

OSTEITE NECROSANTE DE L'ANGLE MANDIBULAIRE AVEC ASYMETRIE FACIALE SECONDAIRE A UNE EXTRACTION DENTAIRE - A PROPOS D'UN CAS

BENGONDO CH.* , BITHA T.***, NGOA S.*», FEWOU A.** , BENGONO G.*

OBSERVATION

Il s'agit d'une dame, âgée de 38 ans, foulard noué autour du visage, venue consulter pour aspect disgracieux lié à une volumineuse joue droite reposant sur l'épaule.

A l'âge de 33 ans, Madame X a subi l'extraction d'une dent de sagesse «48» douloureuse, très traumatique. Après cette extraction, le praticien lui aurait prescrit des antibiotiques et des anti-inflammatoires. Le saignement post-opératoire a été abondant.

Malgré la prise des médicaments prescrits, la joue ne faisait que gonfler et les douleurs s'accroissaient. Une autre série de médicaments fut prescrite, en vain. Entre temps, est survenu un trismus. Madame X se décide à changer d'hôpital pour rencontrer un autre praticien, malheureusement sans plus de résultats positifs qu'au départ. Après cet échec, elle aurait jeté son dossier médical sous prétexte qu'il ne lui servait plus à rien.

Devant ces difficultés, Madame X a été informée qu'il s'agirait d'un sort qu'on lui a lancé au village pour une histoire de terrain, et que sa guérison ne viendra que de tradi-praticiens.

C'est ainsi que notre patiente a déserté les hôpitaux pour consulter tradi-praticiens et marabouts. Après des scarifications, incantations, décoctions et massages à répétition, aucun soulagement n'était survenu. Voyant que malgré toute sa volonté, sa joue demeurait très volumineuse et pesait, Madame X s'est remise à Dieu, en s'inscrivant simultanément dans trois groupes de prière. Après huit mois de prières assidues sans changement, la patiente a sombré dans le désespoir et la dépression.

Se ressaisissant, elle a demandé à sa famille de rentrer dans un hôpital pour y suivre un traitement. Cette hypothèse a été refusée, sous prétexte qu'elle trouvera la mort si une intervention est tentée. Après quatre mois d'hésitation, sous les conseils et l'insistance de ses voisines, elle est venue consulter dans notre service. En dénouant son foulard, son aspect facial était celui de la figure 1.

Figure 1 : Photo montrant l'aspect maxillo-faciale de Madame X lors de la première consultation



A la suite de cette histoire somme toute particulière et ne disposant d'aucun document médical de base, nous avons décidé de procéder à un examen général et orofacial. L'examen général n'avait rien de particulier. Le principal problème ici était d'ordre psychologique lié à cette volumineuse joue faisant honte, donnant un sentiment de dévalorisation à la dame.

Sur le plan oro-facial, il était aisé de constater une asymétrie faciale. A la palpation, la tuméfaction était de consistance molle, rénitente, la peau tendue, sans température particulière.

* Département ORL, Ophtalmologie, Stomatologie, Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales, Université de Yaoundé 1.

** Département d'anatomie pathologie

*** Chirurgiens dentistes, Hôpital Ad-Lucem, Maison de Santé St Paul Yaoundé.

L'examen intra buccal n'offrait pas beaucoup de possibilités à cause du trismus (1 travers de doigt). Cependant, en pressant la joue, il s'écoulait un peu de pus, en arrière de la 47. La muqueuse au niveau molaire à droite était épaisse, infiltrée.

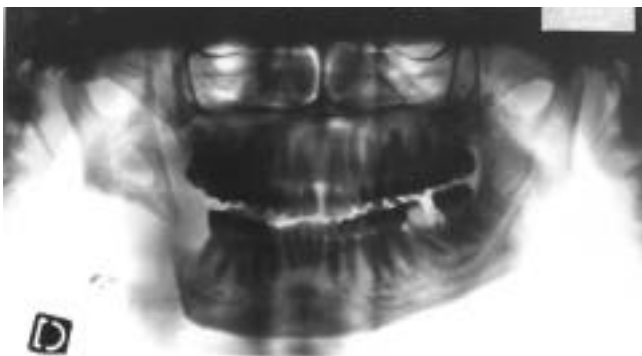
Tenant compte de tous ces éléments, nous avons demandé un orthopantomogramme pour avoir une vue d'ensemble des maxillaires. Une ponction avec une aiguille et une seringue à usage unique a été réalisée, ramenant à peine quatre cm³ d'un pus hématique filant, mal lié. Un antibiogramme a été demandé. En attendant, nous lui avons prescrit un thiocolchicoside 2 comprimés 2 fois par jour pendant 5 jours, espérant ainsi lever le trismus. Des examens pré-opératoires pour une anesthésie générale furent également prescrits.

