

THOMAS VON ARX¹
 KONSTANTIN BRÄUTIGAM²
 YARA BANZ²
 MICHAEL M. BORNSTEIN³

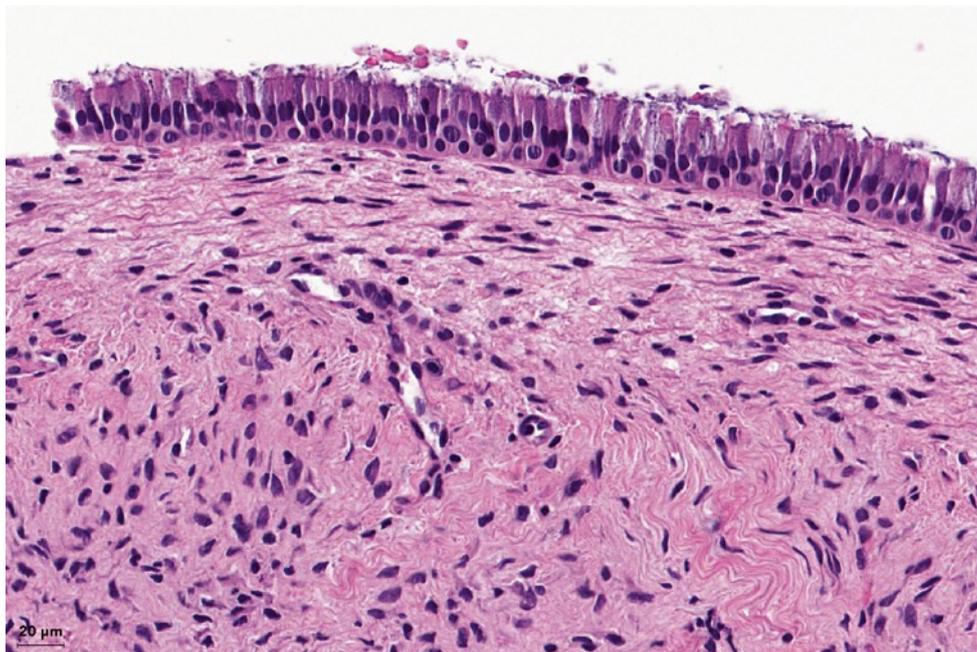
¹ Clinique de chirurgie orale et de stomatologie, Cliniques de médecine dentaire de l'Université de Berne, zmk bern

² Institut de pathologie, Université de Berne

³ Clinique de santé et de médecine bucco-dentaires, Centre universitaire de médecine dentaire de Bâle, UZB

CORRESPONDANCE

Prof. Dr. med. dent. Michael Bornstein
 Klinik für Oral Health & Medicine
 Universitäres Zentrum für Zahnmedizin Basel UZB
 Mattenstrasse 40
 CH-4058 Basel
 E-Mail: michael.bornstein@unibas.ch



Kyste de rétention muqueuse tout à fait inhabituel dans l'os maxillaire, radiologiquement suggestif d'un kyste radiculaire

Un rapport de cas

MOTS-CLÉS

Ostéolyse, os maxillaire, pathologie, kyste de rétention muqueuse, diagnostic différentiel

Image en haut: Cliché histopathologique typique d'un kyste de rétention muqueuse. Il montre la paroi du kyste avec la muqueuse de type respiratoire.

RÉSUMÉ

Dans la région maxillaire, l'une des pathologies les plus fréquentes est l'inflammation apicale d'origine bactérienne de racines dentaires, entraînant une résorption osseuse qui se présente sur les radiographies sous forme de radiotransparence (ou « hyperclarté »). En règle générale, les données cliniques et radiologiques correspondantes sont congruentes et permettent de poser un diagnostic clair. Mais il arrive parfois que le diagnostic définitif soit inattendu et totalement différent, comme le montre le présent rapport de cas. Un kyste radiculaire du maxillaire supérieur

droit était suspecté chez une patiente de 55 ans et devait être traité par kystectomie et résection apicale des 15 et 16 adjacentes, dont les canaux radiculaires avaient été obturés. Cependant, l'aspect péropératoire ne correspondait pas du tout à un kyste radiculaire mais plutôt à un kyste de rétention muqueuse, ce qui a été confirmé ultérieurement à l'examen histopathologique. Dans l'os maxillaire, le diagnostic de kyste de rétention muqueuse est tout à fait inhabituel et n'a encore jamais été décrit sous cette forme dans la littérature.

