

La partie chirurgicale, qui se veut par cette technologie la moins invasive possible, est contrôlée en temps réel par l'ordinateur. La liberté de mouvement est donnée tant au chirurgien qu'au patient par l'utilisation de « trackers » optiques. Un faisceau infrarouge pulsé, émis 20 fois par seconde, par une caméra de télémétrie de grande précision, se reflète sur les billes de verre des trackers. (Krueger, Weber et Lueth, 2005). L'enregistrement du point zéro initial est réalisé de façon automatique par simple présentation de l'instrument de travail. On pourra, après avoir « opéré » le modèle de laboratoire, réaliser une prothèse provisoire pouvant être placée dès la fin de l'intervention chirurgicale. Développée dans divers hôpi-

taux allemands, cette technologie apporte incontestablement une avancée majeure dans l'acte implantaire. La présentation de plusieurs cas cliniques détaillés permettra à l'auditeur d'appréhender les protocoles d'utilisation de la navigation ROBODENT (Krueger et Lueth 2005). Les thèmes de la mise en charge immédiate de l'esthétique et de la robotique seront abordés.

Nom et adresse du conférencier

ROCHE Jean-Louis
167 Promenade des Flots bleus
06700 Saint Laurent du Var
jeanlouis.roche@wanadoo.fr

Manifestations buccales de la maladie de Wegener (MW) : à propos d'un cas

Rondi P* ***, Bischof M* ***, Vonlaufen-Voumard D*, Lombardi T**, Samson J*

*Division de Stomatologie, Chirurgie Orale et Radiologie Dento-Maxillo-Faciale et

** Laboratoire d'Histopathologie Buccale, Faculté de Médecine, Genève, Suisse

***CDC, Swiss Dental Clinics Group, Lausanne, Suisse

La MW est une vascularite granulomateuse rare, d'étiologie inconnue, probablement multifactorielle, intéressant les vaisseaux de petit et moyen calibre. Elle touche essentiellement les adultes d'âge moyen (20 cas/million d'habitants ; Mahr, 2004), se traduit par des lésions des voies aériennes supérieures, des poumons et des reins. Les manifestations stomatologiques, rares, comportent trois types de lésions: ulcérations douloureuses ou non, hyperplasies gingivales papillaires d'aspect pathognomonique et une atteinte des glandes salivaires (Eufinger, 1992). L'aspect histologique comporte trois éléments essentiels: granulomes inflammatoires, vascularite et nécrose. Sans traitement, le taux de mortalité est élevé (82 % dans une série ; Duna, 1995). Avec un traitement combinant corticoïdes et cyclophosphamide, on obtient en général une nette régression des manifestations.

Une femme de 44 ans consulte en janvier 2001 pour des lésions gingivales évoluant depuis 5 semaines. Elles sont constituées par des lésions tumorales, rouge foncé, d'aspect framboisé, non douloureuses, siégeant sur la fibromuqueuse gingivale dans les régions canines. Les lésions débordent sur la muqueuse libre vestibulaire, pelvienne et palatine. L'examen histopathologique montre un épithélium hyperplasique avec des crêtes épithéliales acanthosiques. Le chorion contient un infiltrat inflammatoire très dense, polymorphe, composé de lymphocytes, plasmocytes et polynucléaires neutrophiles avec de nombreux polynucléaires éosinophiles et de rares cellules géantes multinucléées. Cet aspect fait évoquer une MW mais, en l'absence d'autres manifestations, le médecin traitant n'encourage pas la patiente à effectuer des investigations complémentaires.

En avril 2002, la patiente développe une épisclérite nodulaire bilatérale, que l'ophtalmologue attribue à la MW. Le taux des c-ANCA (AntiNeutrophil Cytoplasmic Antibodies) s'élève à 43 U. Un traitement associant corticothérapie systémique et topique est prescrit. Un mois plus tard, la patiente présente des douleurs articulaires, une obstruction nasale, des érosions buccales associées à une perte pondérale et des épisodes fébriles. Les examens de laboratoire confirment l'évolution de la MW. Après la prescription de prednisone et de cyclophosphamide, on observe une régression des symptômes et du syndrome inflammatoire. À partir d'avril 2004, le traitement d'entretien (prednisone et azathioprine) permet d'obtenir une phase de rémission prolongée.

Après avoir été longtemps méconnues, les manifestations stomatologiques de la MW sont maintenant bien décrites. Elles semblent relativement fréquentes, mais elles sont souvent au second plan et rarement à l'origine de la découverte de la maladie. Elles peuvent comporter des lésions tumorales gingivales dont l'aspect clinique et histopathologique est pathognomonique de la MW. Ces lésions précèdent parfois de plusieurs mois l'apparition des lésions systémiques (Brooke 1969).

Nom et adresse du conférencier

RONDI Plinio
Division de Stomatologie
Chirurgie Orale et Radiologie
Dento-Maxillo-Faciale
Rue Barthélemy-Menn 19
1211 Genève 4, Suisse
rondip@bluemail.ch