Observation clinique

Le kyste osseux solitaire : à propos d'un cas clinique

Simohammed Bouzoubaa*, Olaya Medaghri Alaoui, Ishane Ben Yahya

Service d'Odontologie chirurgicale, Centre de Consultations et Traitements dentaires, Casablanca, Maroc

(Reçu le 20 juillet 2012, accepté le 23 août 2012)

Mots clés :

kyste osseux solitaire /
kyste osseux
traumatique

Résumé – Le kyste osseux solitaire, plus communément nommé kyste osseux traumatique, constitue une affection des maxillaires peu connue. Ces multiples dénominations illustrent les propositions théoriques pour expliquer l'étiopathogénie du kyste solitaire. Ne comportant aucune membrane, il est classé parmi les pseudo-kystes intra-osseux.

Il survient le plus souvent lors de la 2^{ème} décennie, et atteint de façon préférentielle l'os mandibulaire. Il est généralement asymptomatique et de découverte fortuite lors d'un examen radiologique. L'exploration chirurgicale confirme le diagnostic par la découverte d'une cavité vide ou remplie d'un liquide séro-hématique.

Ce travail a pour objectif d'illustrer, à travers un cas clinique, la démarche diagnostique et thérapeutique du kyste osseux solitaire.

Key words:

solitary bone cyst /
traumatic bone cyst

Abstract – The solitary bone cyst : a case report. The solitary bone cyst, more commonly known as traumatic bone cyst, is a little known pathology of the jaws. These many names illustrate the theoretical propositions to explain the pathogenesis of solitary cyst. Does not include any membran, it is classified as intraosseous pseudocysts.

It occurs most often during the second decade, and reached preferentially the mandibular bone. It is usually asymptomatic and discovered incidentally during a radiological examination. Surgical exploration confirmed the diagnosis by the presence of a cavity empty or filled with a sero-hematic liquid.

This work aims to illustrate, through a case study, the diagnostic and therapeutic approach of solitary bone cyst.

C'est Dupuytren en 1832 qui rédige le premier article relatif aux kystes solitaires des os longs. La première localisation maxillaire a été rapportée en 1929 par Lucas [in 14].

L'utilisation courante de la radiographie panoramique et la prise en considération de l'existence de ces lésions ont contribué à une détection plus fréquente. Dans la plupart des études, le kyste solitaire survient surtout au cours de la deuxième décennie. Les hommes semblent plus touchés que les femmes. Le traumatisme est retenu comme cause principale [2]. Les kystes solitaires peuvent intéresser tout le squelette. Dans la sphère cranio-faciale, la mandibule représente le siège le plus fréquent [17].

Cas clinique

Circonstances de découverte

Une patiente âgée de 17 ans, consulte en urgence pour une tuméfaction génienne haute gauche (Fig. 1). Les investigations clinique et radiologique ont montré qu'il s'agissait d'une

cellulite aiguë circonscrite, au stade séreux, en rapport avec la racine résiduelle de la 25 délabrée.

La radiographie panoramique a permis de découvrir fortuitement une image radioclaire uni-géodique bien limitée, d'allure kystique, siégeant dans la branche horizontale gauche, allant de la 34 à la 37. L'image présentait des rapports étroits avec le nerf alvéolaire inférieur et le foramen mentonnier gauches (Fig. 2).

Examen clinique personnalisé

Dans un premier temps, la cellulite génienne a été prise en charge. Après refroidissement de l'incident infectieux aigu par un traitement à base d'antibiotiques, d'anti-inflammatoires stéroïdiens et d'antiseptiques, l'extraction de la 25 a été réalisée (Fig. 3).

Après la découverte de la lésion radioclaire sur la radiographie panoramique, le complément d'interrogatoire n'a retrouvé aucune notion de traumatisme ancien. L'examen exobuccal n'a révélé aucune asymétrie faciale ni adénopathie

* Correspondance : simobz@hotmail.com

Fig. 1. Vue exobuccale : tuméfaction génienne haute gauche.
Fig. 1. Exobuccal view: left maxillary swelling.

