIRURGIE ORTHOGNATHIQUE, UNE COMBINAISON POSSIBLE : A PROPOSE D'UNE SERIE DE CAS

J. Chauvel-Picard*, A. Meon, M. Asselborn, A. Gleizal

Introduction: La majorité des études concernant l'ostéochimionécrose mandibulaire secondaire aux bisphosphonates (BP) concernent principalement les extractions dentaires et la pose d'implants. Seuls 5 cas de chirurgie orthognathique chez des patients traités par BP ont été rapportés : quatre cas d'ostéogenèse imparfaite et un cas d'ostéoporose. L'objectif de cette série de cas est de compléter la littérature avec six autres cas de chirurgie orthognathique chez des patients traités par bisphosphonates.

Matériel : Les patients traités par bisphosphonates et ayant bénéficié d'une chirurgie orthognathique dans les services de chirurgie maxillo-faciale du CHU de la Croix Rousse et de l'Hôpital Femme Mère Enfant à Lyon ont été inclus.

Résultats : Six patients ont été inclus dans l'étude de janvier 2009 à décembre 2020 : 3 traités pour une dysplasie fibreuse et 3 traités pour une ostéoporose. Les BP ont été arrêtés pour 2 cas car c'était la fin programmée de leur traitement. Les quatre autres cas n'ont pas arrêté leur traitement pour la chirurgie. Les suites opératoires se sont déroulées sans incident : cicatrisation muqueuse satisfaisante pour tous les patients à J15, aucune exposition de matériel observée, consolidation osseuse complète aux radiographies de contrôle. Jusqu'à présent, tous les patients ont une occlusion stable en classe I sans signe d'ostéonécrose ou de maladie parodontale.

Conclusion : Ce rapport vise à compléter la littérature sur la chirurgie orthognathique chez les patients traités par bisphosphonates, limitée à 5 publications de cas. La prise en charge des patients traités par bisphosphonates doit se faire avec prudence mais la chirurgie orthognathique ne doit plus constituer une contre-indication.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

Pathologie médicale...
Tumeurs bénignes...

PEUT-ON PREDIRE LA REPONSE AU TRAITEMENT DES OSTEOMYELITES MAXILLO-MANDIBULAIRE A PARTIR DES DONNEES CLINIQUES, RADIOLOGIQUES ET BACTERIOLOGIQUES INITIALES? UNE ETUDE RETROSPECTIVE DE 54 PATIENTS.

M. Fénelon*, S. Gernandt, R. Aymon, P. Scolozzi

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 monocentrique portant sur l'ensemble des patients pris en charge pour une OM maxillaire et/ou mandibulaire a été réalisée. Les antécédents du patients, les données cliniques, radiologiques et bactériologiques ont été collectés.

Résultats : 54 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.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

CELLULITE DE LA FACE ET STREPTOCOQUE A : AU SUJET D'UN CAS

A. Pellat*, A. Brie, C. Gengler, D. Hoarau

Depuis septembre 2022 il est observé en Europe, une épidémie au SGA. Elle n'est pas liée à l'émergence d'une souche mais à l'augmentation du génotype emm1 lié à la fin des mesures barrières de la Covid-19. Devant la mortalité importante, une surveillance par l'OMS a été organisée. Le Streptocoque du Groupe A (SGA) est une des principales causes bactériennes d'infection de la peau et des tissus mous. Il est à l'origine de multiple présentation clinique : bénigne mais parfois mortelle.

Il s'agit d'une femme de 72ans, adressée pour une cellulite génienne haute gauche après des soins dentaires. Une corticothérapie avait été mis en place par son médecin traitant. La clinique retrouvait une cellulite non collectée gauche confirmé par le scanner cervico-facial. Suite à son admission et la mise en place de l'antibiothérapie par voie veineuse (Augmentin), elle a présenté une extension péri orbitaire bilatérale et cervicale associée à des lésions cutanées. Un drainage en urgence a été réalisé suivi d'une trachéotomie. La surveillance post opératoire fut réalisée dans en réanimation. Les prélèvements retrouvaient du SGA posant le diagnostic de fasciite nécrosante (FN) au SGA. Les jours suivants, la nécrose cutanée péri orbitaire bilatérale s'est délimitée, un second débridement a été réalisé. L'évolution sous antibiothérapie est favorable permettant l'ablation de la trachéotomie à J20 et une sortie à J25. Une greffe de peau à distance est réalisée. L'évolution clinique et esthétique est favorable.

La FN est une nécrose rapidement progressive des tissus mous. La localisation tête et cou est rare et encore plus en péri-orbitaire. Le traitement est une antibiothérapie et la chirurgie. Les infections orales sont un des facteurs déclenchants.

Ce cas présente une cellulite de la face d'origine dentaire évoluant en fasciite nécrosante lié au SGA lors d'une épidémie au SGA en Europe.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

PREDICTEURS DE LA DUREE D'HOSPITALISATION CHEZ DES PATIENTS OPERES D'UN ABCES DE LA SPHERE MAXILLO-FACIALE, UNE COHORTE RETROSPECTIVE SUR 10 ANS

G. Longchamp*, R. Ferrari, H. Essig

Introduction

La thérapie de choix des abcès de la sphère maxillo-faciale est l'incision-drainage associée à une antibiothérapie. Selon la localisation et l'étendue, une approche cervicale sous anesthésie générale peut s'avérer nécessaire. La durée d'hospitalisation est importante à considérer, pouvant augmenter le taux de complications et les coûts.

L'identification des facteurs associés à une hospitalisation prolongée permettrait de prévenir ces conséquences. Ainsi, le but de notre étude est d'identifier les facteurs associés à la durée d'hospitalisation.

Matériel & méthodes

Nous avons mené une étude rétrospective au sein d'un hôpital universitaire, de janvier 2012 à décembre 2022. Les critères d'inclusions étaient : les patients majeurs atteints d'un abcès maxillo-facial traités par incision-drainage extra-oral sous anesthésie générale. Les données personnelles et péri-opératoires ont été récoltées via les dossiers médicaux. Des régressions linéaires univariées et multivariées ont été utilisées pour identifier les facteurs prédicteurs pré- et péri-opératoires de la durée d'hospitalisation.

Résultats & Discussion

Notre cohorte a inclus 228 patients avec un âge moyen de 48.2 ± 17.6 ans (42.5% de femmes). Une minorité (14%) présentaient de la fièvre à l'admission, et la CRP moyenne était de 113.6 ± 85.8 mg/L. La présence de plus d'un espace anatomique infecté était présent chez 5.7% des cas, le délai opératoire de 20.6 ± 17.2 minutes, et la durée d'opération de 36.1 ± 22.9 minutes.

L'analyse multivariée a permis d'identifier 6 prédicteurs indépendants de la durée d'hospitalisation : femme (coef.=0.14, p=0.01), CRP (coef.=0.0009, p=0.02), >1 espace anatomique infecté (coef.=0.36, P=0.003), immunosuppression (coef.=0.37, p=0.003), allergie à la pénicilline (coef.=0.25, p=0.02), et le délai opératoire (coef.=0.005, p=0.003).

Conclusion

Notre cohorte a identifié plusieurs facteurs modifiables associés à une augmentation de la durée d'hospitalisation chez des patients atteints d'abcès maxillo-faciaux : une augmentation de la CRP, >1 espace anatomique infecté, ainsi qu'une augmentation du délai opératoire.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

LES CELLULITES CERVICO-FACIALES A PROPOS DE 611 CAS AU CHU DE CONSTANTINE ALGERIE

S. Benazzouz*, L. Chakmak, S. Smaili, N. Benhalette, A. Saidi

INTRODUCTION

Les cellulites cervico-faciales sont des infections des tissus cellulo-adipeux de la face et/ou du cou, se développant à partir d'une infection banale, dentaire le plus souvent, dont les potentialités extensives peuvent être graves et engager le pronostic vital.

METHODES

Une étude prospective, monocentrique réalisée au service de Chirurgie maxillo-faciale du CHU Constantine. En 34 mois nous avons pu observer, 611 cas de CCF, démontrant que la fréquence de cette infection est inquiétante. Les différents aspects épidémiologiques, cliniques, Paracliniques, thérapeutiques, évolutifs et préventifs de cette pathologie ont été démontrés, en comparant nos résultats aux données de la littérature.

RESULTATS

L'étude comportait 326 hommes et 285 femmes. La tranche d'âge la plus touchée était l'adulte jeune (55,2 %). Les principaux facteurs favorisants étaient la mauvaise hygiène bucco-dentaire (76 %), le tabac (41 %) et l'alcool (19 %). La notion de prise d'anti inflammatoire non stéroïdien était retrouvée dans 31 % des cas. Le délai moyen de consultation était de 5 jours. Le principal motif de consultation était une tuméfaction cervico-faciale (100 %) douloureuse (69,1) associée à un trismus (68.1) et une fièvre (38,3 %).

04 patients étaient positifs à la SARS COV 19. Le scanner cervico-facial a été réalisé chez 17.2% des patients. Une prise en charge thérapeutique adéquate a permis une évolution favorable dans 96,7 % des cas. On recense 05 décès due à un choc septique (0,8 %). Le diagnostic doit être fait précocement et la prise en charge thérapeutique doit être pluridisciplinaire afin d'espérer une guérison et d'éviter les complications qui peuvent souvent être fatales.

CONCLUSION

La gravité des CCF est corrélée à leur extension locorégionale. La prise en charge est multidisciplinaire se basant sur un trépied thérapeutique comportant un volet médical, un drainage chirurgical et un traitement de la dent causale.

En fait, la prévention primaire reste le meilleur moyen de lutter contre cette pathologie.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

CELLULITES MAXILLAIRES D'ORIGINE DENTAIRE : PRISE EN CHARGE

I. Ben El Mamoun*, B. Bendali, Y. Najim, H. Beniakhly, M. Lakouichmi, N. Mansouri Hattab

Introduction

- La cellulite faciale est une infection grave potentiellement mortelle, sa localisation maxillaire engage rarement le pronostic vital.
- L'objectif est d'évaluer leur prise en charge ainsi que leur évolution.

Matériels et Méthodes

Étude rétrospective, colligeant 172 patients présentant une cellulite cervico faciale, admisent et pris en charge au sein du service de CMF et esthétique de janvier 2020 à décembre 2022.

Résultats

L'âge moyen de nos patients était de 29 ans, prédominance masculine. Le diabète et la prise d'AINS sont les antécédents les plus communs. La localisation péri maxillaire représente 28% de notre échantillon. Les formes diffuses ne représentent que 2%. La carie dentaire domine les étiologies. Les germes les plus incriminés sont le streptocoque Alpha hémolytique et staphylocoque aureus. La prise en charge thérapeutique consiste à une bi antibiothérapie dans 77,4 % des cas associée à un drainage chirurgical dans les formes collectées sans omettre le traitement de la dent causale. L'évolution a été favorable dans la majorité des cas.

Discussion

Le profil épidémiologique et clinique de notre série cadre avec les données de la littérature.

La prise d'AINS et les cellulites post extractionnel distingue notre étude

La TDM et L'IRM doivent être de mise selon BOYET devant toute suspicion de cellulite faciale. Dans notre étude, leurs usages été limite malgré leurs valeurs localisatrices certaine.

Notre protocole thérapeutique cadre avec les données de la littérature.

Conclusion :

- La prise en charge thérapeutique consistant en une bi-antibiothérapie et un drainage chirurgical, associés au traitement de la dent causale.
- Les germes les plus incriminés sont le streptocoque Alpha hémolytique et staphylocoque aureus.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

TUBERCULOSE MANDIBULAIRE PSEUDO TUMORALE DE DECOUVERTE FORTUITE

M. Millogo*, M. Idani, M. Sanfo, M. Dargani, T. Konsem

Introduction : la tuberculose extra pulmonaire avec localisation faciale est une affection rare, de découverte fortuite et le plus souvent inattendue, parfois source d'égarement diagnostique. **Observation clinique** : Les auteurs rapportent le cas clinique d'un patient de 22 ans qui a consulté pour une tuméfaction mandibulaire d'évolution insidieuse sans aucun signe d'appel, avec une image polygédodique et des rhizalyses à la radiographie. Cette tuméfaction prise pour une tumeur bénigne odontogène a bénéficié d'une exérèse chirurgicale. L'examen histo-pathologique de la pièce opératoire a mis en évidence un granulome épithélioïde et giganto-cellulaire avec nécrose caséuse. L'IDR à la tuberculine était fortement positive, les crachats Barr étaient négatifs, la radiographie pulmonaire était normale. Aucune localisation secondaire n'a été formellement identifiée. Le patient a été mis sous traitement antituberculeux. **Discussion** : la tuberculose mandibulaire est extrêmement rare et se manifeste volontiers sous forme d'ostéite. Lorsque le tableau clinique simule une tumeur bénigne, le diagnostic n'est pas évident surtout dans un contexte non évocateur. **Conclusion** : la tuberculose est toujours d'actualité, et peut se cacher sous tous les masques.

Mots clés : tuberculose, mandibule, pseudotumeur, découverte fortuite

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

DYSPLASIE CEMENTO-OSSEUSE ET OSTEOMYELITIS : UNE COMBINAISON COMPLEXE

A. Belmehdi*, B. Taleb

Introduction

Les dysplasies cémento-osseuses sont des lésions fibro-osseuses bénignes des maxillaires, développées aux dépens de l'architecture osseuse normale. Généralement asymptomatique, la dysplasie cémento-osseuse est souvent découverte fortuitement lors d'un bilan radiologique. Rarement, une infection peut survenir et l'atteinte devient alors symptomatique, se manifestant par une tuméfaction douloureuse, un exsudat purulent avec fistulisation cutanée et formation de séquestres.

Matériels et méthodes

L'objectif de ce travail est de présenter les cas de deux patientes atteintes d'une dysplasie cémento-osseuse floride compliquée par une ostéomyélite, prises en charge au niveau du service de chirurgie orale de la faculté de médecine dentaire de rabat.

Ces cas présentent des manifestations cliniques différentes (ostéomyélites aiguës suppurées, ostéomyélites chroniques avec fistule cutanée) et ont été traités avec succès en combinant les deux approches médicales et chirurgicales.

Discussion

La dysplasie cémento-osseuse est une lésion fibro-osseuse bénigne et rare. Elle a été signalée pour la première fois par Bhaskar et Cutright en 1968 sous le terme d'énostoses multiples. Ces auteurs furent les premiers à décrire les critères cliniques, pathologiques et radiologiques de la lésion et à utiliser le terme de dysplasie osseuse floride. Cette lésion est le plus souvent asymptomatique, révélée fortuitement lors d'un examen radiologique. Elle se manifeste parfois par une douleur suite un épisode infectieux, un exsudat purulent et une fistule muqueuse et/ou cervicofaciale. Cette infection est due à une exposition endobuccale des masses osseuses. Le symptôme révélateur est rarement une dysmorphie faciale.

Conclusion

La dysplasie cémento-osseuse représente une entité rare des maxillaires, diagnostiquée principalement par ses caractéristiques cliniques, radiologiques et histopathologiques. Sa nature et sa localisation facilitent le diagnostic différentiel. Lorsque cette pathologie est asymptomatique, aucun traitement chirurgical n'est nécessaire. Cependant, une infection secondaire pourrait se produire et son traitement serait difficile et compliqué. Une surveillance clinique et radiologique est nécessaire pour prévenir des éventuelles complications infectieuses.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

PRISE EN CHARGE DES MALFORMATIONS VASCULAIRES DE LA FACE: OU EN EST ON?

A. Paré*, A. Joly, A. Maruani, G. Boulouis, D. Herbreteau

Introduction: La prise en charge des malformations vasculaires de la Face (MV) repose sur une équipe pluridisciplinaire impliquant principalement les spécialités de dermatologie, de radiologie et de chirurgie. Le traitement peut être médical, chirurgical et/ou radiologique interventionnel selon le siège et la nature de la malformation qui peut être d'origine veineuse, artério-veineuse, capillaire ou lymphatique.

Matériels et méthodes: Nous présentons les séquences thérapeutiques des MV selon leur nature, leur localisation et l'étendue de la malformation. Les molécules disponibles à l'heure actuelle, Les produits d'embolisation ou de sclérose ainsi que la prise en charge chirurgicale (i.e., marges de résection, reconstruction) de ces lésions parfois complexes sont exposés dans cette mise au point.

Discussion: Le traitement doit prendre en compte le type de MV et le caractère local ou loco-régional de la maladie. L'arsenal thérapeutique est vaste mais ne permet pas toujours de traiter de façon curative ces lésions présentant parfois une extension massive, une sensibilité au traitement médicale limitée, l'absence de critère de résécabilité et/ou de solution radiologique interventionnelle. Selon les cas, une chirurgie curative ou de réduction peut être envisagée. Leur prise en charge doit prendre en compte leur sensibilité aux traitements ainsi que le pronostic de la malformation.

conclusions: Les MV peuvent se présenter sous forme de lésion localisée ou étendue. Elle peuvent avoir un impact fonctionnel, esthétique et social majeur ainsi qu'un pronostic sévère justifiant leur prise en charge dans un centre de compétence.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

PRISE EN CHARGE DES MALFORMATIONS VASCULAIRES LABIALES

A. Chatellier*, C. Petitjean, C. Barbier, C. Pottier, A. Domp martin, H. Benateau

Introduction

Quelle que soit l'anomalie vasculaire, la localisation labiale est fréquente et pose des problèmes spécifiques esthétiques et fonctionnels. La prise en charge de ces malformations nécessite une approche pluridisciplinaire, expérimentée et prudente. La place de la chirurgie dans le traitement est relativement bien définie et dépend de la nature exacte de la malformation vasculaire selon la classification de l'ISSVA (International Society for the Study of Vascular Anomalies), de sa taille et de son évolutivité.

Matériel et méthode

C'est à partir de plusieurs cas cliniques de malformations vasculaires labiales (malformation artério-veineuse, malformation veineuse, malformation capillaire et hémangiome) que nous détaillons la prise en charge effectuée dans notre service.

Résultats et discussion

La prise en charge comprend le traitement de l'anomalie vasculaire et celui de son retentissement fonctionnel, esthétique et psychologique. Le grand polymorphisme justifie l'utilisation de techniques chirurgicales variées pour aboutir à une symétrie, une compétence labiale au repos et une fonction labiale la plus normale possible. Toutes les techniques de chirurgie réparatrice des lèvres sont utilisables.

Conclusion

La thérapeutique doit être planifiée et toujours réévaluée au fur et à mesure de l'évolution de la malformation et du traitement. La qualité du résultat tient souvent à la justesse de leur association et à une prise en charge par une équipe rodée.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

TRAITEMENT DES MALFORMATIONS ARTERIOVEINEUSES DES TISSUS MOUS DE LA FACE ET DU COU : CHIRURGIE ET EMBOLISATION L'EXPERIENCE D'UN CENTRE FRANÇAIS SUR 10 ANS

P. Molla De Testa*, V. Poulet

Intro : Les MAV sont caractérisées par leur difficulté de prise en charge et un fort taux de récurrence. Les pratiques sont très hétérogènes. La tendance actuelle s'oriente vers une combinaison de traitement endovasculaire et chirurgical.

Rapporter l'expérience d'un centre qui pratique depuis 10 ans un protocole embolisation chirurgie pour les MAV des tissus mous de la face et du cou.

Matériels et méthode : Etude rétrospective entre 2008 et 2018

Résultats : 32 patients avec MAV face et cou pris en charge par embolisation puis chirurgie à J2. Pour 24 patients, il n'y a pas eu de récurrence avec un suivi moyen de 3 ans 8 patients ont présenté une récurrence nécessitant un traitement complémentaire.

Parmi les patients ayant récidivé, 5/8 ont nécessité un geste complémentaire unique. Un seul patient présentant une volumineuse MAV a nécessité une transfusion et un séjour en soins continus. Cinq autres patients ont souffert de complications mineures : paralysie d'un rameau du nerf facial, kératite, cicatrice disgracieuse nécessitant une reprise.

Conclusion : Le protocole embolisation puis chirurgie à J2 est sûr et efficace pour les MAV des tissus mous de la face et du cou, avec un taux de récurrence de 25%.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

LES MALFORMATIONS ARTERIO VEINEUSES CERVICO FACIALES : EXPERIENCE DU SERVICE DE CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE DU CHU IBN SINA DE RABAT

O. Boukhrouf*, O. Hamidi, M. Boulaadas

INTRODUCTION

Les malformations artérioveineuses résultent d'une anomalie structurelle des vaisseaux dont le pronostic esthétique, psychologique, fonctionnel ou vital est mis en jeu, ce qui nécessite une prise en charge adéquate et multidisciplinaire .

MATERIELS ET METHODES

Il s'agit d'une étude rétrospective à propos de 21 patients suivis au service de chirurgie maxillo-faciale et stomatologie à l'hôpital des spécialités rabat durant une période de 3 ans allant de Janvier 2020 à Janvier 2023 .

RÉSULTATS

L'âge varie de 2 an à 65 ans. On a retrouvé 15 cas de malformations veineuses, et 6 cas de malformations artérielle . Tous nos patients ont bénéficié d'un angioscanner. 3 de nos patients ont bénéficié d'une embolisation seule , et 12 patients ont bénéficié d'un traitement chirurgical combiné ou exclusif . L'évolution était favorable dans la majorité des cas.

DISCUSSION

Les malformations artérioveineuses sont présentes dès la naissance, mais peuvent se manifester après une période quiescente de quelques mois a quelques années, notamment en cas de localisation profonde.

Le diagnostic est avant tout clinique et doit etre confirmé par échographie doppler et IRM.La radiologie interventionnelle percutanée ou angiographique joue un rôle important dans la prise en charge de ces patients. Le traitement des malformations artérioveineuses est complexe et fait appel à une prise en charge multidisciplinaire reposant sur des médicaux, interventionnels, sclérothérapie, laser vasculaire ...

La chirurgie quant a elle joue un rôle crucial, notamment des les malformations de grand volume, elle permet une exérese complete ou une réduction de la malformation .

CONCLUSION

La localisation cervicofaciale fréquente des malformations artério veineuses impose au chirurgien maxillo-facial une connaissance de la pathologie et des principes de sa prise en charge.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

EVOLUTION ATYPIQUE D'UNE MALFORMATION CAPILLAIRE FACIALE SUR DYSFONCTION CAROTIDIENNE.

A. Chatellier*, AC. Bildstein, C. Barbier, C. Pottier, A. Domp martin, H. Benateau

Introduction

Nous rapportons ici le cas d'un patient de 76 ans avec une malformation capillaire faciale avec une évolution hypertrophique atypique en 6 mois.

Matériel et méthode

Il s'agit d'un patient présentant une malformation capillaire plane, stable depuis la naissance. En 6 mois, il a été constaté une évolution hypertrophique et nodulaire rapide et majeure de la région mentonnière et labiale, associée à des saignements itératifs. Un pendulum mentonnier est apparu en 2 mois.

Une IRM du massif facial a mis en évidence une hypertrophie des parties molles de la région mentonnière et labiale avec une infiltration musculaire. L'écho-doppler a retrouvé un réseau artériel et veineux physiologique sans argument en faveur de fistules artério-veineuses. Il existait une artériole afférente centrale au niveau de la malformation capillaire pédiculée. Une écho-doppler des troncs supra-aortiques a permis de mettre en évidence une sténose significative de l'artère carotide interne gauche à 90%. Un angio-scanner retrouvait un important recrutement du réseau carotidien externe.

