

ASPECTS PARTICULIERS D'UN KYSTE TRAUMATIQUE MANDIBULAIRE

PARTICULAR ASPECTS OF A MANDIBULAR TRAUMATIC CYST

Rakotoarison RA¹, Rakotoarivony AE¹, Razafindravony ZL¹, Ralaiarimanana LFE², Rakoto Alson S³, Ramaroson J⁴.

¹ *Département de Chirurgie buccale, IOSTM – Université de Mahajanga.*

² *Département de Prothèse dentaire, IOSTM – Université de Mahajanga.*

³ *Département de Parodontologie, IOSTM – Université de Mahajanga.*

⁴ *Département d'Odontologie Conservatrice – Endodontie, IOSTM – Université de Mahajanga.*

Auteur correspondant : Rakotoarivony Andrianony Emmanuel

e-mail : mano.rakotoarivony@gmail.com

RESUME

Notre objectif était de décrire les aspects particuliers d'un kyste traumatique au niveau du secteur antérieur de la mandibule. Cette étude consistait à déterminer les caractéristiques cliniques, radiologiques et anatomo-pathologiques de la lésion et évaluer l'évolution post-opératoire d'un cas clinique de kyste traumatique de maxillaire localisé dans la partie antérieure de la mandibule chez un ancien boxeur âgé de 42 ans. C'était une descriptive d'un cas clinique de kyste traumatique. Les principales particularités de cette lésion étaient son évolution au niveau de la table interne de la mandibule, la lyse de la corticale interne, la mortification pulpaire de certaines dents et l'interruption de la lamina dura au niveau apical des dents concernées. La prise en charge chirurgicale a été faite en milieu hospitalier sous anesthésie générale. Un recul clinique de six mois post opératoires a pu montrer une réossification presque complète de la lésion. Les kystes traumatiques des maxillaires, comme toute autre lésion kystique sont des lésions bénignes qui peuvent présenter des signes cliniques différentes selon la localisation et le stade d'évolution. La récurrence est rare après un traitement chirurgical adéquat mais un suivi post opératoire doit être fait tous les ans jusqu'à l'observation d'une réossification complète.

Mots clés : kyste osseux essentiel, kyste traumatique, pseudokyste.

ABSTRACT

Our aim was to describe the particular aspects of a traumatic cyst in the anterior area of the mandible. This study was to determine the clinical, radiological and pathological lesion and evaluate the postoperative course of a clinical case of traumatic maxillary cyst located in the anterior part of the mandible in a former boxer aged 42 year old. This was a descriptive study of clinical case of traumatic cyst. The main features of this lesion were its evolution at the

internal table of the mandible, the lysis of the medial cortex, the pulp mortification of some teeth and disruption of the lamina dura apically concerned teeth. The surgical treatment was done in a hospital under general anesthesia. Clinical experience of six months post-surgery was shown almost complete reossification of the lesion. Traumatic cysts of the jaws, like any other cystic lesions are benign lesions that may have different clinical signs depending on the location and stage of development. Recurrence is rare after adequate surgical treatment but post-operative follow-up should be done every year until the observation of a complete reossification.

. *Keywords : essential bone cyst, traumatic cyst, pseudocyst.*

INTRODUCTION

Les pseudokystes et les kystes vrais se ressemblent souvent tant sur le plan clinique que radiologique, à la différence histologique toutefois que les pseudokystes ne sont pas tapissés par un épithélium. Les kystes osseux traumatiques du maxillaire, appelés également kystes osseux solitaires, ou hémorragiques ont été classifiés en 2005 par l'OMS parmi les pseudokystes [1].

A son origine, un traumatisme générateur d'un hématome intra osseux est fréquemment invoqué, mais aucune étiologie ne peut être affirmée avec certitude.

La localisation la plus fréquente se trouve au niveau du secteur antérieur de la

mandibule, mais rarement des deux côtés, tandis que le maxillaire supérieur est moins souvent concerné par cette entité. Le traitement, essentiellement chirurgical, consiste à bien cureter la cavité jusqu' à l'obtention du caillot sanguin favorisant la régénération osseuse [1].

Notre étude a comme objectif général de démontrer les aspects particuliers d'un kyste traumatique mandibulaire. Elle consiste à déterminer les caractéristiques cliniques, radiologiques et anatomo-pathologiques de la lésion, et évaluer l'évolution post opératoire.

OBSERVATION

Il s'agit d'un homme adulte âgé de 42 ans, dont le motif de consultation était une tuméfaction depuis six mois de la partie

antérieure de la table interne de la mandibule. L'interrogatoire révélait que le patient pratiquait la boxe anglaise depuis

son jeune âge. Aucun antécédent particulier n'a été signalé.

A l'examen local, il n'y avait pas de défaut de symétrie remarquable de la face. Les téguments étaient normaux. L'amplitude d'ouverture et la trajectoire de fermeture buccales étaient normales. Aucun signe d'infection n'a été retrouvé.