Introduction

L'une des tâches les plus importantes de la médecine dentaire est le diagnostic des atteintes d'origine inflammatoire ou microbienne, qui doivent être différenciées des altérations d'étiologie néoplasique et des malformations ainsi que des lésions d'origine traumatique. Outre les données anamnestiques du patient, les examens cliniques et radiologiques permettent de délimiter le spectre des affections possibles (diagnostic différentiel) pour en arriver aux diagnostics de suspicion.

L'une des pathologies les plus fréquentes de la région maxillaire est l'inflammation d'origine bactérienne de l'extrémité de racines dentaires, entraînant une résorption osseuse (RICUCCI &

SIQUIERA 2010). Il en résulte la formation de défauts osseux maxillaires visibles radiologiquement (radiotransparences), mais que le patient ne remarque pas toujours. Ces atteintes peuvent entraîner occasionnellement la formation de lésions kystiques de grande taille, qui seront découvertes fortuitement à l'examen radiologique ou en raison de symptômes correspondants (VON ARX ET COLL. 2020). Les concepts d'enseignement classiques nous apprennent que « les radiotransparences osseuses sont pathologiques », a fortiori lorsque ces altérations semblent associées aux racines dentaires. Le diagnostic le plus probable est alors celui de « kyste radiculaire ». Il arrive cependant que l'on se trompe, comme le montre le cas suivant.

Rapport de cas

Une patiente âgée de 55 ans est adressée à un endodontiste par son médecin-dentiste privé en raison de troubles peu clairs de la mâchoire supérieure droite; cette patiente avait subi antérieurement un traitement de canal radiculaire des dents 15 et 16. Un CT-scan céphalique réalisé à l'étranger est suggestif, selon cet endodontiste, d'un kyste radiculaire assez volumineux dans le maxillaire supérieur droit, et il en est de même pour une radiographie de dent unitaire réalisée récemment par le médecin-dentiste privé (fig. 1). Pour cette raison, l'endodontiste adresse la patiente à notre clinique.

Examen de la patiente et investigations

Sur le plan général, la patiente prend un antiagrégant plaquettaire en raison d'un status après la pose de stent sur une artère