Résultats et discussion

Une revascularisation par angioplastie a permis une stabilisation des nodules et un arrêt des saignements. Une chirurgie a ensuite été proposée aux stades de séquelles. La reconstruction a été assurée par la réalisation d'un lambeau cervical. Le traitement chirurgical de l'hypertrophie labiale inférieure a été proposé dans un second temps.

Conclusion

La particularité de ce cas réside dans l'évolution extrêmement rapide vers une forme nodulaire hémorragique chez un patient âgé qui n'a jamais bénéficié de prise en charge de sa malformation capillaire. L'hypothèse retenue pour expliquer l'accutisation de la maladie est la sténose quasi-complète de l'artère carotide interne gauche, responsable d'un développement du réseau carotidien externe et donc de l'artère faciale alimentant la malformation.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

Pathologie tumorale maligne

REALIMENTATION PRECOCE DANS LES LAMBEAUX LIBRES DE LA CAVITE ORALE, RESULTATS PRELIMINAIRES

H. Poncet*, F. Delanoë, A. Prevost

Introduction

Après une chirurgie de reconstruction par lambeau libre de la cavité orale, la reprise alimentaire est retardée afin de limiter les complications infectieuses et salivaires locales. Ce délai à la reprise alimentaire majore la durée d'hospitalisation

La littérature récente a montré que la réalimentation précoce permettrait de réduire la dénutrition, durée d'hospitalisation et durée d'utilisation de sonde nasogastrique.

L'objectif de notre étude est de comparer les complications post-opératoires chez les patients reconstruits par un lambeau libre de la cavité buccale avec réalimentation précoce ($J \leq 2$) contre réalimentation conventionnelle ($J \geq 3$).

Matériel et Méthodes

Les données ont été récupérées rétrospectivement chez tous les patients consécutifs opérés d'un lambeau libre de la cavité buccale dans le service de CMF du CHU de Toulouse entre janvier 2021 et décembre 2022. La décision d'une réalimentation précoce ou conventionnelle revenait au chirurgien. Les complications jusqu'à 30 jours post opératoires, durée d'hospitalisation et de sonde nasogastrique ont été répertoriées.

Résultats

Sur les deux années de recueil, 15 patients ont repris une alimentation per os dès J0 ou avant J2 post opératoire, 60 patients à partir de J3.

L'âge moyen des patients est de 63,3 ans, comprenant 15 femmes pour 25 hommes.

Parmi les 6 patients du groupe réalimentation précoce, 1 patient (16,6%) a nécessité une reprise chirurgicale contre 20 patients sur 34 (58,8%) du groupe réalimentation conventionnelle.

La durée d'hospitalisation moyenne était de 8,8 jours dans le groupe précoce contre 20,4 jours dans le groupe conventionnel.

La durée moyenne d'utilisation de sonde nasogastrique était de 1,7 jours dans le groupe précoce contre 12,2 jours dans le groupe conventionnel.

Discussion

Le site de reconstruction est un élément majeur à prendre en compte dans le choix d'une réalimentation précoce. Les reconstructions maxillaires et de la face interne de joue pourraient être candidates à une reprise alimentaire immédiate.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

ADDICTIONS, SOCIAL DEPRIVATION AND CESSATION FAILURE IN HEAD AND NECK SQUAMOUS CELL CARCINOMA SURVIVORS

L. Nokovitch*, Y. Kim, P. Zrounba, PE. Roux, M. Poupart, R. Giagnorio, D. Triviaux, C. Maquet, J. Thollin, N. Arantes, N. Thomas, B. Fervers, S. Deneuve

Introduction: To evaluate the evolution of addictions (tobacco and alcohol) and social precarity in head and neck squamous cell carcinoma survivors when these factors are addressed from the time of diagnosis. Materials and methods: Addictions and social precarity in patients with a new diagnosis of HNSCC were assessed through the EPICES score, the Fagerström score, and the CAGE questionnaire. When identified as precarious/dependent, patients were referred to relevant addiction/social services. Results: One hundred and eighty-two patients were included. At the time of diagnosis, an active tobacco consumption was associated with alcohol drinking (Fisher's exact test, $p < 0.001$). Active smokers were more socially deprived (mean EPICES score = mES = $36.2 [\pm 22.1]$) than former smokers (mES = $22.8 [\pm 17.8]$) and never smokers (mES = $18.9 [\pm 14.5]$; Kruskal-Wallis, $p < 0.001$). The EPICES score was correlated to the Fagerström score (Kruskal-Wallis, $p < 0.001$). Active drinkers (mES = $34.1 [\pm 21.9]$) and former drinkers (mES = $32.7 [\pm 21]$) were more likely to be socially deprived than those who never drank (mES = $20.8 [\pm 17.1]$; Kruskal-Wallis, $p < 0.001$). A Fagerström score improvement at one year was associated to a CAGE score improvement (Fisher's exact test, $p < 0.001$). Tobacco and alcohol consumption were more than halved one year after treatment. Patients who continued to smoke one year after diagnosis were significantly more likely to continue to drink (Fisher's exact test, $p < 0.001$) and had a significantly higher initial EPICES score (Kruskal-Wallis, $p < 0.001$). Conclusions: At one year, addictions and social deprivation tend to improve when taken care of from the diagnosis. The most dependent patients and those with multiple frailties are at highest risk of cessation failure.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

CANCERS DE LA CAVITE BUCCALE CHEZ LE SUJET JEUNE AU SENEGAL. BILAN DE 3 ANNEES D'ACTIVITE AU CHU ARISTIDE LE DANTEC DE DAKAR

S. Toure*, SBM. Mbengue, A. Ndiaye, MM. Ndiaye, BK. Diallo

Introduction:

Les cancers de la cavité buccale chez les sujets jeunes ont un profil légèrement différent de celui retrouvé dans la population générale au Sénégal . L'épidémiologie de ces tumeurs a suscité notre intérêt

Matériels et méthodes:

Une étude rétrospective descriptive et analytique a été réalisée au CHU Aristide Le Dantec de Dakar sur une période de 3 ans avec différents paramètres comme l'âge, le sexe, la durée de la symptomatologie clinique, le type histologique, le siège de la tumeurs, le stade évolutif, ...

Résultats et discussion :

Sur une période de 3 ans, 58 cas de cancers ont été recensés chez des sujets jeunes de moins de 45 ans avec 34 de sexe masculin et 24 de sexe féminin avec un sex-ratio de 1,41. L'âge moyen était de 33 ,2 ans avec des extrêmes de 3 à 45 ans. La durée moyenne de la symptomatologie clinique était de 6,59 mois. L'intoxication alcool-tabagique représentait à peine 10% . La majorité des cas de cancers ont été diagnostiqués au stade T3-T4, inopérables. Le type histologique le plus retrouvé était le carcinome épidermoïde dans 79, 3 %. Suivaient les sarcomes puis les lymphomes. Le diagnostic trop tardif est un handicap pour une prise en charge efficace. La proportion de sujets jeunes atteints de cancers de la cavité buccale semble trop élevée et l'intoxication alcool-tabagique est moins importante qu'en Occident.

Conclusion:

Au Sénégal, le cancer de la cavité buccale chez les sujets jeunes est une réalité avec un profil épidémiologique légèrement différent de celui retrouvé dans la population générale. C'est celui d'une personne relativement jeune, de sexe plutôt masculin , contrairement à la population générale qui est de sexe féminin, ni éthylique, ni tabagique, découvert tardivement au stade T3-T4, souvent inopérables et dominés par le carcinome épidermoïde

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

CREATION D'UNE RCP MULTIDISCIPLINAIRE POUR LA PRISE EN CHARGE MEDICO-CHIRURGICALE DE L'OSTEORADIONECROSE MANDIBULAIRE

JP. Foy*, A. Bleibtreu, L. Drieux, J. Bouaoud, A. Chaîne, A. Girod, M. Benassarou, T. Schouman, C. Bertolus

L'ostéoradionécrose (ORN) mandibulaire s'observe chez 10% des patients ayant reçu un traitement par radiothérapie pour un cancer des voies aéro-digestives supérieures. Il s'agit d'une complication grave et récidivante, altérant significativement la qualité des vies des patients, dont la prise en charge complexe combine une prise en charge médicale et chirurgicale conservatrice ou non (mandibulectomie interruptrice) suivant le stade de la maladie. Devant la complexité de cette prise en charge, une réunion de concertation pluridisciplinaire, impliquant chirurgiens maxillo-faciaux, infectiologues, microbiologiste, anesthésiste réanimateur et pharmaciens, a récemment été mise en place au sein du Groupe Hospitalier Pitié-Salpêtrière (GHPS) dans le cadre de sa labellisation « Centre de Référence des infections ostéoarticulaires complexes » (CRIOAC). Nous proposons de décrire notre expérience liée à la prise en charge de ces patients dans le cadre de cette RCP, en détaillant le nombre de patients traités, notre attitude chirurgicale et médicale (type et durée de l'antibiothérapie), et de la mettre en perspective par rapport à notre prise en charge antérieure.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

CONSERVATION DU NERF ALVEOLAIRE INFÉRIEUR DANS LA PRISE EN CHARGE CHIRURGICALE DE L'OSTÉORADIONÉCROSE MANDIBULAIRE PAR MANDIBULECTOMIE INTERRUPTRICE : ET SI C'ÉTAIT SYSTÉMATIQUE ?

J. Drouet*, R. Garmi, B. Ambroise, A. Chatellier, A. Veysiere, H. Benateau

Introduction

La prise en charge chirurgicale des patients atteints d'ostéoradionécrose (ORN) mandibulaire par mandibulectomie interruptrice consiste aujourd'hui à réaliser un lambeau libre osseux. La qualité de vie du patient est dépendante de la reconstruction mais aussi du respect des fonctions qui y sont associées. Nous proposons d'évaluer la sensibilité après conservation du nerf alvéolaire inférieur sur 1an et d'en préciser la technique chirurgicale.

Matériel et méthode

Il s'agit d'une série de patients consécutifs opérés d'ORN et qui conservaient en préopératoire une sensibilité sur le territoire du V3, le nerf a été repéré au moment de la mandibulectomie, puis libéré à l'aide d'un piezotome puis dérouté de son canal alvéolaire inférieur. Une évaluation de la sensibilité des patients ainsi traités a été réalisée par un seul examinateur en consultation : préopératoire, M3, M6 et M12 postopératoire. Les zones testées sont identiques d'une évaluation à l'autre. La technique chirurgicale est iconographiée.

Résultats

Sur les 3 patients consécutifs, un recul de 12 mois minimum avec une moyenne de 22 mois. Les résultats de l'évaluation de la sensibilité labiomentonnière sont détaillés. La technique est simple et reproductible. L'augmentation du temps opératoire n'est pas significatif dans ces interventions déjà longues.

Conclusion

Après une période postopératoire de 12 mois, la récupération de la sensibilité permet d'espérer offrir au patient une meilleure qualité de vie. Cette technique simple et rapide pourrait être réalisée de façon systématique chez les patients dont la sensibilité labiomentonnière est conservée.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

Bases fondamentales
Nouvelles technologies
Recherche

AI-BASED DIAGNOSIS IN FETAL PATHOLOGY USING EXTERNAL EAR SHAPES

Q. Hennocq*, N. Garcelon, T. Bongibault, T. Bouygues, S. Marlin, J. Amiel, L. Boutaud, M. Douillet, S. Lyonnet, V. Pingault, A. Picard, M. Rio, T. Attie-Bitach, RH. Khonsari, N. Roux

Introduction: External ear analysis in fetuses provides key clinical elements for antenatal and post-mortem diagnoses. Here we trained an automatic phenotype assessment tool to recognize syndromic ears in two syndromes, CHARGE and Mandibulo-Facial Dysostosis with Microcephaly (MDFM), versus controls.

Methods: We trained an automatic model on all profile pictures of children diagnosed with genetically confirmed MFDM and CHARGE syndromes, and a cohort of control patients, collected from 1981 to 2023 in Necker-Enfants Malades Hospital (Paris) with a visible external ear. The model consisted in extracting landmarks from photographs of external ears, in applying geometric morphometry methods (Procrustes transformation) and in classification using an eXtreme Gradient Boosting (XGboost) model. The approach was then tested on photographs of two groups of fetuses: controls or with CHARGE and MFDM syndromes.

Results: The training set contained a total of 1592 ear photographs, corresponding to 550 children. The validation set contained a total of 51 ear photographs, corresponding to 51 fetuses. The overall accuracy was 72.6% (58.3 - 84.1%, $p < 0.001$), and 76.4%, 74.9% and 86.2% respectively for CHARGE, control and MFDM fetuses. The AUC were 86.8%, 87.5% and 90.3% respectively for CHARGE, controls and MFDM fetuses.

Conclusion: We report the first automatic fetal phenotyping model, with satisfactory classification performances. Further validations are required before using this approach as a diagnostic tool.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

INTRODUCING AN AI-BASED PHENOTYPING MODEL ON 2D PHOTOGRAPHS FOR SYNDROMIC CRANIOSYNOSTOSES

Q. Hennocq*, T. Bongibault, C. Collet, M. Rio, J. Amiel, V. Cormier-Daire, M. Douillet, L. Van De Lande, A. Rickart, S. Schievano, J. Ong, D. Dunaway, G. Paternoster, A. Picard, N. Garcelon, E. Arnaud, RH. Khonsari

Background. Two to three thousand syndromes include facial anomalies. Their detection may require the eye of an expert in dysmorphology. Syndromic craniosynostoses can be linked to several genes, including *FGFR-2* (Crouzon, Apert, Pfeiffer syndromes) and *-3* (Muenke syndrome), or *TWIST1* (Saethre Chotzen syndrome), and can present with a wide spectrum of phenotypes, ranging from mild exorbitism to major facial retrusion with severe obstructive sleep apnea syndrome and the need for tracheotomy.

Methods. Here we present an innovative tool dedicated to the screening of facial abnormalities in children developed using a unique clinical photographic database. The process was based on the automatic detection of landmarks on frontal, profile and ear photographs, superposition of point clouds, geometric morphometrics, texture analysis of facial key-points, dimension reduction and application of different classification algorithms.

Our objectives were: 1) diagnose syndromic craniosynostoses, 2) understand phenotypic features involved in diagnosis, 3) establish phenotypic differences within the same syndrome (genotype/phenotype correlations), 4) correlate facial retrusion with the severity of airway narrowing (sleep apnea, tracheostomy).

Results and conclusions. 381 patients with genetically confirmed syndromic craniosynostoses have been included. This study is currently being conducted and results will be presented at the time of the SFSCMFO meeting.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

SIMULATION D'UNE DISTRACTION MANDIBULAIRE - PARTIE 1 : MODELISATION MECANIQUE DU PERIOSTE

A. Hamma*, J. Boisson, V. Serantoni, N. Kadlub, J. Dallard

Le périoste est un tissu conjonctif fibreux, fin, bicouche qui joue un rôle dans la réparation et la croissance des os. Sa couche externe contient des fibres de collagène et d'élastine tandis que la couche interne présente une densité cellulaire élevée. Le périoste est ancré à l'os par des fibres de Sharpey, fibres solides riches en collagène.

Le périoste a une structure et un comportement non linéaire lorsqu'il est soumis à une contrainte de traction. De plus, l'orientation des fibres de collagène induit une anisotropie.

Récemment, il a été démontré que le périoste contribue de manière significative aux forces opposées lors de la distraction mandibulaire.

La littérature fait état de différentes lois de comportement caractérisant le comportement mécanique des tissus mous biologiques.

Le travail présenté compare différentes combinaisons de lois modélisant le comportement mécanique du périoste mandibulaire.

Matériels et méthodes

Les différents paramètres des modèles sont identifiés sur cinq spécimens de périoste mandibulaire humain. Chacun des spécimens a été coupé en deux échantillons, afin de les tester dans deux directions différentes : longitudinalement et transversalement à la direction des fibres de collagène.

Cette différenciation permet de mettre en avant les contributions de la matrice cellulaire et des fibres de collagène. Une fois une combinaison de lois identifiée, nous avons validé cette dernière sur douze échantillons.

Résultats

La combinaison identifiée utilise la loi simplifiée de Rivlin au second ordre pour modéliser la contribution hyperélastique de la matrice cellulaire, ainsi que les lois de Kulkarni pour les autres contributions. Ce modèle a ensuite été implémenté dans un code numérique pour modéliser le comportement mécanique du périoste mandibulaire lors d'une distraction mandibulaire.

Conclusion

Ce modèle de simulation permettra de prédire la réponse possible du périoste mandibulaire lorsqu'il est soumis à un déplacement mécanique, afin d'améliorer la planification chirurgicale et comprendre la réparation périostée.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

SIMULATION D'UNE DISTRACTION MANDIBULAIRE - PARTIE 2 : IMPLEMENTATION NUMERIQUE ET RESULTATS

A. Hamma*, J. Boisson, V. Serantoni, N. Kadlub

Les hypoplasies acquises ou congénitales de la mandibule ont un impact sur la mastication, la déglutition, la ventilation mais aussi sur l'acceptation « esthétique » chez un enfant en cours de croissance. Une des options thérapeutique visant à corriger cette hypoplasie est la distraction ostéogénique mandibulaire. Cette technique chirurgicale consiste en un allongement osseux progressif et est couramment utilisée en chirurgie maxillo-faciale pédiatrique.

Methodes :

Pour simuler une distraction mandibulaire, nous avons utilisé un scanner de mandibule afin d'en extraire sa géométrie. Ensuite, plusieurs homothéties ont été appliquée sur le modèle volumique afin d'obtenir deux couches : une qui modélise les fibres de Sharpey, l'autre qui modélise le périoste. Pour modéliser le comportement mécanique du périoste, nous avons implémenté dans le logiciel ABAQUS la loi présentée dans la partie 1. Pour le comportement de l'os et des fibres de Sharpey, nous avons choisi de leur appliquer une loi élastique isotrope linéaire. Un déplacement de 1 mm est appliqué afin d'observer les contraintes dans le périoste et de récupérer la force résultante.

Résultats

A la fin de la simulation, nous obtenons une force résultante du même ordre de grandeur que lors d'une distraction mandibulaire.

Conclusion

La simulation diverge aux alentours de 0.8 mm de déplacement. Nous travaillons sur l'amélioration du modèle afin d'obtenir un déplacement de 1 mm. De plus, nous mettons en place une campagne expérimentale afin de caractériser le comportement des fibres de Sharpey, pour remplacer la couche les modélisant par des éléments plus représentatifs de la réalité.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

ADHESIF INNOVANT BIO-INSPIRE POUR LA FIXATION OSSEUSE

M. Schlund*, J. Dartus, S. Defrançois, J. Ferri, N. Blanchemain, P. Woisel, J. Lyskawa, F. Chai

Introduction

L'utilisation de matériel d'ostéosynthèse métallique pour la fixation osseuse n'est pas adaptée à certaines situations (fractures articulaires, pédiatriques), de plus, il est source de complication et de chirurgies secondaires d'ablation de ce matériel. L'objectif de cette étude est de développer un adhésif osseux minéral-organique composé de tétracalcium phosphate (TTCP), phosphosérine (OPS) et de nanoparticules de polydopamine (nPDA).

Matériels & Méthodes

L'adhésif a été optimisé et caractérisé par des tests d'adhésion sur des échantillons en titane *in vitro* et sur des échantillons osseux *ex vivo*. La biominéralisation a ensuite été évaluée après immersion dans du fluide corporel simulé. La cytotoxicité a été évaluée par des tests en contact indirect (méthode d'extraction). Une évaluation *in vivo* à l'aide d'un modèle animal chez le rat de fixation d'autogreffe en apposition de fibula sur le tibia a finalement été réalisé.

Résultats, Discussion

La formulation optimale était la suivante : 50%_{mol}TTCP/50%_{mol}OPS-2%_{wt}nPDA avec un ratio liquide-poudre de 0,21 mL/g. Cet adhésif présentait une adhésion supérieure (1-1,6 MPa) à l'os cortical bovin après 24 heures d'immersion dans du liquide physiologique comparativement à l'adhésif sans nPDA (0,5-0,6 MPa). La biominéralisation était plus rapide et plus abondante. *In vivo*, l'autogreffe de fibula était fixée sans déplacement secondaire avec succès (86% et 71% à 5 et 12 semaines respectivement) comparativement à l'absence de fixation (0% de succès). Une couverture de la surface de l'adhésif par de l'os était observé, en lien avec les propriétés ostéoinductives des nPDA.

Conclusion

L'adhésif TTCP/OPS-nPDA répond efficacement aux nécessités cliniques de la fixation osseuse. De plus, cet adhésif pourrait être fonctionnalisé par l'intermédiaire des nPDA pour ajouter d'autres propriétés biologiques comme par exemple des propriétés antibactériennes.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

BIOCERAMIQUE PERSONNALISEE AVEC VASCULARISATION AXIALE POUR LA RECONSTRUCTION SEGMENTAIRE MANDIBULAIRE : PREUVE DE CONCEPT CHEZ LE GROS ANIMAL

A. Paré*, B. Charbonnier, P. Corre, P. Weiss, B. Laure, O. Gauthier, D. Marchat

introduction: La reconstruction des pertes de substance segmentaires mandibulaires (SMD) repose principalement sur les lambeaux libre osseux (LLO). Comme alternative à cette approche fiable mais associée à des limites éthiques et techniques (morbidity du site donneur, conformation osseuse), les stratégies d'ingénierie tissulaire osseuse (ITO) semblent prometteuses. Cependant, l'ITO a une efficacité limitée dans les reconstructions osseuses étendues, notamment à cause du manque de vascularisation rapide de l'implant fabriqué par bio-ingénierie. L'insertion d'une vascularisation intrinsèque pour la formation rapide d'un angiosome semble ainsi une solution prometteuse.

Matériels et méthodes: Dans un modèle cliniquement pertinent (brebis), une biocéramique à base de phosphate de calcium, personnalisée, imbibée de moelle osseuse autologue et perfusée par une boucle artério-veineuse a été testée pour régénérer un SMD et a été comparée au LLO (standard clinique).

Résultats: Le groupe traité par LLO a été interrompu 2 semaines après la chirurgie en raison de considérations éthiques et de bien-être animal (échec de la procédure). La régénération par biocéramique vascularisée personnalisée a été bien tolérée cliniquement. Les biocéramiques étaient ostéointégrées et vascularisées après 3 mois d'implantation et totalement envahies par de l'os lamellaire à 12 mois avec de la moelle osseuse jaune dans la porosité de l'implant.

Discussion: La régénération fonctionnelle de grands volumes osseux comme les SMD reste un défi. La reconstruction standard par LLO présente des inconvénients éthiques et techniques. Les technologies d'ingénierie tissulaire combinées à la fabrication additive et des techniques chirurgicales pertinentes sont prometteuses mais nécessitent une preuve de concept préclinique.

Conclusions: Nos résultats ont montré qu'une approche sans substance biologiques synthétiques est capable de régénérer un SMD de taille critique dans un modèle préclinique pertinent, avec une régénération physiologique complète du SMD à 12 mois.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

THERAPIE CELLULAIRE, FRACTION VASCULAIRE STROMALE EN CMF, QU'EST CE QUE C'EST ?

