

Un simple ulcère de décubitus sous-prothétique?

Causes possibles d'une lésion palatine sous une prothèse totale du maxillaire supérieur

Mots-clés: Prothèse totale, ulcère de décubitus sous-prothétique, dent incluse

DOMINIC ALBRECHT¹
REGINA MERICSKE-STERN¹
JÜRGEN ZIX²

¹ Clinique de prothèse dentaire,
Cliniques de médecine dentaire
de l'Université de Berne

² D^r méd. et D^r méd. dent. J. Zix
Clinique de chirurgie cranio-
maxillo-faciale, Hôpital de l'Isle,
Berne

Correspondance

D^r méd. et D^r méd. dent. D. Albrecht
Klinik für Zahnärztliche Prothetik
Zahnmedizinische Kliniken der
Universität Bern
Freiburgstrasse 7, 3010 Berne
Tél. + 41 31 632 25 86
Fax + 41 31 632 49 33
E-mail:
dominic.albrecht@zmk.unibe.ch

Traduction Jacques Rossier



Image en haut: Détail intra-buccal de la lésion

Résumé Cette présentation d'un cas clinique documente les investigations diagnostiques, la prise en charge et le déroulement du traitement chez une patiente de 74 ans, qui s'est présentée à notre consultation ambulatoire en raison d'un point de compression d'apparition récente de sa prothèse totale amovible, au niveau du maxillaire supérieur. Une inspection précise a mis en évidence la cause de ce point de pression: il s'agissait d'une 13 incluse, en position ectopique horizontale en direction palatine dans le palais dur. Après une première inspection clinique et la réalisation d'une radiographie occlusale,

une imagerie 3D par Accuitomo[®] a été effectuée afin de mettre en évidence la position précise de la dent incluse. Une biopsie préopératoire à l'emporte-pièce a été accomplie pour exclure une néoplasie maligne. Après ces investigations diagnostiques, la dent 13 a été extraite en ambulatoire et sous anesthésie locale à la Clinique de chirurgie cranio-maxillo-faciale de l'Hôpital de l'Isle, à Berne. L'adaptation ultérieure de la prothèse a été réalisée à la Clinique de prothèse dentaire des Cliniques de médecine dentaire de l'Université de Berne.

Introduction

Le traitement des ulcères de décubitus sous-prothétiques est l'une des interventions les plus fréquentes réalisées chez les porteurs de prothèses totales amovibles. L'objectif primaire du suivi clinique est essentiellement de maintenir l'intégrité de la cavité orale. Les altérations de la crête alvéolaire résultent de nombreux facteurs, dont les plus fréquents sont les suivants: moment de l'extraction dentaire, état du maxillaire opposé, affection de base et comportement ou respectivement compliance du patient du point de vue de l'entretien prothétique ultérieur. Dans le maxillaire supérieur, les points de pression prothétiques se situent au niveau du vestibule, des tubérosités distales du maxillaire, du postdam (ligne A) et sur la crête alvéolaire; et pour la mâchoire inférieure, dans la région vestibulaire, plus rarement linguale et au niveau du triangle rétromolaire. Après l'introduction d'une prothèse totale neuve ou après rebasage indirect, le premier contrôle clinique est réalisé en règle générale dans les 36 heures. Si nécessaire, les retouches seront réalisées afin d'obtenir la guérison ad integrum de la lésion dans un délai de 7 à 10 jours. Si aucune amélioration, voire guérison n'est obtenue, de nouvelles investigations stomatologiques seront réalisées afin d'élargir le diagnostic différentiel. La prévalence des diverses altérations de la muqueuse a été investiguée dans une grande étude (The Third National Health and Nutrition Examination Survey/ NHANES III) incluant 17235 participants (SHULMAN ET COLL. 2004). 8,4% des sujets, qui n'étaient ni hospitalisés ni institutionnalisés, présentaient des affections muqueuses. Ces lésions se situaient le plus souvent au niveau du palais dur, avec une stomatite prothétique de degré 1 et 2 dont l'incidence totale était de 3,6%. Les ulcérations non spécifiques ont été relativement rares; elles ont été mises en évidence dans 0,12% des cas. Du point de vue de la fréquence, elles occupent la 34^e place.

