

COMMUNICATION BUCCO-SINUSIENNE IATROGÈNE TRAITÉE PAR LA BOULE DE BICHAT : *À propos d'un cas et revue de la littérature*

MOHAMED CHERIF WY⁽¹⁾, BENCHAOUI M⁽²⁾.

1) Service ORL et CCF, Hôpital Militaire Régional Universitaire, Constantine.

2) Service ORL et CCF, CHU Ibn Badis, Faculté de Médecine B. Bensmaïl, Université Boubenider 3, Constantine.

E-mail: myassine24@gmail.com ; Benchaoui M : mounira.benchaoui@yahoo.fr

RÉSUMÉ :

La communication bucco-sinusienne iatrogène fait partie des complications per et post opératoires rencontrées au cours de l'avulsion des dents sinusiennes ou antrales, notamment les prémolaires et les premières molaires maxillaires. Nous rapportons le cas d'un patient âgé de 22 ans chez lequel une avulsion difficile et laborieuse de la D24 (première prémolaire maxillaire gauche) a conduit à une communication bucco-sinusienne. Le patient a été pris en charge par un chirurgien stomatologue et a bénéficié d'une fermeture par lambeau de translation vestibulaire. Cette procédure a échoué. Le malade est opéré avec lambeau de la boule de Bichat, ce qui a permis la fermeture hermétique de la communication. Notre résultat a été comparé aux données actuelles de la littérature.

Mots-clés : Communication bucco-sinusienne, Extraction dentaire, Boule de Bichat.

ABSTRACT : IATROGENIC ORAL ANTRAL COMMUNICATION TREATED BY BICHAT FAT PAD : *About a case and review of literature.*

Iatrogenic bucco-sinus communication is one of the per- and post-operative complications encountered during the avulsion of sinus or antral teeth, especially premolars and first maxillary molars. We report the case of a 22-year-old patient in whom a difficult and laborious avulsion of D24 (first left maxillary premolar) led to bucco-sinus communication. The patient was taken care of by a stomatologist surgeon and he benefited from a vestibular translation flap closure. The procedure failed. The patient was operated using the flap of the Bichat fat pad, which allowed the hermetic closure of the communication. Our result was compared with current data from the literature.

Key words: Oro-antral communication, Dentary removal, Bichat's buccal fatpad.

INTRODUCTION

La communication bucco-sinusienne correspond à une solution de continuité entre le sinus maxillaire et la cavité buccale. Les étiologies sont diverses et le traitement de cette communication dépend de sa taille et de son ancienneté. La guérison peut être spontanée.

La Boule de Bichat est une formation graisseuse du massif maxillo-facial (figure 1) dont les caractéristiques anatomiques, embryologiques, physiologiques et fonctionnelles sont actuellement reconnues, définissant son utilité sur le plan chirurgical. La communication bucco-sinusienne est dite iatrogène quand elle survient accidentellement au cours d'un acte chirurgical.

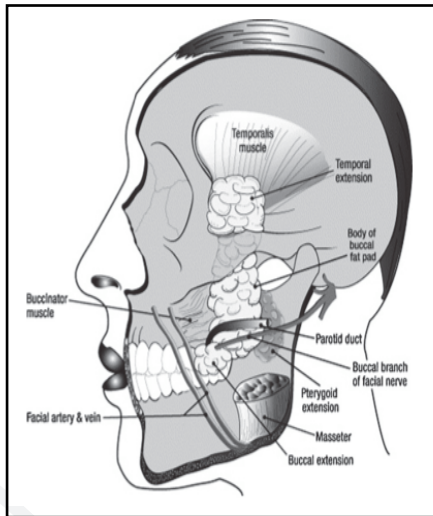


Figure 1. Anatomie de la région massétérienne « Boule de Bichat ».

C'est le cas de notre patient qui a présenté, après une avulsion laborieuse de la première prémolaire maxillaire gauche (D24) cariée, une communication bucco-sinusienne (figure 2).



Figure 2. Communication bucco-sinusienne D24.

Les techniques chirurgicales utilisées pour la fermeture d'une communication sont multiples et le choix va dépendre surtout de nombreux facteurs comme sa taille, sa profondeur, son ancienneté et les habitudes de l'opérateur.

Dans notre cas, on a opté pour la technique utilisant la Boule de Bichat car la fermeture par un lambeau de translation vestibulaire seul s'est révélée insuffisante pour une fermeture étanche de la communication (figure 3).

OBSERVATION

Notre patient âgé de 22 ans, sans antécédent pathologique particulier, consulte au niveau du service d'odontostomatologie pour des douleurs importantes dentaires.

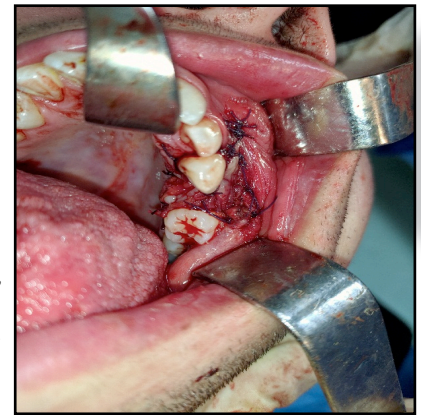


Figure 3. Mise en place du lambeau de boule de bichat et suture du lambeau vestibulaire.

Après examen, il s'est avéré qu'il présente une carie importante de la deuxième prémolaire maxillaire gauche (D24) extraite le jour même.

Le geste était laborieux et une complication peropératoire a perturbé l'acte qui s'est terminé par une communication bucco-sinusienne.

Un chirurgien stomatologue a essayé la fermeture immédiate de la communication par un lambeau vestibulaire, qui s'est soldée par un échec.

