

La rubrique «Point de service» répond aux questions cliniques de tous les jours en donnant de l'information pratique sur les traitements en salle opératoire. Les réponses présentées reflètent les opinions des collaborateurs et ne visent pas à établir des normes de soins ou des recommandations pour la pratique clinique. Le lecteur est invité à pousser plus loin son étude des sujets traités. Si vous êtes intéressé à répondre à une question ou à en soumettre une, communiquez avec le rédacteur en chef, le Dr John O'Keefe, à jokeefe@cda-adc.ca.

QUESTION 1

Comment dois-je prendre en charge une présumée malformation vasculaire buccale?

Contexte

Les classifications actuelles des anomalies vasculaires peuvent aider le dentiste à poser le bon diagnostic, et cette étape est essentielle car le traitement varie en fonction de la nature de la lésion. En 1982, Mulliken et Glowacki¹ ont présenté le premier système de classification simple. Ce système répartit les anomalies vasculaires entre les hémangiomes et les malformations vasculaires, sur la base des observations cliniques, histochimiques et cytologiques, de la profondeur de la lésion et des caractéristiques du débit (**tableau 1**). Une bonne compréhension de la terminologie pertinente peut aider le dentiste à identifier avec précision l'entité vasculaire et ainsi à instituer le bon traitement.

Bien que la plupart des hémangiomes se manifestent après la naissance, 30 % sont présents à la naissance^{1,3,4}. Les hémangiomes prolifèrent rapidement, mais ils ont tendance à régresser (involution) durant l'enfance^{1,3,4}. Ces malformations sont dues à un défaut de différenciation durant les premiers stades de l'embryogenèse. Les hémangiomes résultent d'une hyperplasie endothéliale et croissent par prolifération cellulaire¹. Habituellement extra-osseux, les hémangiomes peuvent être superficiels, profonds ou mixtes⁴⁻⁶ et ils sont de 3 à 5 fois plus répandus chez les femmes que chez les hommes⁶. Les hémangiomes sont rarement mortels, mais ils peuvent causer de graves traumatismes psychosociaux, en altérant l'apparence du patient. À cet égard, il convient de souligner que 60 % de ces lésions se manifestent dans la région de la tête et du cou.

Les malformations vasculaires sont moins fréquentes que les hémangiomes. Elles ne résultent pas d'une hyperplasie cellulaire, mais de l'ectasie évolutive de vaisseaux anormaux tapissés d'un épithélium plat sur une mince lame basale¹. Les malformations vasculaires peuvent être simples ou combinées, les premières étant réparties entre les lésions à bas débit et à haut débit. Les lésions simples à bas débit peuvent être capillaires, veineuses ou lymphatiques², tandis que les lésions à haut débit sont de type artériel et peuvent s'accompagner de bruit et de frémissement.

Les lésions simples et combinées sont toutes deux présentes à la naissance et leur développement a ten-

dance à suivre la croissance du patient^{1,3,4,7}. Les malformations vasculaires ne subissent ni prolifération, ni involution, mais leur croissance peut être accélérée par un traumatisme, la grossesse ou la puberté. Leur expansion peut en outre entraîner d'importantes malformations et il y a un risque d'hémorragie fatale⁷. Ce type de lésion peut aussi être associé à une diminution de la perfusion due à la dérivation de la circulation par la malformation. Selon certains rapports, ces lésions se manifestent autant chez les hommes que chez les femmes mais d'autres rapports

Tableau 1 Classifications des hémangiomes et des malformations vasculaires^a

Hémangiomes
Classification selon la profondeur de la lésion
Superficiel
Profond
Mixte
Classification selon le stade à la présentation
Hémangiome congénital (présent à la naissance)
• D'involution rapide
• Sans involution
• Non évolutif
Hémangiome infantile (manifestation après la naissance)
Malformations vasculaires
Lésions simples
À faible débit
• Capillaires (angiome plan)
• Veineuses
• Lymphatiques (lymphangiome)
À haut débit
• Artérielles
Lésions combinées
Artério-veineuses
Lymphoveineuses
Autres associations

^aAdapté de Ethunandan et Mellor² avec la permission d'Elsevier.



III. 1 : Malformation vasculaire dans la région maxillofaciale. L'ablation complète de cette lésion en apparence petite pourrait causer un grave défigurement, étant donné l'étendue de la lésion sous la surface.