Dans un travail de FREITAS ET COLL. (2007), 344 porteurs de prothèses totales ont été examinés. Les prothèses étaient portées en moyenne depuis 30,86 ans (+/-17,68 ans). Du point de vue de la fréquence des affections stomatologiques, la stomatite généralisée occupait la première place (58,2%). Les ulcères de la muqueuse, avec un taux de 2%, arrivaient en 6^e position quant à la fréquence des diagnostics stomatologiques. Dans un autre travail de JAINKITTIVONG ET COLL. (2001), des ulcères traumatiques ont été diagnostiqués chez 15,6% des 500 porteurs de prothèses totales ou partielles amovibles. Parmi les 95 porteurs de prothèses totales, 26,3% ont présenté des ulcères traumatiques.

Présentation de la patiente

Dans le cas présent, il s'agit d'une patiente de 75 ans, qui a rapporté des douleurs croissantes au niveau du palais dur, accompagnées d'un foetor ex ore désagréable. Selon les données fournies par un questionnaire relatif à l'état de santé, cette patiente présentait une atteinte légère de son état général, avec une hypertension artérielle traitée par un bêtabloquant (propranolol). D'après la classification de l'ASA, celui-ci correspondait à un degré P3 (www.asahq.org/clinical/physicalstatus.htm). En raison d'une mobilité diminuée, la patiente n'avait pas pu se rendre l'année précédente à un recall chez son médecin-dentiste. En l'an 2000, toutes les dents de sa mâchoire supérieure avaient été extraites, avec réalisation pour la première fois d'une prothèse totale dans le cadre du cours pour étudiants de la Clinique de médecine dentaire de l'Université de Berne. Après la réalisation de cette nouvelle prothèse totale,

la patiente a été contrôlée à cinq reprises. Trois mois après l'implémentation de la nouvelle prothèse, celle-ci a été réadaptée pour la première fois par un rebasage indirect.

Investigations

La prothèse totale du maxillaire supérieur et la prothèse partielle du maxillaire inférieur présentaient des signes nets d'usure, avec attrition occlusale et des îlots de plaque. Ce qui correspondait à un PHI (indice d'hygiène prothétique) de 2,5 (SCHUBERT 1979). L'assise et la rétention prothétiques étaient relativement bonnes dans les deux maxillaires. Les dents résiduelles du maxillaire inférieur (dents 33, 34, 43, 44) présentaient des pertes d'attache et une mobilité augmentée (degré II). A l'inspection intraorale, on relevait sur la muqueuse du palais dur à droite une ulcération de la muqueuse mesurant environ 3×10 mm (fig. 1 et 2). La zone située au niveau de l'ulcération muqueuse était nettement érythémateuse et surélevée de manière circulaire, nettement délimitée, avec au centre un fond brun-noirâtre de consistance dure et de forme irrégulière. Aux bords de la lésion, la palpation légère provoquait une exsudation purulente (fig. 1 et 2).

Un OPT réalisé neuf ans auparavant a pu être inclus dans l'évaluation; la patiente avait alors encore sa propre dentition. Cet OPT ne montrait pas de signes pathologiques concluants (fig. 3). De même, une diapositive réalisée alors dans ce contexte, montrant le palais et la dentition résiduelle, ne présentait pas d'altérations spécifiques (fig. 4).

Lors des investigations ultérieures, une radiographie occlusale a été réalisée afin d'exclure une possible cause osseuse (fig. 5). Cette radiographie a mis en évidence une rétention



Fig. 1 Vue intra-buccale d'ensemble de la lésion



Fig. 2 Détail intra-buccal de la lésion



Fig.3 OPT



Fig.4 Maxillaire supérieur avec dents résiduelles

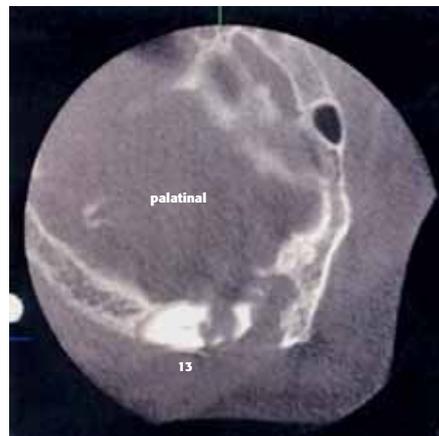


Fig.6 Position horizontale de la 13, vue palatine



Fig.5 Radiographie occlusale

horizontale de la dent 13, ayant provoqué une résorption osseuse péri-coronaire.