L. Guyot*

La thérapie cellulaire est une modalité thérapeutique faisant appel aux cellules humaines pour réparer ou remplacer un tissu défaillant. De nombreux produits sont utilisés actuellement (PRP, PRF, FVS...) et le but de la présentation est de caractériser les modalités de production de ces produits, leur composition et leurs propriétés en mettant l'accent sur la Fraction VAsculaire Stromale (FVS). La FVS issue de la graisse du patient est débarrassée des adipocytes pour ne concentrer que les cellules circulantes (cellules souches mésenchymateuses, progéniteurs endothéliaux, péricytes et leucocytes) qui sécrètent des facteurs de croissance favorisant la cicatrisation et la régénération.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

ÉTUDE DU MICROENVIRONNEMENT DES OSTEOSARCOMES DES MACHOIRES A PARTIR DE MODELES PRE-CLINIQUES ET DE L'ANALYSE DE BIOPSIES HUMAINES

H. Bertin*, TT. Nham, F. Redini, A. Gomez-Brouchet

Introduction - L'ostéosarcome est la tumeur osseuse maligne primitive la plus fréquente. L'ostéosarcome des mâchoires (OsM) semble constituer une entité à part, bien différente de l'atteinte des os longs (OsOL). L'étude du microenvironnement spécifique des OSM est nécessaire afin d'identifier des marqueurs du pronostic et des nouvelles cibles thérapeutiques.

Matériels et méthodes - L'objectif de notre recherche était de 1/ créer des modèles murins d'OsM afin d'explorer le microenvironnement à l'état pré-clinique et de mener des études de ciblage thérapeutique; 2/ de mener une étude immunohistochimique sur tissu micro-arrays (TMA) des marqueurs du remodelage osseux (OPG, RANK, RANKL), de la vascularisation (CD146) et de l'immunité (CD163, CD68, CD4, CD8, PD-1/PD-L1) et de les comparer aux données de survie chez 50 patients atteints d'OsM.

Résultats - Trois modèles murins d'OsM ont été développés : Un modèle syngénique MOS-J, un modèle xénogénique HOS1544 et des modèles PDX. Ces modèles étaient semblables à la pathologie humaine en ce qui concerne les paramètres histomorphométriques. Le ciblage de la résorption osseuse par l'emploi d'un bisphosphonate a montré une augmentation significative de la croissance tumorale, de la dissémination métastatique et du volume osseux tumoral. L'étude immunohistochimique des TMAs a montré une corrélation significative entre les macrophages associés aux tumeurs (TAMs) CD163⁺ et la moindre survie globale (SG) et survie sans progression (SSP) des patients dans les OsM. Des marquages forts RANK et RANKL ont été identifiés dans les tumeurs, en lien avec une moindre SSP. Les marquages CD4⁺ et CD8⁺ des lymphocytes infiltrant la tumeur (TILs) étaient faibles et non associés aux données de survie. Le checkpoint immunitaire PD-1/PD-L1 semble jouer un rôle mineur dans la pathologie.

Conclusion - Les macrophages CD163⁺ représentent un marqueur de mauvais pronostic et une cible thérapeutique potentielle dans les OsM.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

L'INHIBITION SYSTEMIQUE DE FGFR3 RESTAURE UN PROCESSUS DE CONSOLIDATION OSSEUSE NORMAL DANS UN MODELE MURIN DE CHONDRODYSPLASIE

A. Morice*, A. De La Seiglière, A. Kany, L. Loisy, L. Legeai Mallet

Introduction

Les FGFRs régulent la formation et la réparation osseuse. Les mutations activatrices de FGFR2 et FGFR3 conduisent à des tableaux d'ostéochondrodysplasies.

Matériel et Méthodes

Nous rapportons ici l'analyse de la réparation osseuse après fractures mandibulaires non stabilisées dans un modèle murin d'hypocondroplasia, *Fgfr3*^{N534K/+} (Hch) et du syndrome de Crouzon, *Fgfr2c*^{C342Y/+}.

Résultats, discussion

Dans le modèle murin Hch, nous avons observé un retard de consolidation osseuse, une pseudarthrose, une réduction de la différenciation des chondrocytes et des défauts microarchitecturaux des cals. Les analyses transcriptomiques spatiales (zone cartilagineuse et osseuse des cals) révèlent une diminution significative de l'expression des gènes exprimés par les chondrocytes matures ou dans la phase de transdifférenciation en ostéoblastes (*Col1a1*, *Col11*, *Dmp1*, *Phospho1*, *Hmgb2*). Nous avons également observé un défaut d'homéostasie osseuse, caractérisé par des perturbations de l'expression des gènes impliqués dans les mécanismes d'autophagie et d'apoptose (*Smad1*, *Comp*, *Birc2*). Les gènes *Dusp3*, *Dusp9* et *Socs3* impliqués dans la régulation à la baisse de la voie MAPKinase fortement activée par FGFR3, étaient surexprimés. Contrairement au modèle Hch, nous n'avons montré aucun impact significatif de la mutation activatrice *Fgfr2c*^{C342Y/+} Crouzon au cours de la réparation osseuse. Ces résultats mettent en évidence les effets différentiels des mutations activatrices *Fgfr2* et *Fgfr3* lors de ce processus. Afin de confirmer le rôle majeur de FGFR3 dans la réparation osseuse, nous avons étudié les cals de réparation de mandibules fracturées des souris Hch traitées avec un inhibiteur des tyrosine kinase (BGJ398) et un analogue du CNP (BMN111) inhibant les voies de signalisation en aval de FGFR3. Nos résultats montrent que ces traitements restaurent le processus de consolidation dans ce modèle.

Conclusion

Nos résultats démontrent les conséquences des mutations activatrices de *Fgfr3* lors de la réparation osseuse endochondrale et ouvrent des perspectives thérapeutiques majeures chez les patients atteints d'ostéochondrodysplasies FGFRs.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

INGENIERIE TISSULAIRE OSSEUSE EN CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE : FRACTION STROMALE VASCULAIRE ET CELLULES SOUCHES MESENCHYMATEUSES DU TISSU ADIPEUX DANS UN IMPLANT EN CERAMIQUE.

L. Brochet*, C. Marquette

L'ingénierie tissulaire osseuse a été développée pour repousser les limites des méthodes conventionnelles de traitement des pertes de substance osseuses. Les chercheurs ont développé des scaffold ensemencés de cellules souches mésenchymateuses du tissu adipeux (ADSC) pour répondre aux besoins de l'ingénierie tissulaire maxillo-faciale. La Fraction Stromale Vasculaire (FSV) du tissu adipeux serait une solution pour utiliser, dans le même temps opératoire, les ADSC pour la minéralisation osseuse et les cellules endothéliales pour la vascularisation. Le but est de comparer *in vitro* la différenciation ostéoblastique et la minéralisation osseuse des ADSC préalablement isolées et de la FSV du tissu adipeux fraîchement prélevée du patient puis ensemencées sur des implants en céramique.

Matériels et méthode : Ensemencement *in vitro* des 2 populations cellulaires (ADSC et FSV) sur un groupe contrôle en plastique et deux groupes en céramiques d'hydroxyapatite/b-tricalcium de phosphate, de géométrie sinusoidale ou gyroïde, imprimés par stéréolithographie. Dans chaque groupe, une moitié de la population a obtenu du milieu de différenciation osseuse et l'autre moitié du milieu contrôle.

Résultats : A 21 jours, sur le groupe en plastique, on observe une différenciation ostéoblastique identique sur les ADSC et la FSV, avec du milieu ostéogénique. Néanmoins, sur les groupes en céramique, on remarque une différenciation ostéoblastique et une minéralisation au contact de la céramique, avec du milieu contrôle ou ostéogénique.

Discussion : La FSV est une alternative possible pour l'utilisation de cellules souches *in vitro* avec une différenciation ostéoblastique et une survie cellulaire au sein de l'implant en céramique, permettant d'imaginer l'ensemencement de FSV directement dans un implant 3D en céramique avec de grande pertes substances. A ce jour, la viabilité des objets de grand volume est limitée car la vascularisation des objets imprimés pose un problème. La présence de cellules endothéliales dans la FSV pour la vascularisation serait une possible solution à ce problème.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

INGENIERIE TISSULAIRE ET APPLICATION A LA RECONSTRUCTION EN CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE : ETUDE BIOMECHANIQUE DE GREFFONS OSSEUX DECELLULARISES

A. Nuffer*, R. Evrard, N. Kadlub, A. Veyssiere, J. Boisson

La reconstruction de perte de substance osseuse en chirurgie maxillo-faciale demeure un défi pour les chirurgiens particulièrement sur le plan fonctionnel. L'utilisation de greffons osseux autologues, type lambeaux libres, reste le gold standard[JB1] en pratique mais est limitée par la disponibilité de lambeaux osseux et les complications liées à leur prélèvement. Les allogreffes ont su répondre à ces limitations, mais ne sont pas adaptées à la reconstruction de large défaut osseux devant le risque important de rejet. Dans ce contexte-là, la conception d'un protocole de décellularisation par perfusion de greffons osseux pourrait pallier à ces limitations. Cette technique consiste en la suppression de toutes les cellules et de l'ADN du greffon pour ne conserver que la matrice, sans entraver théoriquement leur résistance aux contraintes habituelles. Dans ce travail, nous évaluons les propriétés biomécaniques de greffons osseux décellularisés en comparaison à des greffons osseux natifs. L'objectif est de mesurer l'impact de la décellularisation sur la structure osseuse après implantation.

Pour cela, des greffons osseux de taille standardisée 3x2,5cm ont été prélevés sur des diaphyses d'os porcins (fémur, humérus, radius-ulna) et divisés en 3 groupes ; un groupe non-irradié, un groupe irradié et un groupe ayant été implanté chez des porcs après avoir créé des défauts osseux puis explanté. Dans chaque groupe, la moitié des prélèvements a été décellularisé par perfusion en appariant un greffon natif et un greffon décellularisé provenant du même os d'origine. Des tests biomécaniques (arrachage de vis, compression et flexion 3 points) sont réalisés sur chacun des prélèvements afin de mettre en évidence les propriétés mécaniques de ces greffons vis-à-vis des greffons natifs de manière appariée.

Les résultats seront détaillés lors de la présentation.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

TRAITEMENT CHIRURGICAL DE LA NEUROPATHIE OPTIQUE DYSTHYROÏDIENNE : UNE REVUE SYSTEMATIQUE

A. Meunier*, M. Haissaguerre, C. Majoufre, M. Schlund

Introduction, Sujet

La neuropathie optique dysthyroïdienne est une complication grave de l'orbitopathie dysthyroïdienne mettant en jeu le pronostic visuel. Si échec du traitement médical, l'indication de décompression chirurgicale en urgence est consensuelle. Toutefois, de nombreuses techniques existent. Notre revue met en évidence celles présentant les meilleurs résultats.

Matériel Méthodes

Nous avons réalisé une revue systématique de la littérature selon les critères PRISMA, incluant les articles décrivant l'acuité visuelle pré et postopératoire dans l'unité de référence (logMAR). La réduction de l'exophtalmie et le taux d'apparition de diplopie postopératoire a également été analysé.

Résultats Discussion

Quatorze articles ont été inclus, comprenant 654 décompressions orbitaires. L'acuité visuelle a progressé de 0,43 logMAR au total, 0,41 logMAR pour les décompressions 1-paroi, 0,41 logMAR pour les 2-parois et 0,54 log MAR pour les 3-parois. La réduction de l'exophtalmie était de 4,9 mm au total, 4,3 mm pour les décompressions 1-paroi, 4,54 pour les 2-parois et 7,04 pour les 3-parois. Les taux de diplopie postopératoires étaient de 20,37% au total, 18,52% pour les 1-paroi, 20,72% pour les 2-parois et 24,25% pour les 3-parois. Il existait toutefois de nombreux biais liés à la nature des études, à la définition de la neuropathie optique et au recueil des données, limitant la comparabilité. Cette étude permet d'obtenir une visibilité d'ensemble sur les différentes techniques, leur efficacité et complications en les comparant le plus objectivement possible, en logMAR.

Conclusions

La technique doit être adaptée aux paramètres tels que la prédominance de graisse et le degré d'exophtalmie. La décompression 3-parois est associée à la plus grande récupération d'acuité visuelle et réduction de l'exophtalmie mais aussi à un taux de diplopie et de complications plus élevées. Les décompressions balancées 2-parois et la décompression inféromédiale sont des techniques efficaces et moins morbides.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

RAPPORTS ANATOMIQUES ENTRE LE NERF ALVEOLAIRE INFÉRIEUR ET LES CORTICALES MANDIBULAIRES AVANT OSTÉOTOMIE SAGITTALE DES BRANCHES MONTANTES : UNE ANALYSE MORPHOMÉTRIQUE TRIDIMENSIONNELLE POUR UNE MEILLEURE PRÉVENTION DES COMPLICATIONS NERVEUSES

M. Machet*, F. Lauwers, S. Cousty, M. Tavernier, A. Prevost

Introduction : L'ostéotomie sagittale des branches montantes mandibulaires (OSBM) est l'intervention programmée la plus pratiquée en chirurgie maxillo-faciale. Effet indésirable redouté, la survenue de troubles de sensibilité post-opératoires est intimement liée au positionnement du nerf alvéolaire inférieur (NAI) lors du clivage sagittal. L'objectif de ce travail est de caractériser la forme du NAI et sa covariation avec les corticales interne et basale interne mandibulaires afin de déterminer d'éventuels facteurs prédictifs de la malposition nerveuse per-opératoire et ainsi en limiter les complications.

Matériels et méthodes : Une analyse morphométrique multidimensionnelle a été réalisée à partir des données scanographiques de 32 patients avant OSBM. Les variables âge, sexe, dysmorphose squelettique ainsi que la covariation des structures anatomiques entre elles ont été étudiées. Les facteurs prédisposants à une position nerveuse per-opératoire défavorable ont été précisés.

Résultats : La dysmorphose squelettique influence la forme du nerf et de la corticale interne mais pas la forme de la corticale basale interne. Le sexe et l'âge n'influencent aucune des trois structures anatomiques. La forme de la corticale basale interne semble être liée à la divergence. Il n'existe aucune covariation qu'entre les formes de la corticale interne et du nerf. Les formes des corticales interne et basale ainsi que la forme du nerf influencent sa position pendant le clivage. Les facteurs prédictifs d'une mauvaise position nerveuse sont la présence de corticales osseuses ramiques épaisses ou pontées et de médullaires étroites.

Discussion : L'identification des facteurs radiologiques sus-citées lors du bilan pré-opératoire devrait permettre au chirurgien d'adapter la technique chirurgicale et ainsi diminuer la morbidité post-opératoire.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

CARACTERISATION MECANIQUE DE LA RIGIDITE DES TISSUS MOUS PENDANT LA DISTRACTION MANDIBULAIRE.

AC. Bildstein*, R. Preud'Homme, P. Weill, A. Nuffer, A. Veysiere, H. Benateau

Introduction :

L'objectif de cette étude est de caractériser le comportement mécanique des tissus mous pendant la distraction sur des sujets cadavériques humains frais afin de mieux comprendre les causes possibles d'événements indésirables et d'ouvrir la voie à la conception de la prochaine génération de dispositifs de distraction automatisés.

Matériel et méthodes :

La population comprenait 7 sujets frais (1 homme et 6 femmes) avec un âge moyen de 82 ans.

Les mandibules étaient prélevées en monobloc en préservant la langue puis congelées à -20°.

Afin de reproduire la distraction continue, nous avons effectué des mesures directes uniaxial au moyen d'un essai de traction quasi-statique sur 11 hémimandibules fraîches.

Une fracture en bois vert a été réalisée pour préserver les tissus mous.

Une précharge de 1 N a été appliquée et l'essai a été conduit en imposant au banc d'essai un déplacement vertical de 5 mm/min jusqu'à l'obtention d'une force maximale. Un régime quasi-statique a été choisi pour simuler le processus d'étirement continu de l'ostéogenèse par distraction automatisée.

Résultats et discussion :

Sur les 14 hémimandibules, trois ont été exclues.

En appliquant une régression linéaire à la courbe force-déplacement dans une région comprise entre 10 et 20 N et en extrayant sa pente, la rigidité moyenne des tissus mous a été estimée à 9,12 N/mm.

Bien que l'ostéogenèse par distraction de la mandibule ait été bien rapportée dans la littérature, aucune étude n'a été publiée décrivant la partie de la force du tissu mou par une mesure directe grâce à un test de traction uniaxiale sur des cadavres humains presque frais.

Conclusion :

Cette étude ouvre la voie à la conception d'une nouvelle génération de dispositifs de distraction.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

EVALUATION DE DEUX ALGORITHMES OPEN SOURCE DE PLACEMENT DE LANDMARKS SUR LE VISAGE DES PATIENTS PARALYSES FACIAUX

D. Poisbleau*, JP. Giot

Introduction

La paralysie faciale périphérique (PFP) peut avoir un fort impact négatif sur la qualité de vie. Grâce au développement exponentiel de l'intelligence artificielle (IA) et du *machine learning* (ML), une évaluation objective et automatisée peut être envisagée. Les travaux actuels dans ce domaine se basent sur le positionnement préalable de points d'intérêt sur le visage, appelés *landmarks*. Cependant, les algorithmes actuels ont principalement été entraînés sur des sujets sains, avec un risque d'imprécision sur des visages paralysés. Cette étude évalue l'applicabilité aux patients atteints de PFP de deux algorithmes *open source* de positionnement de *landmarks*, Dlib et Emotrics.

Matériel et méthodes

33 patients atteints de PFP ont été photographiés lors de 10 expressions faciales stéréotypées. Ces 330 photographies ont été manuellement annotées par un expert avec 21 *landmarks* d'intérêt. Les deux algorithmes ont été appliqués à chaque photographie et leur précision comparée aux points placés manuellement, en calculant l'écart quadratique moyen ou *root mean square error* (RMSE).

Résultats et discussion

L'analyse globale pour Dlib valide le critère de jugement principal (RMSE < 5.65), ce qui n'est pas le cas pour Emotrics. Les analyses en sous-groupes ont montré de meilleurs résultats pour les patients de plus de 44 ans, les femmes, les PFP gauches, les hommes non barbus ainsi que lorsqu'un fond uni est présent derrière le sujet photographié.

Conclusion

Deux algorithmes *open source* de positionnement de *landmarks* faciaux ont été testés sur des patients atteints de PFP. En analysant 21 points d'intérêt sur 330 photographies, nous avons démontré que l'algorithme Dlib était le plus adapté, validant le critère de jugement principal pour l'analyse globale ainsi que pour la plupart des analyses en sous-groupes. De futures recherches sont souhaitables pour améliorer le positionnement des points, par exemple via un *mirroring* des photographies.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

RESULTATS ONCOLOGIQUES ET FACTEURS PRONOSTIQUES DES CARCINOMES EPIDERMOÏDES DE LA GENCIVE SUPERIEURE ET DU PALAIS DUR : UNE ETUDE RETROSPECTIVE

M. Cheval*, A. Lusque, F. Delanoe, S. Vergez, A. Dupret-Bories, R. Lopez, E. Chabrilac

Introduction : Les carcinomes épidermoïdes (CE) de la gencive supérieure et du palais dur présentent des caractéristiques particulières par rapport au reste des CE de la cavité buccale. Nous avons voulu analyser les résultats oncologiques et les facteurs de pronostic défavorables des CE du maxillaire traités chirurgicalement et évaluer une nouvelle classification T spécifique aux cancers du maxillaire.

Méthodes : Étude rétrospective bicentrique incluant tous les patients traités par chirurgie à visée curative pour un CE du maxillaire entre 2006 et 2021.

Résultats : Nous avons inclus 123 patients. Après un suivi médian de 45 mois, la survie globale (OS), la survie sans maladie (DFS) et le contrôle local (LC) à 5 ans étaient respectivement de 57,3%, 52,7% et 74,7%. Les invasions périnerveuses, la taille de la tumeur, l'invasion osseuse, la classification pT et la classification pN ont été statistiquement associées à une moins bonne OS, DFS et LC lors de l'analyse univariée. En analyse multivariée, les variables suivantes étaient statistiquement associées à une moins bonne OS : antécédents de radiothérapie HN ($p = 0,018$), l'âge supérieur à 70 ans ($p = 0,005$), les invasions périnerveuses ($p = 0,019$) et l'invasion osseuse ($p = 0,030$). Les survies médianes après récurrence locale isolée étaient respectivement de 17.7 et 3 mois en cas de traitement chirurgical et non chirurgical ($p = 0,066$).

Conclusion : Une connaissance exhaustive des facteurs pronostiques des CE maxillaires pourrait ouvrir la voie à une classification spécifique de ces tumeurs.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

ETUDE DE FAISABILITE D'UNE GREFFE OSSEUSE VASCULARISEE ASSOCIEE A DE LA MEMBRANE AMNIOTIQUE

L. Bon*, C. Gengler, N. Zwetyenga

Introduction

Les pertes de substance osseuse résultent de plusieurs étiologies. Leur reconstruction dépend de plusieurs paramètres qui vont impliquer des techniques chirurgicales plus ou moins complexes. Les autogreffes micro-anastomosées représentent le meilleur moyen de reconstruction des pertes osseuses importantes. Cependant leur disponibilité limitée et la morbidité du site donneur limitent leurs applications cliniques. L'ingénierie tissulaire est ainsi apparue comme une option pour surmonter ces limites.

L'idéal serait de disposer d'un greffon artificiel vascularisé pour éviter les séquelles liées au prélèvement osseux. Le but de ce travail est d'étudier la faisabilité d'un greffon vascularisé à partir d'un os de banque entouré d'une membrane amniotique.

Matériels et Méthodes

Il s'agit d'une étude expérimentale portant sur 24 lapins. Sous anesthésie générale, une incision cutanée de la face interne de la cuisse a été réalisée allant de la ligne inguinale au genou. Une dissection a été effectuée pour exposer le pédicule fémorale sur 30mm. Le substitut osseux, cylindrique avec une fente longitudinale, préalablement entouré d'une membrane amniotique, a été placé autour de l'artère et la veine.

Les prélèvements ont été effectués pour chaque groupe de 6 lapins à 4 temps différents : 1 mois, 2 mois, 3 mois et 4 mois.

Chaque échantillon a été analysé par imagerie par TDM (en mesurant la densité) et par histologie (en mesurant la densité de vaisseaux et l'os/surface totale).

Résultats et discussion

Tous les greffons ont été colonisés par des néo-vaisseaux dès le 1er mois d'implantation. Cette néo-vascularisation est restée stable sur les 3 mois suivants.

La surface osseuse n'a pas été modifiée au cours du temps. Cependant, dès le 1er mois, les greffons vascularisés comportaient statistiquement moins de collagène de type III (fibre mince) et plus de type I (fibre épaisse) que le substitut osseux seul.

Conclusion

Nous avons développé une nouvelle approche, moins morbide, pour la réparation de perte osseuse.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

RECONSTRUCTION PERSONNALISEE DES FENTES LABIO-PALATINES CHEZ LE CHIEN AU MOYEN D'UN IMPLANT CIMENTAIRE 3D ORGANO-MINERAL FLEXIBL

N. Touya*, P. Corre, L. Guyon, J. Veziers, P. Weiss, O. Gauthier, B. Charbonnier, P. Maître

La reconstruction des fentes labio-palatines est actuellement assurée par la réalisation d'une greffe d'os spongieux autologue et impose la création d'un second site opératoire, impactant la procédure d'intervention et le bien-être du patient. La réduction de ce fardeau opératoire constitue l'enjeu du développement de substituts osseux synthétiques. Ces substituts peuvent désormais être imprimés en 3D de façon personnalisée mais souffrent encore de limites dont le manque de bioactivité ou une fragilité relative. L'objectif de cette étude est d'évaluer le potentiel d'implants 3D personnalisés et évolutifs pour le traitement de fentes labio-palatines chez le chiot.

