

DESC Maladies Infectieuses et Tropicales

Jeudi 17/09/2020

Cas clinique 3 : La dent « pendante »

Monsieur RC , 79 ans

Motif d'hospitalisation : Prise en charge d'une ostéonécrose de la mandibule droite.

Antécédents Médicaux : Retraité, ancien chirurgien-dentiste.

- Rhizarthrose bilatérale - Péritonite sur sigmoïdite en 1995

- Tachycardie supraventriculaire (cordarone, bisoprolol) - Hernie inguinale, Chirurgie canal lombaire

-VOLTARENE chaque jour +/- patch de FENTANYL (12,5mg/25mg), AUGMENTIN 3g/j

Fin décembre 2016 : Douleur vive au niveau de la dent 47. Cabinet dentaire à Yaoundé : dent dévitalisée et anesthésie locale.

- Apparition dans les 36h d'un trouble de la sensibilité cutanée de l'hémi lèvre inférieure (signe de Vincent) + cellulite mandibulaire.

Extraction de la dent + mise sous AUGMENTIN 3g/j pendant un mois et VOLTARENE.

Retour en France en mars 2017 : Persistance d'une douleur et d'une anesthésie. Consulte un collègue et poursuite de l'AUGMENTIN 1g/j

- Panoramique dentaire : perte de substance en flamme au niveau mandibulaire.

Avril 2017 : majoration de la douleur et tuméfaction

Question 1 : Quelle est votre prise en charge ?

Question 1 : Quelle est votre prise en charge ?

Réponse : TDM / stomato/ bactériologie/ anapath

- TDM :
 - solutions de continuité filant vers le canal du nerf dentaire inférieur puis transfixiant la corticale sur toute sa hauteur
 - Hypodensité de l'os alvéolaire entre les dents 16 et 17 et 26 27.
 - Au niveau de la mandibule droite ; petite progression du foyer d'ostéolyse mandibulaire autour du territoire d'ostéite, avec diminution du séquestres osseux, majoration de la lyse corticale latérale de ce séquestre, et remaniements ostéolytiques passant par le canal dentaire inférieur droit.
 - Pas de collection abcédée. Pas de ganglion réactionnel. Stigmates de parotidite chronique bilatérale prédominant à droite avec micro calcifications.
- Biopsie de la lésion mandibulaire :
 - Anatomopathologie: ostéite et ostéonécrose mandibulaire.
 - Bactériologie (1 sur 1 prélèvement): *Streptococcus constellatus* multisensible

Question 2 : Que pensez-vous du résultat de la ponction ?

Réponse :

- isolat d'un germe bucco-dentaire ubiquitaire : peu de valeur*
- Origine du prélèvement ?*

> Augmentin 1g x 3/j pour une durée minimum de 6 semaines.

La compliance thérapeutique sera insuffisante

Juillet 2017 : persistance d'un écoulement et d'une tuméfaction mandibulaire

Majoration de l'insuffisance rénale

TDM : majoration de l'ostéite, découverte carcinome médullaire de la thyroïde

Question 3 : Quel est votre conduite thérapeutique ?

Réponse :

- *Fenêtre antibiotique avant la réalisation de la biopsie*
- *Biopsie osseuse x 3 (minimum)*
- *PIPERACILLINE + TAZOBACTAM 4g IV x3/j en probabiliste*

Biopsie muqueuse malpighienne:

- Anatomopathologie : - Inflammation subaiguë chronique modérée non spécifique
- Absence de contingent tumoral décelable.
- Microbiologie (1 prélèvement) : *Pseudomonas aeruginosa* sensible à la Ciprofloxacine
- Antibiothérapie : CIPROFLOXACINE 750 mg IV x2/j puis diminué à 500 mg PO x2/j (fonction rénale altérée) à poursuivre pour une durée totale de 6 semaines

Question 4 : Que pensez-vous du résultat de la biopsie ?

Question 4 : Que pensez-vous du résultat de la biopsie ?

Réponse :

- *isoler un Pseudomonas sur une muqueuse n'a aucune valeur*
- *Par contre l'examen anatomopathologique est indispensable (éliminer pathologie tumorale sur fistule chronique)*

- Evolution :

- clinique : apyrétique durant toute la durée de l'hospitalisation, diminution de l'écoulement purulent local, persistance d'une anesthésie locale.