Après une inspection intraorale détaillée, le questionnaire relatif à l'état de santé a été rempli, comprenant tous les médicaments pris par la patiente. Puis des explications ont été données à la patiente et aux proches, et la procédure ultérieure a été coordonnée avec la Clinique de chirurgie cranio-maxillo-faciale. En vue de la planification préopératoire, une tomographie volumique numérisée par faisceau conique (Accuitomo®) a été réalisée pour obtenir une visualisation tridimensionnelle des structures anatomiques et la position exacte de la 13 incluse. Les diagnostics suivants ont été posés: 1: rétention horizontale de la dent 13 avec élargissement marqué de l'espace péri-coronaire, ostéolyse du processus alvéolaire en direction caudale et radiotransparence intracoronaire. 2: relation étroite avec la fosse nasale (Cavum nasi), avec une délimitation osseuse encore conservée (fig. 6-9).



Fig. 7 Résorption péri-coronaire de la 13

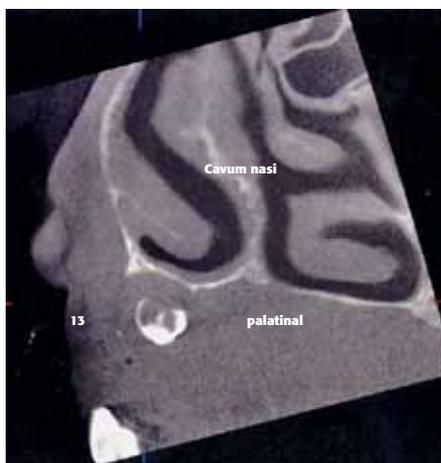


Fig. 8 Position de la couronne de la 13 par rapport à la fosse nasale

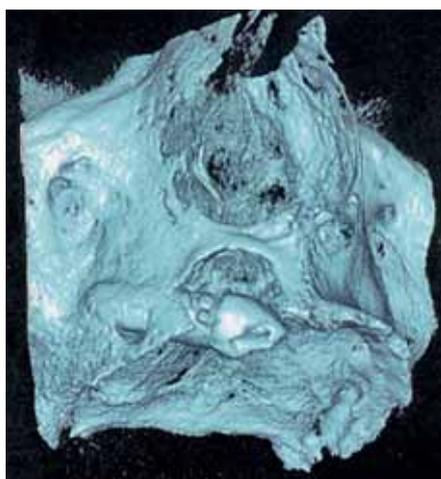


Fig. 9 Reconstruction tridimensionnelle

Une biopsie à l'emporte-pièce a été réalisée pour exclure une tumeur maligne. Cette biopsie a permis en outre de poser le diagnostic d'actinomyose concomitante.

Etapes cliniques du traitement

Dans un premier temps, la prothèse a été évidée localement afin de décharger la zone de la lésion. La patiente a reçu de la chlorhexidine 0,2% (Plak-Out Gel®) pour application 2 fois/jour dans cette région (fig. 10).



Fig. 10 Décharge palatine



Fig. 11 Status palatin après deux semaines



Fig. 12 Exposition chirurgicale

Le prétraitement antibiotique supplémentaire par amoxicilline plus acide clavulanique (Augmentin®) pendant une semaine à la dose de 1 g (1-0-1) par jour a permis d'obtenir une amélioration des conditions locales, avec nette réduction des infiltrats inflammatoires muqueux concentriques et la formation débutante de tissu de granulation au niveau du pourtour palatin (fig. 11).

L'intervention chirurgicale a été réalisée en ambulatoire sous anesthésie locale (Ubistesin® forte). La crête alvéolaire du premier quadrant a été exposée, et la position exacte de la 13 incluse a été déterminée par rapport aux structures avoisinantes. La couronne dentaire, qui constituait le fond de l'ulcère, présentait une destruction carieuse partielle. L'étendue globale du

