

## **TRAITEMENT D'UN PSEUDO-KYSTE INFLAMMATOIRE RADICULAIRE.**

### **TREATMENT OF AN INFLAMMATORY ROOT PSEUDO-CYST.**

**Auteurs :** Rakotoarison RA<sup>1-2</sup>, Rakotoarivony AE<sup>1</sup>, Ralamboson SA<sup>2</sup>, Rakoto Alson S<sup>3</sup>.

<sup>1</sup>Département de Chirurgie, Institut d'Odonto-Stomatologie Tropicale de Madagascar (IOSTM), CHU de Mahajanga,

<sup>2</sup> Centre Hospitalier de Soavinandriana (CENHOSOA) Antananarivo,

<sup>3</sup> Département de parodontologie, IOSTM, CHU de Mahajanga

**Auteur correspondant :**

RAKOTOARISON Richard Aurélien,  
Département de Chirurgie, IOSTM, Université de Mahajanga.  
e-mail : richard.rakotoarison@yahoo.fr

### **RESUME**

Les pseudo-kystes et les kystes radiculaires vrais se manifestent par des symptômes similaires tant sur le plan clinique que radiologique, à la différence morphologique près que les pseudo-kystes ne sont pas tapissés par un épithélium. Ce travail rapporte un cas de pseudo-kyste inflammatoire radiculaire ; l'objectif était de démontrer qu'un traitement associant l'ablation chirurgicale de la lésion et l'éradication du foyer infectieux dentaire par voie endodontique accélère la guérison si le traitement est bien mené. D'après la littérature, un traitement endodontique bien mené pourrait guérir un pseudo-kyste inflammatoire radiculaire. Notre étude montrait qu'un traitement endodontique associé à un curetage apical appuyé, même sans résection apicale, serait un traitement de choix. La résection apicale risquerait, en effet, de fragiliser l'implantation radiculaire dans l'os alvéolaire. Cette étude montre l'efficacité d'une simple ablation d'une lésion inflammatoire chronique péri-apicale suivie d'une obturation canalaire de la dent causale, sans passer par la technique classique d'apicectomie, traumatique pour la dent.

**Mots-clés :** pseudo-kyste inflammatoire radiculaire ; traitement endodontique ; curetage apical.

### **ABSTRACT**

*Pseudo-cysts and true radicular cysts are manifested by symptoms similar both clinically and radiologically, the morphological difference that pseudo-cysts are not lined by an epithelium. We report a case of inflammatory root pseudo-cyst ; the aim was to demonstrate that treatment with surgical removal of the lesion and eradication of dental infection by endodontic way speeds healing if treatment is conducted. According to the literature, a well-conducted endodontic treatment could cure an inflammatory root pseudo-cyst. Our study showed that endodontic treatment associated with a supported apical curettage, even without apical resection, is the treatment of choice. Indeed, apicectomy could weaken the*

*implantation root in the alveolar bone. This study shows the effectiveness of a simple removal of a chronic inflammatory periapical lesion followed by obturation of the causal tooth without using the conventional technique of apicectomy, traumatic for the tooth.*

**Keywords:** *inflammatory root pseudo-cyst ; endodontic treatment ; apical curettage.*

## INTRODUCTION

Une lésion kystique radiculaire est souvent découverte fortuitement à la radiographie [1]. Le traitement est ainsi retardé car les signes cliniques ne sont pas évidents sauf en cas d'infection et d'extériorisation.

Histologiquement, les véritables kystes sont bordés par un épithélium, alors que les pseudo-kystes ne comportent qu'une fibreuse limitante. Les pseudo-kystes et les kystes radiculaires vrais se manifestent par des symptômes similaires tant sur le plan clinique que radiologique, à la différence morphologique près que les pseudo-kystes ne sont pas tapissés par un épithélium [2].

Un traitement endodontique associé à une résection et un curetage apical est la technique la plus utilisée pour le kyste radiculaire, alors qu'un pseudo-kyste radiculaire pourrait guérir par un simple traitement endodontique [3].

Notre étude consistait en une description d'un cas clinique de pseudo- kyste péri-radiculaire infecté; l'objectif était de démontrer qu'un traitement associant l'ablation chirurgicale de la lésion et l'éradication du foyer infectieux par voie endodontique accélère la guérison si le traitement est bien mené.

