

COMMUNICATIONS BUCCO-SINUSIENNES AU CHU YALGADO OUEDRAOGO DE OUGADOUGOU : A PROPOS DE 65 CAS

ORO-ANTRAL FISTULA AT THE ACADEMIC HOSPITAL YALGADO OUEDRAOGO OF OUGADOUGOU : ABOUT OF 65 CASES.

OUÉDRAOGO RW-L¹, MILLOGO M², KONSEM T³, GYEBRE YMC⁴, ELOLA A⁵, OUATTARA M⁴, OUÉDRAOGO BP⁴, SEREME M⁴, OUÉDRAOGO D³, OUOBA K⁶.

1- Médecin ORL, Ancien Interne Des Hôpitaux, CHU-YO

2- Maître assistant en Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale CHU-YO

3- Maître de conférences agrégé en Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale CHU-YO

4- Maître de conférences agrégé en ORL CHU-YO

5- Maître de conférences agrégé en ORL FSS CHUSS

6- Professeur titulaire d'ORL, CHU YO

Correspondance: OUEDRAOGO Richard W-L

Médecin ORL, Ancien Interne Des Hôpitaux, CHU-YO, service d'ORL et de CCF, Burkina Faso, BP: 1220 Ouagadougou 11, E-mail : richarwendl@gmail.com

RESUME

But: Analyser les aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques des communications bucco-sinusiennes au CHU Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou.

Méthode: Il s'est agit d'une étude prospective sur 02 ans, portant sur 65 cas enregistrés dans les services d'ORL et de Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale du CHU Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou.

Résultats: Avec un sex ratio de 1,24, l'âge moyen des patients était de 42 ans. Les principaux motifs de consultation étaient les troubles alimentaires (41,54%), le retard de cicatrisation de plaie gingivale (12,31%), la cacosmie (26,15%) et les troubles d'élocution (10,77%). Les communications étaient surtout bucco-antrales (89,23%) et bucco-antro-nasales (10,77%) et les causes principalement iatrogènes (70,77%). La prise en charge a été strictement médicale (41,54%) et médico-chirurgicale (50,77%) avec une évolution initialement favorable dans 87,69%.

Conclusion: Les communications bucco-sinusiennes sont une pathologie essentiellement iatrogène à techniques de prise en charge variables et délicates. Il convient donc de miser sur la prévention de cette pathologie.

MOTS CLÉS: COMMUNICATION BUCCO-SINUSIENNE, DIAGNOSTIC, THÉRAPEUTIQUE, OUGADOUGOU

ABSTRACT

Aim: To analyze epidemiological, diagnostic and therapeutic aspects of oro-antral fistula in the academic hospital Yalgado Ouédraogo of Ouagadougou.

Method: It was a prospective study of 02 years about 65 cases unregistered in the services of ENT and Stomatology of the academic hospital Yalgado Ouédraogo of Ouagadougou.

Results: With a sex ratio of 1.24, the mean age of the patients was 42 years. The principal visit reasons were eating troubles (41.54%), lateness of gum wound healing (12.31%), and speaking troubles (10,77%). Fistulas were mainly bucco-antral (89,23%) and bucco-antro-nasal (10,77%) and the causes were especially surgical (70,77%). The take of care was medical only (41,54%) and medico-surgical (50,77%) with an initial favorable evolution in 87,69%.

Conclusion: Oro-antral fistulas constitute an essentially iatrogenic pathology with variable and tricky techniques of take of care. We should so stake on the prevention of this pathology.

KEY WORDS: ORO-ANTRAL FISTULA, DIAGNOSIS, THERAPEUTIC, OUGADOUGOU.