L'examen endobuccal montrait une tuméfaction d'allure bulleuse, d'environ 2cm de diamètre, de couleur rose violacée, siégeant au niveau la table interne du secteur antérieur de la mandibule. La position des dents avoisinantes est normale. Il n'y avait pas de fistulisation. (Fig. 1).



Fig. 1 : Aspect clinique de la lésion à l'état initial

A la palpation, la tuméfaction était fluctuante et fixée à la table interne de la région incisivo-canine inférieure. La

pression était indolore et il n'y avait pas d'exsudat (Fig. 2).



Fig. 2 : Ponction

Le test de vitalité pulpaire était négatif pour la 31 ; les 32 et 33 présentaient des lésions carieuses au stade de dentinite au niveau de la face linguale ; les autres dents adjacentes étaient saines.

La ponction de la lésion a ramené du liquide séro-sanguinolent (Fig. 3), dont l'examen histologique montrait un *étalement discrètement riche en cellules*

comportant quelques lymphocytes et des globules rouges.



Fig. 3 : Liquide de ponction

Le cliché panoramique montrait une image radioclaire unilobulée englobant les apex de 31, 32 et partiellement celui de la 33 (Fig. 4).

Le cliché rétroalvéolaire révélait une image franchement radioclaire ; la lamina dura



Fig. 4 : cliché panoramique

Les examens hématologiques ne présentait aucune particularité.

Le traitement endodontique de la 31 et les obturations provisoires des 32 et 33 ont été effectués en pré-opératoire.

autour des dents concernées était interrompue au niveau apical, mais ces dents ne présentaient pas de rhizolyse (Fig. 5).



Fig. 5 : cliché rétroalvéolaire

L'intervention sur le kyste se faisait sous anesthésie générale.



Fig. 6 : aspect

après décollement du lambeau muqueux.

La lésion ne présentait pas de véritable membrane proprement dite. La corticale interne de la région incisivo-canine inférieure gauche était complètement lysée. Après évacuation du caillot sanguin, un curetage appuyé suivi d'un nettoyage soigneux a été effectué. Il a fallu refaire saigner le site opératoire avant la fermeture et les sutures pour favoriser la réossification ultérieure. Le produit de curetage a été envoyé au laboratoire d'anatomie pathologique pour examen histologique.



Fig. 7 : aspect

après curetage et nettoyage

L'examen histologique de la pièce opératoire montrait *un tissu fibreux dense riche en fibroblastes et parsemé de cellules inflammatoires diffuses lymphocytaires.*

L'évolution était favorable : cliniquement, la plaie chirurgicale était bien cicatrisée. La constatation d'une réponse négative au test de vitalité pulpaire de la 32 amenait à faire un traitement endodontique sur cette dent. Les cavités coronaires des 31, 32, et 33 ont été obturées avec de la composite (Fig. 8).



Fig. 8 : aspect clinique au 6^{ème} mois.

Les clichés radiographiques pris au troisième et au sixième mois confirmaient également cette évolution favorable.



Fig. 9 : aspects radiographiques en pré-opératoire, au 3^{ème} et au 6^{ème} mois post- opératoires.

COMMENTAIRES

Dans la présente étude, notre patient est un boxeur depuis son jeune âge ; ce qui exposait inévitablement sa face et plus particulièrement son menton à des traumatismes répétés, sans qu'il y ait eu de véritables lésions macroscopiquement décelées, ni de signes suspects. Le début de la maladie se manifestait par de légers agacements et picotements au niveau de la région mentonnière, suivis de l'apparition progressive d'une tuméfaction du côté lingual de cette région. Aucune douleur ni autre signe fonctionnel n'a été remarqué par le patient.

Notre cas présentait une tuméfaction fluctuante d'allure bulleuse, d'environ 2 cm de diamètre au niveau antérieur de la table interne de la mandibule, de couleur rose violacée et fixe par rapport au plan osseux,

sans aucun signe d'inflammation, qui évoluait vers la table interne linguale.

Selon la littérature :

- en général, l'évolution d'un kyste mandibulaire se fait du côté vestibulaire [1],
- plusieurs théories ont été proposées sur les kystes osseux solitaires [2], mais celles évoquant une lésion post-traumatique sont les théories retenues par de nombreux auteurs : selon Shear M, la théorie évoquée pour l'origine de cette lésion est un traumatisme qui, à défaut d'avoir causé une fracture, aurait provoqué une hémorragie dans la médullaire osseuse [3] ;
- les dents en relation avec le kyste osseux traumatiques répondent

- presque toujours positivement aux tests de vitalité [2] ;
- à la radiographie, les racines ou apex de ces dents voisines peuvent être «suspendues dans le vide» à l'intérieur de la cavité osseuse, alors que l'espace parodontal est en général conservé et est bien défini sur tout le contour des racines [4], [5].
 - durant l'intervention chirurgicale, le kyste traumatique ne présente pas de poche épithéliale propre ; mais il est en général possible de disséquer un revêtement interne de la cavité osseuse qui se présente sous forme d'une mince couche conjonctive [4].