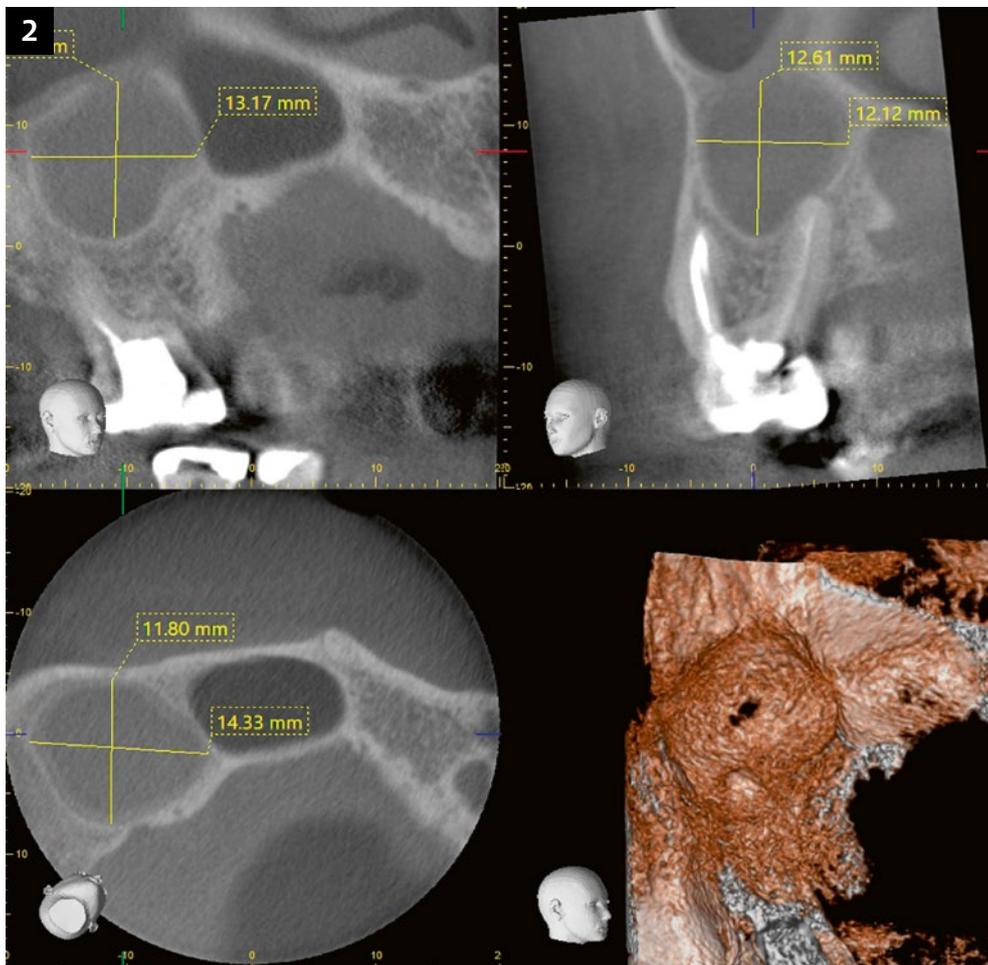


Fig. 1 La radiographie réalisée par le médecin-dentiste montre les deux dents 15 et 16 ayant subi un traitement de racine, ainsi qu'une lésion « kystique » en apical de la 16. La dent 14 est manquante. Le récessus alvéolaire du sinus maxillaire est visible en apical de l'espace interdentaire libre.

Fig. 2 TVN sur une fenêtre de 4×4 cm. Les mesures linéaires indiquent que le diamètre du défaut osseux « kystique » est d'environ 12-14 mm. La lésion n'est pas entièrement délimitée, au niveau osseux, par rapport au sinus maxillaire (voir aussi fig. 5).

coronaire trois ans auparavant, ainsi qu'un hypocholestérolémiant. En ce qui concerne l'anamnèse médico-dentaire, la patiente mentionne une «sensibilité» occasionnelle de la mâchoire supérieure droite sans douleur manifeste, mais la patiente ne peut pas la localiser avec précision.

L'examen clinique ne révèle qu'une légère douleur à la percussion au niveau de la dent 15. Tous les autres paramètres examinés sont sans particularité, et l'on ne constate pas d'augmentation pathologique des valeurs de sondage. Il n'y a pas non plus de douleurs à la palpation, de rougeurs, de tuméfactions ou de formation de fistule.

La patiente accepte une nouvelle imagerie tridimensionnelle (tomographie volumique numérique, TVN). Une TVN à petit volume (FOV [n.d.t. : FOV = Field of vue] 4×4) est réalisée sur les régions 15/16 (fig. 2), et met en évidence un élargissement discret de l'espace parodontal apical de la 15 dans le contexte d'un traitement endodontique suffisant (fig. 3). En position apicale de la 16, on observe une ostéolyse circonscrite arrondie d'un diamètre de 12 à 14 mm. Tous les canaux radiculaires de

la 16 sont obturés de manière adéquate sur le plan endodontique. L'ostéolyse mentionnée s'étend jusqu'à l'extrémité palatine de la racine, mais les deux extrémités vestibulaires de la racine présentent une délimitation osseuse par rapport à l'ostéolyse (fig. 4). Dans la partie céphalique de la «lésion kystique», il n'y a pas de délimitation osseuse par rapport au sinus maxillaire (fig. 5).

Les diagnostics de suspicion suivants ont été posés : parodontite apicale débutante de la 15 et kyste radulaire de la 16, probablement à partir de la racine palatine. La patiente a accepté la réalisation d'une intervention chirurgicale apicale sur les dents 15 et 16, ainsi que l'ablation du kyste.

