

JOURNAL

DE L'ORDRE DES DENTISTES DU QUÉBEC

VOL. 58 N° 1 / PRINTEMPS 2021

Dans ce numéro
MOT DU PRÉSIDENT
À l'écoute de
la profession

**VACCINS CONTRE
LA COVID-19**
Quelques éléments
de démystification

**PORT DES EPI EN
TEMPS DE PANDÉMIE**
L'ABC d'une bonne posture
pour rester en santé

Réalisez-vous pleinement et en toute confiance grâce à nos services de consultation adaptés en gestion de cliniques dentaires.



**Des services
adaptés
à vos besoins
et à votre
réalité.**

CONSULTATION COMPLÈTE

Analyse exhaustive de votre pratique et plan d'intervention afin d'offrir un coaching personnalisé à vous et votre équipe directement à votre cabinet.

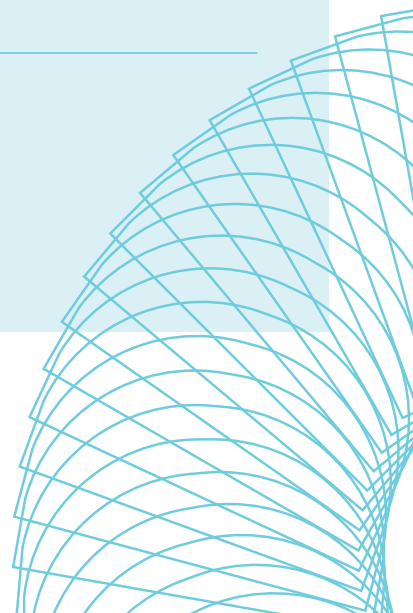
CONSULTATION À LA CARTE

Choisissez les modules thématiques qui vous conviennent.



Équipe Isabelle Lavallée
Croissance des pratiques dentaires

**Pour toute information
sur nos services de consultation,
communiquez avec isabelle@idi.org
ou visitez notre [site Web](#).**



SOMMAIRE

4 MOT DU PRÉSIDENT

8 EXERCICE DE LA MÉDECINE DENTAIRE

Vaccins contre la COVID-19 :
quelques éléments de
démystification
*Entrevue avec le
P^r Jean Barbeau*

Éthique et déontologie :
une formation pour
soutenir votre pratique
*Entrevue avec
M^e Claude Leduc*

Port des EPI en temps
de pandémie
*L'ABC d'une bonne posture
pour rester en santé*

18 FONDS D'ASSURANCE-RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE

Nouvelle structure,
même mission

19 AU TABLEAU

Délivrance des nouveaux
permis d'exercice et de
certificats de spécialiste :
rétrospective de l'année
2020-2021

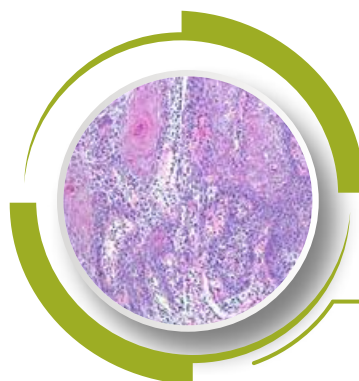
20 IN MEMORIAM

Hommage au D^r Barry Dolman
(1950-2021)

50 À L'AGENDA

MÉDECINE BUCCALE 22

Une lésion apicale,
mais...



34 MÉDECINE BUCCALE

Une histoire de
muguet qui ne
sent pas bon

RADIOLOGIE 40

Défi diagnostique –
Trouvaille incidentelle
sur une tomographie
volumique à faisceau
conique



À l'écoute de la profession

Alors que la campagne de vaccination s'accélère et nous laisse entrevoir une sortie de pandémie dans les mois à venir, je souhaite souligner de nouveau le professionnalisme et la résilience dont les dentistes et leurs équipes ont fait preuve depuis le début de la crise.

Cela fait maintenant plus d'un an que nous devons constamment nous adapter, sur le plan tant personnel que professionnel, afin de répondre aux défis que pose la COVID-19 dans notre pratique. Au cours de cette période, l'Ordre a travaillé sans relâche pour s'assurer que des protocoles fiables et applicables sont mis en place afin de préserver l'accès sécuritaire à des soins buccodentaires de qualité pour la population québécoise. Vos efforts et votre détermination à adopter ces mesures ont été remarquables et nous permettent ainsi de maintenir notre prestation de services.

La vaccination entrant dans une nouvelle phase, il faut maintenant espérer qu'un semblant de retour à la normale se profile à l'horizon. J'invite ceux et celles qui ne l'auraient pas déjà fait à prendre rendez-vous pour recevoir le vaccin et je vous encourage à inciter vos patients et les personnes admissibles dans votre entourage à en faire autant.

Je profite de l'occasion pour remercier tous les dentistes, actifs et retraités, ainsi que certains étudiants en médecine dentaire qui sont maintenant autorisés à vacciner la population pour leur participation à la campagne de vaccination, qui nous mènera à une immunisation collective. Je veux aussi mettre en lumière le travail de tous les dentistes qui se sont impliqués dans le dépistage et les enquêtes épidémiologiques et qui continuent de le faire. Ces activités sont toutes importantes dans la lutte contre la pandémie. Ne lâchez pas, nous sommes de tout cœur avec vous!



Cap sur 2024 : l'Ordre veut connaître votre opinion

Cette crise sans précédent a également affecté votre ordre professionnel. L'imprévisibilité qui règne depuis plus d'un an a eu des effets sur nos activités et nos services. Tout en poursuivant les discussions avec les autorités de santé publique et en vous communiquant les règles mises en place pour combattre la pandémie, il nous a fallu, comme bon nombre, nous adapter et mener nos activités en mode virtuel. La tournée de l'Ordre à distance, l'organisation de la première assemblée générale webdiffusée et le report des JDIQ à l'automne prochain en sont des exemples.

Devant l'urgence sanitaire qui prévalait en 2020, nous avons aussi décalé notre planification stratégique de quelques mois. La bonne nouvelle est que ce processus vital pour toute organisation est maintenant bien engagé. Nous avons en effet mis en place les outils qui nous permettront de dresser un portrait juste de la situation, de cerner les enjeux auxquels font face la profession et l'Ordre, puis de prioriser les gestes à poser au cours des trois prochaines années en fonction des objectifs à atteindre.

Dans le cadre de ce processus, nous avons bien sûr prévu de vous consulter et de sonder nos partenaires sur l'expérience vécue dans leurs relations avec l'Ordre. Au moment de lire ces lignes, vous devriez avoir reçu un court sondage qui vous permettra de donner votre avis sur

certains enjeux en lien avec la mission de l'Ordre et sur la place à occuper dans la sphère publique. Soucieux de mieux servir nos membres, nous voulons également connaître votre perception des services offerts par votre ordre professionnel.

Nous voulons vous entendre, et le sondage est le moyen par excellence pour nous communiquer votre point de vue. Cet exercice est important pour nous permettre de mieux définir nos actions et de façonner ainsi l'Ordre à l'image d'une profession qui nous est si chère. Dès que notre planification stratégique sera suffisamment avancée, nous vous informerons naturellement des orientations retenues.

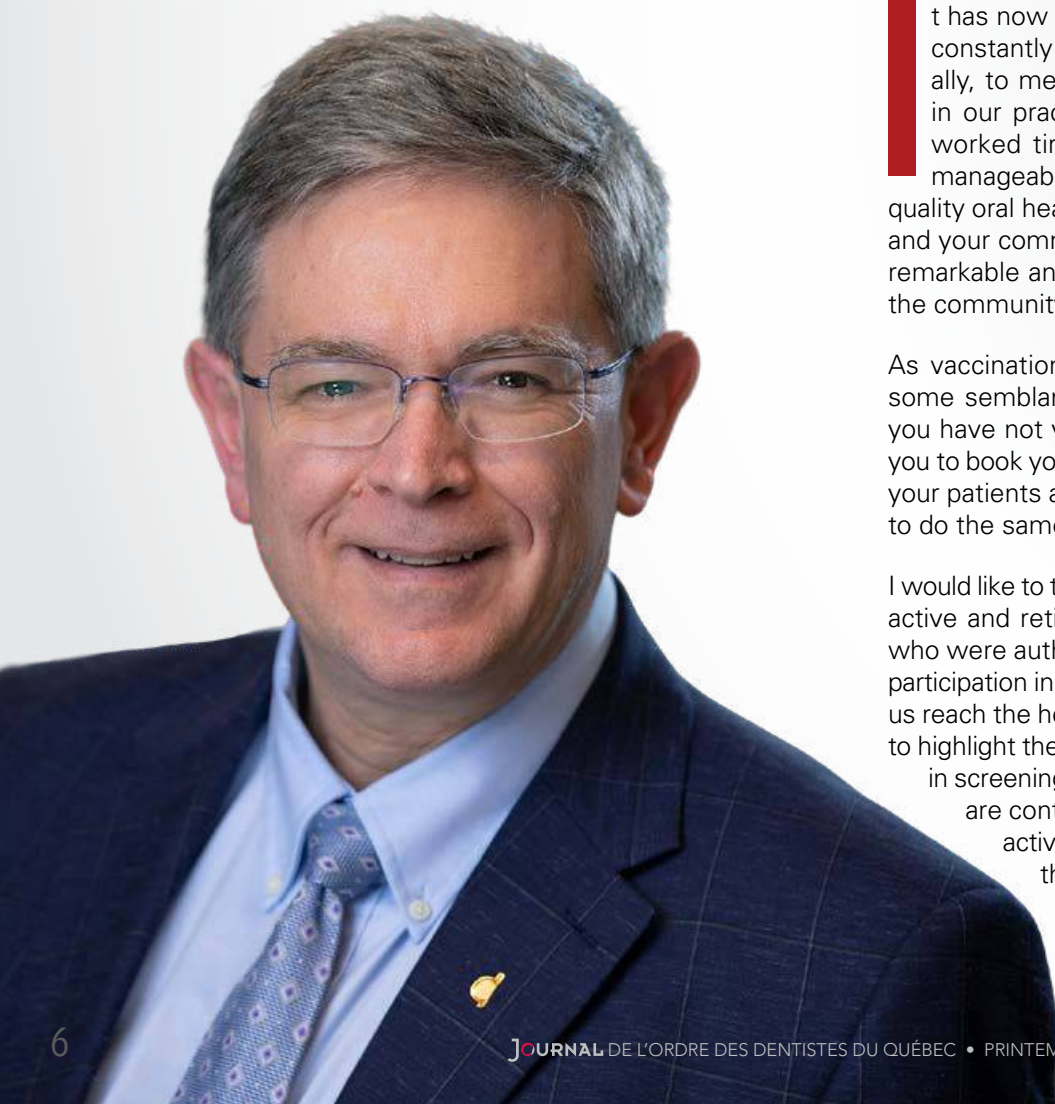
Lors de la dernière assemblée générale annuelle, nous avons adopté le slogan « Ensemble, relevons les défis ». Plus que jamais, nous avons besoin de vous, c'est pourquoi nous vous invitons à prendre quelques minutes pour nous faire part de votre opinion afin qu'ensemble, nous puissions relever les défis qui se présentent à nous!

Guy Lafrance, DMD

Président
president@odq.qc.ca

Responsive to the Needs of our Profession

As the vaccination campaign gains momentum and lets us look forward to the end of the pandemic in coming months, I would like to acknowledge once more the professionalism and resilience that dentists and their teams have shown since the beginning of the crisis.



It has now been over a year since we have had to constantly adapt, both personally and professionally, to meet the challenges posed by COVID-19 in our practice. During this time, the Order has worked tirelessly on implementing reliable and manageable protocols to preserve safe access to quality oral health care for all Quebecers. Your efforts and your commitment to these measures have been remarkable and have allowed us to continue serving the community.

As vaccination ramps up, we must now hope that some semblance of normal life is on the horizon. If you have not yet received your vaccine, I encourage you to book your appointment. In addition, please urge your patients and people who are eligible at this time to do the same.

I would like to take this opportunity to thank all dentists, active and retired, as well as the dentistry students who were authorized to vaccinate the public, for their participation in the vaccination campaign. This will help us reach the herd immunity we need. I would also like to highlight the work of dentists who have participated in screening and epidemiological investigations and are continuing their efforts on this front. These activities are all important in the fight against the pandemic. Don't give up! You have our wholehearted support.



Looking ahead to 2024: The Order wants to hear from you

This unprecedented crisis has also affected your professional order. The unpredictability that has prevailed for more than a year has had an impact on our activities and services. While continuing discussions with public health authorities and keeping you informed of the measures put in place to fight COVID-19, we, like everyone, have had to adapt and conduct our activities in virtual mode. For example, the Order's tour was done remotely, the annual general meeting was held online and the JDIO was postponed to the fall.

Due to the health crisis, we also had to postpone our strategic planning by a few months. The good news is that this critical exercise is now back on track and well underway. We have set up the tools we need to gain an accurate picture of the situation and identify the issues facing the profession and the Order, so that we may establish the priority actions that need to be taken over the next three years to reach our goals.

As part of this process, we plan to consult with you and survey our partners about their experience in relation to the Order. By the time you read this, you should have received a brief survey seeking your feedback on some of the

issues related to the Order's mission and on the role we should be playing in the public domain. In order to better serve our members, we also want to know your views of our services as a professional order.

We want to hear from you, and a survey is the best way to let us know what you think. This is an important exercise that will help us to determine the best course of action and shape the Order's image in keeping with a profession that is so dear to us. As soon as we have made sufficient headway in our strategic planning, we will of course inform you of the way ahead as we see it.

At the last annual general meeting, we adopted the slogan "Ensemble, relevons les défis" (Meeting challenges head on, together). Now more than ever, we need your help. So please take a few minutes to share your opinion with us so that together we may respond to those challenges that lie ahead!

Guy Lafrance, DMD

President

president@odq.qc.ca

VACCINS CONTRE LA COVID-19

Quelques éléments de démystification

Entrevue avec le Pr Jean Barbeau



Microbiologiste, professeur titulaire à la Faculté de médecine dentaire et directeur du Laboratoire de contrôle des infections de l'Université de Montréal, le Pr Jean Barbeau a répondu aux questions du *Journal* sur les vaccins contre la COVID-19.



JODO : Quels sont les vaccins contre la COVID-19 disponibles au Québec et quelle est leur efficacité?

Jean Barbeau : Quatre vaccins sont actuellement disponibles. Pour en évaluer l'efficacité, plusieurs éléments doivent être pris en considération, dont leur capacité à prévenir les formes graves de la COVID-19 pouvant mener à une hospitalisation, à un séjour aux soins intensifs, voire à un décès, et leur capacité à prévenir la propagation de la maladie.

Prévenir les formes graves de la COVID-19 est sans doute l'élément le plus important, car les mesures sanitaires ont été instaurées partout dans le monde pour

prévenir la mortalité et réduire la pression sur les systèmes hospitaliers.

La littérature scientifique, en fonction des essais de phase III, nous indique que les quatre vaccins – Pfizer-BioNTech, Moderna (ARNm), AstraZeneca et Johnson & Johnson (vecteur adénovirus) – offrent une excellente protection contre les formes graves de l'infection et une protection presque totale contre les hospitalisations.

En outre, les études récentes sur le terrain à large échelle menées en Israël et au Royaume-Uni pointent vers une réduction notable de la transmission, bien qu'elle reste à quantifier. Les données récentes colligées en Israël liées au vaccin Pfizer-BioNTech indiquent une capacité de réduire de 94 % les cas asymptomatiques de la

COVID-19. Sans conclure que la propagation est réduite de 94 %, les indicateurs sont excellents. Il est probable que la diminution de la charge virale et des symptômes, dont la toux, soit à l'origine de la réduction de l'excrétion du virus dans l'environnement immédiat. Mais gardons-nous de conclure que les vaccins sont inutiles s'ils ne préviennent pas entièrement la transmission du virus. D'autres vaccins, dont celui contre la polio, ne sont pas efficaces à 100 %, mais ils sont tout de même très utiles.

JODQ : Quelle est l'incidence des variants sur l'efficacité de la vaccination?

JB : La question des variants a une grande incidence sur la performance des vaccins. Si le virus change sa protéine S, contre laquelle les vaccins sont dirigés, les anticorps risquent de perdre leur efficacité. Deux variants nous préoccupent pour l'instant, soit celui qui provient du Royaume-Uni, appelé B.1.1.7, et celui qui nous vient de l'Afrique du Sud, appelé B.1.351. Le variant B.1.1.7 ne semble pas réduire l'efficacité d'aucun des quatre vaccins. L'exemple le plus probant est Israël, qui a commencé à vacciner sa population le 19 janvier dernier avec le vaccin Pfizer-BioNTech. À la mi-mars, près de 60 % de la population avait reçu au moins une dose de ce vaccin. Or, c'est le variant B.1.1.7 qui prédomine en Israël. Et les courbes sont en chute : moins de cas, moins d'hospitalisations, moins de décès.

Le problème est plus préoccupant avec le variant B.1.351. Bien qu'il ne soit pas aussi transmissible que le variant britannique, il semble mieux équipé pour contourner les vaccins, principalement celui d'Astra-Zeneca. Une réduction notable est également observée pour les autres vaccins dans les tests de neutralisation en laboratoire. Par contre, ces derniers ne peuvent permettre de prévoir ce qui arrivera dans la population. Une baisse de 30 % dans la neutralisation d'un variant en laboratoire peut très bien ne pas avoir d'influence sur les personnes vaccinées parmi la population. Les vaccins Pfizer-BioNTech, Moderna et Johnson & Johnson montrent une diminution de la neutralisation du variant B.1.351 en laboratoire, mais cette réduction d'efficacité n'est pas observée au sein de vastes populations.

JODQ : Quelle est la durée de l'immunité que confèrent les vaccins contre la COVID-19?

JB : Comme les quatre vaccins disponibles sont entrés en phase III il y a moins d'un an, les compagnies pharmaceutiques ne peuvent présentement garantir une période d'efficacité de plus de huit à dix mois. Sur le terrain, le véritable test, les vaccins ont été déployés, dans le meilleur des cas, en décembre, en Israël. Le recul n'est que de trois ou quatre mois.

Il faut donc se tourner en partie vers l'immunité naturelle, qui semble démontrer une efficacité sur plus de huit mois, et s'appuyer sur l'expérience acquise avec d'autres coronavirus. On peut raisonnablement miser sur une vaccination annuelle si le virus devient endémique et reste avec nous. Pour ce qui est de prévenir les décès, les hospitalisations et les complications sévères, le Dr Moncef Slaoui, ancien directeur scientifique de l'opération Warp Speed, aux États-Unis, pense que les vaccins auront une durée de protection très longue. De trois à cinq ans, peut-être plus. Plus de données à ce sujet sont attendues au cours des prochains mois.