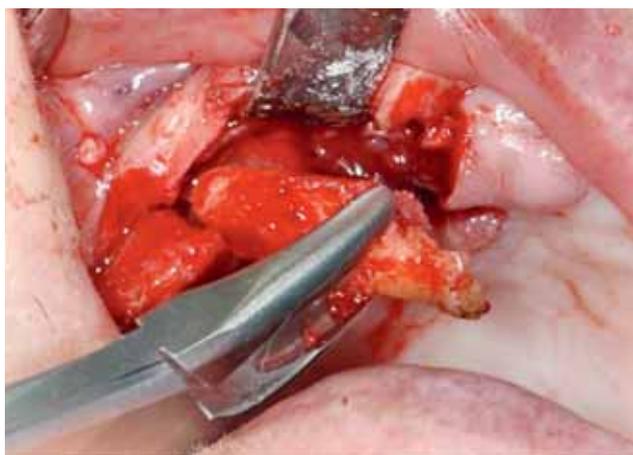


Fig. 13 Extraction de la 13



Fig. 14 Couronne cariée de la 13

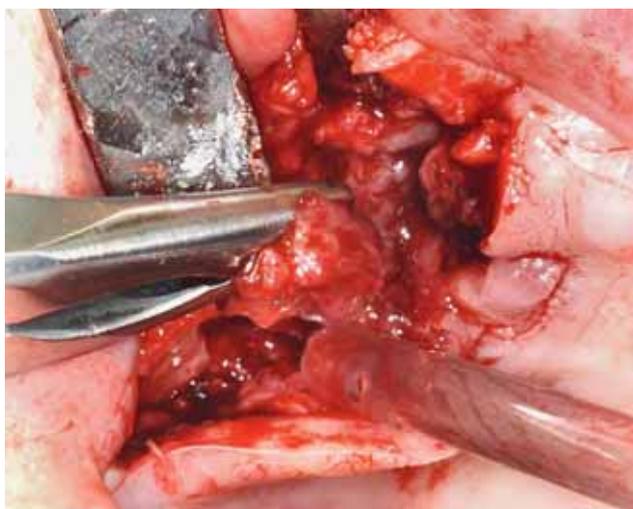


Fig. 15 Kystectomie

kyste péricoronaire en direction du centre du palais a pu être visualisée (fig. 12). Après ostéotomie, la dent 13 a pu être extraite (fig. 13 et 14).

Le kyste folliculaire, qui s'était formé au niveau péricoronaire et s'étendait jusqu'aux fosses nasales, a été excisé avec l'ensemble de ses tissus constitutifs (fig. 15).

L'examen histologique a confirmé le diagnostic de kyste radiculaire. Lors de l'intervention chirurgicale, le plancher du



Fig. 16 Suture de la plaie



Fig. 17 Quatre semaines après l'extraction



Fig. 18 Status de la crête alvéolaire

sinus maxillaire a été ouvert sur environ 0,5 cm, mais la membrane de Schneider est restée intacte, et le test par la manœuvre de Valsalva est resté négatif.

Après la fermeture de la plaie opératoire, la muqueuse s'est effondrée sur le site d'extraction et la crête alvéolaire (fig. 16).

La prothèse existante a été utilisée en tant que protection de la plaie, dont la guérison a été favorisée par l'application de Solcoseryl® 2 fois/jour. Les sutures ont été enlevées le 10^e jour postopératoire. Après environ 4 semaines, la guérison clinique était satisfaisante malgré la réduction importante des tissus mous (fig. 17 et 18).

Un rebasage provisoire de la prothèse a été réalisé. Deux mois plus tard, un rebasage indirect a été réalisé à l'aide d'une empreinte au polyéther (Impregum®). Un contrôle clinique a été réalisé 3 jours après la mise en bouche de la prothèse rebasée.



Fig. 19 Deux mois après l'extraction



Fig. 20 Status après rebasage indirect

La patiente a pu continuer à porter sa prothèse totale réalisée en l'an 2000; il n'a pas été nécessaire de réaliser une nouvelle prothèse (fig. 19 et 20).

Discussion

Selon sa taille et sa localisation, une ulcération palatine située sous une prothèse totale peut avoir différentes causes. SCULLY (2004) a listé dans sa publication les diagnostics différentiels les plus fréquents de ce type de lésions. A cet égard, l'évolution clinique joue un rôle important. Lorsqu'une ulcération ne guérit pas complètement en trois semaines, il faut penser à une néoplasie, à un traumatisme chronique, à une maladie chronique dermatologique/immunologique et/ou à une maladie infectieuse chronique. Sur le plan clinique, d'autres éléments sont importants: la localisation, la fréquence des lésions et leur répartition. Lorsque plusieurs ulcérations apparaissent simultanément dans différentes localisations, il faut penser tout d'abord à une maladie infectieuse.