INTRODUCTION

Les communications bucco-sinusiennes constituent une pathologie relativement fréquente en chirurgie faciale. D'importance et de causes variables, elles posent rarement un problème diagnostique qui reste le plus souvent clinique et quelquefois complété par un bilan radiologique à visée thérapeutique ^[1,2]. Si le diagnostic de cette pathologie paraît évident, tel n'est pas le cas de sa prise en charge qui nécessite souvent plusieurs retouches thérapeutiques et parfois une adaptation prothétique définitive ^[1,3]. Ainsi, nous avons voulu à travers ce travail, rapporter notre expérience à propos de 65 cas de communications bucco-sinusiennes en évaluant les données épidémiologiques et diagnostiques de cette pathologie et en appréciant ses aspects thérapeutiques dans notre pratique courante.

PATIENTS ET METHODES

Cette étude prospective a porté sur 65 cas de communications bucco-sinusiennes, colligés en sur une période de 02 ans, allant de janvier 2012 à décembre 2013, dans les services de stomatologie et chirurgie maxillo-faciale et d'ORL du CHU Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou.

Ont été inclus dans l'étude, tous les patients présentant une communication bucco-sinusienne et ayant été reçus en consultation dans les dits services, pendant la période d'étude.

Les données ont été obtenues à l'issue de l'interrogatoire, de l'examen clinique au fauteuil et des explorations paracliniques réalisés. Les critères d'appréciation ont été l'âge, le sexe, la provenance géographique, les antécédents, les manifestations cliniques, les données radiologiques et les résultats anatomo-pathologiques.

Les données ont été analysées à l'aide de logiciels Epi-info version 3.3.2 et Microsoft Excel 2008.

RESULTATS

DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES

Sur une période de 24 mois, 65 cas de communications bucco-sinusiennes ont été enregistrés dans les services de stomatologie et chirurgie maxillo-faciale et d'ORL du CHU Yalgado Ouédraogo. Le sex ratio des patients était de 1,24. La répartition des patients selon les tranches d'âge est représentée par le tableau ci-après.

Tableau I: Répartition des patients selon les tranches d'âge

Tranche d'âge	Effectif	Pourcentage (%)
[10-20[	02	03,07
[20-30[	07	10,77
[30-40[	17	26,15
[40-50[	19	29,23
[50-60[	12	18,46
[60-70[	05	07,69
[70-80[	03	04,65
Total	65	100

L'âge moyen des patients était de 42 ans +/- 5,27 avec des extrêmes de 17 et de 72 ans.

La tranche d'âge de [30-50[était la plus représentée avec une fréquence de 26 cas (55,38%).

Les patients étaient des cultivateurs dans 27 cas (41,54%), des acteurs du secteur informel dans 19 cas (29,23%), des salariés dans 13 cas (20%) et des scolaires dans 07 cas (10,77%). Selon la provenance géographique, les patients venaient de zones rurales dans 47 cas (72,31%).

DONNEES DIAGNOSTIQUES

Le mode d'admission des patients était principalement la référence médicale dans 32 cas (49,23%), le transfert hospitalier dans 06 cas (9,23%) et l'admission directe dans 25 cas (38,46%).

Les antécédents médicaux étaient dominés par les caries dentaires dans 36 cas (55,38%), les sinusites maxillaires dans 12 cas (18,46%), les traumatismes maxillo-faciaux dans 09 cas (13,85%) et les tumeurs maxillaires dans 07 cas (10,77%).

Avec un délai moyen de consultation de 08 mois (avec des extrêmes de 01 et de 18 mois), les principaux motifs de consultation étaient les troubles alimentaires dans 27 cas (41,54%), le retard de cicatrisation de plaie gingivale dans 08 cas (12,31%), les troubles d'élocution dans 07 cas (10,77%) et la cacosmie dans 17 cas (26,15%).

Le diagnostic, essentiellement clinique, était basé sur l'examen endo-buccal dans 37 cas (56,92%), l'épreuve de la sonde dans 17 cas (26,15%) et les manœuvres de Valsalva dans 11 cas (16,92%). La paraclinique n'a été utilisée que dans le cadre d'un bilan pré-thérapeutique et a consisté en une radiographie en incidence de Blondeau dans 48 cas (73,85%), panoramique dentaire dans 27 cas (41,54%), une TDM faciale

dans 07 cas (10,77 %) et une analyse anatomo-pathologique dans 06 cas (09,23%).