Évidemment, un élément imprévisible est l'apparition de mutations. Comme tous les virus, le SARS-CoV-2 mute et des variants apparaissent. Il y a des milliers de variants, et la très vaste majorité d'entre eux n'ont aucune influence sur la sévérité de la maladie ou sur l'efficacité des vaccins. Par contre, si la mutation change la cible des anticorps, comme dans le cas du variant B.1.351, le vaccin peut perdre son efficacité, du moins partiellement. Il faudrait alors envisager d'élaborer un autre vaccin et de revacciner la population en fonction de la circulation du variant en question. L'avantage des vaccins ARNm est qu'ils peuvent être très rapidement modifiés sans avoir à repasser à travers toutes les étapes cliniques.

Récemment, le variant de l'Inde, appelé B.1.617, a créé une certaine commotion. Toutefois, rien ne prouve pour l'instant que ce variant est plus transmissible ou plus résistant aux vaccins que les autres. Ça demeure possible, mais des données sont nécessaires avant de l'affirmer. Le fait qu'environ 50 % des cas en Inde

soient associés au variant, couplé à la situation catastrophique qui prévaut dans ce pays, fausse notre perception. Le vaccin Covaxin, fabriqué en Inde, est efficace contre le variant. En outre, l'appellation « double mutant » (ou « double variant ») est une aberration. Tous les variants ont subi plusieurs mutations – de 4 à 11 – qui affectent la protéine S (spicule).

JODQ : Pour les vaccins à deux doses, doit-on nécessairement recevoir une deuxième dose du même vaccin?

JB : La deuxième dose est prévue pour une efficacité optimale. Par contre, même avec une seule dose, l'efficacité est excellente dès la troisième semaine. Un délai de quelques mois est envisageable, mais les compagnies pharmaceutiques font preuve de prudence. Elles n'ont pas le choix : les protocoles sont strictement encadrés et il n'est pas aisé de les modifier en cours d'essais cliniques. L'administration de la deuxième dose a débuté en fonction des paramètres de couverture, de la disponibilité des vaccins et de la protection individuelle optimale. À cet effet, la stratégie du gouvernement du Québec s'appuie sur les données scientifiques.

Il peut y avoir un risque à trop repousser la deuxième dose, à tout le moins d'un point de vue théorique. Comme une dose unique est moins efficace que deux, certains craignent que le virus en profite pour contourner l'immunité et qu'il développe une résistance au vaccin, un peu comme pour les antibiotiques. Comme je l'ai mentionné, le risque est théorique. Plusieurs vaccins contre d'autres infections sont à dose unique – c'était le cas de la variole et c'est le cas de la grippe et de la rougeole – sans que cette préoccupation ait été soulevée.

L'autre préoccupation, aussi théorique, est que la durée de l'immunité obtenue avec une seule dose soit moindre que celle procurée par deux doses. On est dans l'inconnu encore ici. Par contre, l'existence de vaccins à une seule dose, dont celui de Johnson & Johnson, doit être prise en compte.

JODO : Une personne qui a déjà eu la COVID-19 doit-elle se faire vacciner?

JB : Oui. Toutefois, il est suggéré de se faire vacciner environ trois semaines après le rétablissement. L'argument derrière cette recommandation est essentiellement le même que celui invoqué pour les vaccins à deux doses. Lorsqu'une personne a eu la COVID-19, elle a développé une immunité contre le virus en entier, et spécifiquement contre la protéine S du SARS-CoV-2. Une infection naturelle peut être assimilée à une première dose de vaccin. Le fait de recevoir un vaccin, peu importe lequel, après avoir contracté la COVID-19 procure le même avantage qu'une deuxième dose de vaccin. Dans ces cas, il semble donc inutile de se faire vacciner une seconde fois.

JODO : Quels sont les effets secondaires possibles et qu'en est-il des risques d'embolie ou de réaction allergique sévère?

JB : Tous les vaccins peuvent provoquer des effets secondaires. La grande majorité de ces derniers sont bénins et dérivent de l'inflammation normale qui est induite au site d'injection : douleur, gonflement, rougeur, chaleur, soit les signes cardinaux classiques de l'inflammation. Cette inflammation libère, tout aussi classiquement, une panoplie de médiateurs de l'inflammation qui peuvent avoir des effets systémiques comme la fièvre, la fatigue, les maux de tête ou ce qu'on appelle globalement le

syndrome grippal. Ces symptômes, qui peuvent durer quelques jours, sont variables en intensité et en durée d'une personne à l'autre.

Les effets secondaires sévères sont plus rares et se déclarent normalement dans les 15 minutes qui suivent l'injection. Nous parlons alors de réaction d'hypersensibilité ou de choc anaphylactique. Pour les vaccins Pfizer-BioNTech et Moderna, 66 cas de réaction sévère ont été enregistrés sur 18 millions de doses, soit un taux de risque de 0,00000003 %.

Au 10 mars dernier, des cas de thromboembolie chez des personnes ayant reçu le vaccin AstraZeneca ont été enregistrés, poussant certains pays à suspendre leur programme de vaccination. Les dernières données (27 avril) font état de huit cas par million de doses. Il semble que, globalement, le taux d'embolie associé au vaccin ne semble pas supérieur à celui observé dans l'ensemble de la population, mais qu'un lien théorique avec le vaccin soit possible.

Les informations sur les effets secondaires graves sont toujours prises au sérieux et divulguées rapidement, en vertu du principe de précaution. Des enquêtes indépendantes des compagnies pharmaceutiques sont mises sur pied pour déterminer si les vaccins sont véritablement en cause. L'Agence européenne des médicaments qui a enquêté sur ces cas de thrombose maintenait la confiance envers le vaccin d'AstraZeneca en date du 18 mars.

JODO : Un passeport de vaccination devrait-il être envisagé pour la médecine dentaire?

JB : L'expérience démontre de façon convaincante que la pratique dentaire n'est pas un domaine à risque pour les éclosions de COVID-19. Gardons en tête que sur 1 000 personnes testées au hasard, une seule sera positive. Ajoutons qu'avec les mesures de triage, le risque d'accueillir un patient positif à la COVID-19 dans votre clinique est jusqu'à 10 fois moindre. Pour mettre les choses en perspective, les étudiants, les cliniciens et les professeurs de la Faculté de médecine dentaire de l'Université de Montréal ont effectué quelque 30 000 traitements depuis août 2020 sans connaître aucune éclosion.

Un passeport de vaccination pourrait donner un sentiment de sécurité à l'équipe dentaire. Mais un sentiment de sécurité demeure ce qu'il est : un sentiment. Et il y aura toujours la question éthique à savoir comment seront abordés les patients qui n'auront pas été vaccinés ainsi que le problème, bien réel, des personnes chez qui le vaccin est peu efficace. En outre, rappelons que nous ignorons encore dans quelle mesure le vaccin prévient la propagation, et que les résultats peuvent varier d'un vaccin à l'autre. Les enjeux n'apparaissent pas assez clairs pour que la question d'un passeport puisse être sérieusement envisagée.



Est-ce le temps de passer au prochain chapitre de votre vie?

Tier Three Brokerage peut
vous aider à atteindre ce but.



Christian Marsolais

Spécialiste en transition

514-984-9342

Christian.Marsolais@tierthree.ca

**Vous pensez vous retirer ou vendre votre
cabinet dentaire dans les 10 prochaines années?
Contactez Christian Marsolais aujourd'hui!**

- Plus de 40 ans dans l'industrie dentaire au Québec
- Connaissance des aspects cliniques et d'affaires de la dentisterie
- Consultation et planification en matière de transition

**Tier Three s'est joint à
la famille Henry Schein!**

Réservez une **consultation gratuite et
confidentielle** aujourd'hui.



UNE ENTREPRISE  HENRY SCHEIN® 

Sans frais : 1-888-437-3434
info@tierthree.ca
www.tierthree.ca

ÉTHIQUE ET DÉONTOLOGIE : UNE FORMATION POUR SOUTENIR VOTRE PRATIQUE

À compter de l'automne prochain, l'Ordre des dentistes du Québec offrira à ses membres une formation obligatoire gratuite sur l'éthique et la déontologie. Disponible sur la plateforme Dentoform, la formation sera conçue et animée par Claude G. Leduc, associé fondateur du cabinet Mercier Leduc et avocat spécialisé en droit professionnel. Le *Journal* s'est entretenu avec M^e Leduc pour en savoir plus.

JODO : Dans quel contexte s'inscrit la nouvelle formation obligatoire sur l'éthique et la déontologie de l'Ordre?

Claude G. Leduc : C'est en effet important, d'entrée de jeu, de donner quelques éléments de contexte. Il faut d'abord rappeler que le droit professionnel s'est considérablement développé au cours des dernières années. Cela s'explique entre autres par le fait que la population est de plus en plus éduquée et au courant de ses droits.

Sensible à cette réalité, l'Office des professions du Québec a introduit au Code des professions de nouvelles dispositions exigeant du conseil d'administration de tous les ordres de voir à ce que des activités ou des cours de formation obligatoire en éthique et déontologie soient offerts à tous leurs membres. Ces dispositions sont entrées en vigueur en septembre 2018.

C'est d'ailleurs dans ce contexte que l'Ordre des dentistes du Québec a adopté son Règlement sur la formation continue

obligatoire des dentistes, en vigueur depuis le 1^{er} avril 2020, lequel prévoit incidemment que les dentistes doivent accumuler un minimum de trois unités de formation continue (UFC) par période de référence de trois ans dans le cadre d'une activité de formation en éthique et déontologie en lien avec l'exercice de la profession.

JODO : Qu'entend-on par les termes « éthique » et « déontologie » ? De quoi est-il question au juste?

CGL : L'éthique fait référence aux valeurs et aux principes moraux qui s'appliquent de façon générale aux membres d'une même société. Quant à la déontologie, il s'agit des règles et des normes qui régissent une profession, comme celle des dentistes. Certaines de ces règles et de ces normes sont communes à toutes les professions, dont l'indépendance et le secret professionnels, alors que d'autres sont propres à une profession en particulier.

JODO : Pourquoi est-il important pour un dentiste en exercice de suivre une formation en éthique et déontologie?

CGL : La formation portant sur l'éthique et la déontologie vise à protéger le public, bien sûr, mais aussi le professionnel. Avec l'évolution rapide des technologies de l'information, les dentistes doivent composer avec de nouvelles réalités, dont la télédentisterie et la collaboration à distance avec leurs collègues, généralistes et spécialistes, pour ne nommer que celles-là. Cela peut poser des enjeux en matière de déontologie, d'où l'importance de rappeler certains principes et de les contextualiser.

JODO : Quel est le but de la formation?

CGL : La profession de dentiste se transforme au rythme des avancées technologiques, qui sont de plus en plus rapides. Les dentistes détiennent des connaissances scientifiques et techniques poussées, et ils ont de quoi en être fiers. La relation avec le patient, qui s'appuie sur le savoir-être, doit cependant rester au cœur de la pratique. La formation cherchera avant tout à faciliter le travail du dentiste et à l'outiller pour s'assurer qu'il respecte ses obligations déontologiques en tout temps.

JODO : En quoi la formation soutiendra-t-elle la pratique des dentistes?

CGL : Tout d'abord, je tiens à préciser que la formation sera ancrée dans la réalité des membres de l'Ordre. Nous allons nous inspirer de cas réels de manquements déontologiques traités par le Bureau du syndic et fournir des outils pratiques.

Prenons pour exemple l'obtention d'un consentement éclairé dans le cas où un dentiste recommande de diriger l'un de ses patients vers un collègue. Il ne suffit pas de dire au patient : « Votre cas est complexe, je vous dirige vers un collègue. » Le dentiste doit prendre le temps d'expliquer au patient ce pour quoi il recommande de

le diriger vers un collègue et, notamment, de discuter avec celui-ci de la question des honoraires. La formation fournira des outils pour permettre au dentiste de remplir ses obligations déontologiques dans une telle situation et une foule d'autres.

Nous allons aussi nous projeter dans l'avenir et offrir des balises permettant de guider les dentistes en nous fondant sur des situations fictives, mais réalistes. La pandémie actuelle de COVID-19 est un bon exemple de situation que personne n'avait prévue, mais à laquelle il a fallu réagir rapidement.

JODO : Comment la formation sera-t-elle structurée?

CGL : Sous forme de webinaire, la formation sera composée de plusieurs modules d'une durée de 60 ou 90 minutes, certains obligatoires et d'autres facultatifs. Chaque module se terminera par un test. Parmi les thèmes couverts, mentionnons la liberté d'expression au regard des réseaux sociaux, la conciliation des rôles de professionnel de la santé et d'entrepreneur, de même que l'exercice de la médecine dentaire au XXI^e siècle.

JODO : Quel est le commentaire qui revient le plus souvent chez les professionnels qui participent à vos formations en éthique et déontologie?

CGL : Les participants se rendent parfois compte qu'un comportement qu'ils jugeaient conforme à leurs obligations ne l'est pas en réalité. Cela démontre que tout professionnel a avantage à rafraîchir ses connaissances en matière de déontologie de temps à autre.

JODO : Le mot de la fin?

CGL : Je souhaite que la nouvelle formation de l'Ordre suscite un sentiment de fierté chez les dentistes, car ce sont des professionnels de haut niveau qui détiennent des connaissances scientifiques et techniques remarquables.



BIO EXPRESS

Admis au Barreau du Québec en 1977, M^e Claude G. Leduc est associé fondateur et directeur du département de litige civil, administratif et professionnel du cabinet Mercier Leduc. Spécialisé dans les domaines de l'éthique, de la déontologie et du droit disciplinaire, il a notamment siégé au sein de divers conseils de discipline, dont ceux du Barreau du Québec, du Collège des médecins du Québec, de l'Ordre des ingénieurs du Québec, de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec et de l'Organisme d'autoréglementation du courtage immobilier du Québec.

Depuis 1983, M^e Leduc enseigne à l'École du Barreau du Québec dans divers domaines du droit civil, tels que la preuve, les obligations, les contrats et les sûretés, le droit administratif, la procédure civile et la déontologie. Il donne aussi des conférences dans ces mêmes domaines.

Élu vice-président du Barreau du Québec en 2001, il a été Bâtonnier du Québec en 2002-2003. En 2008, le Conseil général du Barreau du Québec lui a conféré le titre honorifique d'Avocat émérite en reconnaissance de son excellence professionnelle et du remarquable soutien accordé au développement de la profession d'avocat.

L'Ordre a entrepris un processus de révision du Code de déontologie des dentistes afin de le moderniser et de tenir compte, notamment, des nouvelles réalités professionnelles de ses membres. À une étape plus avancée du processus, le projet de code sera soumis à une consultation auprès des membres dans le but de recueillir leurs commentaires.

PORT DES EPI EN TEMPS DE PANDÉMIE

L'ABC D'UNE BONNE POSTURE POUR RESTER EN SANTÉ

Le secteur des soins de santé est reconnu pour générer des coûts importants associés aux lésions professionnelles¹. **En médecine dentaire, plusieurs facteurs de risque propices au développement de troubles musculosquelettiques sont présents et à des intensités notables.** L'activité de travail, malgré une évolution des outils et des équipements au fil des années, ne permet pas toujours de bénéficier d'un environnement optimal et, surtout, exempt de contraintes.

Pascaline Eloy, ergothérapeute et ergonomiste
ELOY ERGO Consultants en ergonomie

LE TRAVAILLEUR AU CŒUR DE L'ANALYSE ERGONOMIQUE

L'analyse ergonomique du travail en cabinet dentaire consiste à évaluer non seulement les déterminants physiques du travail, c'est-à-dire les équipements, les outils, l'environnement et l'aménagement particulier, mais également l'interaction entre ces éléments et les besoins des patients, le type de tâche à exécuter et le travailleur en tant que tel, dont ses caractéristiques personnelles et sa façon de travailler. La façon dont l'horaire est construit, le type de clientèle et les stratégies propres au travailleur pour diminuer l'impact des contraintes sur sa santé sont aussi importants à considérer et font partie de l'approche centrée sur le travailleur préconisée par les ergothérapeutes et les ergonomes.

Le travail en clinique dentaire comporte de nombreux éléments difficiles à modifier ou à contrôler. Entre autres, le fait de traiter avec des patients ayant des caractéristiques et des limites particulières – morphologie, taille, mobilité réduite ou ouverture de la bouche limitée, par exemple – ne permet pas au dentiste d'ajuster son environnement comme il souhaiterait afin de diminuer les postures contraignantes pour le cou, parfois inévitables afin de bien voir à l'intérieur de la bouche des patients et de manipuler adéquatement ses outils.

A B C

POSTURES ET AUTRES RISQUES

Parmi les facteurs de risque importants pour un dentiste, une hygiéniste dentaire ou une assistante, on compte les postures contraignantes, c'est-à-dire en amplitudes extrêmes au niveau des membres supérieurs et du cou, souvent combinées avec une flexion du tronc vers l'avant. À cela s'ajoutent des postures statiques maintenues pendant de longues périodes, des efforts au niveau des mains, des poignets et des avant-bras ainsi que des gestes précis et délicats qui nécessitent un contrôle postural important, donc des contractions musculaires au niveau du tronc et des épaules².

ASTUCES POUR CORRIGER OU AMÉLIORER VOTRE POSTURE DE TRAVAIL

- Prenez conscience de votre posture et de ce qui influence l'adoption d'une flexion plus ou moins prononcée du cou.
- Ajustez de manière optimale votre tabouret et la hauteur du fauteuil du patient.
- Assurez-vous que la position du patient est adaptée au travail à faire en bouche.
- Faites en sorte que la position de l'assistante facilite les déplacements et permette de placer les outils de manière optimale.
- Considérez tous les autres éléments qui pourraient influencer votre position de travail.

¹ Statistiques CNESSST 2015-2018.

² ASSTSAS. *Guide de prévention des troubles musculosquelettiques en clinique dentaire*, 2007.

LUMINOSITÉ ET ÉBLouisSEMENT

La nécessité d'avoir un visuel clair et précis dans la bouche du patient rend indispensable un éclairage uniforme, adéquat et bien planifié. L'intensité en lux de la lumière n'est pas le seul élément à prendre en compte, mais aussi la chaleur et la couleur de la lumière (en kelvin) ainsi que le rendu des couleurs.