Fig. 2. Radiographie panoramique : racine résiduelle de la 25 et image radioclaire dans la branche horizontale gauche découverte fortuitement.

Fig. 2. Panoramic radiography: residual root 25 and radiolucent image at the left horizontal branch discovered incidentally.

cervicofaciale en rapport avec cette image. À l'examen endobuccal, les tables osseuses interne et externe ne montraient aucune soufflure et le test de vitalité de 34, 35, 36 et 37 s'avérait positif.

Examen radiologique

Un denta-scan a été réalisé afin de mieux définir les limites de la lésion et d'étudier ses rapports avec le nerf alvéolaire

Fig. 3. Vue exobuccale : disparition de la cellulite séreuse après traitement symptomatique et étiologique.

Fig. 3. Exobuccal view: disappearance of serous cellulitis after symptomatic and etiologic treatment.

inférieur gauche, les tables osseuses interne et externe et le bord basilaire. Les coupes coronales et axiales montraient une image hypodense, bien limitée, siégeant à l'intérieur de la spongieuse de la branche horizontale mais respectant les corticales interne et externe. Le nerf alvéolaire inférieur était refoulé vers le bord basilaire, la lésion avait des rapports étroits avec le foramen mentonnier gauche (Fig. 4).

Le bilan radiologique faisait évoquer un kératokyste, un améloblastome ou un kyste solitaire.

Fig. 4. Denta-scan – coupe axiale : image hypodense, bien limitée, siégeant à l'intérieur de la branche horizontale gauche avec préservation des corticales interne et externe.

Fig. 4. Denta-scan – an axial section: hypodense image, although limited, sitting inside the left horizontal branch, with preservation of the inner and outer cortices.

Fig. 5. Vue endobuccale : après décollement du lambeau, on note une voussure vestibulaire où a été effectuée la trépanation.

Fig. 5. Oral view: after detachment of the flap, there is a vestibular arch showing the area of trephination.

Fig. 6. Vue endobuccale : l'introduction de curette coudée dans le pertuis osseux montrant l'étendue de la cavité et l'absence de paroi kystique.

Fig. 6. Oral view: introducing a curved curette into the bone cavity to show the extent of the lesion and falling on the vacuum.

Prise en charge chirurgicale

Après incision intra-sulculaire allant de la 33 à la 38 et incision de décharge verticale, le décollement du lambeau muco-périosté a révélé une légère voussure. Après trépanation de la corticale externe à la fraise, on découvrait une cavité sans paroi kystique, avec un contenu séro-hématique (Figs. 5 et 6).

Fig. 7. Radiographie panoramique, faite 10 mois après l'intervention chirurgicale, montrant une réparation osseuse complète.

Fig. 7. Panoramic radiography, 10 months after surgery, showing a complete bone repair.

Le suivi

Le suivi de la patiente a consisté en des contrôles réguliers, cliniques et radiologiques, sur une durée de 10 mois, ce qui a permis de suivre la réparation jusqu'à ossification complète. Les tests de vitalité pulpaire réalisés lors de ces différents examens de contrôle (1 mois, 3 mois, 6 mois et 10 mois) ont toujours été positifs (Fig. 7).

La cicatrisation osseuse spontanée obtenue sans aucune symptomatologie post-opératoire confirmait encore une fois le diagnostic de kyste solitaire.

Discussion

Le kyste solitaire survient le plus souvent lors de la 2^{ème} décennie, à la mandibule, sans symptomatologie clinique. Toutes ces données sont en accord avec les éléments rapportés dans ce cas, puisque la patiente était âgée de 17 ans et présentait un kyste solitaire découvert fortuitement, siégeant dans la branche horizontale de la mandibule [2, 17].