Notre patient a été mis sous double antibiothérapie associant l'Amoxicilline 500 mg : 2 Gel 2 x jour et le Flagyl 500 mg : 1cp 3 x jour, avec du paracétamol comme antalgique.

La communication bucco-sinusienne persistait toujours avec issue de sécrétions du sinus maxillaire vers la cavité buccale.

Une prothèse amovible en résine autopolymérisable a été confectionnée pour fermer temporairement l'orifice surtout lors des repas et après 01 mois le malade est orienté à notre consultation pour avis et prise en charge.

L'examen retrouve une communication bucco-sinusienne gauche (D24) (Figure 2) avec issue de pus dont l'odeur était très fétide. L'étude cyto bactériologique retrouve des germes anaérobies.

Une radiographie en incidence de Blondeau a mis en évidence un niveau liquidien du sinus maxillaire gauche confirmant la sinusite maxillaire.

Le patient est traité pendant un mois avec l'association amoxicilline- acide clavulanique à raison de 1gr 3 x jour, lavage nasal au sérum salé isotonique et bains de bouche après chaque repas jusqu'à l'assèchement total et disparition du pus et du niveau liquidien à la radiographie de Blondeau (figure 4).

Il a bénéficié d'une fermeture de sa fistule par la technique du lambeau de la boule de Bichat sous anesthésie générale.

Une incision vestibulaire, côté externe de l'alvéole déshabité, a été pratiquée suivie d'un décollement d'un lambeau trapézoïdal vestibulaire et une dissection dans le vestibule à partir du fond du lambeau décollé qui a fait jaillir la boule de Bichat. Celle-ci est délicatement tractée et suturée à la berge palatine de l'incision puis recouverte partiellement par le lambeau mucopériosté avec des points simples (figure 3).

Le patient a été mis sous le même antibiotique à raison de 1gr x2 jour pendant 15 jours et corticoïdes (60mg/jour) pendant 05 jours, instaurés 72 heures avant l'intervention, et des antalgiques (paracétamol 1 gr).

Il est revu après 01 mois (figure 4), 02 mois (figure 5) et 03 mois (figure 6) et le résultat final était satisfaisant avec fermeture totale de la fistule.



Figure 4. Contrôle à 01 mois.



Figure 5. Contrôle à 02 mois.



Figure 6. Contrôle à 03 mois.

DISCUSSION

La communication bucco-sinusienne iatrogène fait partie des complications de l'avulsion des dents sinusales. Si elle n'est pas prise en charge précocement, elle peut avoir des conséquences désagréables (rhinorrhée purulente, sinusite, cacosmie...).

Pour cela, chaque chirurgien-dentiste doit avoir recours à l'imagerie dentaire avant toute décision d'avulsion de ces dents.

Dans la littérature, plusieurs techniques de fermeture des communications bucco-sinusiennes de petite étendue sont décrites.

[1]

Nous avons opté pour un lambeau vestibulaire mucopériosté de forme trapézoïdale associé à la boule grasseuse de Bichat afin d'accroître l'étanchéité de la fermeture.

La majorité des auteurs s'accordent pour affirmer que la survie de ces types de lambeaux (lambeau vestibulaire trapézoïdale, lambeau pédiculé de la boule de Bichat) est quasi certaine. Notre technique est semblable à celle décrite dans la littérature [1-4]

Sur le plan médical, l'antibiothérapie, associée à la corticothérapie ont été instaurés 72 heures avant l'acte chirurgical. La corticothérapie a été arrêtée 48 heures après l'acte alors que l'an-

tibiothérapie a été poursuivie sur deux semaines. Ce traitement a favorisé la cicatrisation complète de la plaie opératoire. Ce résultat est conforme aux données de la littérature [1-6].

CONCLUSION

La communication bucco-sinusienne iatrogène, per-extraction dentaire, constitue une des complications non négligeables rencontrées par le chirurgien stomatologue lors d'avulsions des dents sinusales dites antrales.

Elle peut être prise en charge immédiatement au cabinet par suture directe.

Si elle est prise en charge tardivement, elle sera cautionnée par un problème sinusien qu'il faudra juguler, avant de décider de la fermeture qui dépendra de l'étendue de la communication et de l'état du sinus concerné.

La technique décrite est largement utilisée et ses résultats sont quasi-certains.

DATE D'ENVOI : 27/03/2022.

DATE D'ACCEPTATION : 22/04/2022.

DATE DE PUBLICATION : 28/06/2022.

REFERENCES

1. **Jonathan Tourot.** Traitements des communications bucco sinusiennes. Médecine Humaine et Pathologie. 2013; Dumas-00940138.
2. **Manuel S, Kumar SR, Nair PR.** The Versatility in the Use of Buccal Fat Pad in the Closure of Oro-antral Fistulas. J. Maxillofac Oral Surg. 2015 Jun; 14 (2): 374-7.
3. **Bravo Cordero G, Minzer Ferrer S, Fernández L.** Odontogenic sinusitis, oro-antral fistula and surgical repair by Bichat's fat pad: Literature review. Acta Otorrinolaringol Esp. 2016 Mar-Apr ; 67 (2): 107-13.
4. **Denes SA, Tieghi R, Elia G.** The Buccal Fat Pad for Closure of Oroantral Communication. J. CraniofacSurg. 2016 May; 27 (3): 327-30.
5. **M Abdoulaye Djéidani MAIGA.** communications bucco-sinusiennes au CHU-CNOS de Bamako : à propos de 12 cas. Thèse chirurgie Dentaire. 2018-2019.
6. **Raotoson H et al.** La communication bucco-sinusienne iatrogène d'origine dentaire. Revue d'Odontostomatologie Malgache en ligne ISSN 2220-069X. 2019 ; 17: 11- 19.