Ensuite, il importe de vérifier les sources d'éblouissement possibles provenant soit directement de la source lumineuse – ampoule très brillante, rayons du soleil – ou indirectement de ses reflets sur une surface de l'environnement de travail. L'éblouissement a lieu quand la rétine de l'œil reçoit une quantité de lumière supérieure à celle attendue. Les éléments de l'environnement susceptibles de réfléchir la lumière et de créer un phénomène d'éblouissement peuvent être un cadre au mur, un plateau ou un comptoir de service avec un fini brillant, le manche des instruments en métal posés sur la table, un écran d'ordinateur et même les lunettes du patient.

Ces éblouissements répétés peuvent affecter le confort visuel et solliciter à outrance le mécanisme de réglage de la luminosité dans les yeux, la première cause de fatigue visuelle³. Mais surtout, cela influence la position adoptée par le cou pour éviter que ces reflets n'interfèrent dans le champ de vision.

ASTUCES POUR PRÉVENIR L'ÉBLouisSEMENT

- Munissez les fenêtres de toiles pare-soleil, qui diffusent la lumière sans masquer le paysage extérieur.
- Assurez-vous que les ampoules des luminaires et les lampes d'appoint ne sont pas dans votre champ de vision lorsque vous êtes en position de travail.
- Repérez et éliminez toutes les sources lumineuses pouvant créer des reflets, comme des surfaces brillantes ou des écrans d'ordinateur, en les recouvrant ou en les déplaçant.
- Faites appel à un expert pour évaluer votre environnement visuel et lumineux au besoin, tel qu'un hygiéniste du travail ou un ergonomiste. Les travaux de rénovation ou d'agrandissement sont habituellement des moments tout indiqués pour entreprendre une telle démarche.

LE COU AU SERVICE DE LA VISION

La relation entre les yeux et le cou est un mécanisme naturel et automatique intéressant à évaluer et à considérer. Les yeux favorisent une position sans effort musculaire pour fixer sa cible et le cou fait le reste du travail en orientant la tête en fonction de la ligne du regard. Voilà pourquoi c'est le cou qui se positionne naturellement en extension afin de regarder un objet en hauteur, et non les yeux qui se tournent vers le haut. Le cou est pour ainsi dire au service de la vision. En procurant à notre cou le plus de pauses possible en position neutre au quotidien, on allège la contrainte globale vécue par la colonne cervicale.



ASTUCES POUR ÉPARGNER VOTRE COU

- Corrigez votre posture en redressant votre cou et en entrant légèrement le menton.
- Entraînez vos yeux à travailler un peu plus fort musculairement pour regarder légèrement hors de votre zone habituelle de confort.
- Comme votre travail nécessite de maintenir un contact visuel constant avec la bouche de votre patient, donnez des pauses à votre cou lors des activités de la vie quotidienne où le fait de ne pas regarder vos mains pendant l'action ne pose pas de risques en matière de sécurité et de qualité. Par exemple, il n'est pas nécessaire de fixer constamment le fond de l'évier lorsqu'on lave la vaisselle à la main.

A B C

³ MONTREUIL, S. *Ergonomie – Travail de bureau avec écran de visualisation*, Guide de formation, 4^e édition, 2008.

ET LE MASQUE, ET LES LUNETTES, ET LA VISIÈRE...

Peut-être avez-vous déjà remarqué qu'un simple changement de monture de lunettes influence la façon dont on place sa tête pour regarder une cible, et ce, pour éviter d'avoir le contour des lunettes dans son champ de vision? Certains remarquent ce même phénomène avec le port des masques exigés par la Santé publique pour lutter contre la COVID-19. En fait, tout ce qui est ajouté au visage peut interférer avec le champ de vision et influencer la posture du cou à adopter pour bien voir ce qu'on fait. Cette réalité était déjà vécue dans certains métiers qui exigent le port d'un casque de protection, d'un scaphandre et d'une visière. Mais il s'agit d'une nouvelle réalité pour le secteur dentaire. L'utilisation de lunettes téleloupes demande déjà une certaine adaptation; qu'en est-il si on ajoute un masque d'intervention qui gonfle un peu au-dessus de son nez et une visière complète qui provoque des reflets?



L'ajout d'EPI par-dessus des lunettes correctrices, protectrices ou spécialisées soulève des questions sur la façon dont ils affectent notre vision et, par conséquent, notre posture.

ASTUCES POUR ADAPTER SA PRATIQUE AU PORT DES EPI

- Repérez les reflets et les entraves à votre champ de vision que pose le port d'EPI.
- Analysez comment votre cou ou votre corps s'adapte aux EPI.
- Vérifiez si un changement de modèle ou de taille apporte des améliorations.
- Posez des questions aux fournisseurs d'EPI et essayez plusieurs modèles.
- Adaptez votre environnement de travail à cet ajout d'équipement en éliminant les sources de reflet ou d'éblouissement.

LA PRÉVENTION À LA RESCOURSSE

Agir sur les déterminants du travail – environnement, aménagement, outils, équipements, méthode de travail et autres – est une avenue primordiale pour améliorer la situation en clinique dentaire, mais elle est loin d'éliminer toutes les contraintes que pose l'exercice de cette profession complexe sur le plan postural. L'analyse de l'organisation du travail, tant l'horaire que la succession des types d'intervention, permet aussi d'intégrer plus de périodes de récupération musculaire. Toutefois, l'intégration de stratégies pour réduire les impacts des facteurs de risque doit faire partie du quotidien de ces travailleurs. Parmi vos alliés, les ergonomes et les ergothérapeutes peuvent aider à éliminer certaines causes et certains irritants dans l'activité de travail et mieux vous outiller pour y faire face.



ASTUCES TIRÉES DU GUIDE DE PRÉVENTION ÉLABORÉ PAR L'ASSTSAS

- Adoptez un programme d'exercice pour rétablir votre équilibre musculaire.
- Intégrez des mouvements actifs, lors de micropauses, pour rétablir la circulation sanguine.
- Faites des échauffements avant certaines tâches exigeantes.
- L'utilisation de modalités thermiques, un programme d'exercice de correction posturale, l'automassage et l'application de principes de protection articulaire dans l'ensemble des activités quotidiennes font aussi partie des habitudes à acquérir pour prévenir l'apparition et la récurrence de troubles musculosquelettiques.

Notre corps est un instrument de travail précieux en soi et son « entretien » régulier est primordial. Plusieurs disciplines de la santé permettent de prendre soin de nos articulations et de nos muscles qui subissent l'effet du vieillissement au fil des années. Parmi celles-ci, on compte, entre autres, la massothérapie, la physiothérapie, l'ostéopathie et la chiropractie.

Finalement, le travail du dentiste comme celui de bien des professionnels est une activité qui comporte beaucoup de variabilité (patient, type d'intervention, équipement). Dans une réalité changeante et en mouvement, il est souhaitable de réévaluer constamment ses stratégies de prévention pour maintenir une bonne santé musculosquelettique. L'ajout récent d'EPI lié à la présence de la COVID-19 invite à une nouvelle prise de conscience quant à leur impact au quotidien. En plus des nouveaux processus de désinfection, le port du masque et de la visière affecte aussi la charge mentale du travail et ajoute des éléments qui augmentent la charge physique. En effet, l'interférence possible de ces EPI avec la vision, la luminosité en place et, par conséquent, les postures du cou augmentent les risques de développer des inconforts et troubles musculosquelettiques, déjà bien présents dans la profession.

Fonds d'assurance-responsabilité professionnelle : nouvelle structure, même mission

Le 1^{er} avril dernier, l'équipe du Fonds d'assurance-responsabilité professionnelle s'est jointe à celle de l'Ordre afin de se conformer à la Loi visant principalement à améliorer l'encadrement du secteur financier, la protection des dépôts d'argent et le régime de fonctionnement des institutions financières. Le conseil d'administration du Fonds a fait place à deux comités qui se consacrent entièrement aux activités du Fonds, sous la gouverne du conseil d'administration de l'Ordre. La nouvelle structure opérationnelle n'a eu aucune incidence sur la qualité des services offerts et sur les réclamations, qui continuent d'être traitées avec professionnalisme, rigueur et confidentialité. Quant aux très populaires chroniques du D^r Jacques A. Boileau, qui ont comme objectif de sensibiliser les membres aux aspects de la pratique de la médecine dentaire qui posent des risques, elles seront maintenues et éventuellement intégrées aux canaux de communication de l'Ordre.

UNE NOUVELLE DIRECTRICE POUR LE FONDS

L'Ordre a récemment accueilli **Caroline Vermette** à titre de directrice du Fonds d'assurance-responsabilité professionnelle. Ayant œuvré comme directrice des sinistres pour le Fonds d'assurance de la responsabilité professionnelle de l'Ordre des architectes du Québec pendant 10 ans, elle compte près de 28 ans d'expérience dans le secteur de l'assurance. Forte de son expérience et appuyée par les membres de sa direction, M^{me} Vermette veillera à l'administration générale et à la conduite des affaires du Fonds d'assurance-responsabilité professionnelle de l'Ordre des dentistes.



Caroline Vermette,
directrice du Fonds
d'assurance-responsabilité
professionnelle

L'arrivée de M^{me} Vermette permet à **Irène Beauchamp**, récemment nommée directrice des sinistres, de se consacrer pleinement à la gestion des dossiers de sinistres. M^{me} Beauchamp agissait à titre de directrice générale du Fonds depuis 2002. Le suivi rigoureux et la déjudiciarisation des dossiers ont toujours été au cœur de ses préoccupations, ce qui a fortement contribué au maintien de faibles primes depuis plusieurs années. L'Ordre est très heureux de pouvoir continuer à compter sur l'expertise acquise par Irène Beauchamp.



Irène Beauchamp,
directrice des sinistres

Délivrance de nouveaux permis d'exercice et de certificats de spécialiste

Rétrospective de l'année 2020

L'Ordre souhaite la bienvenue aux 55 nouveaux membres et félicite les 19 nouveaux spécialistes.

NOUVEAUX PERMIS D'EXERCICE – 2020

D ^r Ammar Abdulkarim	D ^{re} Valérie Exama	D ^r Aaron Miller
D ^r Mohamed Abo Dan	D ^{re} Marie-Aude Fadaïro	D ^{re} Alexandra Morin-Dubé
D ^r Mohammad Abu-Samak	D ^r Zhanyu Fang	D ^{re} Thanh-Tam Nguyen Tran
D ^{re} Sheida Ahmadi	D ^r Jonathan Farmer	D ^r Marchelo Nikolov
D ^r Mohamad Al Bazzal	D ^{re} Lynn Franco Puentes	D ^r Wasem Oudeh
D ^r Zaid Al-Ajlani	D ^{re} Josée-Ann Guay	D ^r Matthew Christopher Oueis
D ^{re} Mehrnoosh Alborzi	D ^{re} Sanaa Habchi	D ^{re} Thanh Phuong Trinh
D ^{re} Sultanah Alshahrani	D ^{re} Salwa Haouas	D ^{re} Floriane Ramjattan
D ^{re} Anyeli Althair Aquino	D ^r Adam Hasanee	D ^r Paul Rozakis
D ^{re} Reza Arjmandi	D ^r Geoffroy Havard	D ^{re} Marise Samaan
D ^r Jean-Daniel Azuelos	D ^{re} Mayhay Ho	D ^r Alexi Saoud
D ^r Hamid Bibich	D ^{re} Sahba Kian	D ^r Krishnaa Siva
D ^{re} Rita-Ly Sylvie Bodou	D ^r Brandon Korman	D ^{re} Jacqueline So
D ^r Karim Botros	D ^{re} Audrey Lacombe	D ^r Kind-Ron So
D ^{re} Gayle Brisson	D ^{re} Sarah Lafleur	D ^r Matthew Stotland
D ^{re} Margot Dehouck	D ^{re} Leslie Laloum	D ^r Ezequiel Wendichansky
D ^r Derek Draft	D ^{re} Catherine Long	D ^r Wen Xuan Zhao
D ^r Mohamed El Azrak	D ^r Ryan Luxenberg	
D ^{re} Sarah El-Hajjar	D ^{re} Imane Mansouri	

NOUVEAUX SPÉCIALISTES – 2020

D ^{re} Sarah Andriamanjay – Dentisterie pédiatrique	D ^r Jordan Evans Gigliotti – Chirurgie buccale et maxillo-faciale
D ^r Oualid Badri – Chirurgie buccale et maxillo-faciale	D ^r Simon Jean – Chirurgie buccale et pathologie buccale et maxillo-faciale
D ^{re} Gabrielle Bernard – Orthodontie	D ^r Abhishek Kirpal – Endodontie
D ^{re} Geneviève Boivin – Chirurgie buccale et maxillo-faciale	D ^{re} Julia Levy – Orthodontie
D ^{re} Yannie Chea – Prosthodontie	D ^r Pierre-Olivier Miron – Endodontie
D ^{re} Fairouz Chouikh – Chirurgie buccale et maxillo-faciale	D ^{re} Anne-Marie Moreau – Dentisterie pédiatrique
D ^{re} Janick Decoste – Orthodontie	D ^r Thomas Thong Nguyen – Parodontie
D ^r George Dinh-Khang Le – Orthodontie	D ^r Charles Tremblay – Parodontie
D ^r Pierre-Luc Dionne – Chirurgie buccale et maxillo-faciale	
D ^r Antonio Domenico Rossi – Orthodontie	
D ^{re} Geneviève Grace Saucier Dunn – Chirurgie buccale et maxillo-faciale	



Hommage au **D^r Barry Dolman**

Président de l'Ordre pendant huit ans, Barry Dolman voyait grand. Homme déterminé, il a procédé à une réforme de la gouvernance afin de permettre à un plus grand nombre de participer aux travaux de l'Ordre, dans un souci d'inclusion. Sa vision englobait un apport multiculturel, une représentativité diversifiée et un regard toujours renouvelé pour rester à l'avant-scène.

On doit aussi au D^r Dolman l'adoption accrue des technologies de l'information et le rayonnement de l'Ordre sur la scène tant nationale qu'internationale.

Combatif, charismatique, dévoué et amoureux de sa profession, le D^r Dolman a donné énormément aux dentistes. Avant son passage à l'Ordre, il a occupé des fonctions cliniques à l'Université de Montréal pour ensuite agir à titre d'administrateur de l'Association des chirurgiens dentistes du Québec et de président de l'Association dentaire canadienne. Et ce, sans compter son engagement à l'échelle internationale au cours des dernières années de sa présidence à l'Ordre. Son parcours hors du commun illustre à quel point il a toujours voulu faire avancer la profession, qu'il s'agisse de faire reconnaître la santé buccodentaire comme une composante essentielle de la santé globale, d'offrir des soins de qualité aux patients ou d'améliorer constamment la formation et les connaissances des dentistes.

Son départ trop hâtif nous attriste tous, mais son passage parmi nous a été marqué par ses actions dignes de mention et par sa passion pour la médecine dentaire, lesquelles resteront dans la mémoire de tous ceux et celles qui ont eu la chance de le connaître.

Le D^r Dolman était avant tout un homme de famille fier des siens, mais aussi un philanthrope et un amoureux de la vie. Nous garderons de lui le souvenir d'un être qui n'a laissé personne indifférent et qui a consacré sa carrière à être au service de sa profession.

Nous souhaitons aux membres de famille de trouver dans cette épreuve une source d'inspiration et de courage qui les aidera à poursuivre leur route avec un certain réconfort.



Un homme impliqué au sein de la profession

IMPLICATIONS ASSOCIATIVES

Ordre des dentistes du Québec

- Président (2011-2019)
- Administrateur, région de Montréal (2007-2011)

International Society of Dental Regulators

- Président (2016-2019)
- Membre du comité exécutif (2014-2016)

Association dentaire canadienne

- Président (1996-1998)
- Président élu (1994-1995)
- Vice-président (1993-1994)
- Membre du comité exécutif (1989-1993)

Fédération dentaire internationale

- Secrétaire national, Canada (1997-1998)
- Délégué (1995-1997)

Association des chirurgiens dentistes du Québec

- Membre du bureau exécutif (1987-1993)
- Membre du conseil d'administration, région de Montréal (1985-1987)



AUTRES IMPLICATIONS PROFESSIONNELLES

Académie dentaire du Québec

- Membre du comité de nomination (2008-2012)

Académie Pierre Fauchard (Canada)

- Président de la division canadienne (2004-2020)
- Fiduciaire international (2003 à 2009)
- Président de la division du Québec (1999 à 2003)

Commission de la santé et de la sécurité du travail

- Professionnel désigné (1977-2020)



PRIX ET DISTINCTIONS

- Fellow de l'Académie dentaire du Québec
- Fellow de l'Académie Pierre Fauchard
- Fellow de l'American College of Dentistry
- Membre honoraire de l'Association dentaire canadienne
- Membre à vie de l'Association des chirurgiens

dentistes du Québec

Caroline Samaan

Étudiante

Faculté de médecine dentaire
de l'Université de Montréal

Hamza Laref, DMD

Dentiste en pratique privée

Étudiant

Faculté de médecine de
l'Université de Montréal

Daniel P. Turgeon, DMD,

M. Sc., FRCD(C), Dip. ABOMR

Spécialiste en radiologie
buccale et maxillo-faciale

Professeur agrégé

Département de stomatologie
Faculté de médecine dentaire
de l'Université de Montréal

Anne-Frédérique Chouinard,

DMD, M. Sc., FRCD(C)

Spécialiste en chirurgie buccale
et maxillo-faciale

Professeure adjointe

Département de stomatologie
Faculté de médecine dentaire
de l'Université de Montréal

Tran Volong Dao, DMD, FRCD(C)

Spécialiste en chirurgie buccale
et maxillo-faciale

Professeur agrégé

Département de stomatologie
Faculté de médecine dentaire
de l'Université de Montréal

Adel Kauzman, DMD, M. Sc., FRCD(C)

Spécialiste en médecine buccale et en
pathologie buccale et maxillo-faciale

Professeur agrégé

Département de stomatologie
Faculté de médecine dentaire
de l'Université de Montréal

UNE LÉSION APICALE, MAIS...

HISTOIRE DE CAS

Une patiente âgée de 60 ans est dirigée par son dentiste en médecine buccale pour le diagnostic et le traitement d'une enflure au niveau de la région antérieure gauche du maxillaire apparue il y a deux mois. La patiente rapporte une histoire d'une chute au réveil survenue deux ans auparavant. Cette chute était due à une ischémie cérébrale transitoire (ICT) et avait causé une fracture des dents 1.1 et 2.1. Après un court séjour à l'hôpital, la patiente a consulté son dentiste qui a procédé au traitement endodontique et à la pose de couronnes sur les deux dents. La patiente était complètement asymptomatique depuis.