Etiopathogénie [2, 17]

Différentes théories ont été proposées pour expliquer l'étiopathogénie du kyste osseux solitaire:

- La théorie « traumatisme-hémorragie intramédullaire » a été longtemps la plus connue. Le traumatisme entraîne le développement d'un hématome dans les espaces médullaires par rupture des capillaires sinusoides, et on observe dans la majorité des cas la formation d'un caillot sanguin. La liquéfaction du caillot sanguin aboutit à la formation d'une cavité qui s'accroît par augmentation de la pression intra-cavitaire consécutive à la diminution

du drainage veineux ou lymphatique [4, 7, 11]. Chez cette patiente, aucune notion de traumatisme n'a été retrouvée.

- L'association de la dysplasie osseuse floride et du kyste solitaire où les pseudo-kystes seraient la conséquence d'une aberration locale de la formation et de l'évolution du tissu osseux [11].
- Le kyste osseux solitaire pourrait résulter d'un métabolisme calcique défaillant par exemple, lors d'un hyperparathyroïdisme.
- La drépanocytose s'accompagne d'infarctus osseux qui pourrait être à l'origine de kystes osseux solitaires [16].
- Certains auteurs ont suggéré que ces lésions représenteraient l'étape finale d'une infection chronique évoluant à bas bruit.
- Pour d'autres, c'est la nécrose ischémique de la moelle graisseuse de l'os spongieux qui entraînerait la formation d'un kyste.

Diagnostic différentiel [17]

Le diagnostic positif de kyste solitaire ne se fait que par l'intermédiaire d'une exploration chirurgicale comme cela a été le cas pour cette patiente. Plusieurs lésions peuvent ressembler radiologiquement aux kystes osseux solitaires :

- Le kyste radiculaire : l'étude conjointe de la radiographie, du status pulpaire des dents et de la symptomatologie associée permettent d'exclure un kyste radiculaire. Dans ce cas, les dents adjacentes au kyste osseux solitaire sont vitales et asymptomatiques [3, 6].
- Le kyste anévrysmal présente des cloisons osseuses et s'accompagne de résorptions radiculaires qui permettent aisément de le différencier radiologiquement du kyste osseux solitaire [9, 10].
- Le kyste résiduel lorsque le kyste solitaire siège dans une zone édentée. C'est dans ce cas, l'histoire de la maladie qui permettra d'argumenter le diagnostic différentiel [6].
- L'améloblastome : radiologiquement, il se traduit le plus souvent par un aspect caractéristique « en bulles de savon » qui permet de le différencier du kyste osseux solitaire ; par contre, l'améloblastome unikystique peut prêter à confusion.
- La lacune de Stafne : il s'agit d'une lacune radioclaire arrondie ou ovale, en avant de l'angle mandibulaire, toujours en dessous du canal alvéolaire inférieur. Cette image correspond à l'inclusion partielle de la glande submandibulaire dans la mandibule.
- Le kératokyste se présente comme une large lacune à contours festonnés, nets, refoulant les corticales. Il peut s'accompagner d'une rhizolyse radiculaire témoignant de la lenteur de son évolution [8].
- Le granulome central à cellule géantes : il est le plus souvent révélé par une tuméfaction osseuse recouverte d'une

muqueuse brunâtre, les dents adjacentes sont fréquemment mobiles et déplacées [5].

Attitudes thérapeutiques [15]

Le traitement des kystes osseux solitaires a pour but la disparition de la lésion radioclaire et son comblement par l'os néoformé. Ceci s'obtient sans peine par une procédure chirurgicale simple.

Après la réalisation d'une incision, et le décollement du lambeau muco-périosté, on réalise une ostéotomie qui consiste en une perforation de la corticale sous irrigation. La lésion est ensuite lavée abondamment au sérum physiologique, associé ou non à un curetage minutieux des parois osseuses. Pour les grandes cavités, si la régénération osseuse spontanée ne s'effectue pas après le saignement provoqué, certains auteurs préconisent le comblement du défaut osseux par de l'os autogène ou d'autres produits pour favoriser la néo-formation osseuse [1, 13]. Un suivi clinique et radiologique doit se poursuivre tant que l'ossification n'est pas terminée.

Conclusion

La radiographie panoramique dentaire présente un intérêt majeur pour la découverte des kystes osseux solitaires, car ils sont le plus souvent asymptomatiques et découverts fortuitement. Le diagnostic positif est évoqué en peropératoire devant l'absence de paroi kystique et la découverte d'une cavité vide ou remplie par un liquide séro-hématique.