Dans le cas présent, le diagnostic différentiel d'une lésion ulcéreuse doit évoquer en premier lieu un point de pression prothétique (décubitus sous-prothétique). Une lésion palatine de la mâchoire supérieure est cependant une conséquence peu

caractéristique d'un point de pression sous-prothétique. Dans ses investigations relatives aux points de pression prothétiques, AXELL (1976) a trouvé une prévalence de 6,3% dans le groupe des patients âgés de 55-64 ans, et une prévalence de 11,5% dans le groupe des patients âgés de plus de 65 ans. CHRIGSTÖM ET COLL. (1979) ont trouvé des lésions traumatiques chez 2 à 3% des porteurs de prothèses institutionnalisés. Dans un travail de XIE ET COLL. (1997), réalisé dans le cadre de l'«Helsinki Aging Study» entre 1990 et 1991, 177 personnes édentées dans les deux maxillaires ont été investiguées (groupes d'âge 76 ans, 81 ans et 86 ans). La plupart de ces prothèses totales étaient en place depuis 6 à 10 ans, et même 30 ans pour la prothèse la plus ancienne. Dans cette étude, 29% des patients investigués présentaient une stomatite de la mâchoire supérieure, et 8% une stomatite de la mâchoire inférieure. Au niveau de la mâchoire supérieure, 1% des ulcérations étaient provoquées par une adaptation prothétique insuffisante; cette proportion s'élevait à 7% dans la mâchoire inférieure.

En raison de l'âge avancé de la patiente et de son état général diminué, ses facultés de perception semblaient altérées. De plus, en raison de sa mobilité limitée, elle avait renoncé temporairement à se rendre chez son médecin-dentiste. Dans l'anamnèse, la patiente signalait cependant qu'elle ressentait un changement au niveau du palais depuis environ six mois, et qu'elle était consciente du fœtor ex ore.

L'ostéonécrose fait également partie du diagnostic différentiel des lésions de ce type (LEVIN ET COLL. 2007; MORTENSEN ET COLL. 2007). Les ostéonécroses induites par les biphosphonates sont définies par la présence de fragments osseux nécrotiques, sans rémission à huit semaines après l'intervention et/ou le diagnostic. Cette perturbation de la guérison de plaies doit être liée à un traitement par biphosphonates, en l'absence de radiothérapie préalable (THUMBIGERE-MATH ET COLL. 2009). Parmi 26 patients traités par biphosphonates en raison d'un maladie cancéreuse (23 patients par voie i.v. et 3 patients per os), 10 patients ont présenté une ostéonécrose «spontanée» et 16 patients ont développé une ostéonécrose après une intervention médico-dentaire, le plus souvent après une extraction dentaire. L'ostéonécrose était localisée nettement plus souvent au niveau de la mâchoire inférieure. Sur la base de l'anamnèse, le traitement par biphosphonate a été exclu chez notre patiente.

Le carcinome épidermoïde ulcéré est également une entité importante dans le diagnostic différentiel des lésions entraînant des ulcérations. L'incidence annuelle du carcinome épidermoïde de la lèvre, de la cavité orale et du pharynx est de 5,6 pour 100 000 concernant pour les hommes et de 3,2 concernant 100 000 pour les femmes (INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER). Parmi les tumeurs malignes, ces carcinomes se situent au plan mondial en sixième position du point de vue de la fréquence, et même, dans les pays en développement, en troisième position chez l'homme (LIAO ET COLL. 2000; SHAH & JOHNSON 2003). En Suisse, en 2008, 715 nouveaux cas de carcinome épidermoïde de la cavité orale ont été enregistrés chez les hommes et 296 chez les femmes. La proportion rapportée au taux total des tumeurs malignes était de 3,8% chez l'homme et 1,9% chez la femme. Chez l'homme, 3,1% de l'ensemble des causes de mort par cancer ont été rapportées à un carcinome de la cavité orale, et 1,3% chez la femme (www.liguecancer.ch). Un travail de GIROD ET COLL. (2009) a rapporté pour la période de 1989 à 2002, 171 diagnostics de carcinome épidermoïde chez 1362 patients examinés. Dans 37,4% des cas, la tumeur était localisée dans la région linguale, et dans 5,9% des cas, au niveau gingival. 30,4% des patients inclus dans cette étude étaient âgés de plus de 70 ans. Dans le cas présent, une

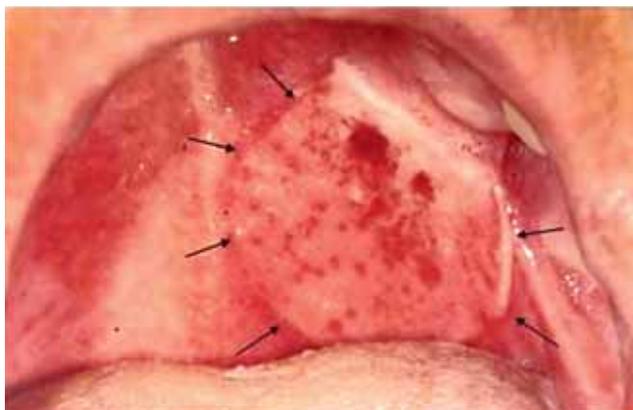


Fig. 21 MURRELL (2009)



Fig. 22 ROMERO-RUIZ ET COLL. (2009)

biopsie à l'emporte-pièce préopératoire a permis d'exclure une néoplasie maligne.