L'examen extraoral est dans les limites de la normale. Il n'y a aucun signe d'asymétrie faciale. L'examen intraoral permet de constater une enflure subtile, non douloureuse et palpable au buccal des dents 2.3 et 2.4 (FIGURE 1). L'enflure est dure à la palpation sans aucun signe de perforation de la plaque osseuse buccale. Elle est couverte d'une muqueuse de couleur normale. Aucune fistule ne peut être identifiée cliniquement. Les dents 2.1, 2.2, 2.3 et 2.4 présentent une mobilité M1, sans douleur à la percussion. Aucune poche parodontale n'est notée au pourtour de ces dents. Les dents 2.2 à 2.6 sont vitales. Le reste de l'examen intraoral est dans les limites de la normale.

Une radiographie panoramique ainsi que deux radiographies périapicales ont été obtenues au moment de la consultation chez le dentiste référent (FIGURES 2 et 3). Une tomodensitométrie volumique à faisceau conique (TVFC) a été demandée lors de la consultation en médecine buccale. La radiographie panoramique (FIGURE 2) présente une lésion radioclaire uniloculaire qui s'étend du distal de la racine de la dent 2.1 jusqu'au mésial de la racine de la dent 2.5 et du tiers moyen des racines des dents 2.2, 2.3 et 2.4 jusqu'au plancher du sinus. Les coupes axiales de la TVFC (FIGURE 4) confirment que l'épicentre de la lésion se situe au palatin de la dent 2.3, au niveau de son tiers apical. La lésion est bien délimitée et partiellement cortiquée. Elle présente une forme généralement arrondie. Sa structure interne est complètement radioclaire. Un amincissement et une expansion marquée du cortex buccal sont constatés, ainsi qu'un amincissement du cortex palatin et du plancher de la fosse nasale gauche. Les racines des dents 2.3 et 2.4 semblent déplacées vers le buccal par la lésion. De plus, les radiographies périapicales (FIGURE 3) démontrent une divergence des racines de ces mêmes dents. Aucune résorption dentaire n'a pu être identifiée sur les images de la TVFC, malgré le fait qu'une des radiographies périapicales suggère la présence de résorption apicale de la dent 2.2.



Fig. 1. Photographie intraorale du quadrant 2 montrant une légère enflure vestibulaire dans la région des dents 2.3 et 2.4. Notez l'apparence normale de la muqueuse.



Fig. 2. Radiographie panoramique mettant en évidence une lésion radioclaire uniloculaire dans le quadrant 2. La lésion se situe au niveau apical des dents 2.2, 2.3 et 2.4 et s'étend du mésial de la dent 2.5 au distal de la dent 2.1.

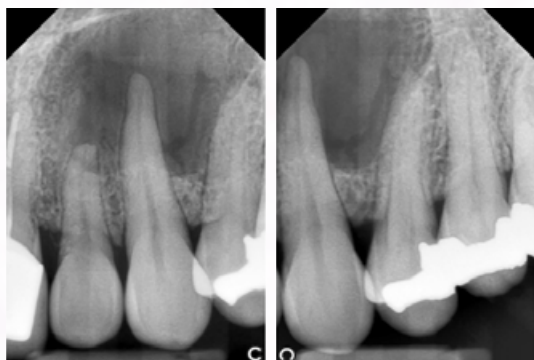


Fig. 3. Radiographies périapicales démontrant une lésion radioclaire de forme arrondie, bien délimitée et partiellement cortiquée dans la région apicale des dents 2.2 à 2.4. Notez la divergence des racines des dents 2.3 et 2.4, ainsi que la présence d'une résorption apicale de la dent 2.2.

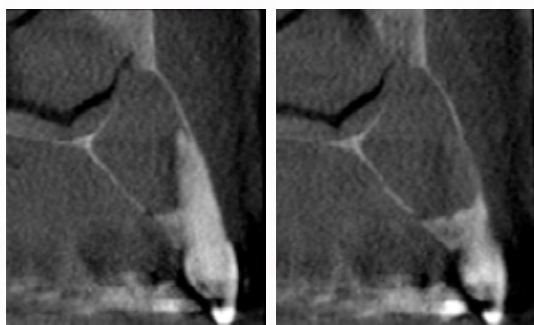


Fig. 4. Coupes radiales de la tomodensitométrie volumique à faisceau conique (TVFC) présentant une lésion radioclaire dont l'épicentre est localisé au palatin de la dent 2.3. Remarquez l'amincissement du cortex buccal, du cortex palatin et du plancher des fosses nasales. Une expansion du cortex buccal peut aussi être notée.

DIAGNOSTIC

À la lumière de l'histoire médicale, des informations disponibles et de la présentation clinique et radiologique, quel serait le diagnostic le plus probable de cette lésion?

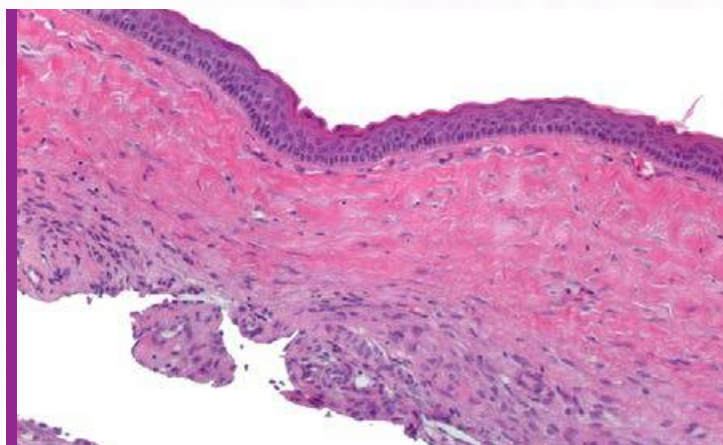
- **Kératokyste odontogène**
- **Kyste traumatique**
- **Granulome central à cellules géantes**
- **Améloblastome conventionnel ou unikystique**

TESTS DIAGNOSTIQUES ET PRISE EN CHARGE

Étant donné que les dents dans le site lésionnel sont vitales, et puisque l'épicentre de la lésion se situe au tiers moyen et au palatin de la dent 2.3, une lésion apicale d'origine endodontique (kyste radiculaire ou granulome périapical) semblait peu probable. Une biopsie excisionnelle a donc été planifiée en chirurgie buccale et maxillo-faciale afin de confirmer la nature de la lésion et de poser un diagnostic final. Le curetage de la lésion a été effectué sous anesthésie locale. Il n'y a pas eu de complications durant l'intervention chirurgicale ni après.

L'analyse histopathologique du tissu lésionnel met en évidence une lésion kystique composée d'une paroi de tissu conjonctif tapissée par un épithélium mince, en forme de ruban. Cet épithélium est parakératinisé et composé de cinq à huit couches de cellules. Il a une assise basale formée de cellules cubiques ou cylindriques hyperchromatiques et arrangées en palissade sur la membrane basale. La jonction entre l'épithélium et le tissu conjonctif est plane (FIGURE 5). Un diagnostic final de kératokyste odontogène est posé.

Fig. 5. **Apparence histologique du tissu lésionnel démontrant une lésion kystique tapissée d'un épithélium mince en forme de ruban composé de cinq à huit couches de cellules. L'épithélium est parakératinisé et présente une couche basale constituée de cellules cubiques ou cylindriques hyperchromatiques et arrangées en palissade. Le tissu conjonctif sous-jacent ne présente pas d'infiltrat inflammatoire. Notez la jonction plane entre l'épithélium de revêtement et le tissu conjonctif. Magnification originale 20x, coloration à l'hématoxyline et à l'éosine.**



DISCUSSION

KÉRATOKYSTE ODONTOGÈNE

Le kératokyste odontogène (KKO) a été décrit pour la première fois en 1956 par Philipsen^{1, 2}. Ce kyste diffère des autres kystes odontogènes surtout par son taux de récurrence élevé, son comportement agressif et sa croissance par prolifération active des cellules épithéliales^{3, 4}. Pour cette raison, ainsi qu'à cause de la présence de mutations au niveau du gène PTCH dans environ 30 % des KKO sporadiques, la classification des tumeurs de la tête et du cou de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) publiée en 2005 a placé le KKO parmi les tumeurs odontogènes d'origine épithéliale et l'a renommé tumeur odontogène kératokystique^{4, 5}. Ce changement de classification et de nomenclature n'a jamais été universellement accepté. Ainsi, la quatrième édition de la classification des tumeurs de la tête et du cou de l'OMS publiée en 2017 suggère que les données ne sont pas assez concluantes pour soutenir une origine néoplasique au KKO et replace ce dernier dans la catégorie des kystes odontogènes d'origine développementale et réutilise le terme KKO⁶.

Le KKO prend son origine des restes de la lame dentaire, aussi connus sous le nom de perles de Serres. Il représente environ 12 % à 14 % de tous les kystes odontogènes⁷. Le KKO démontre une préférence pour les personnes dans la troisième décennie avec des extrêmes d'âge allant de 8 ans jusqu'à 82 ans^{8, 9}. Une légère prédominance masculine est rapportée^{10, 11}. La mandibule représente le site de prédilection du KKO. Elle est touchée dans environ 75 % des cas⁹. La région postérieure, l'angle de la mandibule et la branche montante sont particulièrement affectés. Le maxillaire peut aussi être atteint, plus fréquemment au niveau du sextant antérieur et dans la région des troisièmes molaires^{8, 10}.

Le KKO peut être asymptomatique et découvert de façon fortuite sur une radiographie de routine puisque, même dans le cas de lésions volumineuses, une croissance mésio-distale est souvent favorisée par ce kyste¹¹⁻¹³. Une expansion osseuse buccale ou linguale peut quand même se produire et entraîner

la consultation comme dans le cas présenté⁹. Il est également possible d'observer un amincissement de la corticale qui peut entraîner sa perforation^{1, 8}. Le KKO a tendance à refouler les structures de voisinage plutôt que de les envahir. Les résorptions radiculaires sont possibles, mais rares^{12, 13}.

Le KKO se présente comme une lésion radioclaire, bien définie et cortiquée. La lésion peut être uniloculaire et démontrer un pourtour festonné^{9, 12}. Ce type de pourtour témoigne du mode de croissance du KKO qui est indépendant de la pression osmotique³. Une apparence multiloculaire est fréquente, surtout avec les kystes volumineux de la mandibule^{8, 11}. Dans 25 % à 40 % des cas, le KKO est associé à une dent incluse, ce qui soulève la possibilité d'un kyste dentifère dans le diagnostic différentiel radiologique^{14, 15}.

Le KKO présente un espace kystique bordé d'un épithélium pavimenteux et uniforme, composé de 5 à 10 couches de cellules⁸. Contrairement aux autres kystes odontogènes, l'épithélium de revêtement kystique est mince et parakératinisé. La couche de parakératine est typiquement ondulée^{10, 12, 16}. La couche basale de l'épithélium kystique est formée de cellules cylindriques ou cuboïdales disposées en palissade. Ces cellules ont des noyaux hyperchromatiques orientés verticalement^{9, 11, 12}. L'activité mitotique peut être remarquable au niveau des cellules basales et suprabasales, confirmant la notion de croissance indépendante de la pression osmotique de la lumière kystique^{3, 4}.

L'interface entre la couche basale et le tissu conjonctif sous-jacent est plane et on note une absence de rete pegs. Cette configuration de la jonction épithélio-conjonctive semble jouer un rôle important dans la capacité de l'épithélium de se séparer facilement du tissu conjonctif et de persister dans le site lésionnel, favorisant ainsi les récurrences après le traitement^{8, 11}. Il est aussi possible d'identifier des kystes satellites dans la paroi de tissu conjonctif du kyste. Ces microkystes ont aussi été impliqués comme facteur augmentant le risque de récurrence du KKO^{8, 9, 11}.

Le KKO démontre une préférence pour les personnes dans la troisième décennie avec des extrêmes d'âge allant de 8 ans jusqu'à 82 ans.

Il est important de distinguer le KKO du kyste odontogène orthokératinisant. Ce dernier se caractérise par un épithélium de revêtement kystique qui est stratifié pavimenteux et orthokératinisé comparativement à la nature parakératinisée de l'épithélium du KKO. Cette information peut sembler académique, mais, en fait, elle a une importance clinique primordiale puisque le kyste odontogène orthokératinisant est moins agressif que le KKO et démontre un très faible taux de récurrence^{2, 3}. Le pathologiste doit donc mentionner cette différence et poser un diagnostic précis afin de permettre au clinicien d'avoir une idée claire du comportement du kyste en question et du pronostic.

Le traitement du KKO est basé sur l'ablation chirurgicale du kyste. Toutefois, un taux de récurrence d'environ 30 % est rapporté si l'approche chirurgicale est trop conservatrice^{8, 9, 15}. De ce fait, il est nécessaire de procéder à un traitement adjuvant à la suite de l'énucléation et du curetage du kyste dans le but d'éliminer les résidus d'épithélium kystique du site chirurgical, réduisant ainsi le risque

de récurrence. L'ostectomie périphérique, l'application de la solution de Carnoy modifiée et la cryothérapie sont des exemples de ces approches qui ont chacune ses avantages et ses inconvénients^{2, 9, 17}. Dans le cas des lésions volumineuses, il est recommandé de procéder à la marsupialisation et à la décompression du kyste avant l'ablation chirurgicale^{2, 13, 17}. La résection radicale de la lésion combinée à une reconstruction chirurgicale et à une réhabilitation peut être préconisée dans certaines circonstances¹⁶, et ce, particulièrement dans les cas de récurrence. Un suivi à long terme d'au moins cinq ans s'avère essentiel^{18, 11, 16}.

La présence de multiples KKO à des sites différents est associée au syndrome de carcinomes multiples à cellules basales névroides, aussi connu sous le nom de naevomatose basocellulaire ou de syndrome de Gorlin-Goltz. L'étiologie de ce syndrome est liée à une mutation du gène PTCH. Comme il a été mentionné plus haut, cette mutation est identifiée dans 30 % des KKO non syndromiques et dans plus de 80 % des kystes syndromiques⁴.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

LE Kyste TRAUMATIQUE

Le kyste traumatique, appelé également kyste hémorragique, hématome intraosseux, kyste osseux idiopathique, kyste osseux simple et kyste solitaire, représente une cavité intraosseuse vide ou remplie d'un fluide séreux ou sanguin qui ne possède pas de revêtement épithélial¹⁸⁻²⁰. Ainsi, il est classifié parmi les pseudokystes des maxillaires²¹. La nomenclature très variée de ce kyste reflète le manque de compréhension de son étiologie et de sa pathogenèse. Le traumatisme est souvent évoqué comme facteur étiologique. Une hémorragie intraosseuse se produit à la suite du trauma en question. L'hématome qui se forme ne réussit pas à s'organiser et se résorbe, laissant une cavité vide en place^{18, 19}. Cette théorie n'a jamais été confirmée puisqu'une histoire de trauma n'est rapportée que par une minorité de patients affectés^{21, 22}. Les autres théories évoquées sont une dégénérescence kystique d'une tumeur osseuse primaire, une nécrose ischémique de l'os ou même un dérangement dans la croissance et le métabolisme osseux^{18, 20, 22}.

Le kyste traumatique est une lésion rare qui affecte 1 % de la population²³. Dans 90 % des cas, ce kyste atteint les os longs, surtout l'humérus et le fémur^{20, 24}. L'atteinte de la région maxillo-faciale est plutôt rare. Elle se voit essentiellement au niveau de la mandibule. L'atteinte du maxillaire est exceptionnelle. La région postérieure de la mandibule, entre la canine et la troisième molaire, représente le site de prédilection du kyste traumatique des maxillaires^{22, 23}.

Le kyste traumatique se voit de façon prédominante chez les jeunes dans la deuxième décennie. La moyenne d'âge des patients affectés est d'environ 20 ans^{19, 24}, mais le kyste peut se voir aussi chez des patients âgés entre 2 ans et 79 ans¹⁹. Il n'y a pas de prédilection pour le sexe^{18, 21, 22}. Le kyste traumatique ne cause généralement aucun symptôme et est découvert sur une radiographie de routine, durant un examen complet ou bien lors d'un bilan orthodontique^{18, 19, 24}.

Il est radioclaire, uniloculaire, bien délimité et de forme irrégulière. Dans certains cas, il peut avoir un amincissement des corticales^{19, 20, 23}. Les marges de la lésion sont parfois sclérotiques, mais elles peuvent être moins bien définies^{22,24}. Le kyste traumatique peut avoir un pourtour festonné caractéristique^{20, 21, 24} qui s'invagine entre les dents vitales situées dans la région (FIGURE 6).

L'examen histologique montre un tissu conjonctif mince qui n'est pas tapissé d'épithélium. Des trabécules d'os lamellaire démontrant des changements dégénératifs peuvent être identifiés²³. La présence d'une cavité vide au moment de l'intervention chirurgicale assure la corrélation clinico-radio-pathologique et confirme le diagnostic^{21, 24}.

Le kyste traumatique peut disparaître spontanément sans traitement^{21,23}. Toutefois, la biopsie est souvent nécessaire afin de confirmer le diagnostic puisque l'apparence radiologique n'est certainement pas très spécifique. Le saignement provoqué par l'intervention chirurgicale au sein de la cavité pathologique est suivi par la formation d'un hématome. Ce dernier s'organise et la formation osseuse qui s'ensuit permet la guérison complète de la lésion^{18, 22, 24}. La chirurgie permet également d'éviter une augmentation importante dans la dimension de la lésion, réduisant ainsi le risque de fracture pathologique^{19, 22}. Le taux de récurrence du kyste traumatique est très faible^{21, 22}. Cependant, un suivi de quelques années pourrait s'avérer nécessaire afin d'assurer la guérison complète du kyste.

GRANULOME CENTRAL À CELLULES GÉANTES

Le granulome central à cellules géantes (GCCG) est une lésion bénigne intraosseuse de nature controversée^{17, 25}. Elle a été décrite pour la première fois en 1953 par Jaffe sous le nom de granulome réparateur à cellules géantes, mais ce terme doit être évité à cause de la nature destructrice de la lésion²⁶⁻²⁸. L'étiologie du GCCG n'est pas connue. Dans certains cas, une origine réactionnelle est évoquée. Toutefois, l'évolution clinique de la lésion, parfois agressive, peut suggérer un processus néoplasique^{15, 25, 27}.



Fig. 6. Radiographie périapicale d'un kyste traumatique dans la région des dents 3.2, 3.3 et 3.4. Notez l'apparence radioclaire et uniloculaire bien délimitée avec pourtour légèrement festonné qui s'invagine entre les racines.