Des chiots atteints de fentes labio-palatines sont recrutés de manière prospective. Deux semaines avant l'intervention, un scanner du crâne du chiot est effectué, permettant la modélisation de la fente. Un implant sur-mesure est imprimé avec un matériau cimentaire organo-minéral aux propriétés mécaniques innovantes. Au cours d'une seule procédure, la reconstruction de la fente est effectuée et l'implant imbibé de moelle osseuse est mis en place. Un examen scanner à 3, 6 et 12 mois et une biopsie à 6 mois sont réalisés pour permettre la caractérisation du tissu obtenu (μ CT, histologie, MEB).

Actuellement, six chiots ont été recrutés, soit 4 fentes labio-alvéolaires unilatérales et 2 fentes bilatérales pour 10 reconstructions mises en œuvre. Grâce à leur flexibilité, les implants cimentaires ont pu être manipulés et insérés sans difficulté, avec obtention d'un excellent contact os-implant. L'ostéointégration est observée dès 3 mois, associée à la présence de tissus en cours de minéralisation dans les pores de l'implant. A 6 mois, un pontage du défaut par un tissu minéralisé est visible.

Cette stratégie de reconstruction montre des résultats préliminaires encourageants dans ce modèle de pathologie spontanée chez le chiot, et a permis de remplacer (3R) l'utilisation d'un modèle expérimental induit moins pertinent et moins éthique.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

CONFORMATION NASALE APRES CHEILORHINOPLASTIE PRIMAIRE : ETAT DES LIEUX DES PRATIQUES, DEVELOPPEMENT DE CONFORMATEURS ANATOMIQUES

V. Poulet*, A. Prevost, P. Swider, F. Vaysse, F. Lauwers

Des conformateurs narinaires sont fréquemment utilisés en post-opératoire de chéilorhinoplastie primaire. Les pratiques sont très hétérogènes et l'effet de cette conformation est difficile à quantifier.

Les objectifs de ce projet de Master II étaient :

- 1) d'établir un état des lieux des pratiques en France concernant les chéilorhinoplasties primaires, dont la conformation post-opératoire,
- 2) déterminer la forme tridimensionnelle normale du nez d'un enfant non porteur de fente, au cours de la période de conformation,
- 3) proposer un prototype de conformateur narinaire

Une enquête nationale a été conduite à l'aide d'un questionnaire en ligne distribué aux chirurgiens prenant en charge les enfants porteurs de fentes. Une étude morphométrique a été menée à partir de scanners d'enfants de 0 à 1 an.

Trente-deux chirurgiens ont répondu à l'enquête. 28 protocoles de prise en charge différents ont été décrits. Quarante-vingt-quatorze pourcents des chirurgiens ayant répondu à l'enquête utilisent des conformateurs narinaires après la chéilorhinoplastie. L'âge de l'enfant lors de la chéilorhinoplastie est de 1 à 6 mois, la conformation est prescrite pour une durée de 1,5 à 6 mois post-opératoires. Quarante-quatre pourcents estiment que l'observance des conformateurs est moyenne ou mauvaise.

L'étude morphométrique, réalisée à partir de 120 scanners, nous a permis de déterminer une forme et une taille moyenne nasale pour chaque tranche d'âge de un mois, de 0 à 1 an.

Un prototype de conformateur en silicone a été créé à l'aide des données morphométriques et des résultats de l'enquête.

Au total, les conformateurs narinaires sont largement utilisés en France mais certaines de leurs caractéristiques semblent perfectibles. La forme d'un nez d'enfant non porteur de fente entre 0 et 1 an a été étudiée et décrite, dans le but de mieux connaître la forme que l'on vise à donner à un nez après la chéilorhinoplastie. Un prototype anatomique a été développé.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

Malformations cranio-maxillofaciales

GINGIVOPERIOSTOPLASTIE AVEC ALLOGREFFE OSSEUSE : EVALUATION OSSEUSE RADIOLOGIQUE.

C. Lambert*, J. Chauvel-Picard, A. Gleizal

Les fentes labio-alvéolo-palatines représentent la malformation cranio-faciale la plus fréquente dans le monde, une greffe osseuse est nécessaire pour le temps de traitement alvéolaire. Il s'agit d'une étape importante, elle est nécessaire tant sur le point fonctionnel (éruption dentaire, mouvement dentaire, implant) que sur le plan esthétique. L'autogreffe osseuse avec prélèvement iliaque reste la technique la plus utilisée par de nombreuses équipes, avec une certaine morbidité. Des techniques d'allogreffes ont donc été décrites.

Dans le service de chirurgie maxillo-faciale de l'Hôpital Mère-Enfant de Bron, le traitement alvéolaire est réalisé par une gingivopériostoplastie avec allogreffe osseuse. L'objectif de cette étude rétrospective est de réaliser une évaluation osseuse à l'aide de données radiologiques tridimensionnelles pré-opératoires, à 6 mois et à 1 an, ainsi que l'ajout de membranes telles que le plasma riche en fibrine (PRF). Cette évaluation des CBCT pré et post-opératoires, permet de calculer le pourcentage de greffe osseuse à 6 mois et à 1 an.

Cette série inclut 31 patients, incluant 18 garçons et 9 filles, avec un âge moyen de 6.4 années. Le ratio BGV/CV à 6 mois et à 1 an est de 54.4 % et 57.8 % respectivement. La gingivopériostoplastie avec allogreffe osseuse et membrane est une bonne alternative à l'autogreffe, pour la réduction de la morbidité du site donneur.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

PRISE EN CHARGE DES DEFICITS TRANSVERSAUX IMPORTANTS CHEZ L'ADULTE DANS LE CADRE DES SEQUELLES DE FENTES LABIOPALATINE

L. Benichou*

Introduction : La prise en charge des déficits transversaux maxillaires représente un défi majeur pour les professionnels pratiquant la prise en charge de malformations faciales, surtout chez les adultes où la suture intermaxillaire est souvent fermée, la muqueuse palatine épaisse et peu élastique, et les muscles buccinateurs très actifs. La difficulté est encore plus importante chez les patients atteints de fente labio-palatine, en raison des cicatrices et des chirurgies multiples subies pendant l'enfance.

Matériels et méthodes : Pour remédier à ces déficits majeurs, nous proposons une technique consistant à rouvrir la fente palatine lors d'une ostéotomie intermaxillaire et à reconstruire le maxillaire et la voûte palatine dans le même temps.

Résultats : Cette méthode a été réalisée sur 3 patients permettant de mettre en évidence les difficultés et complications rencontrées lors de cette approche.

Conclusion : Cette approche novatrice a été rendue possible grâce à la planification et à l'impression 3D de matériel d'ostéosynthèse sur mesure.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

CHIRURGIE DE L'HYPOPLASIE MAXILLO-NASALE, A PROPOS D'UN CAS.

M. Feigna*, N. Kadlub, JB. Duron, J. Davrou

Introduction:

L'hypoplasie maxillo nasale ou dysplasie maxillo nasale est une malformation rare de la face pouvant s'intégrer à des syndromes polymalformatifs. La restauration d'une projection du tiers moyen de la face est un enjeu fonctionnel et esthétique en chirurgie reconstructrice.

La prise en charge de cette pathologie n'est pas standardisée du fait de la diversité des présentations cliniques.

Nous présenterons les différents temps chirurgicaux d'un cas d'hypoplasie maxillo nasale complexe ainsi qu'une revue de la littérature des options chirurgicales pour la prise en charge de ces patients.

Matériel et méthodes:

Nous présenterons le cas d'une patiente de 19 ans, présentant une fente labio-vélopalatine bilatérale avec agénésie du prémaxillaire, associée à un syndrome polymalformatif, initialement opérée en côte d'Ivoire, son pays d'origine, puis prise en charge à l'hôpital Necker depuis 2019 pour Nous détailleront à l'aide de photos per opératoires, les différents temps opératoires visant à la reprojexion du tiers moyen avec notamment:

- les solutions apportées pour compenser l'agénésie du prémaxillaire
- l'intérêt d'un lambeau libre pour restaurer plancher des fosses nasales
- les techniques de greffes chondro-costales utilisées pour l'armature nasale

Résultats:

Les différentes chirurgies effectuées ont permis une reprojexion objective du tiers moyen en alliant des techniques variées. La prise en charge première du soutien maxillaire est un point essentiel de cette reconstruction pour permettre la réalisation d'une rhinoplastie dans de bonnes conditions.

Une dizaine d'articles ont été retrouvés dans la littérature sur le traitement des hypoplasies maxillo nasales, la plupart traitant les techniques de rhinoplasties.

Conclusion:

Le traitement de l'hypoplasie maxillo nasale doit s'inscrire dans un plan de traitement précis, en prenant en compte à la fois la stabilité du soutien osseux et la qualité de l'enveloppe cutanée.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

LA PLAGIOCEPHALIE POSITIONNELLE RETARDE ELLE L'APPRENTISSAGE DE LA MARCHÉ ?

E. Lange*, J. Chauvel-Picard, F. Di Rocco, PA. Beuriat, A. Gleizal

Introduction : Les déformations positionnelles du crâne sont fréquentes dans notre société depuis les recommandations de la position couché sur dos pour la prévention de la mort subite du nourrisson. Les déformations positionnelles sont considérées comme un problème esthétique bénin, or de nombreuses études retrouvent une association entre la plagiocéphalie positionnelle et des retards de développement à la fois moteur et cognitif. Aucune équipe n'a étudié les rapports entre la plagiocéphalie positionnelle et l'acquisition de la marche.

Matériel et méthode : nous avons donc réalisé une étude prospective comparant 2 groupes de cent patients, l'un venant en consultation pour plagiocéphalie positionnelle asymétrique avec un âge de diagnostic tardif supérieure à 8 mois et un deuxième groupe indemne correspondant à des enfants consultants pour des problèmes bénins. Les enfants du groupe plagiocéphalie étaient revus tous les 3 mois afin de mesurer la gravité de la plagiocéphalie selon 3 échelles couramment utilisées et validées. Nous avons ainsi comparé l'âge d'acquisition de la marche entre ces 2 groupes ainsi qu'en fonction de l'importance de la plagiocéphalie grâce à des analyses statistiques purement descriptives.

Résultats : il semble exister une corrélation entre la présence d'une plagiocéphalie positionnelle et l'âge d'acquisition de la marche qui apparaît plus tardif chez les enfants souffrant de plagiocéphalie positionnelle. L'association semble de plus corrélée à l'importance de la plagiocéphalie positionnelle.

Discussion : les résultats retrouvés semblent cohérents avec d'autres études, montrant notamment des différences significatives des scores de développement moteur, cognitifs, ainsi que du langage. Ces scores sont inférieurs chez les enfants atteints de plagiocéphalie positionnelle, toutefois ils ne sont pas pour autant pathologiques. Ceci peut être expliqué par le fait que l'asymétrie pendant la petite enfance affecte la posture statique et dynamique dans les stades ultérieurs du développement de l'enfant.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

Chirurgie reconstructrice crânio-maxillo-faciale

GAIT ANALYSIS AFTER FIBULA GRAFT HARVESTING

E. Denys*, L. May, M. Broome

INTRODUCTION

The vascularized fibula free flap is a common site of harvesting for microvascular bone reconstruction surgery of orofacial region defects. The aim of this study is to focus on the morbidity and the effect on quality of life considering the donor site and to find out if there are long-term walking disabilities and to describe their impact on the patient's quality of life. This is analysed by using non-invasive procedures such as two questionnaires and the Gait up® system.

MATERIALS AND METHODS

The subjective evaluation of the donor site includes two questionnaires: the "Modified Cincinnati Rating System Questionnaire" and the "Clinical rating system for the ankle and hindfoot".

Objective measurements are done by measuring dynamic values of the gait using a scientifically validated accuracy product The Gait up® system fixed on each shoe. Composed of three sensors connected to a computer, it collects spatial, temporal and clearance measures of the gait.

RESULTS/DISCUSSION

21 participant who underwent this study (11 operated and 10 controls).

The two different questionnaires show some difference between the two groups. These scores give us an idea of how daily living activities is altered by the operation.

Among the gait parameters, speed presents significant difference between the two groups. The analysis for the remaining 34 primary variables comparing the operated leg to the same leg on the control group reveals as expected that some are very different between the two groups. The fibula was long considered being "static" and "rudimentary" but it plays an important role for the lower limb kinematics and kinetics.

CONCLUSION

Our project analyses walking ability after vascularized fibula free flap using subjective and objective analysis of the gait with non-invasive and easy to use instruments and questionnaires.

L'auteur a / avait une affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

QUELLE TYPE DE PLAQUE CHOISISSEZ-VOUS POUR L'OSTEOSYNTHESE DES LAMBEAUX LIBRES DE FIBULA ? RESULTATS D'UN QUESTIONNAIRE NATIONAL FRANÇAIS

A. Roux-Trotobas*, A. Dr Prevost, F. Pr Lauwers

Introduction :

La reconstruction mandibulaire utilisant des lambeaux libres de fibula peut faire appel à différents types d'ostéosynthèse. Les caractéristiques biomécaniques de ces plaques ont un impact sur la consolidation osseuse. Avant de conduire une étude biomécanique, nous avons cherché à connaître les habitudes des chirurgiens français concernant leurs préférences d'ostéosynthèse.

Matériel et Méthodes :

Un questionnaire informatisé a été envoyé par mail. Celui-ci permettait de recueillir les caractéristiques des chirurgiens répondants, leur choix de matériel ainsi que la justification de ce choix.

Le « mésusage » du matériel était défini par une justification insuffisante (« par habitude ») et /ou une erreur d'utilisation du matériel. Une étude multivariée a été réalisée afin d'étudier les facteurs pouvant influencer le choix du matériel.

Résultats :

118 personnes ont répondu, dont 90 CMF, réparties dans 35 villes différentes.

31,4% utilisent une ostéosynthèse rigide (« plaque de reconstruction »), et 68,6% privilégient une ostéosynthèse souple (« miniplaques » d'épaisseur <1,5mm). Les justifications données ont permis de définir 28% de « mésusage ». Le seul facteur semblant influencer le choix du matériel est le statut du chirurgien (Universitaire/CCA/libéral), les praticiens universitaires (PU/MCU) préférant les ostéosynthèse rigides.

Conclusion :

Une partie non négligeable des chirurgiens français choisissent leur matériel chirurgical sans justification clinique et/ou scientifique, par empirisme. Une étude biomécanique sur les différents moyens d'ostéosynthèse est en cours, afin de définir l'attitude chirurgicale la plus scientifiquement appropriée.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

CONDUITE A TENIR SUITE A LA NECROSE D'UN LAMBEAU LIBRE DE FIBULA EN RECONSTRUCTION MAXILLO-FACIALE, ETUDE RETROSPECTIVE AU CHU DE CAEN.

R. Preud'Homme*, A. Veyssiere, AC. Bildstein, A. Chatellier, R. Garmi, H. Benateau

Introduction : La nécrose d'un lambeau libre de fibula (LLF) en reconstruction maxillo-faciale est une situation complexe à gérer pour le chirurgien et peu d'articles abordent sa prise en charge.

Matériel et méthodes : Entre 2005 et 2020, 170 LLF ont été utilisés en reconstruction maxillo-faciale au Centre Hospitalier Universitaire de Caen, parmi lesquels 16 ont présenté une nécrose totale nécessitant la dépose du lambeau. Les auteurs ont classé ces 16 cas en trois groupes en fonction du traitement secondaire proposé.

Résultats : Dans le Groupe A, deux patients ont bénéficié d'une reconstruction immédiate avec un nouveau lambeau libre. Aucune complication postopératoire n'a été observée, la durée moyenne d'hospitalisation était de 10 jours. Dans le Groupe B, onze patients ont bénéficié d'une reconstruction par un lambeau pédiculé musculocutané de grand pectoral. Ces patients ont présenté de nombreuses complications, 73 % d'entre eux ont nécessité au moins une chirurgie supplémentaire et tous avaient une indication de reconstruction à distance avec un nouveau LLF. La durée moyenne d'hospitalisation dans ce groupe était de 37 jours. Dans le Groupe C, trois patients ont été bénéficié d'un traitement conservateur, par débridement et fermeture muqueuse simple. Deux d'entre eux ont présenté des complications, et tous ont ensuite reçu une reconstruction à distance avec un nouveau LLF. La durée moyenne d'hospitalisation dans ce groupe était de 15 jours.

Discussion : Sur la base de notre expérience et de la revue de la littérature, la réalisation d'un nouveau lambeau libre immédiatement semble être la meilleure approche après la dépose d'un LLF. Cela permet des temps de guérison et des séjours hospitaliers plus courts et cela offre de meilleurs résultats fonctionnels et esthétiques. Cette approche entraîne le moins de retard pour la radiothérapie.

Les autres approches ne devraient être proposées qu'en cas de mauvais état général ou en cas de refus du patient.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

PROSTHETIC REHABILITATION IN PATIENTS WITH JAW RECONSTRUCTION BY FIBULA FREE FLAP: A SYSTEMATIC REVIEW

TT. Nham*, C. Koudougou, B. Piot, P. Corre, H. Bertin, J. Longis

This systematic review aimed to evaluate the dental prosthetic rehabilitation (DPR) in patients after jaw reconstruction with fibula free flap. Four databases were searched from January 2000 to January 2023. Of the 2507 studies identified, 36 observational studies were included. DPR prevalence was 53%. Implant-supported prostheses represented 58.9% of cases of which 66.9% were fixed and 33.1% were implant-stabilized overdentures. Virtual surgical planning (VSP) was used in 20% of studies and aimed to improve the position of the grafted fibula, quality, and aesthetics of DPR and to decrease ischemia and the operating time. One in two authors performed DPR 12 months after jaw reconstruction. If implant survival rate reached 86% in non-irradiated fibula, it fell to 38%, 55%, and 77% if implantation occurred in the 12, 17, and 24 months, respectively, after radiotherapy.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

APPORT DE LA GREFFE OSSEUSE SUR MEMBRANE INDUITE POUR LA RECONSTRUCTION DES PERTES DE SUBSTANCE MANDIBULAIRES

A. Jaifi*, K. Hattab, F. El Mourabit, A. Afif, M. El Bouihi, N. Mansouri Hattab

Les pertes de substance mandibulaires constituent une situation clinique fréquente, leur reconstruction demeure un véritable challenge.

La technique de reconstruction par membrane induite, est très peu connue en chirurgie maxillo-faciale

Le but de ce travail est d'asseoir la place de cette technique toute en précisant ses avantages et ses inconvénients.

Matériels et méthodes

Etude rétrospective sur une période de 10 ans, réalisée au service de chirurgie maxillo-faciale du CHU Mohamed VI de Marrakech et concernant 11 cas de reconstruction mandibulaire utilisant la technique de Masquelet

Résultat

L'âge moyen de nos patients était de 34 ans, avec prédominance féminine.

Les PDS de branche horizontale et la région symphysaire étaient prédominantes.

Les étiologies sont multiples, avec prédominance des tumeurs bénignes odontogènes.

Cette technique nécessite trois temps chirurgicaux :

- premier temps : Résection osseuse avec mise en place d'endoprothèse et respect d'un délai de cicatrisation endo buccal
- Un second, pour la mise en place d'un Spacer
- Un troisième temps, huit semaines plus tard : lever du spacer et remplacement par une greffe osseuse autologue

Les suites opératoires étaient simples, avec seulement 1 cas d'échec suite à une infection du site opératoire

Discussion

La technique de membrane induite, est une alternative séduisante dans les reconstructions des pertes de substances mandibulaires, car elle est :

- Fiable et peut s'appliquer à des terrains peu favorables, grâce à la capsule fibreuse constituant une barrière isolant le greffon et favorisant sa revascularisation
- Simple et de courte durée, donc adaptée aux patients fragiles
- En cas d'échec, peut être réalisée à nouveau, après temps de latence.

Elle trouve aussi son indication dans les limites des autres procédés de reconstruction, où le transfert osseux libre vascularisé semble être solution excessive ou impossible à appliquer

Conclusion

La technique de la membrane induite, technique simple, reproductible et transmissible, peut être considérée comme une solution de rattrapage.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

RECONSTRUCTIONS PAR LAMBEAUX LIBRES LATÉRAUX DU BRAS: UNE SÉRIE DE CAS

B. Kamdem*, L. May, M. Broome

Introduction

La reconstruction des pertes de substance (PDS) de la tête et du cou par lambeaux libres comprend un large éventail d'applications avec d'excellents résultats, grâce à la diversité des sites donneurs qui permet d'affiner les indications selon le site receveur. Une alternative insuffisamment considérée dans la littérature est la reconstruction par lambeau latéral du bras. Il s'agit d'un lambeau septo ou fascio-cutané polyvalent, dont la vascularisation est issue de l'artère collatérale radiale postérieure.

Matériel / Méthodes

Nous présentons une série de cas de 10 patients traités de 2021 à 2023. L'étiologie des PDS était oncologique dans 9 cas (peau, cavité orale et orbitaire), avec reconstruction immédiate dans 7 cas et secondaire dans 2 cas. Dans 1 cas, la PDS était consécutive à une maxillectomie après ostéchimionécrose. L'anastomose artérielle a été réalisée sur l'artère temporale superficielle (60%) ou l'artère faciale (40%). Le site donneur a bénéficié d'une fermeture directe.

Résultats/ Discussion

La durée moyenne de séjour était de 12 jours, sans complication majeure et le taux de réussite de 100%.

Malgré un pédicule court et un diamètre artériel moyen de 1.55 mm, le lambeau latéral du bras présente l'avantage de se baser sur une anatomie vasculaire constante sans sacrifice d'un axe majeur. Bien qu'en général le taux de réussite des lambeaux microanastomosés en reconstruction maxillo-faciale soit excellent, la morbidité du site donneur reste un défi sur le plan fonctionnel et esthétique. L'utilisation du lambeau latéral du bras permet de maîtriser cette contrainte de manière satisfaisante en limitant le préjudice esthétique le plus souvent à une fine cicatrice, sans altération de la fonction.

Conclusion

Le lambeau latéral du bras est une alternative fiable à considérer dans la reconstruction des PDS en chirurgie maxillo-faciale.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

LES VAISSEAUX TEMPORAIUX : UN SITE RECEVEUR NON NEGLIGEABLE

J. Bouquet*, C. Marquette, J. Bettoni, S. Testelin, B. Devauchelle

Introduction :

Les reconstructions du massif facial nécessitent fréquemment l'apport de tissus mous ou osseux. Les lambeaux libres sont alors une solution de choix, surtout lorsque les pertes de substances sont larges ou que l'apport d'un tissu avec une bonne trophicité est nécessaire.

Lorsque la région cervicale se transforme en véritable désert vasculaire, à cause des multiples chirurgies ou d'irradiation. Les vaisseaux temporaux se présentent comme une oasis pour y réaliser des anastomoses fiables.

L'objectif de cette étude est de démontrer l'intérêt des vaisseaux temporaux pour les reconstructions faciales, avec des résultats comparables à ceux obtenus en région cervicale.

Matériel et méthode :

Une étude rétrospective entre 2010 et 2023 a été réalisée, 94 patients ont reçu un lambeau anastomosé sur des vaisseaux temporaux. Les régions reconstruites, les facteurs de risques, les taux de réussites, de complications et d'échecs ont été recueillis et analysés.

Résultat :

Parmi les 94 lambeaux réalisés, 10 concernaient une reconstruction du tiers supérieur, 58 le tiers moyen et 26 le tiers inférieur.

Le taux de complications était de 23,4% et celui des échecs de 7,4%.

Conclusion :

Les vaisseaux temporaux sont d'excellents vaisseaux receveurs pour les reconstructions de l'ensemble du massif facial.