Les communications étaient bucco-antrales dans 58 cas (89,23%), bucco-anthro-nasales dans 07 cas (10,77%). Elles étaient unilatérales droites dans 28 cas (43,07%), unilatérales gauches dans 31 cas (47,69%) et bilatérales dans 03 cas (04,61%). Les tailles de la communication sont matérialisées par le tableau ci-après.

Tableau II : Répartition des patients selon la taille de la communication

Taille (mm)	Fréquence	Pourcentage (%)
[0-5[	36	55,38
[5-10[	17	26,15
[10-15[	09	13,85
[15-30[	03	04,62
Total	65	100

Les causes étaient principalement iatrogènes dans 46 cas (70,77%) dont 38 cas d'extraction dentaire antrale et 08 cas d'ostéotomie maxillaire. Nous avons noté également des causes infectieuses maxillo-dentaires dans 09 cas (13,85%), traumatiques dans 06 cas (09,23%) et tumorales maxillo-sinusiennes dans 04 cas (06,15%).

DONNEES THERAPEUTIQUES ET EVOLUTIVES

La prise en charge a été médicale dans 27 cas (41,54%), médico-chirurgicale dans 33 cas (50,77%) et prothétique dans 05 cas (07,69%).

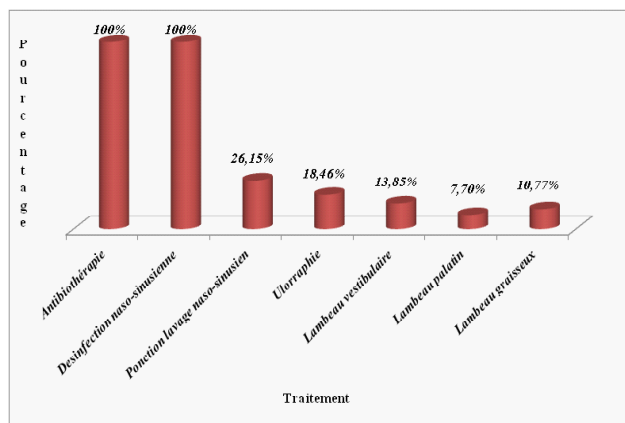


Figure: Répartition des patients selon le traitement utilisé

L'évolution sous une première indication thérapeutique a été favorable dans 57 cas (87,69%). Des échecs thérapeutiques à type d'échec de plastie dans 03 cas et de lâchage de sutures dans 05 cas ont été enregistrés et ont fait l'objet d'une reprise chirurgicale avec succès. Le temps de recul était de 10 mois.

DISCUSSION

ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES

La communication bucco-sinusienne constitue l'une des complications faciales les plus fréquentes de la pathologie bucco-dentaire [1,2,3]. Souvent, spontanément résolutive, seules les formes persistantes font l'objet d'une consultation spécialisée en ORL ou en chirurgie maxillo-faciale, expliquant, en partie, une sous-notification des cas de cette pathologie. Dans notre série, 65 cas de communications bucco-sinusiennes ont été enregistrés sur une période de 24 mois soit une incidence annuelle de 32,5 cas. Elle a surtout concerné les adultes jeunes avec une prédominance de la tranche d'âge de [30-50[(55,38%), donnant alors une connotation adulte à cette pathologie dans notre contexte. Ceci pourrait s'expliquer par la prédilection des pathologies odontogènes secondaires, aux dents définitives, épargnant de ce fait les sujets tout jeunes avec leur denture temporaire et les sujets plutôt âgées généralement édentés.