Le GCCG se présente fréquemment chez les jeunes de moins de 30 ans avec des extrêmes d'âge qui s'étendent de 2 ans à 80 ans^{15, 25}. Une prédominance féminine est reconnue^{15, 29}. La mandibule est atteinte dans environ 70 % des cas^{15, 25}. L'épicentre de la lésion est souvent situé dans la région antérieure à la première molaire mandibulaire²⁹ tandis qu'au maxillaire, il est placé dans la région canine. La lésion peut franchir la ligne médiane surtout à la mandibule^{15, 29}.

Le GCCG peut être catégorisé selon son comportement clinique en deux formes. La première est non agressive. Elle est plus fréquente et souvent non douloureuse. Elle ne cause pas de dommages locaux et n'a pas tendance à la récurrence après traitement^{15, 25, 26, 30}. La forme agressive représente moins de 20 % des cas. La lésion est souvent volumineuse et mesure plus de cinq centimètres de diamètre^{25, 30}. Elle est accompagnée de douleur et d'expansion osseuse. Les autres caractéristiques cliniques des lésions agressives sont la croissance rapide, la destruction des structures de voisinage, l'amincissement et même la perforation de l'os cortical, la migration des dents dans la région, la résorption radiculaire et un plus haut risque de récurrence après traitement^{25, 29, 30}.

Le GCCG se présente fréquemment chez les jeunes de moins de 30 ans avec des extrêmes d'âge qui s'étendent de 2 ans à 80 ans.

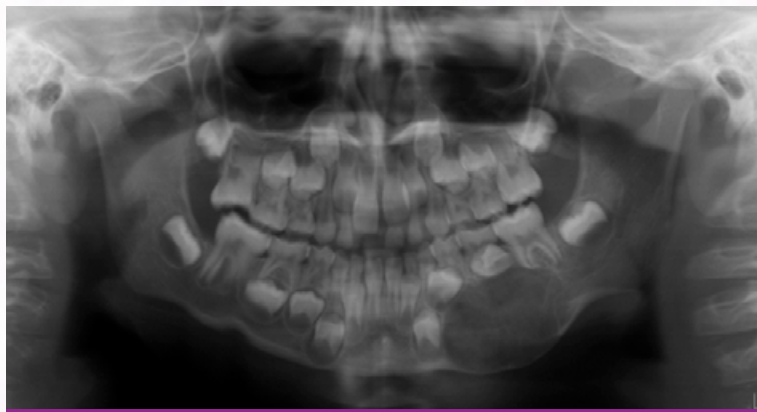


Fig. 7. Radiographie panoramique d'un GCCG au niveau du corps mandibulaire gauche ayant repoussé les bourgeons dentaires 3.4 et 3.5. Notez l'apparence radioclaire et uniloculaire bien définie, mais dont le pourtour n'est pas cortiqué.

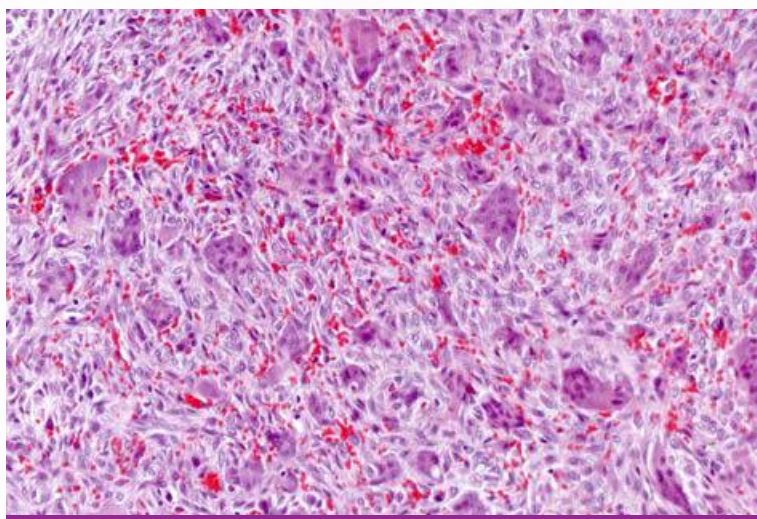


Fig. 8. Le GCCG se caractérise par la présence de plusieurs cellules géantes multinucléées dans un stroma de tissu conjonctif richement vascularisé et contenant des plages d'hémorragie et des globules rouges extravasés. Magnification originale 20x, coloration à l'hématoxyline et à l'éosine.

La présence de lésions multifocales souligne souvent une condition systémique sous-jacente comme l'hyperparathyroïdie, le chérubisme ou un syndrome tel que le syndrome de Noonan, le syndrome de Ramon, le syndrome de Jaffe-Campanacci ou la neurofibromatose de type 1^{15, 26}.

Le GCCG se présente comme une lésion radioclaire ou mixte, bien définie, mais non cortiquée¹⁵. Il peut être uniloculaire ou multiloculaire et ceci est intimement lié à la dimension de la lésion²⁸. Les lésions multiloculaires peuvent avoir une apparence en bulle de savon²⁹. Les pourtours de la lésion peuvent être festonnés et s'invaginer entre les racines dentaires (FIGURE 7).

Le GCCG se caractérise par la présence de plusieurs cellules géantes multinucléées dans un stroma de tissu conjonctif richement vascularisé et contenant des plages d'hémorragie (FIGURE 8). Le stroma contient aussi des cellules mononucléées de forme ovoïde ou fusiforme^{25, 29, 31}. Les cellules géantes peuvent être distribuées uniformément au sein du stroma ou bien concentrées dans les sites d'hémorragie²⁸. La dimension et le nombre de noyaux au sein des cellules géantes varient considérablement. Des cellules contenant plus de 20 ou de 30 noyaux peuvent être observées dans certains cas²⁹. Des dépôts d'hémossidérine ainsi que des plages d'ostéoïde ou de l'os nouvellement formé peuvent être notés au sein du stroma^{15, 25, 29}.

Il n'y a pas de consensus sur le traitement idéal du GCCG^{17, 27}. La chirurgie, la pharmacothérapie ou une combinaison de ces deux modalités peuvent être utilisées. Le traitement chirurgical est souvent préconisé^{27, 31}. Il peut comprendre le curetage, le curetage suivi par l'ostéotomie périphérique et la résection en bloc avec des marges de tissu sain²⁹. Les injections intralésionnelles de corticostéroïdes et l'administration de calcitonine, d'interféron alpha, de dénosumab ou de bisphosphonates figurent parmi les modalités pharmacologiques rapportées^{15, 17, 26}. Le taux de récurrence varie entre 13 % et 49 % des cas selon les études^{29, 31}. Les lésions agressives sont plus à risque de récurrence^{15, 30}. Le suivi clinique et radiologique est donc essentiel.

AMÉLOBLASTOME CONVENTIONNEL ET AMÉLOBLASTOME UNIKYSTIQUE

L'améloblastome est une tumeur odontogène bénigne, mais localement agressive qui prend son origine de l'épithélium odontogène. Cet épithélium peut provenir de l'organe de l'émail, de l'épithélium réduit de l'émail ou bien du revêtement épithélial d'un kyste odontogène³²⁻³⁴. L'améloblastome est la tumeur odontogène la plus commune. Elle représente environ 1 % de toutes les tumeurs de la région tête et cou et 14 % de toutes les tumeurs et kystes odontogènes^{35, 36}. L'améloblastome est plus fréquent dans certaines populations, notamment en Afrique et en Chine^{32, 35, 36}.

L'améloblastome se divise en plusieurs types, soit l'améloblastome conventionnel (solide ou multikystique), l'améloblastome unikystique, l'améloblastome périphérique et les formes malignes d'améloblastome. L'améloblastome solide ou multikystique est le plus commun et représente 90 % des cas³⁵. Il est suivi par l'améloblastome unikystique qui représente de 5 % à 15 % des cas³⁶.

Environ 80 % des cas d'améloblastome se présentent à la mandibule, plus précisément dans la région postérieure^{32, 33}. Le maxillaire est touché dans 20 % des cas, particulièrement dans sa région postérieure³⁵. Il n'y a pas de prédilection pour le sexe^{34, 37}. L'âge de prédilection varie selon le type d'améloblastome. L'améloblastome conventionnel touche surtout les patients âgés entre 30 ans et 60 ans avec une moyenne d'âge de 36 ans^{34, 35, 37}. L'améloblastome unikystique touche les sujets plus jeunes. La moyenne d'âge est de 23 ans¹⁵.

L'améloblastome conventionnel se caractérise par une évolution lente et progressive, un comportement localement agressif et une destruction des structures de voisinage. L'améloblastome débutant est non douloureux et généralement détecté de façon fortuite sur une radiographie de routine^{35, 37}. Les lésions plus avancées peuvent atteindre des dimensions importantes et se manifester par une enflure buccale asymptomatique^{15, 32, 35, 36}. Elles soufflent les corticales, les amincissent et peuvent même les perforer et envahir les tissus mous adjacents. Elles peuvent causer une asymétrie

faciale, une mobilité et un déplacement dentaires, une résorption radiculaire et des fractures pathologiques^{34, 36, 38, 39}. Dans les cas localisés au maxillaire, la tumeur peut s'étendre dans le sinus maxillaire et peut même envahir la base du crâne³⁷.

L'améloblastome unikystique démontre un comportement clinique moins agressif^{33, 40}. La tumeur peut quand même atteindre des dimensions importantes, souffler les corticales, les amincir et causer une enflure buccale non douloureuse^{15, 40}. La lésion n'a pas tendance à perforer les corticales. Une asymétrie faciale peut être identifiée dans les cas avancés.

L'améloblastome conventionnel débutant est uniloculaire. Il peut présenter une apparence kystique trompeuse⁴¹. Dans sa forme classique, il se présente comme une lésion radioclaire multiloculaire ayant une apparence de bulles de savon ou de nids d'abeilles^{15, 33, 39} (FIGURE 9). Les pourtours de la tumeur peuvent être festonnés et s'invaginer entre les racines des dents dans la région³². Les lésions avancées peuvent démontrer une expansion et un amincissement de l'os cortical. Les dents dans la région peuvent être déplacées et les racines résorbées^{15, 35}.



Fig. 9. Radiographie panoramique d'un améloblastome conventionnel au niveau du corps mandibulaire droit. Notez l'apparence classique multiloculaire en bulles de savon. La rhyzalisation des dents 4.3, 4.4, 4.5 et 4.6 témoigne du caractère agressif de la lésion.



Fig. 10. Radiographie panoramique d'un améloblastome unikystique associé à la dent incluse 4.7. Notez l'apparence radioclaire et uniloculaire bien délimitée. La dent incluse 4.7 associée à la lésion a été repoussée inférieurement et mésialement tandis que la dent 4.8 a été repoussée supérieurement et distalement. Appréciez la similitude radiologique d'un kyste dentifère.

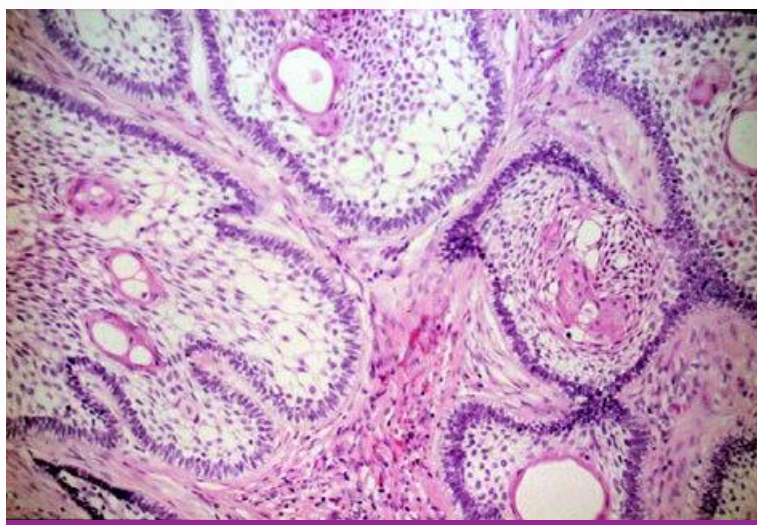


Fig. 11. Photomicrographie d'un améloblastome conventionnel du type folliculaire. Notez la présence d'îlots d'épithélium odontogène dans un stroma fibreux. Les îlots sont composés d'une couche de cellules basales hyperchromatiques, arrangées en palissade. Le centre des îlots contient des cellules étoilées. Des microkystes peuvent être identifiés au centre des îlots. Magnification originale 20x, coloration à l'hématoxyline et à l'éosine.

L'améloblastome unikystique est souvent associé à une dent incluse, le plus souvent une troisième molaire mandibulaire^{32, 36}. Il se présente sous forme d'une lésion radioclaire et uniloculaire bien définie associée à la dent incluse, ce qui fait évoquer souvent un diagnostic radiologique de kyste dentifère^{15, 36}. La dent incluse peut être déplacée apicalement ou dans la branche montante (**FIGURE 10**).

L'améloblastome conventionnel peut avoir plusieurs sous-types histologiques, soit les types folliculaire, plexiforme, acanthomateux, basaloïde, granulaire et desmoplastique. Ces différents sous-types n'influencent pas le comportement clinique de la tumeur³². Les formes folliculaire et plexiforme sont les plus fréquentes^{35, 39}. Généralement, la lésion récapitule histologiquement les différentes étapes d'évolution de l'organe de l'émail^{32, 36}. Dans le type folliculaire, la tumeur forme des îlots d'épithélium odontogène dans un stroma fibreux (**FIGURE 11**), alors que dans le type plexiforme, elle présente un arrangement en travées anastomosées^{15, 36}. Les cellules épithéliales basales au niveau des îlots et des travées sont cylindriques et arrangées en palissade. Leurs noyaux sont hyperchromatiques et démontrent une polarisation inversée du noyau, loin de la membrane basale. Les cellules suprabasales sont étoilées et présentent de longs prolongements cytoplasmiques. Elles rappellent le réticulum étoilé de l'organe de l'émail. Le stroma est plus ou moins dense et contient très peu de cellules inflammatoires^{15, 33}.

L'améloblastome unikystique se présente sous la forme d'une cavité kystique bordée d'un épithélium odontogène. L'épithélium démontre une apparence améloblastique telle que décrite plus haut avec des cellules basales arrangées en palissade et des cellules suprabasales rappelant le réticulum étoilé¹⁵. Trois variantes histologiques sont décrites : la forme luminale, la forme intraluminale et la forme murale. Ces variantes peuvent avoir une influence sur le comportement clinique de la tumeur puisque dans la forme murale, le risque d'envahissement des parois osseuses avoisinantes par les cellules tumorales est légèrement plus élevé que dans les deux autres formes (luminale et intraluminale), augmentant ainsi le risque de récurrence après traitement^{1, 36}.

Le traitement de choix de l'améloblastome conventionnel est la résection radicale de la tumeur avec une marge de tissu sain de 1 cm à 2 cm^{34, 38, 39}. Cette procédure mène à un taux de récurrence qui varie entre 13 % et 15 %⁴⁰. Ce taux s'élève à entre 20 % et 90 % si la chirurgie est trop conservatrice, comme à la suite d'une simple énucléation ou d'un curetage de la tumeur^{17, 41}. Le risque de récurrence de l'améloblastome unikystique est moins élevé que celui de l'améloblastome conventionnel, soit 10,7 % à la suite de l'énucléation de la lésion¹⁷. Ainsi, une chirurgie conservatrice peut être considérée comme étant curative dans le cas d'un améloblastome unikystique^{17, 35, 37}. Toutefois, le type mural de l'améloblastome unikystique peut nécessiter un traitement plus agressif étant donné son plus haut risque de récurrence^{1, 17, 41}. Dans tous les cas d'améloblastome, un suivi à long terme est nécessaire.

Le diagnostic différentiel des lésions impliquant les maxillaires ne doit pas être limité aux lésions inflammatoires d'origine endodontique ou parodontale. Il doit aussi inclure les différents kystes et tumeurs odontogènes ainsi que les lésions osseuses. Le comportement clinique de ces lésions varie énormément et influence de façon notable le traitement et le pronostic. Un diagnostic histopathologique précis posé par un pathologiste buccal et maxillo-facial permet de mieux orienter le traitement et le suivi des patients affectés. Le dentiste est le seul professionnel de la santé capable de comprendre le comportement des kystes et des tumeurs odontogènes et d'adapter le traitement et le suivi selon le diagnostic. Une consultation avec un spécialiste peut s'avérer essentielle selon la situation clinique, afin de mieux orienter le processus diagnostique et thérapeutique. ■

Références bibliographiques

1. Stoelinga PJ. The management of aggressive cysts of the jaws. *J Maxillofac Oral Surg.* 2012;11(1):2-12.
2. Pogrel MA. The keratocystic odontogenic tumour (KCOT)—an odyssey. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2015;44(12):1565-8.
3. Shear M. The aggressive nature of the odontogenic keratocyst: is it a benign cystic neoplasm? Part 1. Clinical and early experimental evidence of aggressive behaviour. *Oral Oncol.* 2002;38(3):219-26.
4. Portes J, Cunha KSG, da Silva LE, da Silva AKF, Conde DC, Silva Junior A. Computerized Evaluation of the Immunoeexpression of Ki-67 Protein in Odontogenic Keratocyst and Dentigerous Cyst. *Head Neck Pathol.* 2019.
5. Odontogenic tumors. Dans: Barnes L, Eveson J, Reichart P, Sidransky D, directeurs. *World Health Organization classification. Pathology and Genetics of Head and Neck Tumors.* 3^e éd. Lyon: IARC Press; 2005 p. 283-327.
6. Odontogenic and maxillofacial bone tumours. Dans El-Naggar AK, Chan JKC, Grandis JR, Takata T, Slootweg P. (dir.). *WHO classification of Head and Neck Tumours.* 4^e éd. Lyon: IARC Press; 2017 p. 205-60.
7. Al-Moraissi EA, Dahan AA, Alwadeai MS, Oginni FO, Al-Jamali JM, Alkhutari AS, et collab. What surgical treatment has the lowest recurrence rate following the management of keratocystic odontogenic tumor?: A large systematic review and meta-analysis. *J Craniomaxillofac Surg.* 2017;45(1):131-44.
8. Borghesi A, Nardi C, Giannitto C, Tironi A, Maroldi R, Di Bartolomeo F, et collab. Odontogenic keratocyst: imaging features of a benign lesion with an aggressive behaviour. *Insights Imaging.* 2018;9(5):883-97.
9. Bilodeau EA, Collins BM. Odontogenic cysts and neoplasms. *Surg Pathol Clin.* 2017;10(1):177-222.
10. Michael M, Bornstein AF, Hans Jörg Altermatt, J. Thomas Lambrecht, Daniel Buser. Le kératokyste odontogène: kyste odontogène ou tumeur bénigne? *RMSO.* 2005;115(2):123-8.
11. Bhargava D, Deshpande A, Pogrel MA. Keratocystic odontogenic tumour (KCOT)—a cyst to a tumour. *Oral Maxillofac Surg.* 2012;16(2):163-70.
12. Rajendra Santosh AB. Odontogenic cysts. *Dent Clin North Am.* 2020;64(1):105-19.
13. de Castro MS, Caixeta CA, de Carli ML, Ribeiro Junior NV, Miyazawa M, Pereira AAC, et collab. Conservative surgical treatments for nonsyndromic odontogenic keratocysts: a systematic review and meta-analysis. *Clin Oral Investig.* 2018;22(5):2089-101.
14. Hamza Laref AG, Daniel P. Turgeon, Adel Kauzman. Enflure buccale non douloureuse. *J Dent Que.* 2019;56(2):30-8.
15. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Chi AC. *Text book of Oral and Maxillofacial Pathology.* St. Louis: Elsevier; 2016.