- biologique : absence de syndrome inflammatoire biologique

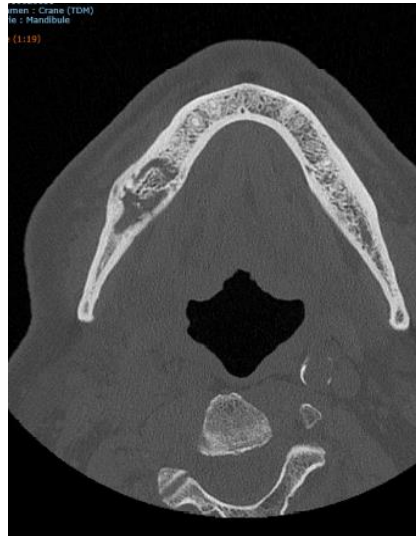
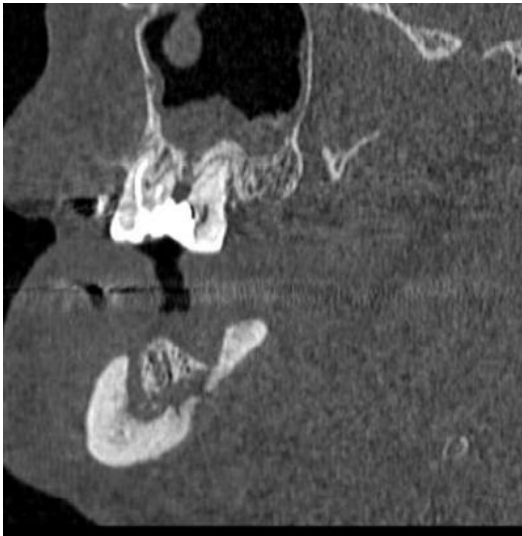
Janvier 2018 : persistance de la douleur et de la tuméfaction mandibulaire

- Question 5 : Quelle est votre conduite thérapeutique ?

Question 5 : Quelle est votre conduite thérapeutique ?

Réponse : TDM , Fenêtre antibiotique avant la réalisation de la biopsie

- *Biopsie osseuse x 3 (minimum)*
- *chirurgie maxillofaciale*
- *Extraction de la dent*



Chirurgie maxillo-faciale :

- Exérèse séquestre osseux mandibulaire droit + kyste associé + Avulsion dent 45
- Prélèvements envoyés en anapatomopathologie + bactériologie : x 3 prélèvements
- Lavage abondant au sérum bétadiné

Culture : Actinomyces israelii

BETALACTAMINES

Amoxicilline + Ac.Clavulanique Sensible

Imipeneme Sensible

MACROLIDES ET APPARENTES

Clindamycine 2 Sensible

GLYCOPEPTIDES

Vancomycine Sensible

QUINOLONES

Moxifloxacin Sensible

AUTRES

Chloramphénicol Sensible

Metronidazole Résistant

Commentaire SIR voir commentaire

Antibiogramme réalisé par diffusion en milieu gélosé.

Question 6 : Quelle est votre conduite thérapeutique ?

Question 6 : Quelle est votre conduite thérapeutique ?

Réponse :

- *Antibiothérapie : (Amoxicilline -Acide Clavulanique : 1 g + Amoxicilline 1 g) x 3/ j pendant 6 semaines,*
- *Éducation thérapeutique,*
- *Arrêt AINS*

- *Actinomyces* sont connues comme étant capables de former des **inclusions intracellulaires** de [polyhydroxyalcanoates](#) sous conditions de stress (ex. : déficit d'éléments tels que le phosphore, l'azote, l'oxygène, combiné avec un excès en sources carbonées).
- Dans le produit pathologique, on ne trouve l'actinomyces que dans les **grains**. Ceux-ci, écrasés entre lame et lamelle, se révèlent constitués d'un feutrage de fins filaments ramifiés se terminant en périphérie par des renflements en massue.
- **Culture en anaérobiose**
- Traitement: [Pénicilline](#), [sulfamidés](#) et [tétracyclines](#)



RUSSO TA. Agents of Actinomycosis. In: MANDELL GL BJ, DOLIN R, ed. Principles and practice of infectious diseases. 5th ed. Philadelphia: Churchill Livingstone, pp. 2645 -2654, 2000.

CHOI J, KOH WJ, KIM TS, LEE KS, HAN J, KIM H, et al. Optimal duration of IV and oral antibiotics in the treatment of thoracic actinomycosis. Chest 128 (4): 2211-7, 2005.

Rev Med Suisse 2019 Oct 9;15(666):1790-1794.

Évolution M12

Clinique : disparition écoulement, tuméfaction, douleur, cicatrisation muqueuse

TDM :