Le praticien doit connaître cette entité pathologique dont le traitement est très simple et se limite à une exploration chirurgicale suivie d'un lavage, pour éviter les surtraitements et les délabrements osseux inutiles.

Le kyste osseux solitaire nécessite une attention et un suivi clinique et radiologique à long terme jusqu'à réparation osseuse parfaite et disparition totale de l'image radio-claire, afin de diagnostiquer une éventuelle récurrence [2].

Conflits d'intérêt : aucun

Références

1. Baliga M, Davies P, Dupoirieux L. La poudre de coquille d'œuf dans le comblement des cavités kystiques des maxillaires. *Rev Stomatol Chir Maxillofac* 1998;99 Suppl 1:86-8.
2. Baqain ZH, Jayakrishnan A, Farthing PM, Hardee P. Recurrence of a solitary bone cyst of the mandible: case report. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2005;43:333-5.
3. Bruce Donoff R. Kystes des mâchoires (pp. 215-7). *Manuel de chirurgie orale et maxillo-faciale*, 1990.
4. Cudia G, Gordeeff A, Panzoni E. Le kyste osseux solitaire: une observation à double localisation mandibulaire et humérale. *Rev Stomatol Chir Maxillofac* 1987;88:31-5.

5. Favre-d'Auvergne F, Auriol M, Fleuridas G. Tumeurs et pseudo-tumeurs non odontogéniques, bénignes des maxillaires. *Encyc Med Chir Stomatol* 22-062-H-10 Elsevier Masson, Paris, 1995.
6. Favre-d'Auvergne F, Auriol M, Le Charpentier Y. Kyste des maxillaires. *Encyc Med Chir Stomatol* 22-0626-G10. Elsevier Masson, Paris, 1994.
7. Fielding AF, Loudon RD, Johnson AL. Simple bone cyst. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1999;88:277-8.
8. Horch H. Kystes de la sphère bucco-maxillo-faciale (pp.183-238). In : *Chirurgie buccale*. Masson, Paris, 1996.
9. Kumar VV, Malik NA, Kumar DB. Treatment of large recurrent aneurysmal bone cysts of mandible: transosseous intralesional embolization as an adjunct to resection. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2009;38:671-6.
10. Béziat JL, Boutault F, Mondié JM. Les tumeurs bénignes et les pseudo-tumeurs des maxillaires. *Rev Stomatol Chir Maxillofac* 1994;95:57-67.
11. Ludwig A, Merten H-A. Kyste osseux traumatique: pathogénèse, clinique et thérapie. *Rev Mens Suisse Odontostomatol* 1995;105:66-70.
12. Sedghizadeh PP, Allen CM, Kalmar JR, Miloro M, Suster S. Solitary central myofibroma presenting in the gnathic region. *Ann Diagn Pathol* 2004;8:284-9.
13. Peñarrocha-Diago M, Sanchis-Bielsa JM, Bonet-Marco J, Minguez-Sanz JM. Surgical treatment and follow-up of solitary bone cyst of the mandible: a report of seven cases. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2001;39:221-3.
14. Reyhler H. Revue des pseudo-kystes et lacunes osseuses des maxillaires. *Rev Stomatol Chir Maxillofac* 1988;89:190-8.
15. Ruhin B, Guilbert F, Bertrand J-C. Traitement des kystes, tumeurs et pseudotumeurs bénignes des maxillaires. *Encyc Med Chir Stomatol* 28-550-V-10. Elsevier Masson, Paris, 2008.
16. Noujaim S, Alantar A, Galeazzi JM, Genet Ph, Maman L. Kyste osseux solitaire chez un patient atteint d'une drépanocytose. *Med Buccale Chir Buccale* 2003;9:105-11.
17. Naumann S, Filippi A. Les pseudokystes du maxillaire inférieur. *Rev Mens Suisse Odontostomatol* 2002;112:1026-30.