16. Fidele NB, Bing L, Sun Y, Wu T, Zheng Y, Zhao Y. Management of mandibular odontogenic keratocyst through radical resection: report of 35 cases. *Oncol Lett.* 2019;18(1):733-41.
17. Peacock ZS. Adjunctive strategies for benign maxillofacial pathology. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am.* 2019;31(4):569-78.
18. Philbert RF, Sandhu NS. Nonodontogenic Cysts. *Dent Clin North Am.* 2020;64(1):63-85.
19. Chrcanovic BR, Gomez RS. Idiopathic bone cavity of the jaws: an updated analysis of the cases reported in the literature. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2019;48(7):886-94.
20. Sabino-Bezerra JR, Santos-Silva AR, Jorge J, Jr., Gouvea AF, Lopes MA. Atypical presentations of simple bone cysts of the mandible: a case series and review of literature. *J Craniomaxillofac Surg.* 2013;41(5):391-6.
21. Daniel Vleck JJK. Kyste traumatique du maxillaire inférieur : de sa genèse au traitement. *RMSO.* 2013;123(4):325-30.
22. Madiraju G, Yallamraju S, Rajendran V, SrinivasaRao K. Solitary bone cyst of the mandible: a case report and brief review of literature. *BMJ Case Rep.* 2014;2014.
23. Musu D, Cotti E. Traumatic bone cyst of the jaws: an overview. *J Biol Regul Homeost Agents.* 2019;33(4):1261-3. Epub 2019/07/20. PubMed PMID: 31321964.
24. Nelson BL. Solitary bone cyst. *Head Neck Pathol.* 2010;4(3):208-9.
25. Atarbashi Moghadam S, Ghorbanpour M. Evaluation of Cyclin D1 expression in aggressive and nonaggressive central giant cell granuloma of the jaws. *J Dent (Shiraz).* 2018;19(4):253-8.
26. Dolanmaz D, Esen A, Mihmanli A, Isik K. Management of central giant cell granuloma of the jaws with intralesional steroid injection and review of the literature. *Oral Maxillofac Surg.* 2016;20(2):203-9.
27. Schreuder WH, van den Berg H, Westermann AM, Peacock ZS, de Lange J. Pharmacological and surgical therapy for the central giant cell granuloma: a long-term retrospective cohort study. *J Craniomaxillofac Surg.* 2017;45(2):232-43.
28. de Lange J, van den Akker HP, van den Berg H. Central giant cell granuloma of the jaw: a review of the literature with emphasis on therapy options. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2007;104(5):603-15.
29. Pavitra Baskaran MG, Varun Rastogi, Satya Ranjan Misra. Aggressive central giant cell granuloma of the mandible, a diagnostic dilemma. *J Oral Maxillofac Radiol.* 2015;3(3):88-91.
30. Chrcanovic BR, Gomes CC, Dos Santos TR, Abreu M, Gomez RS. Clinical factors associated with the recurrence of central giant cell lesions. *J Oral Pathol Med.* 2019;48(9):799-802.
31. Maiz NN, de la Rosa-Garcia E, Camacho ME. Immunohistochemical expression of alpha-smooth muscle actin and glucocorticoid and calcitonin receptors in central giant-cell lesions. *J Oral Pathol Med.* 2016;45(4):289-94.
32. McClary AC, West RB, McClary AC et collab. Ameloblastoma: a clinical review and trends in management. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2016;273(7):1649-61.
33. Medaghri Alaoui O, El Bouihi R, Ben Yahya I. Améloblastome : prise en charge par le médecin dentiste. *Med Buccale Chir Buccale.* 2012;18(3):221-7.
34. Hendra FN, Natsir Kalla DS, Van Cann EM, de Vet HCW, Helder MN, Forouzanfar T. Radical vs conservative treatment of intraosseous ameloblastoma: systematic review and meta-analysis. *Oral Dis.* 2019;25(7):1683-96.
35. Kreppel M, Zoller J. Ameloblastoma-Clinical, radiological, and therapeutic findings. *Oral Dis.* 2018;24(1-2):63-6.
36. Effiom OA, Ogundana OM, Akinshipo AO, Akintoye SO. Ameloblastoma: current etiopathological concepts and management. *Oral Dis.* 2018;24(3):307-16.
37. Haq J, Siddiqui S, McGurk M. Argument for the conservative management of mandibular ameloblastomas. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2016;54(9):1001-5.
38. Shi S, Liu Y, Shan Y, Fu T, Zhao S. Enucleation combined with peripheral ostectomy: its role in the management of large cystic ameloblastomas of the mandible. *J Craniomaxillofac Surg.* 2014;42(8):1659-63.
39. Slusarenko da Silva Y, Tartaroti NA, Sendyk DI, Deboni MCZ, Naclério-Homem MDG. Is conservative surgery a better choice for the solid/multicystic ameloblastoma than radical surgery regarding recurrence? A systematic review. *Oral Maxillofac Surg.* 2018;22(4):349-56.
40. Chapelle KA, Stoelinga PJ, de Wilde PC, Brouns JJ, Voorsmit RA. Rational approach to diagnosis and treatment of ameloblastomas and odontogenic keratocysts. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2004;42(5):381-90.
41. Chouinard AF, Peacock ZS, Faquin WC, Kaban LB. Unicystic ameloblastoma revisited: comparison of Massachusetts General Hospital outcomes with original Robinson and Martinez Report. *J Oral Maxillofac Surg.* 2017;75(11):2369-78.

QUI ACHÈTERA VOTRE PRATIQUE?

Notre expérience de plus de 45 ans parle d'elle-même.
Nous connaissons et comprenons le marché de l'achat et de la vente de pratiques dentaires.

Discrétion, confidentialité et préservation de pratique
Appelez au **1.844.ROI.2020**



Abonnez-vous à notre nouveau service d'inscription
sur **roicorp.com**



Journées dentaires
internationales
du Québec

15 AU 19 OCTOBRE 2021

Ensemble!



UNE HISTOIRE DE **MUGUET** QUI NE SENT PAS BON



Les lésions blanches de la cavité buccale touchent bon nombre des patients qui consultent les dentistes en cabinet privé. Étant donné le potentiel prolifératif de certaines d'entre elles, de même que leur risque de transformation maligne, il est impératif que les professionnels du domaine dentaire soient en mesure d'identifier leur présence, d'établir leur diagnostic différentiel et d'appliquer la prise en charge appropriée à chaque patient. Cet article présente le cas d'une patiente ayant développé, avec les années, une leucoplasie verruqueuse proliférative. Cette dernière n'a pas été diagnostiquée de façon adéquate et a été laissée sans suivis réguliers, puis s'est transformée, avec le temps, en carcinome épidermoïde. Par le fait même, cet article abordera la nature de cette affection buccale et la prise en charge requise.

Noémie Thériault, DMD

Résidente en dentisterie
multidisciplinaire 2019-2020

Faculté de médecine dentaire de
l'Université Laval

En collaboration avec

Sylvie Louise Avon,

DMD, M. Sc., Ph. D., FRCD(C)

Professeure titulaire

Faculté de médecine dentaire
de l'Université Laval

Les lésions blanches de la cavité buccale sont une affection commune à laquelle tous les dentistes seront confrontés au cours de leur pratique. Il est donc primordial que ces derniers soient en mesure de les détecter, de même que de noter leur évolution dans le temps, étant donné le risque de transformation maligne élevé pour certains types de lésions. Selon les plus récentes données du National Cancer Institute, le cancer de la cavité buccale et de l'oropharynx a fait 53 260 nouveaux cas en 2020 et causé un peu plus de 10 000 décès aux États-Unis. Fait important à noter, les statistiques rapportent que seulement 29 % des cas sont détectés en phase localisée, d'où l'importance de la détection précoce. Toujours selon cette même source, 1,2 % de la population sera un jour atteinte par ce type de cancer¹. Ces chiffres revêtent de l'intérêt, sachant que les lésions blanches ont parfois le potentiel d'évoluer en lésions malignes. En plus de l'apparence clinique, un bon diagnostic de ce type de lésions doit assurément prendre en compte l'évaluation approfondie du dossier médical et des habitudes du patient affecté, de même que de l'anamnèse de l'apparition et de l'évolution de la condition. La leucoplasie verruqueuse proliférative (LVP) nécessite une prise en charge complexe, en raison de sa nature à progresser vers la malignité et de son taux de récurrence très élevé. Cet article présente l'histoire de cas d'une patiente diagnostiquée de cette condition, à partir de laquelle s'est développé un carcinome épidermoïde.

HISTOIRE DE CAS

Une patiente de 58 ans a consulté en médecine buccale en novembre 2019. Elle rapporte la présence de lésions blanches multiples et étendues en bouche étant apparues au début des années 2000, initialement diagnostiquées par son médecin comme du « muguet ». Au fil des années, la patiente a été traitée pour une candidose pseudo-membraneuse par des antifongiques systémiques et en rince-bouche, sans effet notable. Elle a également subi de nombreux frottis, tous non concluants. Les médecins ont tout de même persisté à traiter la condition. En 2017, la patiente reçoit, par un chirurgien, deux implants mandibulaires avec mise en bouche d'une prothèse complète implanto-portée, sans toutefois que la présence de ces lésions ne soit rapportée. La même année, la patiente consulte en ORL pour des nodules aux cordes vocales et subit peu après une opération pour en faire l'ablation. L'ORL la dirige en infectiologie pour identifier l'origine des lésions blanches, mais aucun résultat n'est concluant. L'infectiologue suggère à la patiente de consulter en rhumatologie, pour des douleurs articulaires possiblement en lien avec une maladie auto-immune. Le rhumatologue à son tour lui suggère de consulter en médecine buccale, et c'est ainsi qu'elle se présente en consultation en novembre 2019.

Fig. 1. Lésions blanches kératinisantes étendues au repli vestibulaire mandibulaire, aux crêtes édentées inférieures gauches et droites, de même qu'au plancher buccal. La surface de ces lésions est plissée, mais ces dernières demeurent planes. Présence modérée d'érythème au pourtour des lésions.



Fig. 2. Lésions blanches kératinisantes sur un fond érythémateux à la jonction du palais dur et du palais mou. La zone kératinisante s'étend jusqu'à la tubérosité maxillaire droite avec une surface verruqueuse.



Fig. 3. Lésion blanche kératinisante à surface lisse et plane au niveau de la muqueuse jugale droite. Aucun érythème notable à cette localisation. Présence d'une lésion blanche exophytique à surface verruqueuse au niveau de la tubérosité maxillaire droite.



Sur le plan médical, la patiente présente des conditions plutôt communes, soit de l'hypertension artérielle, une toux persistante, de l'eczéma aux mains et aux pieds, de l'arthrose et une allergie à la pénicilline; elle a subi une hystérectomie complète en 2003. Elle prend cinq médicaments de façon régulière, soit la venlafaxine, la duloxétine et le trazodone pour la dépression, le dextlansoprazole pour l'estomac et un combiné de telmisartan et d'amlodipine pour l'hypertension artérielle. L'histoire médicale de la patiente est non contributive au diagnostic clinique, sauf pour sa consommation quotidienne de 10 cigarettes par jour depuis l'âge de 20 ans.

L'examen clinique révèle la présence de lésions blanches prolifératives kératinisantes diffuses à la muqueuse jugale droite, aux vestibules buccal et lingual mandibulaire, au raphé ptérygomandibulaire droit, au palais dur, au palais mou, à la crête alvéolaire mandibulaire et au plancher buccal. De plus, la tubérosité maxillaire droite présente une lésion surélevée, verruciforme et kératinisante. (FIGURES 1 à 3). Ces lésions, combinées à leur anamnèse, sont attribuées au diagnostic de leucoplasie verruqueuse proliférative (LVP). Une biopsie d'incision est prélevée au niveau de la tubérosité maxillaire droite le même jour que la consultation en médecine buccale.

L'examen histopathologique a révélé la présence d'un carcinome épidermoïde bien différencié (FIGURES 4 et 5). Le diagnostic de la condition de la patiente est donc un carcinome épidermoïde s'étant développé à partir d'une LVP déjà établie.

Dans un rendez-vous subséquent, la patiente a été informée de sa condition et dirigée en ORL pour sa prise en charge. À la suite des biopsies additionnelles au niveau de la tubérosité maxillaire droite, de la joue droite, du vestibule mandibulaire et du plancher de la bouche, le seul prélèvement ayant rapporté la présence d'une lésion maligne est celui précédemment identifié. Toutefois, on note la présence de dysplasie variant de légère à modérée sur les autres prélèvements, ce qui corrèle avec le diagnostic de LVP. L'équipe de spécialistes traitants a prévu l'excision chirurgicale de la masse tubéreuse de même que des suivis réguliers.



Fig. 4. Coupe histologique de la biopsie de la tubérosité maxillaire droite à faible grossissement montrant de l'hyperkératinisation, de l'acanthose et de la dysplasie épithéliale. Les digitations épithéliales sont larges et plongent dans le tissu conjonctif sous-jacent. Les cellules épithéliales ont passé la membrane basale et envahi le chorio (coloration à l'hématoxyline et à l'éosine, magnification 40x).

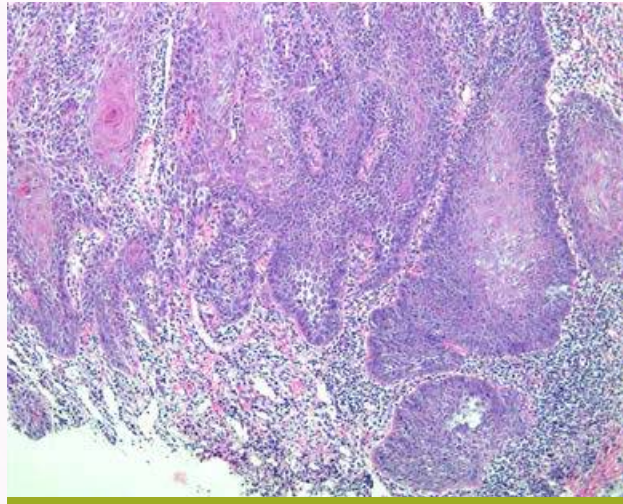


Fig. 5. Coupe histologique de la biopsie de la tubérosité maxillaire droite à plus fort grossissement sur laquelle il est possible d'apprécier des îlots de cellules épithéliales dysplasiques dans un chorio chroniquement inflammé (coloration à l'hématoxyline et à l'éosine, magnification 100x).

Leucoplasie verruqueuse proliférative

La LVP a été décrite pour la première fois en 1985 par Hansen², mais son étiologie demeure à ce jour inconnue. Elle se définit comme une leucoplasie persistante et irréversible qui s'étend à plusieurs sites grâce à sa progression lente sur plusieurs années². Les sites intraoraux les plus fréquemment affectés par la condition sont la gencive et la muqueuse buccale³⁻⁵. La littérature recense que les femmes sont davantage touchées que les hommes⁶ et la condition est la plus fréquemment décelée dans la sixième décennie^{5, 7}. Le tabac et l'alcool ne sont pas reconnus comme étant des facteurs de risque^{5, 8}. Les critères pour le diagnostic de la condition ne font pas l'unanimité dans la littérature, et ce dernier doit se baser sur l'apparence clinique et la preuve de la progression à l'histologie.

En effet, au stade débutant, les lésions ont une apparence clinique et histologique identique à celle d'une leucoplasie. Histologiquement, les lésions sont définies comme de l'hyperkératose avec ou sans dysplasie. Plus le stade progresse, plus les lésions peuvent prendre l'apparence d'une élévation verruqueuse et correspondre, histologiquement, à une hyperplasie verruqueuse ou à un carcinome verruqueux. Au stade avancé, la lésion ressemble à une masse exophytique avec une surface verruqueuse et le diagnostic histologique peut varier de carcinome verruqueux à carcinome épidermoïde^{2, 5}. La condition est très difficile à traiter compte tenu de son étendue, mais son traitement est le plus souvent de nature chirurgicale, avec un taux de récurrence allant jusqu'à 85 %⁷. La littérature rapporte que le taux de transformation maligne de la LVP varie le plus souvent entre 60 % et 100 %^{2, 4, 9-11}.

La littérature recommande, entre autres, des suivis réguliers tous les trois à six mois, de même que la prise de photographies à chacun de ces rendez-vous.

DISCUSSION

Le diagnostic de toute lésion blanche intraorale devrait faire l'objet d'un suivi régulier pour constater la progression et vérifier la possible transformation en néoplasie. Ce suivi est d'autant plus important pour les conditions à haut risque de transformation maligne, comme la LVP, qui a été décrite dans cet article. Cette dernière ne peut d'ailleurs être diagnostiquée que si on remarque une progression de l'étendue des lésions blanches dans le temps. Dans le cas présenté ici, la patiente aurait dû être prise en charge dès l'apparition clinique des lésions blanches pour qu'à tout le moins, l'évolution de ses lésions fasse l'objet d'un suivi dans le temps. Il y aurait eu intérêt à procéder à des biopsies à intervalles réguliers afin de prendre en charge la condition le plus rapidement possible lorsque l'examen histopathologique aurait révélé un certain degré de dysplasie. La littérature recommande, entre autres, des suivis réguliers tous les trois à six mois, de même que la prise de photographies à chacun de ces rendez-vous⁴. Chaque changement de l'apparence clinique des lésions devrait être suivi d'une biopsie, laquelle devrait être acheminée au pathologiste avec les plus récentes photographies, puisque le diagnostic est basé sur la progression des lésions dans le temps⁴. En moyenne, les patients atteints de LVP subissent neuf biopsies au cours de leur vie⁵. Les lésions présentant de la dysplasie légère à modérée devraient faire l'objet d'un suivi dans le temps¹², sauf si elles sont très petites et que leur excision complète peut être pratiquée⁴, ce qui est rarement le cas avec la LVP. Les zones de dysplasie sévère, de même que les carcinomes verruqueux ou épidermoïdes, devraient quant à eux subir l'excision complète⁴.