III. 2 : Artériogramme d'une malformation vasculaire buccale.



III. 3 : Résection d'une mandibule présentant une malformation vasculaire.

Tableau 2 Protocole diagnostique simplifié des lésions vasculaires congénitales^a

La lésion était-elle présente à la naissance?
Oui : malformation vasculaire Non : hémangiome
Y a-t-il eu prolifération rapide?
Oui : hémangiome Non : malformation vasculaire
Y a-t-il involution?
Oui : hémangiome Non : malformation vasculaire
Lésions présentes à l'âge adulte
Hémangiome résiduel Malformation vasculaire

^aAdapté de Ethunandan et Mellor² avec la permission d'Elsevier.

font état d'une prédominance féminine dans une proportion de 2:1⁶. Environ 51 % des malformations vasculaires se manifestent dans la région de la tête et du cou et elles sont habituellement étendues, ce qui en rend le traitement très difficile⁸.

Évaluation clinique

Une anamnèse précise et un examen physique complet sont essentiels à l'établissement d'un diagnostic exact (**tableau 2**). Parmi les indices cliniques évocateurs de lésions vasculaires osseuses qui peuvent être difficilement perceptibles à l'examen clinique, mentionnons le saignement péri-coronaire, la mobilité des dents et les anomalies occlusales⁹. À la radiographie, ce type de lésion a habituellement l'aspect d'une zone radiotransparente mal définie,

souvent comparée à un nid d'abeilles ou à des bulles de savon.

Il est important de faire une évaluation radiographique avant toute extraction dentaire car, même si ces lésions sont rares, les malformations vasculaires dans la région maxillofaciale peuvent causer une urgence dentaire et même provoquer la mort si la lésion est touchée par mégarde. De telles urgences surviennent habituellement après une extraction dentaire pratiquée alors que le dentiste ignorait la présence de la malformation⁷.

Examens diagnostiques et traitement

Le traitement d'une malformation vasculaire varie en fonction du type et de l'étendue de la lésion (**ill. 1**). Si l'on soupçonne la présence d'une malformation vasculaire, des examens plus poussés doivent être réalisés pour faciliter la prise en charge du patient. La tomодensitométrie et l'imagerie par résonance magnétique peuvent aider à préciser l'étendue de la lésion, à déterminer s'il y a atteinte osseuse et à identifier les vaisseaux majeurs qui y sont associés⁹. L'artériographie hypersélective (**ill. 2**) est essentielle pour identifier les vaisseaux qui contribuent à la lésion et préciser l'étendue de la lésion¹⁰.

Les stratégies de prise en charge des malformations vasculaires incluent l'absence de traitement, l'embolisation, la résection chirurgicale et le traitement combiné. L'embolisation consiste à obstruer les vaisseaux qui irriguent la lésion, l'accès à ces vaisseaux se faisant habituellement par cathétérisation fémorale. Différents matériaux, dont un polymère d'éthylène alcool de vinyle dissous dans un agent d'embolisation liquide à base de diméthylsulfoxyde (Onyx, Micro Therapeutics, Inc., Irvine, CA), des

muscles, des éponges condensées stériles (Gelfoam, Pfizer, New York, NY), du cyanoacrylate, des spirales métalliques et du collagène, ont été utilisés pour l'embolisation de ces lésions⁷. Pour être efficace, le traitement nécessite habituellement l'exérèse complète de la malformation vasculaire (ill. 3) afin d'en prévenir la récurrence. Le traitement dans la région maxillofaciale peut cependant être complexe et il importe d'examiner avec soin les avantages d'une exérèse complète en regard du défigement marqué et des graves difficultés fonctionnelles qui peuvent en résulter⁸. L'ablation des lésions siégeant dans la région buccale et maxillofaciale peut être pratiquée par un spécialiste en chirurgie buccale et maxillofaciale, un oto-rhino-laryngologiste ou un plasticien, avec l'aide d'un spécialiste en radiologie interventionnelle. ➤

LES AUTEURS



Le Dr Brad W. Ray est résident en chirurgie buccale et maxillofaciale à l'Université McGill à Montréal (Québec). Il était résident en chef au programme de résidence en dentisterie de l'Université de la Colombie-Britannique au moment de la rédaction de cet article. Courriel : Bradley.Ray@vch.ca



Le Dr Ian R. Matthew est professeur adjoint et président de la chirurgie buccale au Département de médecine dentaire, Université de la Colombie-Britannique, Vancouver (Colombie-Britannique).