Les résultats obtenus sont comparables à ceux obtenus lors d'anastomoses en région cervicale.

Ils présentent l'intérêt d'être épargnés par les précédentes chirurgies ou irradiation. Leurs présences est presque constante, avec une longueur, un calibre et un flux satisfaisant.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

RECONSTRUCTION DES PERTES DE SUBSTANCE ETENDUES DU SCALP PAR LAMBEAU LIBRE ANTEROLATERAL DE CUISSE (ALT): A PROPOS DE 3 CAS.

J. Usseglio*, J. Laloze, E. Pages, J. Brie

Introduction: La reconstruction des pertes de substances très étendues du scalp avec exposition osseuse nécessite la réparation par un lambeau libre. Le plus utilisé actuellement reste le lambeau libre musculaire de grand dorsal (avec greffe de peau initiale ou secondaire). Nous présentons ici trois cas de reconstruction par lambeau libre antérolatéral de cuisse (ALT) pour discuter des avantages de cette technique.

Matériel et méthodes : Trois patients présentant des pertes de substance étendues du scalp emportant le périoste et exposant l'os (deux dans les suites d'exérèse de carcinomes épidermoïdes multirécidivants, et un post-traumatique) ont été pris en charge pour reconstruction par ALT microanastomosé. Un angioscanner préopératoire a été réalisé de manière à repérer les vaisseaux perforants. L'ALT, lambeau fascio-cutané vascularisé par des perforantes cutané-musculaires issues de la branche descendante de l'artère circonflexe latérale, a été prélevé ; puis anastomosé sur le pédicule temporal. La zone donneuse a été fermée en suture directe. La palette a été suturée sur les berges de la perte de substance.

Résultats : les suites opératoires ont été simples. Les hospitalisations ont été de courtes durées. Les résultats esthétiques étaient tout à fait satisfaisants.

Conclusion : Le lambeau fasciocutané perforant antérolatéral de cuisse présente de nombreux avantages pour les reconstructions des pertes de substance étendues du scalp avec exposition osseuse : reconstruction ad integrum en un temps opératoire, zone donneuse autofermante avec peu de séquelles, résultat esthétique satisfaisant, maintien d'un volume constant dans le temps.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

RECONSTRUCTION SIMULTANEE DE LA MANDIBULE PAR LAMBEAU LIBRE ET REHABILITATION DE PARALYSIE FACIALE PAR MYOPLASTIE D'ALLONGEMENT DU TEMPORAL.

A. Veyssiere*, R. Preudhomme, J. Drouet, H. Bénateau

Les situations dans laquelle un patient présente une paralysie faciale et nécessite dans le même temps une reconstruction de la branche montante de la mandibule ne sont pas rares. Elles sont le plus souvent carcinologiques (carcinome de la région parotidienne avec radiothérapie compliquée d'une ostéonécrose de la branche montante sous-jacente) ou congénitales (comme les dysplasies oto-mandibulaires avec paralysie faciale).

La prise en charge est complexe, l'objectif étant de restaurer l'anatomie locale mais également la fonction.

La reconstruction par lambeau libre conjointement à la myoplastie du temporal a l'objectif de restaurer l'anatomie mandibulaire tout en redonnant une fonction de sourire.

Nous vous exposons dans cette présentation 2 cas de prise en charge par association de lambeau libre et myoplastie avec un recul de plusieurs années.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

**RECONSTRUCTION PAR LAMBEAU LIBRE COMPOSITE ISSU DU PEDICULE SOUS SCAPULAIRE
AVEC NERF VASCULARISE APRES PAROTIDECTOMIE ELARGIE AVEC SACRIFICE DU NERF FACIAL
- TECHNIQUE VIDEO**

P. Guyonvarc'H*, N. Benmoussa, JF. Honart

Rares sont les indications de parotidectomies élargies avec sacrifice du nerf facial. Les larges exérèses qu'elles imposent, posent le problème d'une reconstruction complexe dont les deux principaux objectifs sont : la couverture de la perte de substance, et la reconstruction nerveuse.

Le lambeau chimérique issu du pédicule sous scapulaire offre, en un temps, la possibilité de répondre à ces contraintes. S'il permet d'apporter aussi bien : peau, muscle ou os, pour s'adapter au mieux à la perte de substance à reconstruire, il autorise aussi le prélèvement du nerf thoraco-dorsal sous forme de greffe nerveuse vascularisée, permettant de reconstruire la portion de nerf facial emportée par l'exérèse. La technique de prélèvement est reproductible et peu morbide, et les résultats fonctionnels satisfaisants.

Cette présentation a pour objectif :

- de discuter l'**intérêt des greffes nerveuses vascularisées**
- la **description de la technique chirurgicale à l'aide d'une vidéo didactique**
- et une présentation rapide des résultats fonctionnels.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

RECONSTRUCTION DU CADRE ORBITAIRE DANS LES MAXILLECTOMIES DE CLASSE III SELON LA CLASSIFICATION DE BROWN, REVUE SYSTEMATIQUE DE LA LITTERATURE

S. Dugast*, J. Longis, M. Anquetil, B. Piot, P. Corre, JF. Huon, H. Bertin

Cette revue systématique visait à évaluer les techniques chirurgicales utilisées pour la reconstruction du plancher orbital après maxillectomies de classe III de Brown pour des tumeurs malignes, pour les paramètres fonctionnels et esthétiques oculaires.

Une recherche a été effectuée sur PubMed, Cochrane Library et Google Scholar de janvier 1990 à janvier 2022. 44 articles ont été inclus, 20 sélectionnés après évaluation de l'éligibilité. L'évaluation du risque de biais a été réalisée avec la méthode MQAT. Les études ont été classées en quatre groupes en fonction de la technique chirurgicale : le groupe A concernait les lambeaux libres osseux, le groupe B les implants alloplastiques, le groupe C les greffes osseuses et le groupe D les reconstructions par tissus mous.

Les études incluses étaient rétrospectives et descriptives, et représentaient un total de 232 patients. L'ectropion et la diplopie ont été évalués cliniquement et concernaient respectivement 42,6 % et 6,6 % des patients. La reconstruction par tissus mous était plus susceptible de provoquer un ectropion (17/27), suivie par les techniques de reconstruction du groupe B (34/79), du groupe C (26/70) et du groupe A (1/7). En ce qui concerne les paramètres esthétiques, une énophtalmie postopératoire a été identifiée chez 18 patients (9,6 %), principalement dans le groupe D (5/35), suivi par les groupes B (8/68), A (3/33) et C (2/52) ; tandis qu'une dystopie de l'orbite a été décrite chez 6 patients, principalement dans le groupe C (5/79). Une exposition matérielle s'est produite chez 19 patients, dont 17 dans le groupe B. La qualité des études était élevée dans 10 études, modérée dans 7 et faible dans 3.

L'évaluation qualitative des techniques existantes pour la reconstruction du plancher orbital après maxillectomie suggère que les lambeaux osseux libres et les implants alloplastiques représentent de bonnes options reconstructives en ce qui concerne les paramètres oculaires postopératoires.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

MAXILLECTOMIE TUMORALE : QUOI APRES ?

K. Mezzat*, Y. Bennaoui, B. Bendali, Z. Aziz, N. Mansouri Hattab

Introduction

La reconstruction des pertes de substance (PDS) des maxillaires constitue un des chapitres les plus difficiles de la chirurgie maxillo-faciale. La problématique est liée à la fois aux structures anatomiques impliquées dans ces PDS.

Objectif

- Reconstruction prothétique versus reconstruction chirurgicale
- Retentissement psychologique des disfigurations séquellaires de maxillectomie sur le patient
- Nouveautés : Bio-engineering ?

Matériels et méthodes

Il s'agit de patients d'une tranche d'âge de 57-65 ans, dont la plupart sont des tabagiques chroniques. Les signes cliniques étaient généralement silencieux pour longtemps compliquer parfois par une obstruction nasale sauf un cas ayant présenté une gêne à la respiration, l'alimentation, la phonation et la vision.

Les diagnostics varient ainsi que le grade Tnm des tumeurs mais ayant en commun une infiltration du palais ayant nécessité son amputation lors du geste chirurgical

Une radiothérapie post opératoire parfois indiquée.

Résultats et discussion

Tous les patients présentés une PDS maxillaire pour laquelle ils étaient adressés à la faculté de médecine dentaire pour prothèse dentaire.

Conclusion

L'analyse de la littérature en matière de PDS des maxillaires montre que, malgré la sophistication et les progrès enregistrés au niveau des techniques chirurgicales, il est encore souvent difficile d'atteindre tous les objectifs.

La discussion n'est notamment pas réellement tranchée pour ce qui concerne les PDS carcinologiques modestes. Les procédés de réhabilitation prothétique y ont encore un intérêt, permettant une récupération fonctionnelle rapide (bien qu'elle soit imparfaite) et ne retardant pas les éventuels traitements complémentaires.

À côté de ces procédés qu'on pourrait qualifier de traditionnels émergent certaines techniques vont se développer et s'adapter avec la chirurgie assistée par ordinateur aux PDS les plus complexes.

Mots clés : maxillectomie, PDS maxillaire, retentissement psychologique, prothèse, microchirurgie.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

Implantologie

Chirurgie pré-implantaire

OSTEOTOMIE DE LE FORT I GUIDEE CHEZ LE PATIENT EDETE MAXILLAIRE COMPLET ASSOCIEE AUX GREFFES OSSEUSES : PROTOCOLE, AVANTAGES ET INCONVENIENTS.

C. Capon*, A. Levy-Bohbot, JP. Foy, M. Samama, C. Bertolus, T. Schouman, T. Gellee

I. - Introduction - Sujet

L'édentement complet comporte des conséquences aussi bien fonctionnelles qu'esthétiques. La réhabilitation fixe des édentés présente de nombreuses contraintes anatomiques tant pour la partie chirurgicale que prothétique. Ainsi, plusieurs options thérapeutiques peuvent être proposées aux patients dont celle que nous présentons ici consistant en une réhabilitation fixe implantaire après chirurgie pré-implantaire et pré-prothétique guidée.

Cette population de patients a déjà fait l'objet d'études mais la composante sur mesure n'est que peu étudiée chez l'édenté. Il est donc légitime de s'interroger sur la précision des dispositifs sur mesure et sur la pérennité de la technique.

II. Matériels et méthodes

Notre étude observationnelle, rétrospective, monocentrique inclut 27 patients édentés maxillaires complets ayant une indication à une ostéotomie de Le Fort I et greffe osseuse, opérés entre janvier 2019 et juin 2022.

Nous avons étudié la précision de l'ostéotomie guidée rapportée par les mesures translationnelles et angulaires en millimètres, les survies implantaire et prothétique et les complications.

III. Résultats - Discussion

Les mesures de précision montrent toutes des erreurs quadratiques moyennes inférieures aux seuils retrouvés dans la littérature, à savoir 2mm et 4°. Les mouvements les plus imprécis sont le mouvement sagittal antérieur et le contrôle du tangage dans le sens horaire. La survie implantaire est de 97% avec un suivi moyen de 20 mois et la survie prothétique de 100%, comparables aux données de la littérature. Peu de complications sont rapportées, elles sont majoritairement infectieuses.

IV. Conclusion

L'apport des guide et plaque personnalisés semble être confirmé par les mesures réalisées dans cette étude ce qui présente un intérêt majeur dans le cadre de la chirurgie préprothétique et pré-implantaire du sujet édenté par l'absence d'occlusion guidant le repositionnement. Les survies implantaire et prothétique sont élevées évoquant une technique de réhabilitation fiable. Un suivi au long cours serait nécessaire pour le confirmer.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

REALISATION DU MONTAGE DIRECTEUR NUMERIQUE EN MOINS DE 10 MINUTES GRACE AU PROTOCOLE CADSMILE3D.

L. Benichou*

Introduction : Le montage directeur est une étape essentielle dans la conception de la prothèse, le placement des implants, la reconstruction osseuse maxillo-mandibulaire. Cependant, il s'agit d'une étape fastidieuse et technique si bien qu'elle est souvent délaissée par le clinicien pour être confiée au prothésiste. Mais la conception du montage directeur est l'étape dont découlera tout le plan de traitement, elle doit donc être sous le contrôle du clinicien.

Matériels et méthodes : Les étapes de la conception numérique du montage directeur seront détaillées grâce à l'outil dédié : Cadsmile3d permettant de réaliser un montage directeur numérique simple grâce à une photographie de face et une empreinte numérique.

Résultats et discussion : L'utilisation de cet outil a permis de réaliser des montages directeurs fiables en quelques minutes, ce qui permet de rendre sa réalisation possible dans la pratique clinique du praticien.

Conclusion : Les outils numériques permettent de rendre la réalisation du montage directeur praticable par le praticien, plutôt que le confier au prothésiste, à l'ingénieur, etc.

L'auteur a / avait une affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

REPOSITIONNEMENT DU NERF ALVEOLAIRE INFÉRIEUR - TECHNIQUES CHIRURGICALES ET RESULTATS

J. Allavéna*, R. Nicot, C. Majoufre, M. Schlund

Introduction - La réhabilitation implanto-portée du secteur mandibulaire postérieur peut rapidement devenir complexe si la distance entre la crête alvéolaire édentée et le nerf alvéolaire inférieur (NAI) est trop courte pour permettre une implantation standard.

L'objectif était d'examiner systématiquement les résultats (survie implantaire) et les complications associées aux différentes techniques de repositionnement du NAI.

Matériels et méthodes - Cette revue systématique a été réalisée conformément aux directives PRISMA. Elle a été conçue pour répondre à la question PICO suivante : Le repositionnement du NAI (I) est-il une technique sûre et efficace (O) pour traiter les patients souhaitant une réhabilitation dentaire fixe en secteur mandibulaire atrophique (P) ?

Résultats et discussion - Trente-trois articles ont été inclus comprenant un total de 899 patients soit 950 procédures de repositionnement du NAI. Le taux de survie implantaire était compris entre 86,95 % et 100 %, ce qui est comparable aux alternatives que sont les implants courts ou l'augmentation osseuse.

Parmi les 269 patients ayant subi une transposition du NAI (TNAI), 93 % ont présenté des troubles neurosensoriels immédiats et 15 % des troubles persistants. Parmi les 350 patients ayant subi une latéralisation du NAI (LNAI), 93 % ont présenté des troubles neurosensoriels immédiats et 6 % des troubles persistants. Les complications immédiates semblent donc inévitables quelle que soit la méthode, en revanche, la LNAI semble causer moins de troubles neurosensoriels persistants que la TNAI.

Conclusion - La LNAI et la TNAI sont des techniques fiables permettant la mise en place d'implants dans les secteurs postérieurs mandibulaires atrophiques, avec un taux de satisfaction élevé chez les patients ayant bénéficié de cette procédure. Cependant, l'évaluation des troubles neurosensoriels devrait être effectuée de manière standardisée à l'avenir afin d'améliorer la comparabilité des données.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

REHABILITATIONS GLOBALES COMPLEXES CHEZ L'EDENTE : IMPLANTS ANGULES, IMPLANTS ZYGOMATIQUES ET CHIRURGIE ORTHOGNATHIQUE

D. Pascual*

Le digital a complètement modifié l'approche chirurgicale en implantologie. Peu de patients ont une coordination osseuse inter-arcade optimale pour concevoir une prothèse idéale en volume pour plus de confort, d'esthétique et pour faciliter l'hygiène.

La correction des anomalies squelettiques est obtenue au prix de compensations prothétiques, plus ou moins harmonieuses, souvent mal acceptées par les patients. La chirurgie orthognathique rééquilibre les bases osseuses pour limiter ces artifices prothétiques. Les logiciels de planification permettent de valider le projet prothétique optimal en tenant compte des corrections squelettiques chirurgicales à prévoir pour concevoir la meilleure prothèse possible. Cette correction chirurgicale squelettique couplée aux implants avec mise en charge immédiate dans la même séance opératoire est possible aussi bien pour les implants alvéolaires que pour les implants zygomatiques. La prothèse d'usage en zircone est entièrement anticipée, fabriquée et finie avant l'intervention.

La mise en charge immédiate per-opératoire, par simple vissage de la prothèse en suivant la pose des implants, va guider et optimiser le bon repositionnement squelettique des mâchoires prévu lors de la planification orthognathique.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

Session Mastiquer et Sourire
Implantologie
Chirurgie pré-implantaire

EVOLUTION DES PROTOCOLES DE TRAITEMENTS ANTERIEURS ET POSTERIEURS POUR LA REAHABILITATION IMPLANTO PORTEE

G. Benat*

INTRODUCTION : Comment rendre service et assurer un confort maximal aux patients, qui au-delà de la réhabilitation, souhaitent passer un minimum de temps sur le fauteuil dentaire ?

Cela peut-être réalisé en minimisant et en accélérant les procédures chirurgicales avec les bons outils et les bons choix dans les options thérapeutiques disponibles.

MATERIELS & METHODES : L'utilisation d'implants innovants et parfaitement adaptés à leur indication améliore l'expérience du patient. L'implant MAX permet une extraction-implantation immédiate en zone molaire. L'implantCo-Axis avec rattrapage d'axe intégré dans le corps de l'implant permet d'optimiser l'utilisation des volumes osseux disponibles et facilitent le travail prothétique.

RESULTATS & DISCUSSION : Avec l'implant MAX disparaît l'obligation de greffe osseuse avec comblement alvéolaire, de la nécessité d'attendre 6mois de cicatrisation osseuse et donc une deuxième intervention pour la pose d'un implant conventionnel. La pose de la couronne définitive s'effectue donc 3mois après l'extraction de la molaire avec une seule intervention. Sa forme conique permet de venir chercher l'ancrage osseux sur les différentes parois de l'alvéole, la stabilité en est excellente. On s'affranchi des contraintes liées à la gestion du septum interradiculaire et également du risque sinusien. Le profil d'émergence est amélioré avec un implant parfaitement centré et une plateforme prothétique large. Avec l'implant Co-Axis, la pose change nos habitudes car on cherche avant tout à optimiser les volumes osseux, l'implant est donc "vestibulé" pour maintenir l'espace biologique avec la paroi vestibulaire lors de la pose en secteur antérieur par exemple, le rattrapage axial intégré permet d'envisager un pilier prothétique droit avec un puits de vissage sur le versant palatin de l'incisive.

CONCLUSION : L'accélération des procédures chirurgicales ne peut se faire qu'avec des éléments uniquement conçus pour. C'est le cas de ces gammes d'implants qui répondent spécifiquement aux problématiques rencontrées pour une expérience patient améliorée.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

Chirurgie humanitaire

NOMA, UNE MALADIE D'UN AUTRE AGE

L. Guyot*

Le noma est une gangrène faciale liée à un état de dénutrition dans un contexte de pauvreté.

Cette maladie connue depuis l'antiquité était décrite en Europe jusqu'au XIX^e siècle puis revisitée au XX^e et XXI^e siècle en Afrique sub-saharienne essentiellement.

Environ 80/90 % des patients décèdent à la phase aiguë et le reste présente des séquelles fonctionnelles et esthétiques majeures nécessitant une chirurgie réparatrice complexe.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentations(s).

LA CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE EN PRATIQUE HUMANITAIRE AU PROFIT DES POPULATIONS DEPLACEES AU NORD TOGO

HC. Bissa*, S. Adam, B. Koutora, AS. Anate, V. Agbao

Introduction. Certaines pathologies maxillo-faciales se rencontrent dans les populations déplacées par les catastrophes intempéries ou des guerres. Au nord Togo, du fait de la menace terroriste, ces populations se retrouvent privées des soins de santé et certains présentent des lésions maxillo-faciales diverses. L'objectif était de recenser ces cas et décrire la prise en charge dans un contexte humanitaire.

Matériels et méthodes. Nous rapportons une série de 37 cas sur une période de 12 mois. Il s'est agi de patients présentant une diversité de pathologies maxillo-faciales négligées. Ces patients étaient reçus dans un hôpital confessionnel dont les praticiens militaires y octroyaient des soins gratuits. Ont été décrites les caractéristiques socio-démographiques de ces patients et les modalités thérapeutiques appliquées.

Résultats-Discussions. Les patients étaient de sexe féminin dans 25 cas; l'âge moyen était de 26 ans avec des extrêmes de 4 et 67 ans. Dix-neuf étaient des agriculteurs et huit éleveurs. Tous vivaient en zone rurale et dont la couverture sanitaire à 80% étaient faite d'unités de soins périphériques. Les pathologies rencontrées étaient dominées par les infections dans 15 cas, suivies par les luxations temporomandibulaires anciennes dans 7 cas, puis des tumeurs maxillo-faciales bénignes dans 5 cas. Sur les 7 enfants retrouvés, 3 avaient un noma jugal à la phase chronique. Les interventions chirurgicales ont été faites sous anesthésie générale chez 22 d'entre eux : dont les luxations temporo-mandibulaire, les tumeurs et les cas de noma. l'évolution a été favorable dans 30 cas, défavorables avec séquelles dans 2 cas et 5 ont été perdus de vue.

Conclusion : L'action combinée des hôpitaux confessionnels et des praticiens militaires opérants dans un contexte humanitaire gratuit représente la meilleure solution pour la prise en charge des pathologies maxillofaciales au sein des populations déplacées par la menace terroriste.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

REPERCUSSIONS FAMILIALES ET SOCIALES DES FENTES LABIO-ALVEOLO-PALATINES EN COTE D'IVOIRE

C. Assouan*

Introduction

Le visage d'un individu est la partie la plus humaine du corps et l'expression extérieure de sa personnalité. Le sujet présentant une fente faciale est une personne qui, provisoirement ou durablement vit la suspension de soi, la privation symbolique de son être. Il vit replié sur lui-même avec le sentiment d'une perte de l'estime de soi.

L'objectif de cette étude était de décrire les répercussions familiales et sociales des fentes labio-alvéolo-palatines en Côte d'Ivoire.

Patients et méthodes

Etude transversale descriptive sur une période de 10 jours au cours d'une campagne de prise en charge des fentes labio-alvéolo-palatines. Cette campagne s'est déroulée au CHU de Treichville à ABIDJAN en Côte d'Ivoire. Un entretien sur la base d'un questionnaire a été réalisé avec les parents des malades. Les données épidémiologiques, familiales et sociales ont été recueillies et analysées.

Résultats

19 enfants porteurs de fentes labio-alvéolo-palatines dont les parents ont accepté de participer à l'entretien ont été retenus. On notait 10 garçons et 9 filles. L'âge des enfants variait de 4 mois à 21 ans. Les parents étaient gênés par la malformation. 2 parents ont avoué avoir tenté un infanticide. 3 autres ont été divorcés du fait de la naissance de leurs enfants malformés. 4 couples soit 21,05 % n'ont regagné le domicile conjugal qu'après la chirurgie. Un enfant soit 5,26% en âge préscolaire refusait de s'exprimer en classe.

Discussion

L'arrivée d'un enfant porteur d'une fente labio-alvéolo-palatine est mal acceptée par le cercle familial et par la société. Les croyances et les explications d'origine mystique ou para-naturelle contribuent à isoler l'enfant et parfois sa mère de l'environnement familial et sociétal.

Conclusion

La prise en charge de la fente labio-alvéolo-palatine en plus d'être chirurgicale demande également un soutien psychologique et une sensibilisation de la population.

Mots-clés : Fente, répercussion, famille, société, Côte d'Ivoire

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

AWARENESS OF ORAL PRECANCEROUS AND ORAL CANCEROUS LESIONS AND DETECTION OF ORAL CANCER IN CAMBODIA.