ASPECTS DIAGNOSTIQUES

La communication bucco-sinusienne reste le plus souvent pauci-symptomatique, se limitant parfois à des signes de retentissement en l'occurrence les sinusites maxillaires chroniques (18,46% dans notre série) ou un inconfort fonctionnel qu'il soit alimentaire, phonatoire ou neurosensoriel [2,4]. Dans notre série, la persistance de débris alimentaire dans une fossette alvéolo-dentaire, une dyslalie secondaire et une cacosmie ont été les motifs de consultation les plus fréquents. Cette variété de motifs de consultation explique, en partie, l'orientation des patients vers les services d'ORL ou de stomatologie selon les plaintes présentées. Dans notre contexte, l'orientation a été quelquefois autonome (admission directe) mais le plus souvent, secondaire par le biais d'une référence médicale (49,23%), ou d'un transfert intra-hospitalier (09,23%). Dans tous les cas, le diagnostic reste clinique et est d'autant plus facile que l'orifice de communication est important [3,5]. A cet effet, au diagnostic évident par simple inspection endobuccale des communications larges, s'oppose le diagnostic peu aisé des orifices ponctiformes, souvent dissimulés sous une plaie gingivale chronique [1,6]. Ces orifices, à peines visibles, nécessitent souvent pour leur preuve, des manœuvres spécifiques telles que celle de Valsalva et l'épreuve de cathétérisme orificiel à la sonde souple [7,8]. En général, ces

communications infra-centimétriques restent de loin les plus fréquentes (81,53% des cas de notre série) bien que de larges communications parfois bucco-naso-sinusiennes bilatérales et multi-centimétriques ne soient pas exceptionnelles [4,9]. Les examens paracliniques sont rarement utilisés dans le cadre d'un diagnostic positif. Néanmoins, leur contribution dans le bilan pré-thérapeutique et étiologique s'avère indéniable [7,9]. Ainsi, des radiographies en incidence Blondeau (73,85%) et panoramique dentaire (41,54%), un scanner facial (10,77 %) et une analyse anatomopathologique des prélèvements locaux (09,23%) ont permis de mener un bilan d'extension et étiologique conséquent. Dans notre série, les étiologies incriminées ont été essentiellement iatrogènes (70,77%), en l'occurrence les extractions dentaires antrales et les ostéotomies maxillaires. Ces mesures thérapeutiques, bien que suffisamment clastogènes, restent néanmoins, dans certains cas, les seules alternatives thérapeutiques pour des pathologies bucco-dentaires assez évoluées comme on les rencontre habituellement dans notre contexte.

ASPECTS THERAPEUTIQUES ET EVOLUTIFS

Le principe de la prise en charge des communications bucco-sinusiennes est la fermeture de l'orifice de communication. A cet effet, plusieurs modalités thérapeutiques non-exclusives sont à la disposition du praticien [9,10]. Il s'agit, avant tout, du traitement médical, basé sur la stérilisation naso-bucco-sinusienne par l'usage d'antibiotiques par voie générale et de désinfectants locaux et l'expectative en vue d'une fermeture orificielle spontanée [8,9,11]. Cette modalité a été utilisée dans notre série avec des résultats satisfaisants dans 41,54% des cas présentant des communications infra-centimétriques. Quant au traitement chirurgical, il consiste en une ulorrhaphie après avivement des berges lésionnelles gingivales ou en une plastie au lambeau graisseux, vestibulaire, palatin ou lingual, dont le pronostic dépend en grande partie de la qualité de la stérilisation bucco-naso-sinusienne et des mesures hygiéno-diététiques adjuvantes [7,12]. Ainsi, le traitement chirurgical s'avère complémentaire au traitement médical qui reste primordial. Dans tous les cas, l'indication thérapeutique se fait au cas par cas selon les tableaux cliniques et les résultats restent variables selon les séries [8,12]. Dans notre série, l'évolution sous une première indication thérapeutique a été favorable chez 87,69% des patients. Cependant, des cas d'échec de plastie et de lâchage