Remerciements : Photos fournies par le Dr David Sowden (North Vancouver, C.-B.)

Références

- Mulliken JB, Glowacki J. Hemangiomas and vascular malformations in infants and children: a classification based on endothelial characteristics. *Plast Reconstr Surg.* 1982;69(3):412-22.
- Ethunandan M, Mellor TK. Haemangiomas and vascular malformations of the maxillofacial region - a review. *Brit J Oral and Maxillofac Surg.* 2006;44(4):263-72.
- Mulliken JB, Young AE. *Vascular birthmarks. Hemangiomas and malformations.* Philadelphia: Saunders; 1988.
- Waner M, Suen JY. *Hemangiomas and vascular malformations of the head and neck.* New York: Wiley-Liss; 1999.
- Larsen PE, Peterson LJ. A systematic approach to management of high-flow vascular malformations of the mandible. *J Oral Maxillofac Surg.* 1993;51(1):62-9.
- Margileth AM, Museles M. Cutaneous hemangiomas in children: diagnosis and conservative treatment. *JAMA.* 1965;194:135.
- Noreau G, Landry PE, Morais D. Malformation artérioveineuse de la mandibule : Revue de la littérature et présentation de cas. *J Can Dent Assoc.* 2001;67(11):646-51. Disponible : www.cda-adc.ca/jadc/vol-67/issue-11/646.html.
- Persky MS, Yoo HJ, Berenstein A. Management of vascular malformations of the mandible and maxilla. *Laryngoscope.* 2003;113(11):1885-92.
- Johnson LM, Cook H, Friedlander A. Central arteriovenous malformations of the maxillofacial skeleton: case report. *J Oral Maxillofac Surg.* 1991;49(7):759-63.
- Van Den Akker HP, Kuiperl, Peeters FL. Embolization of an arteriovenous malformation of the mandible. *J Oral Maxillofac Surg.* 1987;45(3):255-60.

QUESTION 2

Comment dois-je procéder lors de la première visite d'un jeune enfant chez le dentiste?

Contexte

La prévalence croissante de la carie de la petite enfance est une source de préoccupation. Cependant, en raison du petit nombre de spécialistes dentaires pédiatres au Canada, les dentistes généralistes doivent également jouer un rôle dans la lutte contre cette maladie évitable. Les parents se plaignent souvent de ne pouvoir obtenir des soins appropriés quand ils découvrent que les dents de leurs enfants présentent des problèmes. Beaucoup trop souvent, les cabinets dentaires refusent de recevoir des enfants de moins de 3 ans. Ce message est ordinairement transmis aux parents par le membre de l'équipe qui répond au téléphone et qui n'est sans doute pas au courant des récentes directives¹⁻³ soulignant la nécessité d'inclure les tout-petits et les jeunes enfants dans la clientèle des cabinets de dentisterie générale. Cet article offre quelques lignes de conduite à suivre lors de la première visite d'un enfant dans le cadre de la pratique quotidienne.

En novembre 2001, le Bureau des gouverneurs de l'Association dentaire canadienne (ADC) a adopté la recommandation suivante : «L'ADC encourage, dans les 6 mois suivant l'éruption de la première dent ou à l'âge d'un an, l'évaluation des jeunes enfants par un dentiste».¹ Un sondage⁴ effectué auprès des dentistes dans tout l'Ouest canadien a révélé que, bien que la plupart des répondants aient été au courant de la recommandation de l'ADC, une importante proportion ne recevait pas d'enfants de moins de 2 ans. Parmi ceux qui n'acceptaient pas des jeunes enfants dans leurs cabinets, presque la moitié ont évoqué, comme principal point de préoccupation, les difficultés à gérer les patients à cause de leur âge et de leurs problèmes de comportements potentiels. Fait intéressant à souligner, plusieurs dentistes étaient d'avis que les infirmières et les médecins devraient jouer un rôle pour prévenir la carie de la petite enfance. Cependant, il est sans doute peu réaliste de