Il a fallu attendre un mois et demi pour obtenir cette radiographie et les résultats des examens, compte tenu de leur coût relativement élevé.

L'analyse de l'orthopantomogramme (figure 2) montre :

- une nécrose complète de l'angle mandibulaire droit,
- une rupture totale entre le reste de la branche montante et la branche horizontale,
- des séquestres osseux en position basse juxta-corticale en cours de résorption,
- une géode de 17 mm X 12 mm au niveau de la branche montante droite,
- le condyle et l'apophyse coronoïde non altérés,
- une 37 réduite à l'état de chicot.

Figure 2 : Radiographie panoramique montrant la nécrose de l'angle mandibulaire, des séquestres osseux, séparation complète des branches horizontale et montante de la mandibule, géode dans la branche montante, chicot de la 37



Les séquestres baignent dans une cavité vraisemblablement liquidienne. Malgré cette anomalie anatomique, il n'y a pas trouble de l'articulé dentaire. La sensibilité labio-mentonnaire n'est pas altérée, traduisant le bon état du nerf dentaire inférieur.

L'étude bactériologique du prélèvement effectuée montre la présence de plusieurs colonies de Streptocoques non groupables. Ces germes sont sensibles aux antibiotiques suivants : Amoxicilline, Erythromycine, Chloramphénicol, Pristinamycine. Ils sont résistants à la Tobramycine, Céfexime et Cotrimoxazole.

Le myorelaxant (thiocolchicoside) prescrit n'a eu aucun effet sur le trismus. Les examens pré-opératoires ne présentaient aucune particularité.

Malgré l'anesthésie générale, l'ouverture buccale demeurait réduite. Ainsi, avons nous choisi un abord extra-oral en incisant sur le prolongement du bord basilaire de la mandibule, allant de la 46 à la mi-hauteur de la branche montante. L'accès fut ainsi facile aux muscles, à la poche jugale, aux séquestres et à la géode.

Les muscles tout au tour de la poche purulente n'avaient plus leur aspect rouge habituel ; ils étaient blanchâtres. Il n'y a eu que 8,5 cm³ de pus hématique mal lié. Les séquestres ont été totalement éliminés, les bords osseux régularisés. La géode sur la branche montante fut également curetée.

Les muscles sectionnés ont été suturés de manière à former, en cicatrisant un bloc résistant autour des branches horizontale et montante de sorte que l'occlusion ne soit pas perturbée. Cette position a été maintenue pendant 6 semaines par des attèles en résine, collées sur les faces vestibulaires des molaires inférieures et supérieures, puis reliées par des élastiques, espérant ainsi induire une consolidation des restes des deux branches de la mandibule.

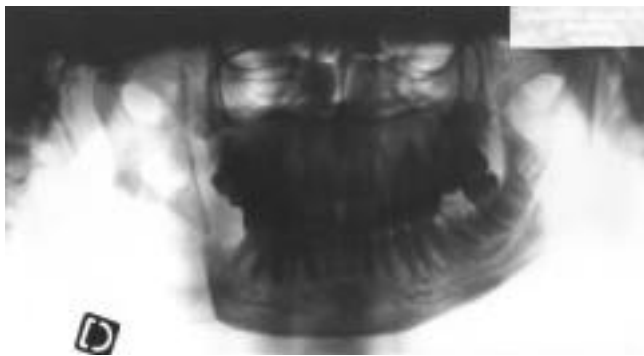
Une antibiothérapie à base d'Amoxicilline associée à l'acide clavulanique injectable 1 g, 3 fois par jour en perfusion relayée par des sachets de 500 mg à raison de 2X2 sachets par jour a été prescrite pendant 10 jours. Ce traitement a été associé au Diclofénac de potassium 50 mg, 1 comprimé 3 fois par jour pendant 5 jours.

Les suites opératoires ont été sans particularités. Les muscles sectionnés au cours de l'intervention n'ont montré

aucun signe de malignité d'après l'examen anatomopathologique. Ils étaient plutôt le siège d'une transformation fibreuse.

L'orthopantomogramme post-opératoire (figure 3) montre l'élimination de tous les séquestres ainsi qu'un rapprochement des restes des branches mandibulaires.