P. Sandeth*

There are lesions in oral cavity, detected by routine examination. Any lesion appearing should be carefully evaluated. A clinical diagnosis will be helpful to determine further management. Oral precancers are lesions, easily noted if the mouth is examined in a systematic way. Inaccurate diagnosis or failure to diagnose oral disease may have profound implications for both the patient and clinician. Surgical biopsy, the most common investigation, is useful to confirm the clinical diagnosis in order to determine a treatment plan. The purpose of this presentation is to introduce early detection of oral cancer and its importance. In addition, this will also provide basic knowledge for dental and medical practitioners, especially general health practitioners in Cambodia with regard to the role of biopsy in the management of such patients.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

TRAITEMENT DE L'AMELOBLASTOME MANDIBULAIRE : RADICAL OU CONSERVATEUR

M. Bouksirat*, S. Benwadih, M. Boulaadas

TRAITEMENT DE L'AMELOBLASTOME MANDIBULAIRE : RADICAL OU CONSERVATEUR

INTRODUCTION : L'améloblastome est une tumeur odontogène bénigne localement agressive nécessitant un diagnostic précoce et traitement adapté. Notre objectif est de comparer le traitement radical par rapport au traitement conservateur.

MATERIELS ET METHODES : une étude rétrospective comportant 40 cas a été menée dans notre service de chirurgie maxillo faciale et stomatologie à l'hôpital des spécialités à rabat avec analyse des différents paramètres selon une fiche d'exploitation préétablie.

RESULTATS : Dans cette série l'âge moyen était de 39 ans avec prédominance du sexe masculin, le motif de consultation est représenté par une tuméfaction dans 90% des cas avec un délai de consultation de 2 ans. Tous nos patients ont bénéficié d'une exploration radiologique. Le traitement était radical dans 90% des cas et la reconstruction mandibulaire a été faite chez 60% de nos patients par lambeau libre du péroné. La confirmation du diagnostic est histologique.

DISCUSSION : L'améloblastome est la tumeur odontogène la plus fréquente, les signes révélateurs sont représentés essentiellement par une tuméfaction dure indolore, l'aspect radiologique le plus fréquent est l'aspect multiloculaire, le but du traitement est de faire l'exérèse et d'éviter la récurrence.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

Session Fonction salivaire

**EVALUATION DU RISQUE DE RECIDIVE DE LITHIASES SALIVAIRES APRES CHIRURGIE MINI-
INVASIVE: ETUDE RETROSPECTIVE A PROPOS DE 444 CAS.**

N. Graillon*, C. Chossegros, P. Galli, H. Frandjian

Introduction

Les traitements mini-invasifs des lithiases salivaires se sont développés au cours des dernières décennies. S'ils permettent de préserver les glandes salivaires, ces traitements exposent inévitablement au risque de récurrence des lithiases. L'évaluation du risque de récurrences et l'identification de facteurs de risque de récurrence pourraient nous aider à améliorer nos stratégies de prises en charge mini-invasives. Le but de cette étude était d'évaluer le taux de récurrence des lithiases salivaires après une chirurgie mini-invasive. L'objectif secondaire était d'identifier les facteurs de risques de récurrence.

Matériels et méthodes

Nous avons mené une étude rétrospective monocentrique incluant tous les patients traités pour lithiasse salivaire par chirurgie mini-invasive de mars 2014 à mars 2021. Le critère d'évaluation principal de l'étude était le taux de récurrence de lithiases. Nous avons recueilli les données épidémiologiques concernant chaque patient, les glandes salivaires impliquées, la taille et la position des lithiases, la technique chirurgicale utilisée, la survenue d'une récurrence et sa localisation, la durée de suivi.

Résultats

Au total, 444 patients ont été inclus, 246 hommes et 198 femmes. La glande submandibulaire était concernée dans 373 cas (84%). Une taille du conduit était réalisé dans 366 cas (82%), un abord combiné dans 43 cas (10%), une sialendoscopie dans 24 cas (5%), une lithotripsie extracorporelle dans 25 cas (5%). La durée moyenne de suivi était de 20 mois Trente-trois patients ont présenté une récurrence (7%), toujours au niveau de la même glande. Parmi ces patients, 3 ont présenté trois récurrences au cours du suivi. La taille des lithiases, leur position, leur nombre, le traitement utilisé n'étaient pas des facteurs de risque de récurrence dans cette étude.

Conclusion

Le taux de récurrence de lithiases après chirurgie mini-invasive est de 7%. Il n'a pas été identifié de facteur de risque de récurrence dans cette étude.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

L'AUTO-MASSAGE : UNE METHODE SIMPLE POUR REDUIRE LE RISQUE DE RECIDIVE DE LITHIASSE SALIVAIRE APRES UNE CHIRURGIE MINI-INVASIVE.

N. Graillon*, C. Chossegros, H. Frandjian

Introduction

Les traitements mini-invasifs des lithiases salivaires se sont développés au cours des dernières décennies. S'ils permettent de préserver les glandes salivaires, ces traitements exposent inévitablement au risque de récurrence des lithiases, jusqu'à 15% dans la littérature. Nous avons ainsi identifié dans notre cohorte 5% de récurrences de lithiasse salivaire à 48 mois après chirurgie mini-invasive, la plupart du temps dans la même glande. Nous considérons que les lithiases salivaires sont la conséquence d'une malformation du conduit responsable d'un ralentissement du flux salivaire. Par conséquent, le massage de la glande affectée peut aider à prévenir la stagnation salivaire et donc la récurrence des lithiases. Le but de cette étude était d'évaluer l'impact des automassages des glandes salivaires sur le taux de récurrence des lithiases après une chirurgie mini-invasive des lithiases salivaires.

Matériels et méthodes

Nous avons mené une étude rétrospective monocentrique incluant tous les patients traités pour lithiasse salivaire par chirurgie mini-invasive de mars 2014 à mars 2021. Le critère d'évaluation principal de l'étude était le taux de récurrence de lithiases à 48 mois. Nous recommandons la réalisation de massages depuis février 2018, nous avons ainsi divisé notre cohorte en deux groupes : dans le groupe 1, les patients opérés avant février 2018 n'ayant jamais pratiqué de massage et dans le groupe 2, les patients opérés depuis février 2018, et ayant reçu la recommandation de réaliser un automassage quotidien de la glande salivaire traitée.

Résultats

Au total, 444 patients ont été inclus, dont 140 patients ayant pratiqué des automassages. Les récurrences étaient significativement plus fréquentes dans le groupe 1 (10%) et que dans le groupe 2 (3%) ($p < 0,005$).

Conclusion

Les automassages salivaires permettent une réduction du risque de récurrence de lithiases salivaires après chirurgie mini invasive et doivent être proposés de façon systématique en post opératoire.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

LA MARSUPIALISATION DU CONDUIT SUBMANDIBULAIRE : TECHNIQUE ET INDICATIONS.

N. Graillon*, C. Chossegros, H. Frandjian

Introduction

La taille du conduit submandibulaire est une procédure efficace dans le traitement des lithiases submandibulaires, quelle que soit leur taille, sans nécessité de fragmentation préalable. Néanmoins, contrairement à la sialendoscopie, elle n'explore par l'ensemble du conduit submandibulaire et peut ne pas identifier une obstruction antérieure du conduit, telle qu'une sténose, ayant favorisée la survenue de la lithiasse. Nous avons décrit l'indication et la technique chirurgicale de marsupialisation du conduit au cours d'une taille du conduit submandibulaire, et évalué son efficacité dans notre cohorte.

Matériels et méthodes

Dans cette étude rétrospective, nous avons inclus tous les patients ayant bénéficiés d'une taille du conduit submandibulaire en traitement d'une lithiasse submandibulaire de janvier 2014 à juin 2022. Après extraction de la lithiasse, une cathétérisation du conduit et une irrigation rétrograde était pratiquée, en cas d'échec, une irrigation antérograde par l'incision du conduit était également réalisée, si celle-ci laissée suspecter une obstruction antérieure, une marsupialisation du conduit était pratiquée. Les complications post opératoires et les récives étaient évaluées.

Résultats

Au total, 365 patients ont bénéficié d'une taille du conduit submandibulaire en traitement d'une lithiasse, parmi ces patients, 41 (11 %) ont également bénéficié d'une marsupialisation du conduit associée pour une obstruction antérieure du conduit. Malgré la procédure de marsupialisation et l'obstruction antérieure, les patients n'ont pas présenté plus de complications post opératoires ou de récives.

Conclusion

La marsupialisation du conduit combinée à la taille du conduit submandibulaire est une procédure simple et sûre pour le traitement des lithiases submandibulaires associées à une obstruction antérieure du conduit submandibulaire.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

DE LA FRENECTOMIE LINGUALE A LA SOUS-MAXILLITE BILATERALE : PROPOSITION POUR UN RETOUR A UNE FONCTION SALIVAIRE NORMALE

L. Saint-Denis*

Introduction : Une patiente de 18 ans a développé une sténose bilatérale des caroncules sublinguales à la suite d'une frénectomie linguale, occasionnant des épisodes de sous-maxillites. Une telle complication n'a pas été décrite dans la littérature. **Matériel et Méthodes :** Nous avons proposé une marsupialisation des deux canaux de Wharton avec l'utilisation de cathéters de perfusion comme tuteurs de cicatrisation. Cette astuce a déjà été suggérée comme tuteurs de calibrage après le traitement par sialendoscopie des sténoses canalaïres distales. Dans le même temps, nous avons effectué une reprise de sa frénectomie pour corriger la récïdive de l'ankyloglossie. **Résultats :** A 3 mois, l'ankyloglossie était corrigée et la patiente n'avait plus présenté d'épisode de colique salivaire ni de sous-maxillite. **Discussion :** En cas de sténose cicatricielle complète des canaux de Wharton, l'utilisation de ces cathéters, après marsupialisation des papilles, est pertinente car accessible et efficace.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

ANATOMIE DU NERF FACIAL EXTRACRANIEN ET CLASSIFICATION - INTERET EN CHIRURGIE

G. Toure*

L'anatomie du nerf facial a été largement décrite. Sa connaissance est importante dans la chirurgie de la parotide, dans la compréhension et la réparation du nerf facial. Classiquement 45 branches sont décrites: temporo-frontale, zygomatique, buccale, marginale mandibulaire et cervicale. Les connexions entre ces branches présentent des variations qui ont donné lieu à des classifications. Celle de Davis est largement utilisée. Sur les 6 types décrits: 1 type ne présente pas de connexions entre les différentes branches et un seul type présente des connexions entre toutes les branches. Notre objectif était de vérifier cette classification et définir si possible des zones de sécurité.

Matériel et méthodes: 100 nerfs faciaux ont été disséqués et analysés

Résultats: nous avons noté des embranchements primaires, secondaires et tertiaires - des connexions entre toutes les branches du nerf facial.

Discussion: notre étude a présenté une discordance importante avec la classification la plus utilisée. Elle prend compte des syncinésies et des suppléances. Elle élimine une zone muette jugale (Friteau).

Conclusion: Nous n'avons pas observé des cas d'absence de connexions entre les différentes branches du nerf facial. Cette étude a fourni une distribution exacte et précise des branches du nerf facial ainsi que les connexions.

Références:

- 1) Alomar OSK. New classification of branching pattern of facial nerve during parotidectomy: a cross sectional study. Ann Med Surg. 2021. 14:190-196.
- 2) Davis RA. Surgical anatomy of the facial nerve and parotid gland based upon 250 cervicofacial halves. Surg. Gynecol. Obstet. 1956;102:385-412

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

VEINE RETROMANDIBULAIRE ET NERF FACIAL

G. Toure*, C. Vacher

Introduction : La veine rétromandibulaire (vrn) est un important élément anatomique, en radiologie pour localiser une tumeur dans la glande parotide en relation avec le nerf facial, et en chirurgie comme repère pour disséquer le nerf facial et ses branches. Le but de cette étude était de donner une idée précise description des variations anatomiques des relations du nerf facial avec le rnv.

Matériel et méthodes : Cent cinquante glandes parotides ont été disséquées par voie de parotidectomie. La vrm, le tronc du nerf facial et ses branches ont été disséqués et décrits

décrit. Les relations du nerf facial avec la vrm ont été notées dans chaque cas.

Résultats La vrm était médiale au nerf dans 65,2 % des cas et latéral dans 13% du nerf. Dans 6,8 % des cas, le nerf était placé un plan veineux superficiel et un plan veineux profond.

Discussion : Cette étude nous a permis de proposer une classification de la disposition de la vrm par rapport au tronc du nerf facial et à ses branches. Cette classification est utile en imagerie et en chirurgie. La vrm est fiable dans environ 65% des cas, correspondant à la topographie classique où la vrm est médiale au plan nerveux.

Conclusion :

La veine rétromandibulaire est un repère important intraparotidien. Elle présente des variations par rapport au nerf facial, ces variations montraient les limites de ce repère en imagerie et en chirurgie

Références :

- 1) Touré G, Vacher C. Relations of the facial nerve with the retromandibular vein: anatomic study of 132 parotid glands. Surg Radiol Anat. 2010;32:957-61.
- 2) Piagkou M, Tzika M, Paraskevas G, Natsis K. Anatomic variability in the relation between the retromandibular vein and the facial nerve: a case report, literature review and classification. Folia Morphol. 2013;72:371-5.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

SYNDROME D'AEGLÉ, APPORT DE L'UTILISATION DE L'ÉCHOGRAPHIE POUR LE DIAGNOSTIC

P. Katz*

Introduction

Le syndrome d'Aegle est un processus de calcification du ligament stylo-hyoïdien uni ou bilatéral entraînant des douleurs de la région submandibulaire avec irradiation.

Très souvent confondu avec une submandibulite, il évolue par crise.

La recherche d'un calcul s'avère toujours négative mais les examens radiologiques scanner ou cone beam peuvent montrer une calcification du ligament.

Dans de très nombreux cas, il n'existe aucune retranscription radiologique. L'apport de l'échographie devient alors indispensable.

Matériel et méthodes

L'utilisation de l'échographie en mode B est devenu un examen simple à pratiquer. La miniaturisation des appareils la rend accessible à tous les praticiens.

Nous utilisons cet examen depuis 1982 pour la pathologie salivaire. Quel que soit le type ou la marque de l'appareil, il convient d'utiliser une sonde linéaire d'une fréquence allant de 7,5 à 12MHz.

Le positionnement de cette sonde doit être parfaitement maîtrisé pour pouvoir distinguer les différentes structures anatomiques: glandes submandibulaire, os hyoïde, pôle inférieur de la parotide.

Le patient est en position assis et sa tête est légèrement en hyperextension.

Résultats et discussion

Si la définition du syndrome d'Aegle a été décrite en 1937 par le Professeur Aegle, il s'agissait d'une calcification complète du ligament stylo-hyoïdien.

Or, il s'avère que le nombreux patients souffrent de douleurs de la région submandibulaire avec irradiation vers l'oreille sans cause visible et sont très souvent pris pour des douleurs psychogènes.

Nous démontrons que grâce à l'échographie ces douleurs proviennent de la région de l'os hyoïde avec la visualisation d'un épaissement du ligament bien visible sous forme d'un hyperécho, mobile lors des mouvements de déglutition et douloureux à la pression de la sonde d'échographie.

Conclusion.

L'apport de l'échographie est indispensable dans les douleurs mal systématisées de la région submandibulaire avec irradiation vers l'oreille.

Le Syndrome d'Aegle peut être qu'une simple rigidification du ligament.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

ULTRASOUND ELASTOGRAPHY A NOVEL TECHNIQUE TO DETECT PAROTID DUCTAL STENOSIS

P. Katz*, S.J. Daniel

Background: Elastography the computation of the spatial variation of the elastic modulus of tissue is an emerging medical imaging technique. Simply put, it examines tissue by assessing its elasticity or rigidity. There is scarce data in the literature on the use of elastography in salivary gland assessment. The purpose of our study was to compare standard B mode and Doppler ultrasonography with sonoelastography in a population of patients with parotid obstructive symptoms to compare these imaging modalities as we follow a large cohort of patients with non sialolithic obstructive pathology.

Methodology: This is a retrospective review of a database on a cohort of 75 patients presenting with parotid obstructive symptoms examined between October 2014 and October 2017 by the senior author (PK). Data included findings from a complete ultrasonography exam was performed in B mode, along with a color Doppler and elastography of both the symptomatic gland and the contralateral side. All exams were performed with an ultrasound machine Acuson S 2000 equipped with the program eSie Touch Elastography (Siemens Ltd.) and a probe of 9 MHz.

Results: There were 56 females and 19 males. The age range was 25 to 63 years. All patients presented with signs of salivary flow obstruction without lithiasis. All patients were initially assessed with B mode ultrasonography and Doppler, and then examined by sonoelastography. All patients had clearly visible stenotic and dilated stensen's ducts segments with elastography despite being poorly visible with mode B ultrasonography.

Conclusion: Based on the results of this cohort, ultrasound elastography sheds a new light on the imaging of parotid ductal pathology, allowing a more rapid and precise diagnosis than any other imaging modalities.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

**Médecine et chirurgie
esthétiques
de la face et du cou**

PRISES EN CHARGE DES COMPLICATIONS VASCULAIRES DES INJECTIONS D'ACIDE HYALURONIQUE : PROTOCOLE D'URGENCE.

B. Lerhe*, C. Winter, L. Castillo, C. Savoldelli, P. Kestemont

Introduction : Les injections d'acide hyaluronique à visée esthétique sont en plein essor et ne peuvent être pratiquées que par des médecins formés. La complication principale encourue est l'embolisation artérielle au point d'injection ou à distance. Les signes cliniques sont divers allant du blanchiment, livédo, augmentation du temps de recoloration cutanée, à l'apparition de vésicules et de bulles, dans la majeure partie des cas tous accompagnés d'une forte douleur.

Matériel et Méthodes : Tout praticien injecteur doit être capable de faire le diagnostic clinique initial d'occlusion vasculaire et de mettre en place dès l'établissement de celui-ci le protocole de traitement urgent à base de hyaluronidase, antidote de l'acide hyaluronique. Il n'existe pas de directives internationales officielles sur l'utilisation de la hyaluronidase. Un protocole à haute dose de hyaluronidase 1500 UI toutes les 2 à 8H est ici détaillé avec les mesures adjuvantes. Un organigramme décisionnel est également élaboré pour éclaircir la prise en charge.

Résultats et discussion : Plus de 35 patients ont été recrutés en urgence pour bâtir de ce protocole écrit. Le traitement à base de hyaluronidase à haute dose permet la plupart du temps une récupération sans séquelle ou avec des séquelles acceptables s'il est mis en place tôt. Une nécrose des tissus s'installe en 24 à 72H en l'absence de traitement.

Conclusion : Pour prévenir ces complications, une connaissance de l'anatomie est indispensable ainsi que la formation des médecins pour faire le diagnostic initial. L'usage de la canule 22G est vivement recommandée lors des injections d'acide hyaluronique qui doivent être faites lentement par petit volume.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

RACOURCCISSEMENT LABIAL SUPERIEUR ET COMPETENCE LABIALE

C. Guegantou*

Technique chirurgicale du raccourcissement labial superieur.

Indication de la technique

Analyse de resultats esthetiques et fonctionnels

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

INTERET DU LASER EN ASSOCIATION AVEC LA CHIRURGIE ESTHETIQUE DU VISAGE.

B. Tchakerian*

Introduction

La médecine esthétique fait partie intégrante aujourd'hui de l'activité d'un chirurgien en esthétique du visage. D'autre part, ces traitements moins invasifs peuvent s'associer au traitement de chirurgie esthétique. La combinaison laser et chirurgie esthétique faciale ont montré ses preuves à travers diverses utilisations.

Les techniques de laser n'ont cessé d'évoluer en esthétique laissant place à des outils de plus en plus performant avec de multiples modalités et utilités pour le praticien : resurfaçage cutané non ablatif et réduction des rides, traitement des cicatrices, endo lift, laser chirurgical, ou encore traitement du xanthélasma.

Méthode

Nous avons mené une étude au CHU d'Henri Mondor avec le laser Fotona Sp Dynamis de novembre 2022 à septembre 2023 basé sur les protocoles Vectorlift, Smootheye, et Liplase incluant des patients de 30 ans à 76 ans. Ils ont bénéficié chacun de 4 séances à 15 jours d'intervalle.

Cette étude avait pour but d'atténuer l'apparence des rides, de lifter ou encore de redonner du volume avec un délai de rétablissement minime, voire nul, et un confort maximal pour le patient ce qui en fait une procédure esthétique non invasive très demandée.

Résultats

Notre étude a montré des résultats significatifs avec une amélioration légère des rides, un raffermissement et des patients globalement satisfaits. Par la suite, certains patients ont souhaité avoir recours en association avec le laser à d'autres méthodes plus invasives comme les fils tenseurs ou encore la chirurgie esthétique faciale avec les blépharoplasties, lifting cervico-facial ou encore lip lift.

Conclusion

Le laser est un allié indispensable dans l'activité d'un chirurgien esthétique du visage. Le traitement avec le laser peut permettre d'améliorer l'aspect naturel obtenu par la chirurgie.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

COMPLICATIONS LIEES A LA BLEPHAROPLASTIE ET A LA RHINOPLASTIE : EVALUATION ET GESTION

KE. Mam*, K. Sy

Introduction : De nos jours, la chirurgie plastique esthétique, telle que la blépharoplastie, la rhinoplastie, les fillers et le Botox, n'est plus un tabou, car de nombreuses personnes y ont recours. Cependant, ces procédures ne sont pas sans risques.

Matériels et Méthodes : Cette étude se concentre sur les complications post-rhinoplastie et post-blépharoplastie. Parmi celles-ci, on retrouve une légère rétraction de la paupière inférieure jusqu'à un ectropion franc avec une éversion marquée de la paupière inférieure.

Nous avons établi un système de notation pour évaluer la malposition des paupières après une blépharoplastie, en se basant sur la sévérité de la rétraction de la paupière inférieure.

De plus, nous présentons certains cas de complications à long terme liés à l'utilisation de produits anormaux tels que le silicone liquide pour corriger les déformations faciales, notamment au niveau du nez. Ces problèmes sont fréquemment rencontrés chez de nombreux patients, et les zones les plus susceptibles d'extrusion sont la pointe du nez et l'intérieur de la cavité nasale.

Les cas post-rhinoplastie infectés peuvent également provoquer des blocages des fosses nasales, qui peuvent être considérés comme des signes avant-coureurs d'extrusion.

Conclusion : Le traitement de ces complications vise principalement à éliminer autant que possible les matériaux et produits injectés, ainsi que les tissus dégénérés, tout en préservant la fonction des tissus normaux. Une gestion appropriée de ces problèmes permettra d'améliorer les résultats à long terme des patients ayant subi une blépharoplastie ou une rhinoplastie, tout en minimisant les risques potentiels liés à ces interventions.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

**SYNDROME TOXIQUE STREPTOCOCCIQUE APRES CHIRURGIE DU JABOT CERVICAL ESTHETIQUE
: PROBLEMATIQUE DE LA PRISE DE CHARGE EN PRATIQUE DE VILLE**

V. Bellot-Samson*, M. Martin

Le choc toxique streptococcique est une complication postopératoire infectieuse grave pouvant atteindre 30 % de mortalité dans la littérature. Le diagnostic à temps est primordial. En pratique esthétique il est indispensable de garder le contact avec le patient et de rester décisionnaire et impliqué dans la prise en charge. Ceci est rendu difficile dans notre pratique de ville quand notre établissement ne possède pas de service de réanimation. Cette communication présente le cas d'une patiente dont la prise en charge illustre la difficulté pour « garder la main » dans ce type de complication.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentations(s).