Dans sa publication de 2004, SCULLY (p. 173) a listé différentes maladies infectieuses pouvant provoquer des ulcérations superficielles isolées ou multiples de la muqueuse buccale. Des lésions muqueuses d'assez grande taille peuvent être provoquées, par exemple, par la syphilis et la tuberculose. La syphilis (lues) est une maladie infectieuse à évolution cyclique en trois stades, provoquée par un spirochète, *Treponema pallidum*. Au stade tertiaire, après 5 à 50 ans d'évolution, la maladie peut provoquer des lésions nécrosantes des tissus affectés, avec des pertes de substance consécutives. Ces pertes de substance ont été mises en évidence cliniquement, notamment par BENAZZOU ET COLL. (2006) et MURRELL (2009) (fig. 21).

Dans 5 à 10 % seulement des cas, l'infection par *Mycobacterium tuberculosis* provoque une tuberculose, particulièrement

chez les personnes présentant une déficience du système immunitaire ou une susceptibilité génétique. L'Office fédéral de la santé publique (OFSP, www.ofsp.admin.ch) a enregistré en 2008, 520 nouveaux cas de tuberculose en Suisse. 278 patients étaient issus de pays européens ; la tranche d'âge des 40–44 ans était la plus souvent concernée. Dans des cas rares, la tuberculose peut se manifester cliniquement de manière atypique par des lésions situées au niveau du palais dur (PINDBORG 1987).

Un certain nombre d'autres maladies systémiques peuvent aussi se manifester – rarement – au niveau du palais. Par exemple la granulomatose de Wegener, une vasculite d'étiologie indéterminée caractérisée par des granulomes ulcérés (HEROLD 2009), ou le syndrome de Churg-Strauss, une vasculite nécrosante qui peut également provoquer des ulcérations palatines (DELPLACE ET COLL. 2007). L'histiocytose à cellules de Langerhans (Histiocytose X) est très rare; le granulome éosinophile se manifeste cliniquement par une tuméfaction locale par prolifération tissulaire (fig. 22), décrite dans cette localisation par ROMERO-RUIZ ET COLL. (2009). Comme ces maladies se manifestent plutôt chez le sujet jeune, elles n'entraient guère en ligne de compte dans le cas présent.

Les ulcérations palatines provoquées par une prothèse totale sont rares. Une description analogue au cas que nous présentons ici n'a pas pu être trouvée dans la littérature spécialisée. La prévalence des dents incluses ou enclavées au niveau du maxillaire supérieur est diversement évaluée dans la littérature y relative. Les études de RAYNE (1969) et BASS (1967) indiquent une prévalence de 1 à 2%. Dans une étude plus récente de PRSKALO ET COLL. (2007), des canines incluses ont été mises en évidence chez 4,8% de 170 patients investigués (68 adolescents et 102 adolescentes âgés de plus de 13 ans). Toutes les dents enclavées étaient localisées dans le maxillaire supérieur. Parmi les dents enclavées, les canines du maxillaire supérieur se situent en deuxième position du point de vue de la fréquence. Dans 85% des cas, elles se trouvent en position palatine, et dans 15% des cas, en position vestibulaire par rapport à la crête alvéolaire (THILANDER & JACOBSSON 1968). Le diagnostic de rétention d'une canine peut être posé précocement sur un OPT réalisé pendant la période de dentition mixte, ce qui permet alors de réaliser un traitement.

Dans le cas présent, les suites opératoires ont été simples et sans complications. Sept semaines après l'intervention, un rebasage indirect a été réalisé avec un polyéther (Impregum®), et la prothèse totale du maxillaire supérieur a été réintroduite en bouche chez la patiente. Des intervalles de recall de quatre mois au début ont été convenus avec la patiente.

Bibliographie voir texte allemand, page 682.