

probabilités de survie sans récurrence à 2 et à 5 ans des patients n'ayant pas d'atteinte ganglionnaire étaient de 94,4 % et 90 % respectivement et celles des patients ayant une atteinte ganglionnaire étaient de 86,1 % et de 71,7 % respectivement ($p = 0,04$). Parmi les patients ayant une atteinte ganglionnaire, 33,3 % avaient une infiltration inférieure à 6 mm et 66,6 % une infiltration supérieure à 6 mm.

Discussion : Même si 2/3 des patients ayant une atteinte ganglionnaire ont une infiltration tumorale supérieure à 6 mm, nos résultats ne permettent pas de mettre statistiquement en évidence la valeur pronostique de l'infiltration tumorale en raison de la taille réduite de notre échantillon. Ces résultats sont en contradiction avec les données de la littérature. En effet, la plupart des auteurs préconise une prise en compte de l'infiltration tumorale dans la classification TNM des carcinomes de la cavité buccale, nous en sommes nous aussi convaincus malgré nos résultats. Une étude prospective est en cours et permettra éventuellement d'aller dans le même sens que les autres auteurs.

O 16-7 L'OSTÉOTOMIE TYPE LEFORT I COMME VOIE D'ABORD SUR LE CLIVUS ET LA CHARNIÈRE ATLANTO-OCCIPITALE

M. Broome, I. Dojcinovic, M. Richter

Service de Chirurgie Maxillo-Faciale et de Chirurgie Buccale, Hôpital Universitaire, 1211 Genève, Suisse.

Objectif : L'ostéotomie de Lefort I est une voie d'abord peu utilisée mais favorable pour les interventions neurochirurgicales sur le clivus et la charnière atlanto-occipitale. L'exposé présente les avantages, les complications et les risques de cette technique.

Matériel et méthode : En 10 ans, 7 cas de lésions du clivus et de la charnière atlanto-occipitale ont été traités par cette méthode.

Résultat : Nos premiers patients ont développé des complications, qu'on ne retrouve pas en chirurgie orthognathique classique. Elles peuvent être anticipées de façon à en minimiser l'impact et même à les éliminer.

Discussion : Il existe plusieurs voies d'abord décrites pour la chirurgie du clivus et de la charnière atlanto-occipitale. Parmi elles, les ostéotomies de type Lefort I sont bien connues des chirurgiens maxillo-faciaux et moins des neurochirurgiens. Cette technique a permis de réduire fortement la morbidité associée aux autres voies d'abord.

Le but de cette présentation est de sensibiliser les chirurgiens maxillo-faciaux à la collaboration possible avec les neurochirurgiens et de présenter nos résultats.

O 16-8 LES OSTÉITES DU MALAIRE À GERMES BANAUX, À PROPOS DE 4 CAS CLINIQUES

B. Ouattara, B.M. Harding Kaba, G.K. Aka, M. Koffi, K.R. Kouakou, Y.J.J. Angoh, S.A. Gadegbeku

Service de Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale, CHU Cocody, BP V13, Abidjan, République de Côte d'Ivoire.

Introduction : Le malaire est un os plat et court de l'étage moyen de la face, en rapport direct avec le maxillaire. Il présente une corticale très épaisse avec une médullaire très minime. Les infections du malaire sont rares, habituellement il s'agit d'ostéites à germes spécifiques comme le bacille de Koch (BK). Ce travail trouve son intérêt dans la présentation de cas cliniques d'ostéites du malaire à germes banaux.

Matériel et méthode : Il s'agit d'une étude rétrospective sur une période de 4 années et nous avons recensé 4 cas d'ostéite du malaire secondaire à des cellulites d'origine dentaire et une staphylococcie maligne de la face. Chacun des patients a bénéficié de :

- une radiographie en incidence de Blondeau,
- une recherche de BK dans le pus,
- une intradermoréaction (IDR) à la tuberculine,
- une radiographie pulmonaire,
- une antibiothérapie non spécifique,
- une recherche de contagion et de signes d'imprégnation tuberculeux.

Résultats : Nous avons eu un adulte de 69 ans et 3 enfants de 3 ans, 4 ans et demi puis 7 ans. Il n'y a pas eu de contagion ni de signes d'imprégnation chez nos patients. Les incidences de Blondeau ont objectivé une ostéolyse diffuse du malaire dans 3 cas et dans un cas des séquestres osseux ont été identifiés.

La recherche du BK a été négative chez les 4 patients.

Une anergie à la tuberculine a été retrouvée dans 2 cas avec une IDR phlycténulaire chez les 2 autres.

La sérologie VIH était négative dans 2 cas et non faite dans 2 autres cas.

La guérison a été obtenue pour l'ensemble de nos 4 patients avec une antibiothérapie non spécifique.

Discussion : Le malaire étant un os plat avec des corticales très épaisses, son infection se fait habituellement avec des germes spécifiques très agressifs comme le BK. Généralement les cellulites d'origine dentaire se compliquent d'ostéites des maxillaires qui ont des corticales moins solides. Chez nos patients, les infections du malaire par les germes banaux ont été favorisées par leurs âges. En effet, les jeunes enfants ont une structure osseuse peu calcifiée, et la vieille dame présentait une ostéoporose sénile. Ces facteurs de fragilisation osseuse expliquent ainsi l'infection de l'os malaire par les germes banaux et donc la guérison par les antibiotiques non spécifiques.