COVID ET ESTHETIQUE MODIFICATIONS DES PRATIQUES ?

G. Thiéry*, S. Thiéry Maurin

Covid et esthétique modifications des pratiques ?

Depuis le Covid nos pratiques en esthétique ont-elles été modifiées?

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

VIEILLISSEMENT ET PROCEDES DE RAJEUNISSEMENT DU VISAGE AFRICAIN PAR L'ETAGE MOYEN DE LA FACE

C. Diakité*

Les procédés de rajeunissement du visage se sont considérablement développés dans le monde, en particulier dans la population noire. Cette augmentation a entraîné un changement de paradigme dans la chirurgie plastique du visage car les méthodes de rajeunissement chez les personnes d'origine africaine diffèrent des modèles traditionnels.

L'objectif est de montrer les différences de vieillissement du visage entre les africains et les caucasiens, et ainsi de souligner l'importance de la chirurgie de l'étage moyen pour le rajeunissement du visage africain.

La morphologie squelettique unique notamment l'hypoplasie malaire, la bipromaxillie et l'épaisseur de la peau et des tissus mous mettront plus rapidement en évidence un vieillissement des régions péri-orbitaires et malaires. La graisse malaire profonde sera donc prédisposée à descendre et à s'accumuler au niveau des sillons nasogéniens. Les régions sous-orbitaires vont se creuser et les sillons nasogéniens seront plus marqués. Le rajeunissement du visage passera donc par un repositionnement de la graisse malaire profonde et un comblement des volumes.

Une compréhension approfondie de ces différences est primordiale pour adapter son approche à la prise en charge non chirurgicale et chirurgicale afin d'améliorer les résultats et la satisfaction des patients. Néanmoins, avec le risque de cicatrices chéloïdes quinze fois plus élevé chez les africains, la sélection des patients doit être appropriée et une approche mini invasive est à prioriser.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

Session

Pourquoi pas ?

LE « POURQUOI PAS ?! » ET L'INNOVATION CHIRURGICALE

A. Clement*, F. Molinier, A. Makouaya

Gérard, pourrais-tu m'aider à opérer certaines malformations cranio-faciales, notamment les hypertélorismes (écartement excessif des orbites avec élargissement de la racine du nez).

- - Paul, quel est ton plan ?
- - Voici (démonstration faite sur le crâne) par voie intracrânienne - tu te chargerais de l'ouverture
- - Je voudrais découper les deux cônes orbitaires, enlever le massif qui les sépare (l'éthmoïde) et les rapprocher de leur axe optique.
- - Mais, ami, tu sembles oublier qu'au-dessus de la voûte orbitaire il y a un organe intracrânien assez constant qui s'appelle le cerveau !!!
Qu'est-ce que tu en fais ? Diable... à moins... à moins... attends un peu... à moins de se faufiler sous les deux lobes frontaux... oui, pourquoi pas ?...

Cette réplique « pourquoi pas » du neuro-chirurgien a été le début d'une inter-disciplinarité, qui a engendré la naissance de la chirurgie cranio-faciale.

Cette réplique est-elle spécifique à la langue française ?

La dit-on de la même manière dans d'autres langues ?

Qu'en aurait-il été si le docteur Guiot avait répliqué d'une autre manière ?

À travers une analyse socio-linguistique et historique (du moment), les auteurs essaient de comprendre la genèse de ce « pourquoi pas ».

Bibliographie

GUIOT G. Itinéraire imprévu d'un neuro-chirurgien. 1995. Editions Cerf. 123 p.

De SAUSSURE F. Cours de linguistique générale. 1916. Editions Payot.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

AVANCEMENT MONOBLOC FRONTOFACIAL ET BIPARTITION FACIALE ASSISTES PAR ORDINATEUR, NOTE TECHNIQUE ET PRESENTATION DE DEUX CAS

D. Kulker*, G. Calluud, A. Pare, B. Laure

Chez les patients atteints de facio-cranio-sténose, il est fréquent de retrouver à la fois une rétrusion faciale, une insuffisance transversale maxillaire, et un hypertélorisme. La technique chirurgicale associant l'avancée fronto-faciale monobloc avec distracteurs internes et la bipartition faciale permet de corriger l'ensemble de ces anomalies, en une seule chirurgie. Nous présentons une note technique décrivant ce geste chirurgical avec en exemple deux patients ayant un syndrome de Pfeiffer, chez qui nous avons réalisé une avancée fronto-faciale monobloc avec bipartition faciale en utilisant des guides chirurgicaux. Le résultat esthétique et fonctionnel chez ces deux patients est satisfaisant, l'utilisation de guides chirurgicaux a permis d'obtenir un résultat très proche de la planification.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

DISTRACTION FACIALE SANS OSTEOTOMIE PAR L'INTERMEDIAIRE D'UNE BROCHE TRANSFACIALE DANS LE CADRE D'UN SYNDROME DE PFEIFFER. A PROPOS D'UN CAS.

E. Lange*, J. Chauvel-Picard, F. Di Rocco, M. Vinchon, A. Gleizal

Introduction : le syndrome de Pfeiffer fait partie des faciocraniosténoses, se manifestant par un défaut de croissance de la face et du crâne. Les conséquences sont multiples avec notamment dès le plus jeune âge, un risque d'HTIC, de problèmes respiratoires, ainsi que d'exophtalmie avec souffrance oculaire. La prise en charge des cas sévères, se fait classiquement par une avancée fronto-faciale monobloc avec distraction.

Méthode : Nous avons pris en charge à l'hôpital femme mère enfant de Lyon, un enfant atteint d'un syndrome de Pfeiffer, avec un important exorbitisme et un syndrome d'apnée du sommeil sévère. Nous avons décidé de réaliser une chirurgie d'expansion crânienne et orbitaire par avancée fronto-orbitaire, ainsi qu'une avancée du massif facial par distraction externe sur broche transfaciale sans réaliser d'ostéotomie à l'âge de 11 mois.

Résultats : à 6 mois de la chirurgie, résultat esthétique et fonctionnel très satisfaisant, une bonne correction de l'exophtalmie. Diminution des ronflement nocturnes. Attente des résultats de la nouvelle polysomnographie.

Conclusion : Technique déjà décrite par Pellerin et al. en 2001 avec 4 cas ayant montrés de bons résultats. Technique qui semble intéressante chez les enfants ayant des troubles respiratoires sévères à la place de l'avancée monobloc fronto-faciale précoce.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

ET "POURQUOI PAS" UNE CHIRURGIE OSSEUSE SANS OSTEOSYNTHESE

J. Bettoni*, M. Olivetto, J. Bouquet, B. Devauchelle, S. Testelin

Introduction

Les complications chroniques liées au matériel d'ostéosynthèse rencontrées lors de reconstruction osseuse en terrain irradié (surinfection, fistule cutanée voir développement de foyer ostéoradionécrose), nous a contraint à nous interroger sur les modalités de bonne pratique des ostéosynthèses entre l'os natif et le lambeau osseu. Il est remarquable qu'aucun travail n'a tenté de théoriser cette étape indispensable de cette chirurgie.

Matériel est méthode

Depuis maintenant plus de 20 ans, nous menons dans notre service une réflexion quotidienne visant à limiter voir de se s'abstenir de tout recours au matériel d'ostéosynthèse inerte. L'objectif de ce travail est de partager notre expérience et de développer l'idée une chirurgie reconstructrice osseuse sans aucun matériel d'ostéosynthèse.

Résultat

Après avoir prouvé la faisabilité d'une chirurgie reconstructrice osseuse, où la préservation du bord basilaire, permet de réduire significativement le recours au matériel d'ostéosynthèse. Nous souhaitons partager notre travail quotidien avec une réflexion et la réalisation de montage en Tenon-Mortaise dans les cas de chirurgies de revascularisation ou carcinologiques. Conscient que la précision et le développement de la Piezochirurgie facilite la conception d'ostéotomie osseuse de plus en plus précise, rapide et élaborée (Tenon Mortaise ou Queue d'aronde), que dire de la perspective d'ostéotomie laser robot assisté ? Cette technologie couplée à la navigation chirurgicale pourrait ouvrir la voie vers une complexification des jonctions osseuses prenant en considération les contraintes mécaniques dans les 3 dimensions de l'espace. De plus, cet outil libérerait le chirurgien d'une planification pré-opératoire, souvent biaisée par les contraintes per-opératoires, définissant ses traits d'ostéotomie en extemporané en fonction des aléas chirurgicaux rencontrés.

Conclusion

La robotique semble ouvrir un nouveau champ de possibilité où la faisabilité de certains montages considérés, il y a encore peu, comme impossible pourrait nous imposer à redéfinir les dogmes de certains pans de la chirurgie osseuse carcinologique, reconstructrice, et malformative.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

PLATEFORMES D'IMPRESSION 3D MEDICALES INTERNALISEES ET COLLABORATIONS AVEC L'INDUSTRIE DES DISPOSITIFS MEDICAUX : VERS LE DEVELOPPEMENT DE FLUX HYBRIDES

C. Meyer*, E. Bertin, PE. Serre, E. Weber, A. Barrabe, B. Chatelain, C. Coussens, A. Louvrier

Les plateformes d'impression 3D médicale internalisées sont actuellement en pleine expansion dans les hôpitaux. La réglementation européenne encadre très étroitement la fabrication de dispositifs médicaux (DM) et, si certaines plateformes internalisées tentent de se conformer avec cette réglementation pour les DM non ou peu invasifs, la fabrication de DM plus invasifs nécessite des investissements technologiques parfois lourds et se heurte à des contraintes réglementaires telles qu'il est souvent plus intéressant de trouver des modes de collaboration avec des fabricants de DM déjà établis. Les flux hybrides (FH) constituent l'une de ces modalités et se définissent comme un partage de tâches entre une plateforme internalisée et un fabricant pour l'élaboration d'un DM.

Nous exposons les différents types de FH que nous avons mis en place ces dernières années au sein de notre plateforme d'impression 3D médicale internalisée avec certains industriels. Nous analysons leurs avantages et leurs contraintes.

Les avantages des FH sont le maintien du savoir-faire médical au sein de l'équipe, une grande liberté de design, un raccourcissement des délais de mise à disposition des dispositifs, une diminution des coûts pour l'établissement et une aisance chirurgicale accrue pour le chirurgien qui a déjà réalisé virtuellement le geste avant l'intervention.

Les contraintes comportent la nécessité de convaincre les industriels de l'intérêt de ce type de collaboration, la négociation en amont des termes de cette collaboration entre les 2 parties et la nécessité pour la plateforme d'intégrer les cahiers des charges des industriels en terme de qualité.

Le développement de FH entre des plateformes internalisées et l'industrie pour la fabrication de DM implantables permet de s'affranchir d'une réglementation contraignante et d'investissements technologiques lourds. Il permet également de justifier en partie les coûts de fonctionnement de ces plateformes et de modifier très sensiblement les rapports traditionnels clients-fabricants entre les équipes médicales et les industriels.

L'auteur a / avait une affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

ALOURDISSEMENT PALPEBRAL SUPERIEUR PAR INJECTION D'ACIDE HYALURONIQUE : UN TRAITEMENT NON CHIRURGICAL DE LA LAGOPHTALMIE PARALYTIQUE.

S. Rasteau*

Introduction

La prise en charge de la lagophtalmie doit être une priorité pour tout patient paralysé de la face, afin d'éviter des complications pouvant aller de la kératite d'exposition à l'endophtalmie.

Les traitements chirurgicaux usuels, par alourdissement palpébral ou plastie du releveur, ne sont généralement proposés qu'à un stade de séquelles, après plusieurs mois de rééducation spécialisée.

Matériels et méthodes

Injection de la paupière supérieure en consultation d'un acide hyaluronique adapté à la région péri-orbitaire, à l'aiguille dans le plan pré-tarsal/pré-aponévrotique, jusqu'à obtention d'une protection cornéenne suffisante.

Résultats et discussion

La technique est d'intérêt pour les lagophtalmies : 1) à un stade précoce dans le cadre d'une paralysie faciale a priori transitoire avec un bon potentiel de récupération spontanée, 2) à un stade précoce d'une atteinte avec mauvais potentiel de récupération, en attendant de pouvoir faire état d'une lagophtalmie séquellaire avant chirurgie 3) chez le sujet âgé, comorbide, ou contre indiqué à la chirurgie, 4) en complément d'une chirurgie insuffisante ou inefficace.

Conclusion

L'alourdissement palpébral temporaire par injection d'acide hyaluronique semble être un traitement efficace et sûr de la lagophtalmie paralytique. Des investigations supplémentaires sont nécessaires afin d'ajouter la technique à l'arsenal thérapeutique.

L'auteur a / avait une affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

Session Pédagogie

QUELS SONT LES DEROULEMENTS ET LES DETERMINANTS ENTRAVANT LA BONNE PRATIQUE DES TRANSMISSIONS SECURISEES DES DONNEES PATIENT ?

T. Pezziardi*, A. Destrez, R. Tsopra, A. Manns, N. Kadlub

Introduction : La littérature et l'analyse empirique montrent une utilisation de plus en plus prégnante des réseaux sociaux en médecine. Ces réseaux, notamment les applications de messageries se sont propagées, notamment dans le cadre de transmission de données de santé et de photographie entre praticiens, juniors et séniors. Or en Chirurgie maxillofaciale, la transmission de photographies est une entrave au secret médical. L'objectif de cette étude est de définir les déterminants entravant la bonne pratique des transmissions sécurisées des données-patients.

Méthodologie : Analyse non-exhaustive des transmissions d'informations médicales par messagerie non sécurisées au sein d'un service de chirurgie maxillo-faciale. Réalisation d'entretiens semi-dirigés à partir de cas congrès observés, auprès des personnels médicaux juniors et séniors du service.

Résultats : déterminer les situations avec une pratique non sécurisée de transmission, et les entraves ayant mené à ces pratiques, analyser la connaissance des praticiens concernant les bonnes pratiques.

Conclusions: Déterminer les entraves aux bonnes pratiques permettra de développer/de faciliter des outils sécurisés de transmission, facile d'utilisation dans des dans des contextes complexes, tels que les situations d'urgence.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

L'INTELLIGENCE ARTIFICIELLE, QU'EST-CE QUE C'EST AU JUSTE?? EXPLICATION AU TRAVERS D'UN EXEMPLE CONCRET.

L. Benichou*

Introduction : On en parle beaucoup ces derniers mois avec stable diffusion et chatGPT ! Mais qu'est-ce que l'intelligence artificielle ou deep learning, comment cela fonctionne ? Qu'elle est sa fonction ? Et surtout comment va-t-elle affecter notre pratique médicale et chirurgicale.

Matériels et méthodes : Seront abordés simplement et concrètement la gestion des données, le pré et post traitement des données, ainsi que le design de différentes architectures de réseaux de neurones.

Résultats et discussion : Mise en place d'un algorithme de deep learning de A à Z afin de comprendre comment cela fonctionne concrètement. L'évaluation de l'efficacité du réseau sera également abordée.

Conclusion : Je vous propose un peu de démystification afin de mieux comprendre un peu mieux cette technologie relativement nouvelle et de remettre le professionnel de santé au centre de toute cette révolution. Car il faut en être conscient, c'est le soignant qui fournit le principal carburant qui sert à faire fonctionner l'intelligence artificielle dans la santé : Les données de santé

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

LA TECHNIQUE DE DISSECTION FACIALE EN LIVRE OUVERT : UNE APPROCHE PEDAGOGIQUE IDEALE POUR ENSEIGNER LES METHODES D'INJECTIONS SURES ET EFFICACES DES PRODUITS DE COMPLEMENT ET DE TOXINE BOTULIQUE.

B. Lerhe*, G. D'Andrea, T. Radulesco, C. Winter, C. Savoldelli, P. Kestemont

Introduction : La connaissance de l'anatomie faciale et du vieillissement facial est essentielle pour assurer la sécurité des procédures d'injection de produits de comblement et de toxine botulique et obtenir des résultats esthétiques efficaces.

Matériel et Méthodes : Il s'agit d'une approche pédagogique visuelle basée sur l'anatomie des différentes couches de la face. Elle combine sur une hémiface une dissection de la peau, puis du compartiment graisseux superficiel, du système musculo-aponévrotique superficiel et de la loge adipeuse profonde et sur l'hémiface controlatérale, une démonstration d'injection comparative.

Résultats et discussion : Les processus de vieillissement et les cibles des injections de toxine botulique et d'acide hyaluronique sont ainsi démontrés. Les applications cliniques concernant les sites d'injection, leur position par rapport aux marqueurs cutanés et leur profondeur sont mieux visualisés. Les risques encourus notamment d'embolisation vasculaire sont justifiés.

Conclusion : La dissection en livre ouvert est une méthode fiable et reproductible d'enseignement de l'anatomie de la face appliquée aux injections à visée esthétiques.

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

LES TESTS DE CONCORDANCE DE SCRIPTS. UNE NOUVELLE MODALITE D'EVALUATION DU RAISONNEMENT MEDICAL

JD. Kun-Darbois*

Les tests de concordance de script (TCS) sont une méthode récemment décrite qui peut être utilisée dans le domaine de l'évaluation du raisonnement clinique pour les professions de la santé. Ils constituent l'une des nouvelles modalités docimologiques des Epreuves dématérialisées nationales, nouvelle formule du concours de l'internat et sont donc de plus en plus couramment utilisés pour les examens au cours des études de médecine.

Ils présentent plusieurs avantages spécifiques : évaluation des connaissances pratiques voire des compétences, mise en situation proche de la réalité, évaluation en contexte d'incertitude, non dépendante du rédacteur de la question, gradation plutôt que binarité entre les bonnes et mauvaises réponses.

Leur élaboration fait appel à une quinzaine d'expertes relecteurs qui doivent répondre aux questions afin de constituer une référence pour noter les réponses des étudiants. Chaque médecin pourra être sollicité en tant qu'expert par des rédacteurs de TCS. Chacun d'entre nous doit donc connaître le principe de cette nouvelle modalité de question.

Au cours de cette présentation, les TCS seront présentés ainsi que la manière de les rédiger

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

L'ART DE GERER AVEC ETHIQUE & DEONTOLOGIE SA COMMUNICATION DIGITALE ET L'E-REPUTATION POUR UN CHIRURGIEN

T. Josse*

Depuis 2012 la communication digitale est encadrée par l'Ordre National des médecins (livre blanc disponible sur le web) = Mise à jour en 2018, par la rédaction d'un guide sur la e- réputation.

Ces dispositions du code déontologique s'imposent aux médecins inscrits au tableau de l'Ordre, et donc à l'ensemble du cabinet/centre.

En tant qu'expert (depuis 2015) sur ces points et en tant qu'intervenant dans de nombreux congrès - diplômes universitaires et société savante je propose un découpe de ma présentation comme ci-dessous ;

> COMMENT PARLER DE SON ACTIVITÉ PRO AVEC DÉONTOLOGIE ET ETHIQUE SUR LES RÉSEAUX SOCIAUX POUR UN CHIRURGIEN

> L'ÉTAT DES LIEUX EN 2023 CARTOGRAPHIE DES PLATEFORMES ET PROFILS DE PATIENTS

> LE RÔLE DE LA COMMUNICATION ; LES MESSAGES CLÉS, LA NOTION DE COMMUNAUTÉ, LE PERSONAL BRANDING...

> LA E REPUTATION, LA GESTION DES AVIS, LA FIDÉLISATION LA VISION 360 DEGRES POUR EXISTER « L'ENVIRONNEMENT DU CABINET

> OPTIMISER SA SALLE D'ATTENTE - LE SITE INTERNET - LE RÉFÉRENCIEMENT

> LA PRESSE ÉCRITE - ONLINE ; LA RÉGLEMENTATION

> LA CYBER DÉFENSE - LES ASSURANCES SPÉCIALISÉES

L'auteur n'a aucune affiliation (financière ou autre) avec une organisation commerciale qui peut être liée directement ou indirectement avec le contenu de sa ou ses présentation(s).

Index des auteurs

Les numéros indiqués correspondent aux numéros de posters ou de communications orales.

