

POSTER

Quand le nomadisme médical altère la prise en charge d'une ostéomyélite chronique mandibulaire, à propos d'un cas.

Rolland F¹, Schmouchkovitch A, Le Toux G, Herry H, Jaffuel S, Hery-Arnaud G, Boisramé S

1. Interne Chirurgie Orale, Département de Chirurgie Orale, UFR odontologie-UBO, CHRU Brest
2. Interne Médecine Bucco-dentaire, service d'odontologie, UFR odontologie-UBO, CHRU Brest
3. MCU-PH en chirurgie orale, Département de Chirurgie Orale, UFR odontologie-UBO, CHRU Brest
4. AHU en chirurgie orale, Département de Chirurgie Orale, UFR odontologie-UBO, CHRU Brest
5. MCU-PH en bactériologie, Département de Bactériologie, CHRU Brest
6. Brest Integrative Genomics-bactériologie Virologie, UMR 1078, UBO
7. PH en médecine interne, Département de Maladies Infectieuses, CHRU Brest

Introduction

L'ostéomyélite est une complication rare mais connue pouvant survenir suite à des avulsions dentaires. Elles sont généralement classées comme aiguë, subaiguë ou chronique.

Rapport de cas

Une jeune patiente de dix-sept ans, sans antécédent médical, a été opérée en décembre 2014 pour avulsion des germes de troisièmes molaires avec une évolution initiale satisfaisante. En avril 2015 elle s'est présentée avec une tuméfaction jugale gauche chez son chirurgien opérateur. Un panoramique de contrôle a été effectué ne présentant pas d'anomalie, un traitement de courte durée par amoxicilline a alors été prescrit. En juin 2015 une récidive de la tuméfaction jugale entraîne le même traitement sans amélioration.

En septembre 2015, un scanner de contrôle a révélé la présence de sites d'ostéomyélite (franche hétérogénéité de la trame osseuse sur trente millimètres et rupture de la corticale externe). Le bilan n'a rien retrouvé de particulier au niveau général, il existait un oedème non inflammatoire de la joue gauche, des adénopathies jugulo-carotidiennes gauches, la cicatrisation muqueuse était normale.

Pendant un an, plusieurs interventions chirurgicales de reprise et d'exploration ont été entreprises, avec des prélèvements pour des études anatomopathologiques, bactériologiques, mycosiques qui ne montraient aucune spécificité. Les consultations et hospitalisations ont été répétées dans des services différents. Plusieurs traitements antibiotiques probabilistes ont été essayés (notamment pyostacine ou amoxicilline à concentrations variables), les résultats n'ont pas été satisfaisants. Une psychothérapie de soutien a également été mise en place pour cette patiente affectée par les hospitalisations répétées.

En avril 2016 une nouvelle intervention après concertation avec l'équipe de bactériologie a mis en évidence les bactéries incriminées permettant de réaliser un antibiogramme adapté.

La patiente a développé des complications à plusieurs traitements. Elle a réagit au métronidazole par des troubles neuropsychiatriques. Une récidive de la tuméfaction sous amoxicilline seule a entraîné la substitution par ceftriaxone (administré par PICC-line) et clindamycine. Un mois après elle a développé une neutropénie imputée à la ceftriaxone alors remplacée par la teicoplanine.

Depuis des contrôles sont établis tous les mois, la voussure persiste. Cependant les examens radiologiques semblent en faveur d'une diminution des zones d'ostéolyse.

Discussion

Concernant le traitement de l'ostéomyélite, tous les auteurs ont recours à une antibiothérapie, probabiliste puis ciblée. A ce traitement, plus ou moins long, sont associés des interventions chirurgicales conservatrices (exérèse simple de l'os nécrosé) ou radicales (hémi-mandibulectomie). Parfois un traitement par oxygénothérapie hyperbare est associé. Plus rarement la prescription de biphosphonates et de myorelaxants est décrite.

Conclusion

Ce cas souligne l'importance d'un diagnostic bactériologique bien conduit dont la clé est la réalisation de plusieurs prélèvements par le chirurgien oral. La mise en route d'une antibiothérapie ciblée, clé du traitement pour la prise en charge d'infection grave comme l'ostéomyélite mandibulaire, est conditionnée par l'isolement des bactéries et l'établissement du profil d'antibiorésistance. Ces infections sont particulièrement difficiles à traiter du fait qu'elles sont le plus souvent polybactériennes.

frederique.rolland@live.fr

Références

1. Maes J & al. Ostéites des os de la face. EMC-Stomatologie, 2005, 1(3), 208-230
2. Humber C & al. Chronic osteomyelitis following an uncomplicated dental extraction, 2011, J Can Dent Assoc, 77
3. Baur D. A. & al. Chronic Osteomyelitis of the Mandible: Diagnosis and Management—An Institution's Experience Over 7 Years. Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, 2015, 73(4), 655-665