Plus d'études au sujet de la LVP sont requises afin de mieux comprendre son étiologie et de développer une prise en charge plus précoce. Des pistes de recherche prometteuses sont actuellement étudiées afin de mieux comprendre cette affection et d'établir des critères diagnostiques précis. Une étude de 2015 s'est penchée sur la comparaison entre le carcinome épidermoïde conventionnel et celui qui se développe à partir d'une LVP sous-jacente. Cette étude a démontré que les patients atteints de LVP qui ont développé un carcinome épidermoïde présentaient un meilleur pronostic, aucune métastase et une invasion plus superficielle de la malignité. Ainsi, cette étude avance l'hypothèse que le carcinome épidermoïde issu de la LVP est une entité à part entière, complètement différente du carcinome épidermoïde conventionnel¹³. Une autre étude parue en 2017 s'est quant à elle penchée sur les avantages d'une approche conservatrice dans la gestion de la LVP. En effet, les auteurs formulent l'hypothèse que le risque de transformation maligne ne serait pas affecté à la baisse par une excision chirurgicale agressive au stade débutant des lésions¹².

Dans le cas présenté dans cet article, même si la tumeur a été complètement réséquée, il faut s'attendre à ce que d'autres lésions malignes se développent à partir de la LVP sous-jacente, étant donné le taux de récurrence élevé rapporté pour la condition et l'impossibilité de faire l'excision des autres zones de dysplasie épithéliale, étant donné leur étendue. Ce rapport de cas met en évidence l'importance du diagnostic précoce des lésions blanches par le professionnel dentaire, d'autant plus que les dentistes généralistes sont en première ligne pour leur détection. Ces derniers doivent se tenir à l'affût des avancées concernant la détection des diverses affections buccales et diriger leurs patients vers des spécialistes lorsqu'ils ont atteint la limite de leurs connaissances. ■

Remerciements

Photographies prises par **Dominique Beaulieu Dagenais**, DMD, résidente au programme de deuxième cycle en parodontie de l'Université Laval.

Références bibliographiques

1. National Cancer Institute. Cancer Stat Facts: Oral Cavity and Pharynx Cancer 2020. <https://seer.cancer.gov/statfacts/html/oralcav.html>
2. Hansen LS, Olson JA, Silverman S. Proliferative verrucous leukoplakia: a long-term study of thirty patients. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1985;60(3):285-98.
3. Batsakis JG, Suarez P, el-Naggar AK. Proliferative verrucous leukoplakia and its related lesions. *Oral Oncol.* 1999;35:354-359.
4. Villa A, Menon RC, Kerr AR et collab. Proliferative leukoplakia: proposed new clinical diagnostic criteria. *Oral Dis.* 2018;24:749-760.
5. Abadie WM, Patington EJ, Fowler CB, Schmalbach CE. Optimal management of proliferative verrucous leukoplakia: a systematic review of the literature. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2015;153:504-511.
6. Iocca O, Sollecito TP, Alawi F et collab. Potentially malignant disorders of the oral cavity and oral dysplasia: a systematic review and meta-analysis of malignant transformation rate by subtype. *Head & Neck* 2020;42(3):539-555.
7. Capella DL, Gonçalves JM, Abrantes AAA, Grando LJ, Daniel FI. Proliferative verrucous leukoplakia: diagnosis, management and current advances. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2017;83:85-93.
8. Pentenero M, Meleti M, Vescovi P, Gandolfo S. Oral proliferative verrucous leukoplakia: Are there particular features for such an ambiguous entity? A systematic review. *Br J Dermatol.* 2014;170(5):1039-1047.
9. Zakrzewska JM, Lopes V, Speight P, Hopper C. Proliferative verrucous leukoplakia: a report of ten cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.* 1996;82(4):396-401.
10. Silverman S, Gorsky M. Proliferative verrucous leukoplakia: a follow-up study of 54 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.* 1997;84(2),154-157.
11. Bagan J, Murillo-Ortes J, Leopoldo-Rodado M, Sanchis-Bielsa JM, Bagan L. Oral cancer on the gingiva in patients with proliferative leukoplakia: a study of 30 cases. *J Periodontol.* 2019;90:1142-1148.
12. Borgna SC, Clarke PT, Schache AG et collab. Management of proliferative verrucous leukoplakia: justification for a conservative approach. *Head & Neck.* 2017;39:1997-2003.
13. Akkrish A, Ben-Izhak O, Sabo E, Rachminel A. Oral squamous cell carcinoma associated with proliferative verrucous leukoplakia compared with conventional squamous cell carcinoma – a clinical, histologic and immunohistochemical study. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.* 2015;119(3):318-325.

DES PROFESSIONNELS DE CONFIANCE

Adressez-vous en toute quiétude à l'un de nos conseillers qui saura vous informer, analyser vos besoins et vous proposer des garanties adaptées à votre situation et à vos objectifs financiers.

Parce que notre expertise vous concerne. Parce que nous sommes de bon conseil.

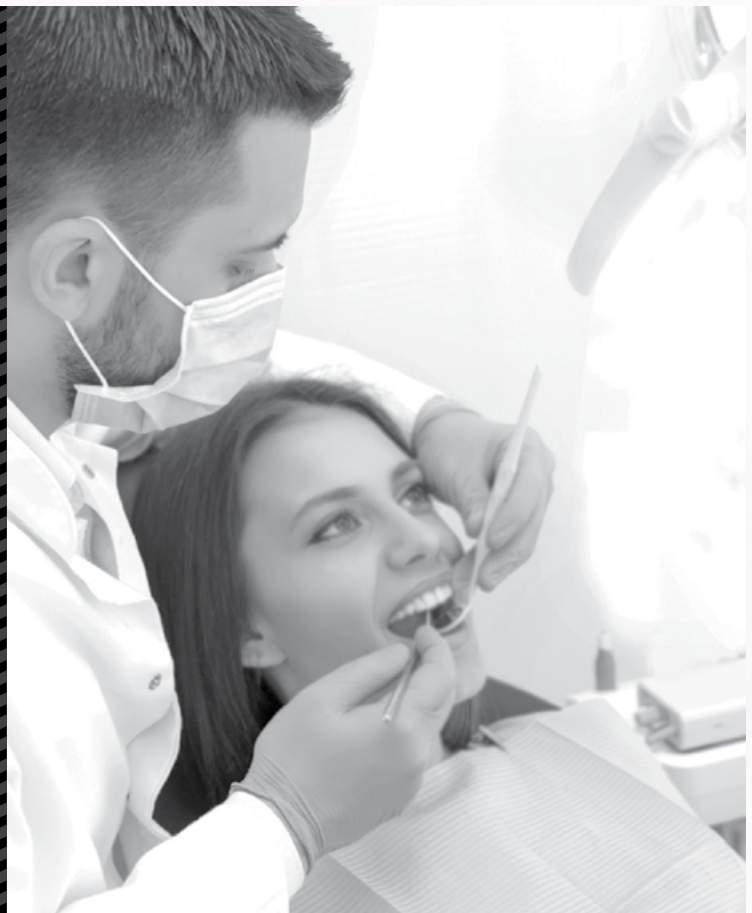
**VOUS ÊTES
ESSENTIELS
VOTRE EXPERTISE
FAIT LA NÔTRE**

Sogedent  Assurances

Cabinet de services financiers

Une filiale de l'Association des chirurgiens dentistes du Québec

1 800 361 3794 / 514 282 1425 / sogedent.qc.ca





DÉFI

DIAGNOSTIQUE

TROUVAILLE INCIDENTELLE

SUR UNE TOMOGRAPHIE

VOLUMIQUE À FAISCEAU

CONIQUE

Iphigénie Noël, DMD
Dentiste en pratique privée

Antoine Desormeaux, DMD
Dentiste en pratique privée

Daniel P. Turgeon, DMD, M. Sc., FRCD(C),
Diplomate ABOMR
Radiologiste buccal et maxillo-facial
Professeur agrégé
Département de stomatologie
Faculté de médecine dentaire
de l'Université de Montréal

PRÉSENTATION DE CAS ET PRISE EN CHARGE

Un patient de 69 ans a été dirigé par son dentiste pour une tomographie volumique à faisceau conique (TVFC) en prévision de la pose d'un implant au site 1.5. Une TVFC de 8 cm sur 8 cm a été obtenue; elle s'étend du plan occlusal aux cellules ethmoïdes et postérieurement aux voies aériennes.

L'évaluation de la TVFC démontre une greffe osseuse au site 1.5 accompagnée d'une hyperplasie de la muqueuse des sinus maxillaires. Comme pour tout test d'imagerie, une évaluation complète des images obtenues doit être effectuée. Chez ce patient, une lésion radioclaire (par rapport à l'os) est notée dans la région de la fosse nasale moyenne gauche (FIGURES 1).

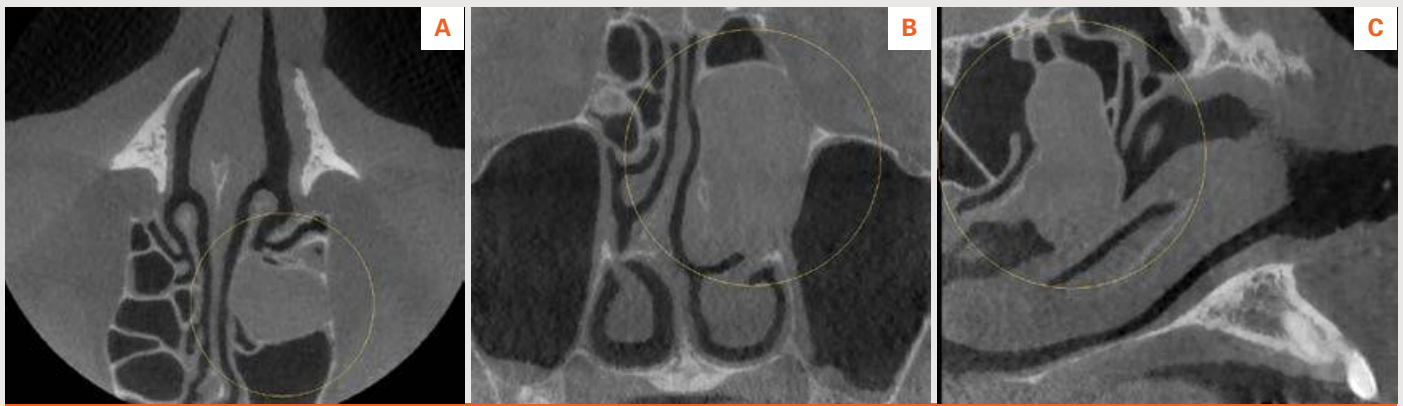


Fig. 1. Coupes en vue axiale (A), coronale (B) et sagittale (C) d'une TVFC démontrant une lésion radioclaire cortiquée dans la région de la fosse nasale moyenne gauche.

La lésion est centrée dans les cellules ethmoïdales gauches. Elle s'étend du septum nasal à l'orbite gauche (16 mm) et du cornet nasal gauche inférieur aux cellules ethmoïdes (28 mm), et mesure environ 15 mm antéropostérieurement. Il s'agit d'une lésion solitaire, bien définie, cortiquée et de forme généralement arrondie. Sa structure interne est homogène et présente une atténuation semblable à du tissu mou ou à un liquide. Elle cause une légère concavité de la paroi médiale de l'orbite gauche et un déplacement des cellules ethmoïdes avoisinantes; le cornet nasal gauche n'est pratiquement plus visible. L'ostium de drainage du sinus maxillaire gauche n'est pas affecté.

**SELON L'HISTOIRE ET L'APPARENCE RADIOLOGIQUE,
QUEL EST LE DIAGNOSTIC RADIOLOGIQUE LE PLUS PROBABLE ?**

- Sinusite (aiguë ou chronique)
- Kyste de rétention muqueux
- Mucocèle
- Polypose naso-sinusienne

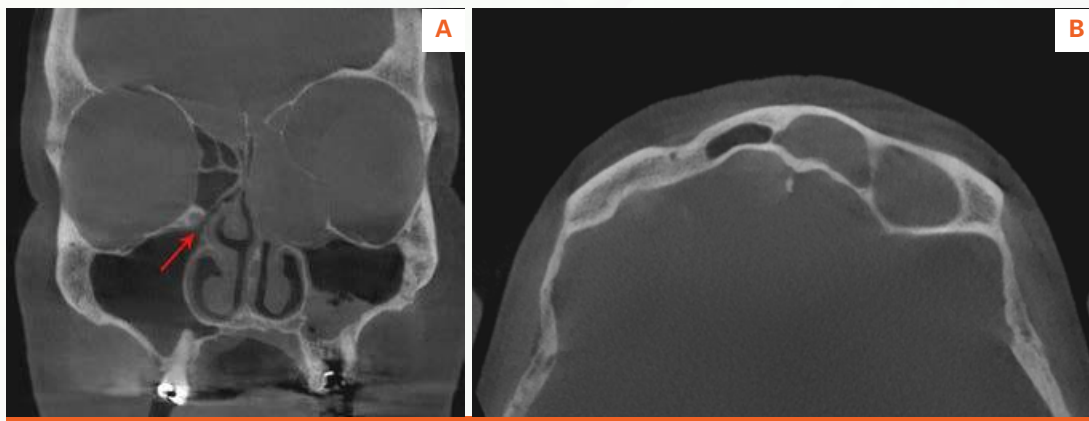
Cette pathologie survient le plus souvent dans les troisième et quatrième décennies de la vie.

DISCUSSION

Le diagnostic le plus probable avec cette apparence radiologique est la mucocèle. Cette lésion est causée par une accumulation de mucus qui est entourée par l'épithélium de la paroi du sinus. Elle se présente dans deux situations, l'une étant le résultat d'une intervention chirurgicale et l'autre, d'un simple blocage de l'ostium^{1, 2, 3, 4}. Lorsque la lésion est secondaire à une chirurgie, une portion de l'épithélium se sépare de la paroi du sinus, créant une cavité recouverte d'un épithélium et contenant du mucus^{3, 5}. Le terme kyste chirurgical cilié est généralement utilisé comme diagnostic dans les cas postchirurgicaux⁴. Dans les cas d'un blocage de l'ostium du sinus, ce dernier devient alors lui-même une cavité kystique remplie de mucus. L'expansion de la mucocèle est causée par l'accumulation de mucus à l'intérieur, causant une augmentation de la pression intraluminaire, de façon semblable à un kyste⁴.

Cette pathologie survient le plus souvent dans les troisième et quatrième décennies de la vie², avec une légère prédilection pour les hommes¹. Elle atteint plus souvent le sinus frontal, suivi des cellules ethmoïdales. Ensemble, ces deux sites anatomiques sont touchés dans 70 % à 90 % des cas. L'atteinte des sinus maxillaires et sphénoïdaux est donc rare^{1, 2, 3, 4}. Les symptômes d'une mucocèle sont habituellement ophtalmologiques, en raison de la proximité du sinus frontal et des cellules ethmoïdales aux orbites. Les symptômes peuvent comprendre de l'exophtalmie et de l'enflure périorbitaire. Une atteinte de la vision, telle une diplopie, est aussi possible si la lésion croît au point d'exercer une pression sur le nerf optique^{1, 2, 3, 5}. Si la mucocèle provoquait un blocage de l'ostium de drainage des sinus voisins, il pourrait survenir une sinusite des sinus maxillaire, frontal ainsi que des cellules ethmoïdes antérieures du côté affecté (FIGURES 2).

À l'histologie, la lésion présente une apparence kystique avec un revêtement d'épithélium respiratoire (pseudostratifié cilié en colonne)^{1, 2, 4}.



► Fig. 2. Coupes en vue coronale (A) et axiale (B) d'une TVFC de grande dimension. La flèche indique l'ostium de drainage du sinus maxillaire gauche. L'ostium droit est absent. Cela cause un blocage du drainage du sinus maxillaire droit ainsi que de la portion droite du sinus frontal et des cellules ethmoïdes antérieures droites. Le tout mène à une sinusite de confinement, telle que dans le sinus frontal (B).

À la radiographie conventionnelle, la lésion peut se présenter comme une expansion et une opacification du sinus impliqué, mais il est rare de voir une telle lésion sur une radiographie panoramique, compte tenu des sinus le plus souvent affectés^{2,4}. Sur une TVFC, la lésion se présente comme une masse radio-opaque avec une atténuation semblable à du tissu mou ou à du liquide. Elle a une forme généralement arrondie et cause une expansion et un déplacement des parois voisines^{1,2,3}. Avec une imagerie par résonance magnétique (IRM), il est possible de déterminer de façon plus précise la nature du contenu de la lésion^{2,3}.

Le traitement de choix pour cette pathologie est une ablation chirurgicale de la lésion par endoscopie^{1,2,5,6}. Le taux de récurrence est inférieur à 10 %^{1,2,6}.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Sinusite

Une fonction normale des sinus paranasaux dépend de la perméabilité de l'ostium (FIGURE 3), de la bonne fonction de l'appareil ciliaire (nécessaire au transport pour apporter les sécrétions sinusales vers l'ostium) et de la qualité des sécrétions nasales. Une sinusite peut résulter d'une perturbation de cet équilibre^{7,8}. Par ailleurs, plus rarement, une inflammation locale à l'intérieur d'un seul sinus, telle qu'une infection dentaire, peut aussi mener à une sinusite⁴. Environ 10 % des sinusites sont d'origine dentaire^{4,7}. Le facteur prédisposant le plus commun est une infection récente des voies respiratoires supérieures^{4,7,9}. *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* et *Moraxella catarrhalis* sont les bactéries le plus souvent impliquées⁷.

Chez l'adulte, les symptômes possibles d'une sinusite aiguë sont les maux de tête, la fièvre et les douleurs faciales dans la région du sinus affecté^{8,9}. Des écoulements nasaux antérieurs ou pharyngés postérieurs peuvent aussi être présents^{7,8,9,10}. De plus, une toux persistante, de la fièvre et une rhinorrhée purulente sont des signes de sinusite chez l'enfant⁴.