Pour notre patient :

- l'expansion du kyste s'effectuait du côté lingual, au niveau de la table interne de la mandibule ;
- des traumatismes répétés au niveau du menton ont été notés ;
- le test de vitalité pulpaire de la 31 était négatif ;
- le cliché radiographique a évoqué une image radio-claire unicamérale, *non limitée par un liseré*, incluant les racines dentaires, avec une *interruption de la lamina dura* en regard des apex de la 31 et 32, *sans lyse radiculaire*. Les caractéristiques

- radiographiques d'un kyste radiculaire purement inflammatoire étaient ainsi écartées ;
- par contre, l'image radiographique ne montrait pas non plus les caractéristiques spécifiques d'un kyste purement traumatique, car la lamina dura est interrompue par endroit ;
 - en se référant aux données cliniques, la suspicion de tumeurs, autres que kystiques, n'a pas non plus lieu d'être ;
 - de ce fait, une association des deux pathogénies pourrait être à l'origine des aspects radiographiques particuliers de cette lésion : les traumatismes auraient pu être à la fois générateurs de la mortification pulpaire des dents concernées qui, secondairement, engendrait la formation d'un kyste inflammatoire ; mais en même temps, ils seraient également à l'origine de la formation de kyste traumatique à cet endroit. L'examen histologique de la pièce biopsique montrait « un tissu fibreux dense riche en fibroblastes et parsemé de cellules inflammatoires diffuses lymphocytaires ». Ce résultat corrobore avec la donnée de la littérature qui dit que « des fibroblastes, des ostéoclastes et un infiltrat lymphocytaire peuvent être

- retrouvés à l'examen histologique » d'un kyste traumatique [6] ;
- de plus, l'examen histologique du produit de ponction révélait un «étalement discrètement riche en cellules comportant quelques lymphocytes et quelques globules rouges ». Cette présence de globules rouges orientait vers un diagnostic de kyste osseux traumatique ;
 - lors de notre intervention chirurgicale, la paroi corticale interne

était largement détruite, ce qui compliquait davantage l'excision et le clivage de la lésion. La cavité kystique contenait du liquide séro-sanguinolent et purement sanguin en profondeur ;

- la mortification de la 32 au 3^{ème} mois post opératoire aurait pu être causée par un éventuel traumatisme reçu au cours de l'intervention.

CONCLUSION

Notre étude sur un cas de kyste traumatique mandibulaire a pu montrer quelques particularités par rapport aux données de la littérature ; en effet, cette lésion était marquée cliniquement par la mortification pulpaire de certaines dents adjacentes, la tuméfaction en regard de la table interne avec destruction de la paroi corticale, et l'interruption de la lamina dura par endroit autour des dents concernées. Ce diagnostic a été retenu du fait que le patient avait un antécédent de traumatismes mandibulaires répétés et la lésion présentait, lors de l'intervention chirurgicale, les caractéristiques spécifiques d'un kyste osseux traumatique au niveau de la mandibule ; de plus, les examens histologiques confirmaient le diagnostic. Le

traitement endodontique de la dent mortifiée a été effectué avant l'intervention chirurgicale. La prise en charge chirurgicale a été faite en milieu hospitalier; l'intervention consistait en un curetage appuyé de la cavité kystique, entraînant après six mois la cicatrisation presque complète de la lésion osseuse sans signe de récurrence. Les kystes traumatiques des maxillaires, comme toute autre lésion kystique sont des lésions bénignes qui peuvent présenter des signes cliniques différentes selon la localisation et le stade d'évolution. La récurrence est rare après un traitement chirurgical adéquat mais un suivi post opératoire doit être fait tous les ans jusqu'à l'observation d'une réossification complète.

REFERENCES

- 1- Vlcek D, Kuttenger JJ. Kyste traumatique du maxillaire inférieur de sa genèse au traitement. *Rev Mens. Suisse Odontostomatol.* 2013 ; 123(4) : 325-30.
- 2- Ludwig A et Merten H-A. Pathogenèse, clinique et thérapie des kystes osseux traumatiques. *Rev. Mens. Suisse Odontostomatol.* 1995 ; 105 (1) : 68-70.
- 3- Shear M. Cysts of the jaws : recent advances. *J Oral Pathol* 1985 ; 14 (1) : 43-59.
- 4- Naumann S, Filippi A. Les pseudokystes du maxillaire inférieur. *Rev Mens. Suisse Odontostomatol.* 2002 ; 112(10) : 1026-30.
- 5- Copete MA et coll. Solitary bone cyst of the jaws. Radiographic review of 44 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*, 1998; 85 : 221-5.
- 6- Misino J, Lavis JF, Tardif A, Peron JM. Solitary bone cysts of jaws : surgical treatment and follow-up of six cases. *Rev Stomatol Chir Maxillofac*, 2004 ; (105) : 317-21.