de sutures ont été enregistrés dans 08 cas et ont fait l'objet d'une reprise chirurgicale avec succès. Pour nous, ces complications sont imputables aux infections et au non-respect des mesures hygiéno-diététiques post-opératoires. Aussi, existe-t-il souvent des communications larges, défiant toute fermeture chirurgicale, posant ainsi l'indication alternative d'un appareillage prothétique, observée dans 07,69% des patients de notre série [9,11,12]. Il est donc nécessaire de mettre l'accent sur la prévention qui passe non seulement par l'hygiène bucco-dentaire d'une part, mais aussi, par la prise en charge précoce et adéquate des pathologies odontogènes de la face d'autre part.

CONCLUSION

La communication bucco-sinusienne est une pathologie relativement fréquente en chirurgie faciale. Elle touche surtout les adultes jeunes présentant un antécédent de pathologie bucco-dentaire ou sinusienne. D'étiologies principalement iatrogènes, son diagnostic positif reste essentiellement clinique et sa prise charge médicale ou médico-chirurgicale après un bilan radiologique pré-thérapeutique. Si le diagnostic de cette pathologie s'avère évident, tel n'est pas toujours le cas de sa prise en charge qui nécessite parfois plusieurs séances thérapeutiques; d'où l'intérêt de mettre l'accent sur les mesures préventives.

REFERENCES

- 1-MARTIN B, BERTRAND J, YAN M. Les sinusites d'origine dentaire: diagnostic et prise en charge. *Rev med suisse* 2008;4:2080-2084.
- 2-LACOURREYE L, DUBIN J. Communications bucco-naso-sinusiennes. *Encycl Méd Chir Oto-rhinolaryngologie*, 20-480-M-10, 2001, 6 p.
- 3-HAMILOS DL. Approach to the evaluation and medical management of chronic rhinosinusitis. *Clin Allergy Immunol* 2007;20:299-320.
- 4-FUTRAN ND, HALLER JR. Considerations for free-flap reconstruction of the hard palate. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1999 ; 125 : 665-669.
- 5-BANUS C, ELBAZ A, BEAUVILLAIN, DE MONTREUIL C. Communications bucco-sinuso-nasales. *Encycl MédChir (Éditions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris), Oto-rhinolaryngologie*, 20-480-M-10, 1991 : 1-10.
- 6-PERI G, JOUVE C, OUNSAMOUNE BN, VERGE P, THEVENON D, KANDI K et al. Fermeture des communications buccosinusiennes d'origine dentaire selon la technique de Celesnik. *Rev Stomatol Chir Maxillofac* 1980 ; 81 : 68.

- 7-GODFREY P M. Sinus obliteration for chronic oro-antral fistula: a case report. *Br J Plast Surg* 1993 ; 46 : 341-342.
- 8-ROGERS S N, LOWE D, FISHER S E, BROWN J S, VAUGHAN E D. Health-related quality of life and clinical function after primary surgery for oral cancer. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2002; 40: 11-18.
- 9-MICHELET V, DUROUX S, MAJOUFRE C, CAIX P, SIBERCHICOT F. Analyse des procédés de reconstruction du plancher buccal. À propos de 96 cas. *Ann Chir Plast Esthet* 1996 ; 41 : 639-643.
- 10-HANASAWA Y, ITOH K, MABASHI T. Closure of oro-antral communications using a pedicled buccal fat pad graft. *J Oral Maxillofac Surg* 1995 ; 53 : 771-775
- 11-CORDEIRO PG, BACILLIOUS N, SCHANTZ S, SPIRO R. The radial forearm osteocutaneous “sandwich” free flap for reconstruction of the bilateral subtotal maxillectomy defect. *Ann Plast Surg* 1998 ; 40 : 397-402
- 12-KRETZSCHMAR DP, KRETZSCHMAR J L, SALEM W. Rhinosinusitis: review from a dental perspective. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 2003;96:128-35.