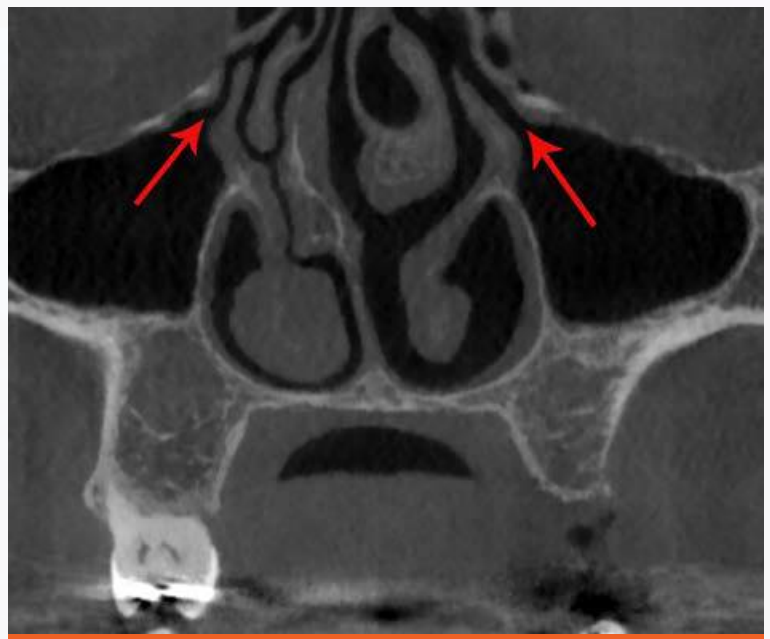
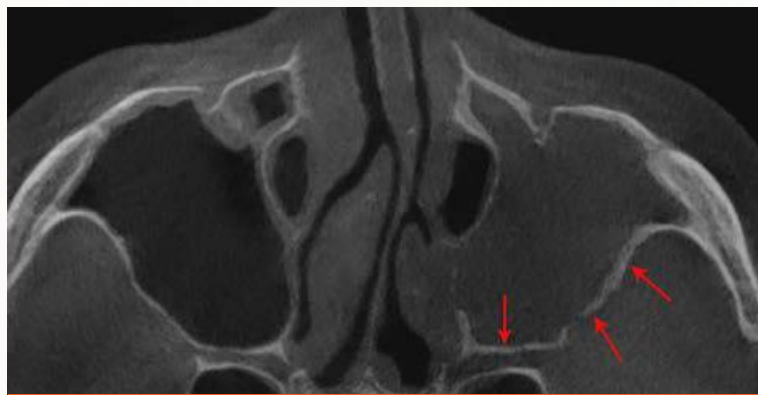


Fig. 3. Coupe coronale d'une TVFC démontrant la perméabilité des ostiums de drainage des sinus maxillaires.



► Fig. 4a. Coupe axiale d'une TVFC démontrant une sclérose et un épaissement des parois du sinus maxillaire gauche, indicatif d'un processus chronique.



► Fig. 4b. Coupe sagittale d'une TVFC démontrant des inclusions aériques dans l'hyperplasie de la muqueuse, indicatif d'un processus aigu.

L'inconfort causé par une sinusite maxillaire est aggravé par une position verticale de la tête⁴. Elle devrait être fortement considérée si un patient se plaint de douleurs à plusieurs dents maxillaires, démontre une sensibilité dans la région d'un sinus maxillaire ou présente une congestion nasale ou des écoulements nasaux accompagnés d'une odeur nauséabonde⁴. Cependant, il ne faut pas mettre l'imagerie de côté, puisqu'elle devient d'autant plus importante dans les cas de sinusites chroniques qui sont moins symptomatiques sur le plan clinique^{4, 7}. Sur une TVFC, il est possible d'identifier la chronicité d'une sinusite par ses effets (sclérose et épaissement) sur les parois osseuses du sinus (FIGURE 4A). Quant à la sinusite aiguë, elle présente parfois des inclusions aériques dans l'épaississement de la muqueuse (FIGURE 4B). La TVFC permettra aussi d'évaluation la perméabilité de l'ostium.

Étant donné que la majorité des sinusites sont d'origine virale, aucun traitement curatif n'est recommandé^{7, 8}. La prise d'un antibiotique, souvent l'amoxicilline, est généralement prescrite aux patients qui présentent une sinusite aiguë avec des symptômes sévères ou qui empiront^{7, 8, 10}. Dans le cas d'une sinusite chronique qui ne répond pas aux antibiotiques, un traitement chirurgical est souvent nécessaire¹¹.

Le standard actuel est la chirurgie endoscopique, bien que dans certains cas spécifiques, la procédure de Caldwell-Luc est aussi utilisée¹¹.

Kyste de rétention muqueux

Il s'agit d'une lésion causée par une accumulation de mucus qui découle d'un blocage partiel d'une glande, souvent par un bouchon de mucus^{2, 4, 12, 13, 14}. La région la plus touchée par le kyste de rétention muqueux est le sinus maxillaire, mais il est aussi possible d'en retrouver dans les sinus frontaux et sphénoïdaux, ainsi que dans les cellules ethmoïdales¹⁵. Toutes les tranches d'âge peuvent être touchées et la lésion a une prédilection pour les hommes 1,9:1^{12, 13, 15}. Puisque cette lésion peut ne causer aucun symptôme, elle est souvent découverte de façon fortuite sur une radiographie panoramique ou périapicale. Elle apparaît en général comme une masse relativement radio-opaque (comparativement au sinus) en forme de dôme dans la paroi inférieure du sinus affecté^{4, 12, 13, 14}. Elle n'est pas cortiquée (FIGURE 5)⁴. Une biopsie n'est pas nécessaire pour établir ce diagnostic, mais si une biopsie est faite, un épithélium sinusien ainsi qu'un exsudat inflammatoire pourront être observés^{13, 14}.

Le kyste de rétention muqueux des sinus ne requiert pas de traitement, puisqu'il a tendance à rester stable dans le temps ou à régresser^{4, 12, 13}.



► Fig. 5. **Coupe sagittale d'une TVFC démontrant un kyste de rétention muqueux dans un sinus maxillaire. À noter l'absence de cortex ainsi que l'intégrité du plancher du sinus maxillaire.**

Polypose naso-sinusienne

La polypose naso-sinusienne est une pathologie qui cause une prolifération non néoplasique et inflammatoire de la muqueuse naso-sinusienne, particulièrement au niveau du méat moyen^{14, 16}. La pathophysiologie de cette condition n'a pas été établie avec certitude, mais l'hypothèse favorisée est une association avec les allergies et l'inflammation, ce qui favoriserait une déstabilisation de la muqueuse qui, par la suite, entraînerait une prolifération excessive^{16, 17}. C'est une condition relativement commune dans la population générale, avec une prévalence d'autour 4 %, avec un ratio hommes-femmes d'au moins 2:1. La polypose naso-sinusienne atteint principalement les adultes de plus de 20 ans et est rare chez les enfants de moins de 10 ans, chez qui elle peut être associée à une fibrose kystique^{16, 18}.

Cliniquement, la polypose naso-sinusienne se caractérise principalement par une obstruction nasale, accompagnée d'une sensation de sécrétions qui ne peuvent pas être expulsées¹⁹. Cette présentation peut être accompagnée de rhinorrhée, de douleur faciale, de maux de tête et d'une perte d'odorat. La condition, bien que non fatale, peut se montrer débilitante pour le patient lorsqu'elle est chronique et qu'elle ne répond pas aux traitements¹⁶.

Histologiquement, les polypes peuvent avoir une apparence différente, mais certains démontrent un épithélium nasal généralement normal pouvant présenter une métaplasie malpighienne, cartilagineuse ou osseuse, ainsi qu'une ulcération et une formation de granulome¹⁶. Le tissu conjonctif sous-jacent montre une infiltration inflammatoire marquée et une association avec l'augmentation locale du nombre d'éosinophiles a été établie, renforçant l'hypothèse que la condition est liée aux allergies. Le stroma démontre aussi une quantité fortement réduite de tissu glandulaire et un œdème causé par une infiltration d'albumine²⁰.

Une radiographie conventionnelle est généralement peu efficace pour détecter la polyposse naso-sinusienne; une TVFC se montre plus appropriée¹⁸. La condition présente de multiples masses polypoïdes de tissu mou dans la cavité nasale et dans les sinus paranasaux, et peut être associée à un remodelage osseux local dans les cas plus sévères (FIGURE 6)¹⁶. L'approche radiologique est surtout utile dans un contexte de planification de traitement chirurgical, puisqu'elle peut se montrer insuffisante à elle seule pour le diagnostic de la condition. Le diagnostic devrait surtout se baser sur la présentation clinique, les observations obtenues lors de l'examen endoscopique et le résultat de l'analyse histopathologique du tissu prélevé¹⁸.



Fig. 6. Coupe coronale d'une TVFC démontrant plusieurs masses de tissus mous dans les fosses nasales bilatéralement.

Le traitement d'une polyposse naso-sinusienne symptomatique consiste à administrer des corticostéroïdes topiques pour soulager les symptômes, diminuer l'étendue des lésions et éviter la récurrence de celles-ci. Un traitement aux antibiotiques peut être envisagé si une surinfection bactérienne est soupçonnée.

Si le cas présente des difformités inesthétiques ou une atteinte intracrânienne ou orbitaire, l'approche chirurgicale, telle que la polypectomie endoscopique, la chirurgie fonctionnelle sinusienne endoscopique et la sphéno-éthmoïdectomie, est possible¹⁶. Il est à noter que ces traitements apportent généralement un soulagement temporaire et que le taux de récurrence après ceux-ci est autour de 5 % à 10 %¹⁸.

Ce cas démontre l'importance d'une évaluation complète et systématique de toutes les images acquises lors d'un examen radiologique, ce qui est d'autant plus vrai pour les TVFC qui génèrent des centaines d'images en coupe. La majorité du temps, des lésions inflammatoires ou des problèmes dentaires seront identifiés, mais des kystes, des tumeurs bénignes et même des lésions malignes pourraient parfois être décelés. Il est donc impératif de prendre le temps d'analyser ces images pour s'assurer d'établir un diagnostic complet. ■

Références bibliographiques

1. Capra GG, Carbone PN, Mullin DP. Paranasal sinus mucocele. *Head Neck Pathol.* 2012;6(3):369-72.
2. Dzhambazov KB, Kitov BD, Zhelyazkov HB, Traykova NI, Kehayov II, Kitova TT. Mucocele of the paranasal sinuses – Retrospective analysis of a series of seven cases. *Folia Med (Plovdiv).* 2018;60(1):147-153.
3. Busaba NY, Salman SD. Maxillary sinus mucoceles: clinical presentation and long-term results of endoscopic surgical treatment. *Laryngoscope.* 1999;109(9):1446-9.
4. Brad W. Neville et collab. *Oral and maxillofacial pathology*, 3^e éd. St. Louis : Saunders/Elsevier; 2009.
5. Moriyama H, Hesaka H, Tachibana T, Honda Y. Mucoceles of ethmoid and sphenoid sinus with visual disturbance. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 1992;118(2):142-6.
6. Courson AM, Stankiewicz JA, Lal D. Contemporary management of frontal sinus mucoceles: a meta-analysis. *Laryngoscope.* 2014;124(2):378-86.
7. Lindbaek M. Acute sinusitis: guide to selection of antibacterial therapy. *Drugs.* 2004;64(8):805-19.
8. Morcom S, Phillips N, Pastuszek A, Timperley D. Sinusitis. *Aust Fam Physician.* 2016;45(6):374-7.
9. Worrall G. Acute sinusitis. *Can Fam Physician.* 2008;54(1):82-3.
10. Rosenfeld RM. Clinical Practice. Acute sinusitis in adults. *N Engl J Med.* 2016;375(10):962-70.
11. Datta RK, Viswanatha B, Shree Harsha M. Caldwell Luc surgery: revisited. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg.* 2016;68(1):90-3.
12. Aydın E, Yerli H, Tanrikulu S, Hizal E. Mucosal cysts of the maxillary sinus in solid organ transplant population: computerised tomography follow-up results. *Balkan Med J.* 2013;30(3):305-8.
13. Wang JH, Jang YJ, Lee BJ. Natural course of retention cysts of the maxillary sinus: long-term follow-up results. *Laryngoscope.* 2007;117(2):341-4.
14. Gardner DG. Pseudocysts and retention cysts of the maxillary sinus. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1984;58(5):561-7.
15. Bal M, Berkiten G, Uyanik E. Mucous retention cysts of the paranasal sinuses. *Hippokratia.* 2014;18(4):379.
16. Lisa J. Koenig et collab. (2012). *Diagnostic Imaging: Oral and Maxillofacial*, 1^{re} éd. Philadelphie : Elsevier.
17. Mudry A. An octopus in the nostrils. *Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis.* 2020;14.
18. Newton JR, Ah-See KW. A review of nasal polyposis. *Ther Clin Risk Manag.* 2008 Apr;4(2):507-12.
19. Jankowski R, Rumeau C, Gallet P, Nguyen DT. Nasal polyposis (or chronic olfactory rhinitis). *Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis.* 2018;135(3):191-196.
20. Bernstein JM. The molecular biology of nasal polyposis. *Curr Allergy Asthma Rep.* 2001;1(3):262-7.

INSTITUT DENTAIRE INTERNATIONAL	2
RBC BANQUE ROYALE	49
ROI CORPORATION	33
SOGEDENT	39
TIER THREE	11



PRÉSIDENT

D^r Guy Lafrance*

ADMINISTRATEURS

1 Bas-Saint-Laurent, Saguenay-Lac-Saint-Jean, Côte-Nord, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et Chaudière-Appalaches
D^{re} Julie Normandeau

2 Capitale-Nationale
D^{re} Cathia Bergeron

3 Mauricie, Centre-du-Québec et Estrie
D^r René Lord

4 Montréal
D^{re} Sophie Labelle
D^{re} Liliane Malczewski
D^{re} Sandra Verdon

5 Outaouais, Abitibi-Témiscamingue et Nord-du-Québec
D^r Pierre-Luc Déry

6 Laval
D^{re} Tasmin Alami-Laroussi

7 Lanaudière et Laurentides
D^r Fabir Amer-Ouali

8 Montérégie (MRC Acton, La Haute-Yamaska, Brome-Missisquoi, Pierre-De Saurel, Les Maskoutains, Rouville, Le Haut-Richelieu, Vaudreuil-Soulanges, Beauharnois-Salaberry, Le Haut-Saint-Laurent, Roussillon et Les Jardins-de-Napierville)
D^r Alexandre Caron*, vice-président

9 Montérégie (MRC Marguerite-D'Youville et La Vallée-du-Richelieu et agglomération de Longueuil)
D^r Marc Robert

ADMINISTRATEURS NOMMÉS PAR L'OFFICE DES PROFESSIONS DU QUÉBEC

M. Alain Boisvert*
M. Claude Daoust
M^{me} Constance Lemieux
M^{me} Françoise Rollin

DIRECTRICE GÉNÉRALE ET SECRÉTAIRE

M^e Caroline Daoust

* Membres du comité exécutif

PROGRAMME DE SUIVI INDIVIDUALISÉ

Pour les dentistes ayant des problèmes de santé susceptibles d'affecter leur pratique.

CONFIDENTIALITÉ ASSURÉE

514 875-8511
1 800 361-4887



Services aux professionnels
de la santé RBC^{MC}

De l'ouverture de votre cabinet à votre retraite.

Les spécialistes, Services aux
professionnels de la santé
RBC sont là pour vous.

Soutien et conseils spécialisés des Services aux professionnels de la santé RBC

Pour votre cabinet, il vous faut bien plus que d'excellents services bancaires. Il vous faut une équipe hors pair.

C'est là que notre équipe de plus de 500 spécialistes, Services aux professionnels de la santé entre en jeu. Tout comme vous qui êtes un spécialiste dans votre domaine, nos spécialistes sont formés pour concevoir des solutions sur mesure pour les dentistes. De l'ouverture de votre cabinet à votre retraite, les spécialistes, Services aux professionnels de la santé RBC sont prêts à vous offrir soutien et conseils pour vous aider à réussir aujourd'hui et à planifier l'avenir.

Communiquez avec un spécialiste, Services aux
professionnels de la santé RBC dès aujourd'hui.

rbc.com/sante/specialiste





Journées dentaires
internationales
du Québec

15 au 19 octobre 2021

**Journées dentaires
internationales du Québec**

Palais des congrès de Montréal
Montréal, Québec

congres@odq.qc.ca

22 au 24 septembre 2021

**Vermont State Dental Society
Vermont Dental Conference**

Événement virtuel

23 au 25 septembre 2021

CADP-ACDP

Conférence annuelle

Montréal, Québec

26 au 29 septembre 2021

ADA FDI

World Dental Congress – Special Edition

Événement virtuel

10 au 13 novembre 2021

AAID

Annual Conference

Chicago, Illinois

23 au 27 novembre 2021

ADF

Congrès international

Paris, France

**PUBLICATION OFFICIELLE DE
L'ORDRE DES DENTISTES DU QUÉBEC**

Les opinions exprimées dans le *Journal* sont uniquement celles des auteurs. Le fait, pour un annonceur, de présenter ses produits ou ses services dans le *Journal de l'Ordre des dentistes du Québec* ne signifie pas qu'ils sont endossés par l'Ordre des dentistes du Québec.

Éditeur

Ordre des dentistes du Québec

Rédacteur en chef

André Lavoie

Rédacteur adjoint

D^r Paul Morin

Révisure

Nataly Rainville

Conception graphique

Toucan Services Marketing

Production

Direction des affaires publiques
et des communications

Publication

Publié 4 fois l'an en version numérique

ORDRE DES DENTISTES DU QUÉBEC

800, boul. René-Lévesque Ouest
Bureau 1640

Montréal (Québec) H3B 1X9
514 875-8511

journal@odq.qc.ca

odq.qc.ca

Dépôt légal

Bibliothèque nationale
ISSN : 2291-1782 (En ligne)
© Copyright 1981

UNIS POUR DÉJOUER L'AUTISME



NOS CHIENS D'ACCOMPAGNEMENT AIDENT
LES ENFANTS AUTISTES À TROUVER LEUR CHEMIN.
DONNEZ À **MIRA**.CA OU APPELEZ AU (450) 795-3725.



**AIDER LA FONDATION DE L'ORDRE
À REDONNER LE SOURIRE
AUX PLUS DÉMUNIS**



PROJET
BOUCHE B

fodq.ca

Joignez le cercle
bienveillant de
la pédiatrie sociale
en communauté
pour que chaque
enfant garde son
beau sourire
toute la vie.

Donnez généreusement

fondationdrjulien.org
1 855 DR JULIEN