## OBSERVATION

Il s'agit d'un patient âgé de 40 ans qui est venu consulter pour la persistance d'une fistule vestibulaire après une avulsion dentaire. Il a été victime d'une allégation de coup au niveau du menton quatre années auparavant. Trois ans après, la 31 a été extraite suite à une infection

chronique. Quelques semaines après l'extraction de cette dent une fistule récidivante a été remarquée par le patient. La fistule guérissait avec la prise d'antibiotiques et reprenait après arrêt du traitement. Le patient remarquait également un écoulement de pus à la

pression digitale de la gencive vestibulaire en regard de l'édentement.

Son état général était assez bon ; il n'était pas diabétique, mais sous traitement anti-hypertenseur.

L'examen endo-buccal montrait une hygiène moyenne, l'absence de la 31 (extraite), une 32 présentant une dyscoloration associée à une fêlure coronaire longitudinale et dont le test de vitalité pulpaire était négatif. L'inspection montrait également un point de fistulisation laissant sourdre du pus

jaunâtre dans la région vestibulaire du site d'édentement.

La radiographie rétro-alvéolaire montrait une image radioclaire franche à limite assez floue s'étendant de la face mésiale de la racine de la 41 et incluant toute la portion apicale de la 32. Cette image est monogéodique, de forme irrégulière et entourée d'os à radio-opacité normale. La lamina de la 41 était conservée, par contre, celle de la 32 était interrompue dans sa majeure partie, cette dernière présentait une rhizalyse.



Fig.1 - Vue vestibulaire du pseudo-kyste.



Fig.2 - Radiographie rétro-alvéolaire du pseudo-kyste.

Le diagnostic présomptif était un kyste radiculaire infecté.

Après consentement du patient, l'intervention consistait en une énucléation

du kyste sous anesthésie locale (sans adrénaline) associée simultanément au traitement endodontique de la 32, suivie d'une antibiothérapie et de bains de bouche (chlorhexidine, eau salée) pendant 5 jours.

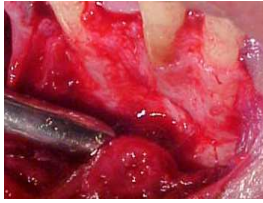


Fig.3 - Incision et décollement.

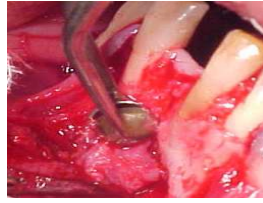


Fig.4 - Découverte de la lésion.



Fig.5 - Curetage.

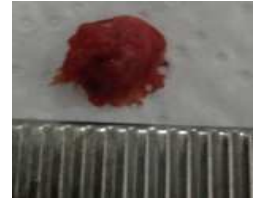


Fig.6 - Pièce opératoire.



Fig. 7 et 8 - Parages canalaires.



Fig.9 - Radiographie-contrôle de l'obturation canalare de la 32.



Fig.10 - Sutures gingivales.

La pièce opératoire était envoyée au laboratoire pour un examen anatomopathologique ; le résultat était un « Pseudokyste inflammatoire (sans revêtement épithélial) sans aucun signe de malignité ».

Les suites opératoires ne présentaient aucun problème majeur.

Des contrôles radiographiques ont été effectués aux 1<sup>er</sup>, 3<sup>ème</sup> et 6<sup>ème</sup> mois postopératoires. Les résultats ont montré une opacité progressive de la lacune, marque d'une ossification de la lésion.

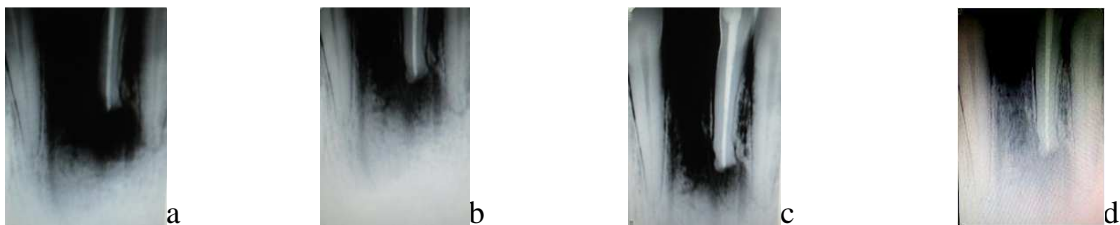


Fig.11 – Radiographies de contrôle au niveau de la 32.