A	Abdelmoula M.	P-136, P-185, P-188
	Abdennour A.	P-036, P-037, P-039
	Achache M.	P-197
	Adam S.	O-011, O-104, P-087, P-116
	Afif A.	O-090, P-118, P-119, P-122, P-138
	Agbao V.	O-104
	Agoda P.	O-011, P-087, P-116
	Ahmat-Lara B.	P-051
	Ahmed Fouatih N.	P-002, P-145, P-146
	Aid D.	P-005, P-006, P-007, P-086, P-110, P-159, P-191, P-201
	Akil M.	O-017
	Alami Halimi G.	O-029, P-048, P-089, P-206
	Alassfar A.	P-147
	Allavéna J.	O-100
	Amana B.	O-011, P-087, P-116
	Ambroise B.	O-062
	Amiel J.	O-063, O-064
	Amimer M.	P-016, P-017, P-018
	Amminou L.	P-016, P-017, P-032, P-033, P-055
	Amor-Sahli M.	O-019
	Anate AS.	O-104
	Anghinoni L.	O-041
	Anquetil M.	O-096
	Anzouan E.	P-078
	Anzouan-Kacou E.	O-015, P-028
	Anzouan-Kacou ERMA.	P-051
	Arantes N.	O-059
	Arjdal L.	P-063, P-065, P-068, P-072, P-180
	Arnal Etienne A.	P-010, P-027
	Arnaud E.	O-064
	Asselborn M.	O-045
	Assouan C.	O-105, P-028, P-078, P-208
	Atrouche O.	P-002, P-145, P-146
	Attie-Bitach T.	O-063
	Audi H.	P-125
	Aymon R.	O-046
	Azhari M.	P-190, P-198, P-199, P-200

	Aziz Z.	O-004, O-097, P-065, P-072, P-107, P-108, P-118, P-119, P-135, P-142, P-171, P-182, P-196
B	Baba El Hassene ZEA.	P-093, P-094
	Baba Hassan ZEA.	P-211
	Baba Hassane ZEA.	P-102
	Baba Hassein Z.	P-151
	Baba Hassene ZA.	P-079, P-095, P-206
	Baba Hassene ZEA.	P-134
	Babah Hassene ZA.	P-088
	Badaoui A.	P-026, P-060, P-114, P-131, P-132, P-205
	Bahije L.	P-139, P-140
	Bahizi WJJ.	P-047, P-154, P-192
	Bahouli ME.	P-019, P-160
	Baladi O.	P-031
	Balla S.	P-197
	Barbier C.	O-054, O-057
	Barkou S.	P-083, P-109
	Barkou SA.	P-043, P-082
	Barone S.	O-003
	Barrabe A.	O-127
	Barrabé A.	O-032
	Barthelemy I.	O-039
	Bayi H.	P-056
	Bekaddour N.	P-197
	Belferrag W.	P-157, P-163
	Bellot-Samson V.	O-120
	Belmehti A.	O-012, O-052, P-001, P-015, P-024, P-053
	Ben Ahmed N.	P-067, P-080, P-105, P-143, P-184, P-185, P-186, P-187, P-188, P-195
	Ben Arif Y.	P-067, P-080, P-105, P-136, P-143, P-184, P-185, P-186, P-187, P-188, P-195
	Ben El Mamoun I.	O-050, P-118
	Ben Rejeb M.	P-156, P-169, P-170, P-218
	Ben Youssef S.	P-106, P-121, P-124
	Benachenhou W.	P-197
	Benaissa H.	P-157
	Benalia M.	P-049, P-073, P-104
	Benameur Belkacem D.	P-049, P-073
	Benaouf S.	P-020, P-021, P-197
	Benarousse A.	P-043
	Benassarou M.	O-061
	Benat G.	O-102
	Benateau H.	O-054, O-057, O-062, O-076, O-088
	Benazzouz S.	O-013, O-049, P-044, P-084, P-085, P-096
	Benbelkacem H.	P-092, P-141, P-149
	Bencherqui S.	O-003
	Bendali B.	O-050, O-097, P-066, P-072, P-135, P-137, P-142

Benelmamoune I.	P-196
Benhajjou A.	P-103, P-108, P-215
Benhajjou A.	O-034
Benhalette N.	O-013, O-049, P-044
Benhamlette N.	P-096
Beni Akhy H.	P-119
Beniakhy H.	O-050, P-103, P-135
Benichou L.	O-083, O-099, O-130
Benmoussa N.	O-095
Bennaoui Y.	O-097, P-029, P-065, P-142, P-167, P-168, P-181
Bensadallah R.	P-158
Bentahar O.	P-190, P-198, P-199, P-200
Benwadih S.	O-029, O-107, P-012, P-077, P-089, P-090, P-091, P-097, P-154, P-164, P-165, P-206, P-207, P-214
Benyahia H.	P-139, P-147
Benyahya H.	P-140
Bernelin M.	O-024
Bertin E.	O-032, O-127
Bertin H.	O-003, O-070, O-089, O-096
Bertolus C.	O-019, O-033, O-035, O-061, O-098
Berzeg S.	P-020
Bettoni J.	O-027, O-092, O-126
Beuriat PA.	O-085
Bildstein AC.	O-057, O-076, O-088
Bissa H.	O-011, P-087, P-116
Bissa HC.	O-104
Bitam Y.	P-083, P-109, P-130, P-162, P-163
Blanchemain N.	O-067
Bleibtreu A.	O-061
Boisson J.	O-065, O-066, O-073
Boko E.	O-011, P-087, P-116
Bon L.	O-079
Bongibault T.	O-063, O-064
Bosco N.	P-030
Bouaoud J.	O-019, O-033, O-035, O-061
Bouattour A.	P-136, P-185, P-188
Bouchetara MS.	P-197
Boudjellel N.	P-126
Boudrioua S.	P-057, P-213
Bouhouche L.	P-092, P-141, P-149
Bouihi M.	O-034
Boukerche A.	P-004, P-203
Boukerrou M.	P-036, P-037, P-039
Boukhani M.	P-029
Boukhlouf O.	O-056, P-011, P-045, P-062, P-100, P-151, P-165, P-178, P-179, P-193
Bouksirat M.	O-107, P-048, P-102, P-120, P-134, P-177, P-179, P-214, P-217

Boukssim S.	P-014, P-127
Boulaadas M.	O-029, O-056, O-107, P-022, P-045, P-046, P-047, P-048, P-062, P-077, P-079, P-088, P-089, P-090, P-093, P-094, P-095, P-097, P-098, P-099, P-100, P-101, P-102, P-120, P-134, P-151, P-152, P-154, P-161, P-165, P-166, P-173, P-177, P-178, P-192, P-193, P-206, P-207, P-210, P-211, P-212, P-214, P-217
Boulaadas PM.	P-164
Boulatar Y.	P-147
Bouletreau P.	O-041
Boullenois L.	O-030
Boulouis G.	O-053
Boumedienne S.	P-202
Bouquet J.	O-022, O-027, O-092, O-126
Bouras MA.	O-013, P-084
Bourihane A.	O-017, P-005, P-006, P-007, P-083, P-086, P-109, P-110, P-130, P-148, P-158, P-159, P-191, P-201
Bourquard F.	O-035
Boutaud L.	O-063
Bouygues T.	O-063
Bouzaiene M.	P-067, P-080, P-105, P-106, P-121, P-124, P-143, P-184, P-186, P-187, P-195
Bouzgarrou A.	P-139, P-140
Bouziane M.	P-202
Bouzouina F.	P-197
Brie A.	O-047
Brie J.	O-093
Brisset M.	P-023
Brochet L.	O-072
Broome M.	O-086, O-091
Buchholzer S.	O-040
Bénateau H.	O-094
C Calluud G.	O-124
Capon C.	O-098
Castillo L.	O-116
Chabrillac E.	O-078
Chadli A.	P-026, P-132
Chahrour A.	P-083, P-109, P-130, P-148, P-163, P-175
Chai F.	O-067
Chaine A.	O-061
Chakmak L.	O-049, P-044
Chami B.	O-010, P-014, P-018
Charbonnier B.	O-068, O-080
Chatelain B.	O-024, O-032, O-127
Chatellier A.	O-054, O-057, O-062, O-088
Chauvel-Picard J.	O-045, O-082, O-085, O-125

Chbicheb S.	P-001, P-008, P-015, P-016, P-017, P-032, P-033, P-035, P-038, P-052, P-055, P-070, P-071, P-081, P-127, P-129
Chehboub N.	P-036, P-037, P-039
Chentouf A.	P-197
Cherabli A.	P-005, P-006, P-007, P-086, P-110, P-159, P-191, P-201
Chergui M.	O-017, P-083, P-109, P-130, P-148, P-162, P-163
Cheval M.	O-078
Chiche PL.	O-009
Chossegras C.	O-108, O-109, O-110
Cilia F.	O-022
Clement A.	O-123
Cobraiville E.	O-016
Colin E.	O-022
Collet C.	O-064
Cormier-Daire V.	O-064
Corre P.	O-003, O-041, O-068, O-080, O-089, O-096
Costes R.	O-025
Coudreuse A.	O-001
Coussens C.	O-032, O-127, P-003
Cousty S.	O-075
D D'Andrea G.	O-131
Dafalelei D.	P-118
Dahmas R.	P-002
Dakpe S.	O-022
Dallard J.	O-065
Damécourt A.	O-006, O-008, O-023
Dani B.	P-047, P-098, P-100, P-101, P-134, P-152, P-154, P-166, P-192, P-193, P-207
Daniel SJ.	O-115
Daoud M.	P-139, P-140
Dargani M.	O-051
Dartus J.	O-067
Davrou J.	O-084
De Boutray M.	O-006, O-008
De La Seiglière A.	O-071
De Tobel J.	O-042
Defrançois S.	O-067
Degdeg L.	P-005, P-006, P-007, P-086, P-110, P-159, P-191, P-201
Dehemchi R.	P-096
Delanoe F.	O-058, O-078
Delanoë F.	O-025
Delouane M.	P-012
Deneuve S.	O-059
Denys E.	O-086
Derdabi A.	P-022
Des Courtils C.	O-001

	Destrez A.	O-129
	Devauchelle B.	O-022, O-027, O-092, O-126
	Dghoughi S.	P-034, P-053, P-069, P-128
	Dhouib M.	P-136, P-185, P-188
	Di Rocco F.	O-085, O-125
	Diakité C.	O-122
	Diallo BK.	O-060, P-133
	Diop R.	P-189
	Djaba S.	P-104
	Djebarni A.	P-083, P-109, P-130
	Djeghader R.	P-036, P-037, P-039
	Dompmartin A.	O-054, O-057
	Douillet M.	O-063, O-064
	Dr Prevost A.	O-087
	Drieux L.	O-061
	Drizi NEH.	P-021
	Drouet J.	O-009, O-062, O-094
	Dubuc A.	P-023
	Duciel L.	O-001
	Dugast S.	O-096
	Dunaway D.	O-064
	Dupret-Bories A.	O-078
	Duron JB.	O-084
	Déo Alban Opango C.	P-138
E	Eholie SP.	P-208
	El Yacoubi O.	P-025
	El Absi I.	P-066, P-171
	El Azzouzi R.	P-045, P-046, P-077, P-088, P-161, P-177
	El Bennaoui Y.	P-107
	El Bouihi M.	O-014, O-031, O-090, P-061, P-063, P-066, P-103, P-123, P-137, P-138, P-153, P-196, P-215
	El Boukhani M.	O-031, P-119, P-153
	El Fatih M.	P-030, P-072, P-103, P-167
	El Gaouzi R.	P-038, P-070, P-071, P-081, P-129
	El Gastli S.	P-072
	El Ghazoui H.	P-061
	El Hadari H.	O-034
	El Hadri H.	P-103, P-142, P-171, P-182
	El Harti K.	O-012, P-024, P-074, P-075
	El Honsali Y.	P-147
	El Idrissi Rabaa G.	P-138
	El Idrissi Rabbaa G.	O-026, P-196
	El Kouichmi M.	P-066
	El Mourabit F.	O-090
	El Yachkouri H.	O-014, O-034, P-168
	El Yacoubi K.	P-117

	El Yacoubi O.	P-056, P-128
	Elabsi I.	O-004, P-135
	Elbouihi M.	P-059, P-180, P-194
	Elboukhani M.	P-108, P-181
	Eleuch A.	P-169
	Elfatih M.	P-108
	Elhadri H.	P-059, P-108
	Elidrissi G.	P-108
	Elidrissi Rabbaa G.	P-122
	Elleuch W.	P-136, P-185, P-188
	Elyachekouri H.	P-108
	Elyachkouri H.	P-059
	Ennafti N.	P-156, P-169, P-170, P-218
	Essig H.	O-048
	Ettien B.	P-078
	Euvrard E.	P-003
	Evrard R.	O-073
F	Fatnassi G.	P-136
	Feigna M.	O-084
	Ferrari R.	O-048
	Ferri J.	O-067
	Fervers B.	O-059
	Fettal F.	P-068, P-107, P-122, P-153, P-180, P-194, P-215
	Folly Gbogboe D.	P-204
	Fourneau E.	P-010, P-027
	Foury R.	P-141
	Foy JP.	O-019, O-033, O-035, O-061, O-098
	Frاندjian H.	O-007, O-108, O-109, O-110
	François Y.	O-015
	Fénelon M.	O-046
G	Gaggl A.	O-037
	Galli P.	O-035, O-108
	Gallucci A.	O-007, O-021
	Galmard L.	P-111
	Galmiche S.	O-006, O-008, O-023
	Garcelon N.	O-063, O-064
	Garmi R.	O-062, O-088
	Garnier F.	P-003
	Garrel R.	O-006
	Gastli S.	P-029, P-030
	Gauthier O.	O-068, O-080
	Gellee T.	O-098
	Gengler C.	O-047, O-079
	Gernandt S.	O-036, O-046, P-064
	Gharssalah F.	P-213
	Ghassane El.	O-004

Ghazaoui H.	P-171
Ghazoui H.	P-040, P-041, P-042, P-065, P-072
Giagnorio R.	O-059
Gilon Y.	O-016
Giot JP.	O-077
Girod A.	O-061
Gleizal A.	O-045, O-082, O-085, O-125
Gomez-Brouchet A.	O-070
Graillon N.	O-007, O-021, O-108, O-109, O-110
Grira M.	P-156, P-169, P-170, P-218
Guegantou C.	O-117
Guyon L.	O-080
Guyonvarc'H P.	O-095
Guyot L.	O-069, O-103, P-058
H Habu M.	O-017, P-130, P-148
Habu MA.	P-019, P-160, P-175
Habuana A.	P-090, P-099, P-210, P-212
Habuana AF.	P-011, P-062, P-101, P-134, P-152, P-154, P-173, P-193
Hablani H.	P-136, P-185, P-188
Hachem M.	P-049
Hachleitner J.	O-037
Haddad R.	O-007
Haissaguerre M.	O-074
Hallab L.	P-056
Hamel F.	P-092, P-141
Hamidi O.	O-056, P-091, P-094, P-097, P-098, P-099, P-100, P-101, P-102, P-166, P-210, P-211, P-212
Hamma A.	O-065, O-066
Hammoud H.	P-043, P-082, P-157
Harding MB.	P-183
Hariri R.	P-074, P-075
Harkati S.	P-158
Harmali K.	P-046, P-101, P-214
Hattab K.	O-031, O-090, P-118, P-194
Hattab MSK.	P-137, P-171
Hennocq Q.	O-063, O-064
Henriet V.	O-016
Herbreteau D.	O-053
Hirach K.	P-104
Hirache K.	P-049, P-073
Hirech K.	P-158
Hoarau D.	O-047
Honart JF.	O-095
Houari H.	P-202
Houari T.	P-202
Huon JF.	O-096

I	Idani M.	O-051	
	Ilhami O.	P-031, P-117, P-144	
	Injirahi S.	O-026, O-031, P-029, P-123, P-167	
	Iwata M.	P-155	
J	Jacque N.	O-019	
	Jaifi A.	O-004, O-090, P-066, P-068, P-107, P-123, P-135	
	Jammet P.	O-006, O-008	
	Jeanmichel L.	O-001	
	Joly A.	O-053	
	Josse T.	O-133	
	Josserand D.	P-058	
	Julienne S.	O-001	
	K	Kadlub N.	O-030, O-065, O-066, O-073, O-084, O-129
		Kadri G.	P-219
Kamdem B.		O-091	
Kany A.		O-071	
Karray F.		P-136, P-185, P-188	
Kasai H.		P-155	
Kassali A.		P-026	
Katz P.		O-114, O-115	
Kengue G.		P-113, P-204	
Kerbrat A.		O-035	
Kestemont P.		O-018, O-116, O-131	
Keyewa A.		P-116	
Khediri W.		P-160	
Khelifa M.		P-004, P-203, P-209	
Khemili E.		P-160	
Khemili EH.		P-157	
Khonsari RH.		O-063, O-064	
Kiema E.		O-009	
Kim Y.		O-059	
Konan E.		P-028, P-078, P-208	
Konan KE.		P-051	
Konsem T.		O-051	
Koudougou C.		O-089	
Kouichmi M.		P-063, P-122, P-137, P-167, P-168	
Koutora B.		O-104	
Kulker D.		O-124	
Kun-Darbois JD.		O-132	
L		Labarthe P.	O-006
		Lakouchmi M.	P-118
		Lakouichmi M.	O-050, P-029, P-030, P-059, P-180
		Laloze J.	O-093
		Lambert C.	O-082
	Lamy C.	O-028	
	Lange E.	O-085, O-125	

Larbi M.	P-021
Lartizien R.	O-043
Late S.	P-112
Laure B.	O-068, O-124
Lauwers F.	O-025, O-075, O-081
Lebeze I.	P-036, P-037, P-039
Legeai Mallet L.	O-071
Lerhe B.	O-018, O-020, O-044, O-116, O-131
Levy-Bohbot A.	O-098
Loisay L.	O-071
Longchamp G.	O-048
Longis J.	O-089, O-096
Lopez R.	O-078
Louaar R.	P-092, P-149
Louvrier A.	O-032, O-127, P-003
Lusque A.	O-078
Lyonnet S.	O-063
Lyskawa J.	O-067
M Mabrouk H.	P-067, P-080, P-105, P-143, P-184, P-186, P-187, P-195
Machet M.	O-075
Magnin B.	O-039
Magremanne M.	P-010, P-027
Mahtali I.	P-172, P-216
Maidam S.	P-180, P-215
Maidame S.	O-014, P-061, P-063, P-138, P-182, P-196
Majoufre C.	O-074, O-100
Makouaya A.	O-123
Makrelouf LK.	P-202
Makungu AP.	P-112, P-113, P-204
Mam KE.	O-119
Manns A.	O-129
Mansouri El Hattab N.	P-061
Mansouri Hatab N.	O-034, P-029, P-135
Mansouri Hattab N.	O-004, O-014, O-026, O-031, O-050, O-090, O-097, P-030, P-059, P-063, P-065, P-066, P-068, P-072, P-103, P-107, P-108, P-118, P-119, P-122, P-123, P-137, P-138, P-142, P-167, P-168, P-171, P-180, P-181, P-182, P-196, P-215
Mansouri N.	P-194
Mansouri-Hattab N.	P-153
Maquet C.	O-059
Marchat D.	O-068
Marlin S.	O-063
Marquette C.	O-072, O-092
Martin M.	O-120
Martin PA.	O-033, O-035
Maruani A.	O-053

Mathilde F.	P-064
Matmat AE.	P-096
May L.	O-086, O-091
Maître P.	O-080
Mbengue SBM.	O-060
Meddah S.	P-002, P-145, P-146
Mehnane A.	P-004
Mejri O.	P-156, P-169, P-170, P-218
Menapace G.	O-041
Meon A.	O-045
Meunier A.	O-074
Meyer C.	O-032, O-127
Mezzat K.	O-097, P-123, P-181, P-182, P-215
Millogo M.	O-051
Mimoune AM.	P-026, P-132
Mohamed EB.	P-068
Mohamed L.	O-031
Molinier F.	O-123
Molla De Testa P.	O-055
Morice A.	O-071
Morsli M.	P-163
Moubissa D.	P-113
Mourabit F.	O-014, P-059, P-061, P-122, P-194
Mourtada D.	P-208
Muyl-Cipollina A.	O-023
N N'Guessan D.	P-078
N'Guessan ND.	P-028
Najim Y.	O-034, O-050, P-059, P-142
Naouri Y.	P-092, P-141
Nasser D.	P-208
Ndelafai D.	P-066
Ndelafei DL.	P-168, P-181
Ndiaye A.	O-060, P-050, P-133, P-189
Ndiaye L.	P-133
Ndiaye M.	O-033
Ndiaye MM.	O-060, P-133, P-189
Nezzal M.	P-036, P-037, P-039
Nguyen TM.	O-035
Nham TT.	O-070, O-089
Nicot R.	O-100
Nini K.	O-034, P-059, P-137, P-171, P-180
Nishimirmana B.	P-182
Nokovitch L.	O-059
Nolens G.	O-016
Nshimiramana B.	P-063, P-072
Nshimirimana B.	P-065, P-167, P-168, P-196

	Nuffer A.	O-073, O-076
O	Okerroum A.	P-144
	Olivetto M.	O-126
	Ong J.	O-064
	Opango ADC.	P-153
	Opango C.	O-026, P-029, P-061
	Opoko U.	P-144
	Oukerroum A.	P-031, P-115, P-117, P-174
	Oussalem A.	P-022, P-079, P-093, P-095, P-120, P-152, P-164, P-173, P-178, P-212, P-217
	Oussalem O.	P-161
P	Pages E.	O-093
	Pagès E.	O-038
	Paolo S.	P-064
	Pare A.	O-124
	Paré A.	O-053, O-068
	Pascual D.	O-101
	Passemard L.	O-039
	Paternoster G.	O-064
	Pechoux S.	P-003
	Pegbessou EP.	P-087
	Peillex D.	O-039
	Pellat A.	O-047
	Perrillat A.	O-021
	Perrin JP.	O-003
	Petitjean C.	O-054
	Pezziardi T.	O-129
	Pham Dang N.	O-039
	Picard A.	O-030, O-063, O-064
	Pingault V.	O-063
	Piot B.	O-089, O-096
	Poisbleau D.	O-077
	Poncet H.	O-058
	Pottier C.	O-054, O-057
	Poulet V.	O-025, O-055, O-081
	Poupart M.	O-059
	Pr Lauwers F.	O-087
	Pradel R.	O-018
	Preud'Homme R.	O-076, O-088
	Preudhomme R.	O-094
	Prevost A.	O-025, O-058, O-075, O-081
	Proust R.	O-001
	Pégbessou EP.	P-116
Q	Quilhot P.	O-019
R	Rabufetti A.	O-036
	Radulesco T.	O-131

	Rais A.	P-181
	Raiss A.	O-026, P-138
	Raiss El Feni A.	P-103
	Raiss El Fenni A.	P-063, P-153
	Rasteau S.	O-128
	Razem B.	P-013, P-150, P-176
	Redini F.	O-070
	Rickart A.	O-064
	Rio M.	O-063, O-064
	Rios O.	O-018, O-020, O-044
	Rokhssi H.	P-190, P-198, P-199, P-200
	Rouanet J.	O-039
	Roukaya M.	P-113, P-204
	Roux N.	O-063
	Roux PE.	O-059
	Roux-Trotobas A.	O-087
	Römhild H.	O-037
S	Sabr A.	P-076, P-115
	Saidi A.	O-013, O-049, P-044, P-057, P-084, P-085, P-213
	Saint-Denis L.	O-111
	Salah M.	P-008, P-035
	Salah-Aiech E.	P-057, P-213
	Salami A.	P-028, P-078, P-208
	Salhi I.	P-123
	Sali I.	P-181
	Samama M.	O-098
	Sandeth P.	O-106
	Sanfo M.	O-051
	Saraoui K.	P-092, P-141
	Savoldelli C.	O-018, O-020, O-044, O-116, O-131
	Schievano S.	O-064
	Schlund M.	O-067, O-074, O-100
	Schouman T.	O-033, O-035, O-061, O-098
	Scolozzi P.	O-036, O-040, O-042, O-046
	Seguy F.	P-078
	Sellam ST.	P-157
	Serantoni V.	O-065, O-066
	Serre PE.	O-127
	Serrée PE.	O-032
	Sesenna E.	O-041
	Sibari Y.	P-034, P-069
	Slama A.	P-156, P-169, P-170, P-218
	Slimani F.	P-013, P-031, P-076, P-115, P-117, P-144, P-150, P-174, P-176
	Smaili MSE.	P-096
	Smaili S.	O-013, O-049, P-044, P-085
	Soualem H.	O-010, P-016, P-017, P-018, P-032, P-033, P-055

	Swider P.	O-081
	Sy K.	O-119
	Systemans S.	O-016
T	Taallah A.	P-009, P-054
	Taallah MA.	P-054
	Tabeti Bentahar CF.	P-020, P-021, P-203
	Tabeti épouse Bentahar CF.	P-197
	Tabeti-Bentahar CF.	P-209
	Taleb B.	O-052, P-025, P-056
	Taverne M.	O-075
	Tchakerian B.	O-005, O-118
	Testelin S.	O-022, O-027, O-092, O-126
	Thiéry G.	O-011, O-121
	Thiéry Maurin S.	O-121
	Thollin J.	O-059
	Thomas N.	O-059
	Tilsaghani R.	P-030, P-135
	Tomasella O.	P-064
	Touat A.	P-049, P-073
	Touil H.	P-067, P-080, P-105, P-106, P-121, P-124, P-143, P-184, P-186, P-187, P-195
	Toure G.	O-002, O-015, O-112, O-113
	Toure S.	O-060, P-133, P-189
	Touya N.	O-080
	Touzri W.	P-190, P-198, P-199, P-200
	Triviaux D.	O-059
	Tsopra R.	O-129
U	Usseglio J.	O-038, O-093
V	Vacher C.	O-113
	Van De Lande L.	O-064
	Vandromme L.	O-022
	Varazzani A.	O-041
	Vaysse F.	O-081
	Vergez S.	O-078
	Veyssiere A.	O-062, O-073, O-076, O-088, O-094
	Veziérs J.	O-080
	Vidal L.	O-016
	Vieira-Sawadogo S.	P-028
	Vinchon M.	O-125
W	Walter B.	P-179
	Weber E.	O-127
	Weill P.	O-009, O-076
	Weiss P.	O-068, O-080
	Winter C.	O-116, O-131
	Woisel P.	O-067
X	Xu A.	O-019

Y	Yachkouri H.	O-031
	Yapo ARE.	P-028, P-051
	Yassin B.	P-119
	Youcef M.	P-157
	Youss K.	P-174
Z	Zahda M.	P-026, P-132
	Zakaria A.	P-181
	Zaoui F.	P-139, P-140, P-147
	Ziarelli F.	O-001
	Zito F.	O-041
	Zrounba P.	O-059
	Zue Eya L.	P-112
	Zwetyenga N.	O-079