Figure 3 : Radiographie panoramique post-opératoire de contrôle montrant que les séquestres ont été éliminés, la géode curetée, les berges osseuses rapprochées



Deux mois plus tard, Madame X est revenue nous montrer son nouvel aspect. S'il persistait néanmoins une légère asymétrie faciale, le plus important était que l'état psychologique de dame X ne posait plus aucun problème puisqu'elle avait retrouvé la joie de vivre, sans foulard (figure 4).

Figure 4 : Photo montrant l'aspect de la patiente deux mois après l'opération



COMMENTAIRES

Cette complication de l'extraction dentaire aboutissant à une nécrose complète de l'angle mandibulaire est extrêmement rare, depuis l'avènement des antibiotiques (1, 2, 3, 7).

A cette situation clinique peu banale, nous pouvons faire quelques remarques.

A - L'histoire de cette pathologie appelle à faire 3 constats.

- Tout d'abord, l'absence de document de suivi. La patiente, envahie par le désespoir, aurait jeté la radiographie et les carnets de consultation, sous prétexte qu'ils ne lui servaient à rien. Il valait mieux les conserver. Ces documents nous auraient permis de nous orienter facilement.
- Ensuite, l'aspect socio-culturel. Le Camerounais moyen, dans une pathologie ne trouvant pas rapidement solution rapide dans la médecine moderne, a tendance à se tourner aussitôt vers les tradi-praticiens, marabouts et autres groupes de prières, en désespoir de cause. A ces pratiques, s'ajoute aussi une foule de croyances. Toute pathologie serait liée à une main malfaisante agissant dans l'ombre.
- Enfin, sur le plan socio-économique, il apparaît manifestement la difficulté du malade à se faire soigner, faute de moyens financiers. Il faut faire appel à toute la solidarité familiale pour faire face aux coûts des examens, rallongeant ainsi les délais d'intervention. Quand c'est une famille aux revenus modestes comme c'est apparemment le cas ici, les traitements ne peuvent être qu'incomplets. C'est ainsi que l'on n'a pas pu utiliser des matériaux de comblement ou des éléments de prothèse maxillo-faciale pour restaurer les lacunes osseuses.

B - Le problème de l'étiopathogénie

Ici est difficile à cerner, compte tenu du temps écoulé entre l'extraction et notre consultation. Ne disposant d'aucun dossier de base, nous pouvons cependant poser des questions. Quelle est la part de responsabilité du premier praticien dans cette pathologie (3). L'anesthésie à l'épine de Spix renfermant un vasoconstricteur, si elle avait été faite, aurait-elle pu provoquer une ischémie locale ayant entraîné une ostéite et secondairement une

Ostéite nécrosante...

nécrose (6). Qu'est ce qui a motivé l'extraction de cette dent ? Peut-être était-elle le siège d'un foyer apical qui, malgré l'extraction, a évolué pour mener à cette situation catastro-phique (1). Aussi les massages, et tous les «traitements» par les tradipraticiens n'ont-ils pas eu une influence néfaste sur l'évolution de cette pathologie.

C - Concernant le traitement et son évolution

Il faut dire que l'intervention en elle-même n'avait rien de particulier ; il fallait s'assurer que la poche purulente est complètement vidée, les séquestres éliminés.(4, 5) De plus il fallait procéder à l'ablation de l'excès de peau pour redonner à la joue un aspect socialement acceptable.

Ce traitement avait un triple objectif : restaurer l'os endommagé par une endoprothèse, redonner un aspect acceptable au visage et lever le trouble psychologique lié au sentiment de dévalorisation. Si nous pouvons considérer que les deux derniers ont été atteints, le premier ne l'a pas été faute de moyens financiers.

L'évolution a été simple, avec la certitude que cette tuméfaction n'était pas le siège d'une transformation maligne.

D - La radiographie post-opératoire

Elle montre bien les contours de la lésion. Les séquestres ont été éliminés, les berges osseuses rapprochées du mieux possible par la suture musculaire et le blocage dynamique par les attèles et des élastiques. Si la conso-

lilation espérée aura lieu, cet os sera t-il assez épais pour résister aux pressions (7). La géode bien que curetée, est restée vide sans solution de comblement.

E - Concernant le suivi

Nous avons proposé à la dame de placer plus tard une endoprothèse à la place de l'angle mandibulaire et faire des corrections chirurgicales pour améliorer son aspect facial qui pour nous, présentait encore une légère asymétrie. Ce suivi reste dépendant des moyens financiers qui malheureusement font grandement défaut.