Thérapie

Sous anesthésie locale (anesthésie terminale des régions vestibulaires 14-17 et anesthésie de conduction du nerf grand palatin droit), une incision de la base de la papille a été réalisée de la région mésiale 15 à la région vestibulaire 17, avec une incision vestibulaire de décharge dans la région mésiale 15. La préparation du lambeau a révélé que l'os compact vestibulaire était parfaitement intact. L'apex de la 15 et les deux apex vestibulaires de la 16 ont été dégagés par ostéotomie. Au niveau des racines de la 16, l'os périapical était intact, alors qu'au niveau de la 15, il a été possible de cureter un volume très faible de tissu cicatriciel. Pour accéder au «kyste», la fenêtre osseuse a été élargie en direction céphalique jusqu'à ce que le «sac kystique» soit visible. Lors de l'exocochléation du «sac kystique», une rupture de la muqueuse sinusienne s'est produite dans la zone supérieure ; la rupture a été colmatée avec deux couches de membrane de collagène. En pratiquant l'excision tissulaire, il a été remarqué que le «sac kystique» était très fin, et que son contenu était plutôt muqueux, et non pâteux et inflammatoire. Les cristaux de cholestérol «scintillants» typiques d'un kyste inflammatoire dentogène n'étaient pas présents. En peropératoire, le diagnostic de suspicion de «kyste radulaire» a donc été écarté et le diagnostic de présomption retenu a été celui de kyste de rétention muqueuse. Pour cette raison, nous avons également renoncé à la résection plus difficile de l'extrémité palatine de la racine. L'inspection endoscopique des extrémités radiculaires déjà ré-séquées de la 15 et de la 16 a montré un traitement endodon-



Fig. 3 Les images TVN ne montrent pour la dent 15 qu'un élargissement discret de l'espace parodontal apical (flèche blanche); l'obturation canalaire est suffisante. L'apex de la 15 est clairement délimité, au niveau osseux, par rapport à la lésion située plus loin en direction céphalique. (A) plan sagittal, (B) plan coronal. KH = sinus maxillaire; NH = cavité nasale; ZL = «lésion kystique»

Fig. 4 Les images TVN montrent la «radiotransparence kystique» en position céphalique par rapport à la 16, bien délimitée au niveau osseux par les deux apex vestibulaires, mais s'étendant jusqu'à l'extrémité palatine de la racine (flèche blanche). (A) plan sagittal, (B) racine mésio-buccale, plan coronal, et (C) racine disto-buccale et racine palatine, plan coronal. KH = sinus maxillaire; NH = cavité nasale; ZL = «lésion kystique»