- Postopératoire immédiat
- 1<sup>er</sup> mois postopératoire
- 3<sup>ème</sup> mois postopératoire
- 6<sup>ème</sup> mois postopératoire

## DISCUSSION

Pour notre patient, l'affection était découverte à la période de fistulisation, avec écoulement purulent du côté vestibulaire à la pression digitale. En se référant aux données de l'examen clinique, on pourrait dire qu'il s'agit d'un abcès péri-apical due à une complication infectieuse de la mortification pulpaire de la 32 (parodontite apicale chronique). Mais les données de l'examen radiologique, vue la dimension de la lésion osseuse (lyse osseuse franche de dimension supérieure à 1cm et rhizalyse de la 32), feraient plutôt penser à un kyste infecté, alors que l'image radiologique ne montrait pas de liseré radio-opaque caractéristique d'une lésion kystique classique. Un diagnostic de granulome infecté aurait pu être également posé mais la dimension de la lésion osseuse vue à la radiographie n'était pas en sa faveur.

Un curetage alvéolaire insuffisant après l'extraction de la 31 aurait pu être également en faveur de l'évolution de cette lésion.

Le résultat de l'examen anatomo-pathologique confirmait qu'il s'agissait

en effet d'un pseudo-kyste inflammatoire radiculaire.

Les kystes radiculaires peuvent représenter un défi diagnostique et thérapeutique pour le clinicien. Ils se subdivisent en kystes vrais et en pseudo-kystes. Le seul traitement du canal radiculaire peut entraîner la guérison des pseudo-kystes, alors que les vrais kystes (à revêtement épithélial) ne peuvent pas être guéris de cette manière [4]. En effet, le véritable traitement d'un kyste radiculaire est constitué par une résection apicale associée à un traitement endodontique.

La constatation de la dimension et l'aspect de la lésion à la radiographie et en per opératoire nous ont incités à faire seulement un curetage appuyé sans résection apicale car la lésion n'était pas véritablement encapsulée. L'obturation canalaire extemporanée a été effectuée avec de la pâte oxyde de zinc – eugénol et du gutta percha foulé apicalement pour assurer une herméticité parfaite. Après 3 mois, l'examen radiographique montrait une guérison bien amorcée : l'os trabéculaire se formait et la zone radio-transparente avait régressé.

## CONCLUSION

Cette observation nous a permis de démontrer l'efficacité du traitement chirurgical d'un pseudo-kyste inflammatoire péri-radicaire, même sans résection apicale. Un simple traitement endodontique aurait pu suffire, mais pour le cas que nous avons présenté, le curetage

apical associé a accéléré la guérison ; la radiographie de contrôle prise au 6<sup>ème</sup> mois confirmait l'évolution favorable.

Les résultats de cette étude clinique doit inciter à la réalisation d'une observation sur plusieurs cas qui permettrait de confirmer la fiabilité de cette technique.

## REFERENCES

- 1- Sauveur G, Ferkdadj L, Gilbert E, Mesbah M. Kystes des maxillaires. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Stomatologie, 22-062-G-10, 2006, Médecine buccale, 28-750-G-10, 2008. 21p
- 2- Naumann S, Filippi A. Les pseudo-kystes du maxillaire inférieur. *Rev Mens Suisse Odontostomatol* 2002 ;112(10):1026-30.
- 3- Gallego Romero D, Torres Lagares D, Garcia Calderón M, Romero Ruiz MM, Infante Cossio P, Gutiérrez Pérez JL. Differential diagnosis and therapeutic approach to periapical cysts in daily dental practice. *Med Oral*. 2002 Jan-Feb;7(1):54-8; 59.
- 4- Schulz M, Bosshardt D, von Arx T. Chirurgie périapicale avec examen histologique de la lésion. *Rev Mens Suisse Odontostomatol*. 2009;119(10):999-1005.