CONCLUSION

Ce cas suffisamment rare, montre à quel point une extraction dentaire apparemment banale peut prendre une tournure dramatique. Il est tout simplement regrettable que ce cas ne soit pas illustré depuis sa phase initiale par des documents médicaux. Dans le désespoir et dans un contexte socio-culturel et économique défavorable, il est relativement facile à des patients de recourir aux pratiques mystiques et religieuses diverses, espérant retrouver à bas prix leur état de santé. Le recours aux hôpitaux modernes leur est assez difficile compte tenu du coût des prestations.

Néanmoins, avec des moyens modestes, on peut redonner la joie de vivre à des patients désespérés. Au-delà, nous ne pouvons que recommander une grande prudence devant une extraction dentaire même apparemment banale, pour éviter des situations comme celle relatée dans cette observation.

RESUME

Cinq ans après une extraction dentaire, malgré la prescription d antibiotiques, il se produit une ostéite nécrosante de l'angle mandibulaire, avec importante asymétrie faciale. C'est une complication rare pour une extraction. Le contexte socio-culturel et économique aidant, la patiente a longuement fréquenté les tradipraticiens, sans résultats. Le traitement a consisté en une incision extra orale, une ablation de séquestres et drainage de la poche purulente puis, blocage inter-maxillaire dynamique par des attèles en résine. En deux mois l'asymétrie faciale a été jugulée. Du point de vue diagnostic étiologique, seul (interrogatoire permet de dire que l'extraction était traumatique, posant ainsi le problème de la responsabilité chirurgicale et du suivi post opératoire, liés aux conditions cliniques dans lesquels les soins sont administrés.

Mots clés : ostéite, extraction, pauvreté.

ABSTRACT

Mandibular angle necrosis with facial asymmetry as complication tooth extraction : report of a case

Five years after a tooth extraction, a bone necrosis of the mandibular angle happened, without consideration to the antibiotics. Such complication is rare.

Living in poor socio-cultural and economic conditions, the patient tried to find help near tradipractionners, prayers groups, without any result.

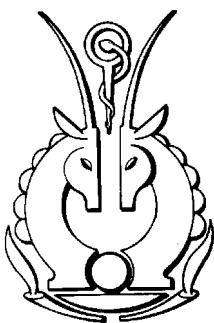
The treatment consisted to an extra oral incision, helping to eliminate bone sequestra, and the liquid around after a dynamic bimaxillary linkage by resin links was settled.

About aetiology, only the questioning allowed to say that extraction was traumatic, putting in front of the surgical responsibility and post surgical survey.

Key words : bone necrosis, extraction, poverty.

BIBLIOGRAPHIE

- | | |
|---|---|
| <p>1 - BELLAVOIR A., PASTUREL A., PONS J.
Complications des extractions dentaires.
Encycl. Méd. Chir. Paris. Stomatologie I, 22092 B10, 5-1982.</p> <p>2 - VIGNEUL J.C., IFF J.C.
Dents de sagesse incluses et antibiotiques.
Actualités odonto-stomatologiques n°138, 1982, 199, 204.</p> <p>3 - FAVE A, VILAIN M., HIROGOYEN H.
Extractions dentaires difficiles.
Encycl. Méd. Chir. (Paris, France) Stomatologie 22092 A2°, 2 - 1989.</p> <p>4 - CERNEA P.
Traitement des ostéites aiguës mandibulaires.
Rev. Fr. Odontostomatol., 1954 ,1, 82 - 84.</p> | <p>5 - SILBERMAN M., MALONEY PH., DOCU H.C.
Mandibular osteomyelitis : report of a case.
Oral surg. 1971, 29, 352 - 357.</p> <p>6 - CANTALOUBE D., RIBIOT E., CROS P., KINST J., LE VOT J.
Ostéite séquestrante avec fracture de l'angle mandibulaire survenue secondairement après une extraction d'une dent de sagesse. A propos d'un cas.
Rev. de Stomatol. et de Chir.. Max. faciale 1982, 83, n° 5, 279, 282.</p> <p>7 - CERNEA P.
L'évolution clinique et radiologique des ostéites mandibulaires depuis l'emploi des antibiotiques.
Rev. Stomatol. 1952, 3, 148 - 154.</p> |
|---|---|



Retrouvez

« **Le Pharmacien** *d'Afrique* »

sur Internet

WWW.santetropicale.com

ainsi que

Médecine d'Afrique Noire, Médecine du Maghreb et
Odonto-Stomatologie Tropicale