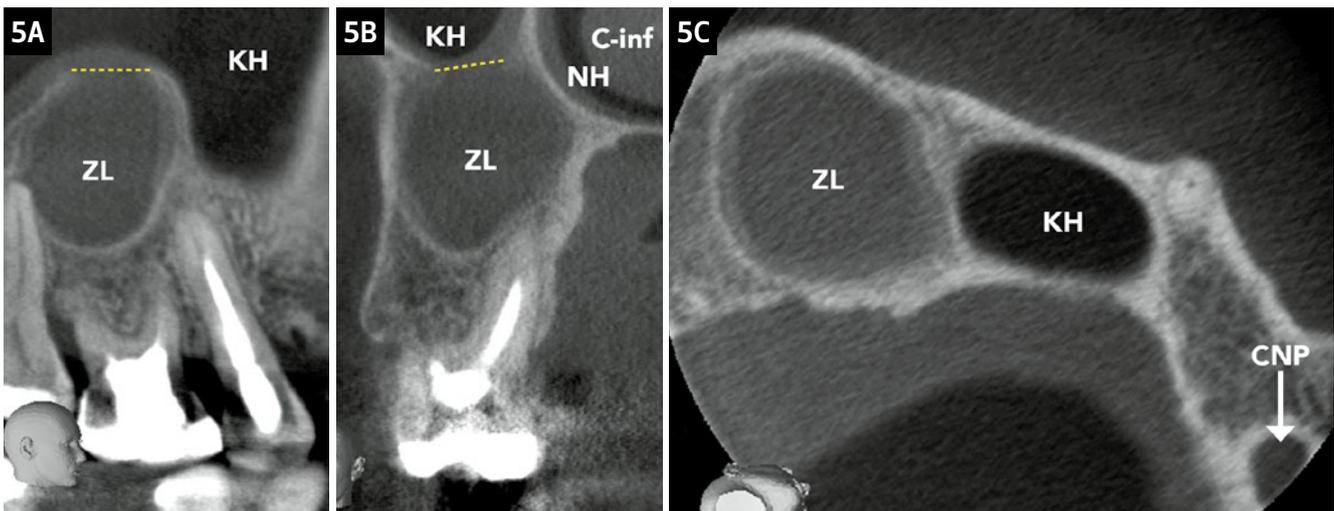


Fig. 5 Les images TVN de la «lésion kystique» montrent que celle-ci présente une fenêtre osseuse en direction céphalique (ligne jaune pointillée). Il est également frappant de constater que le défaut osseux présente une bordure plus claire (bande gris clair d'environ 1 à 2 mm de large), mais qu'au centre, il est d'un gris homogène plus foncé. (A) plan sagittal, (B) plan coronal, (C) plan axial (horizon)
C-inf = cornet inférieur; CNP = canal naso-palatin; KH = sinus maxillaire; NH = cavité nasale; ZL = «lésion kystique»

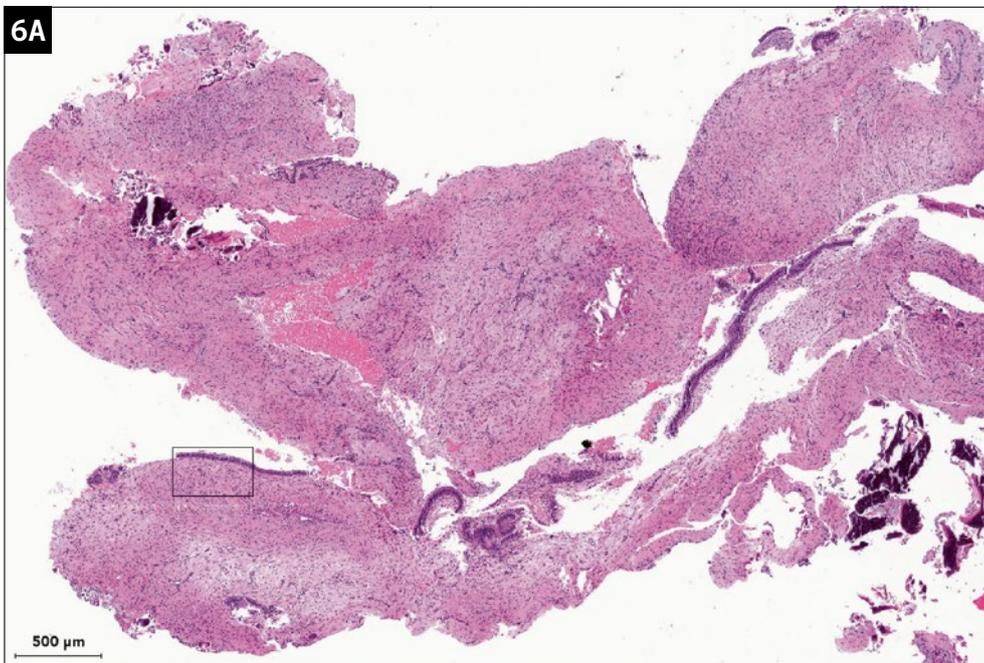


Fig. 6 Les clichés histopathologiques d'ensemble et de détails (coloration H&E, [A] avec un grossissement de 3.0 × et [B] avec un grossissement de 40.0 ×) montrent le tissu fortement fibrosé de la paroi du kyste, riche en collagène et tapissée d'une muqueuse de type respiratoire. On observe en outre la présence de petits fragments de tissu osseux.

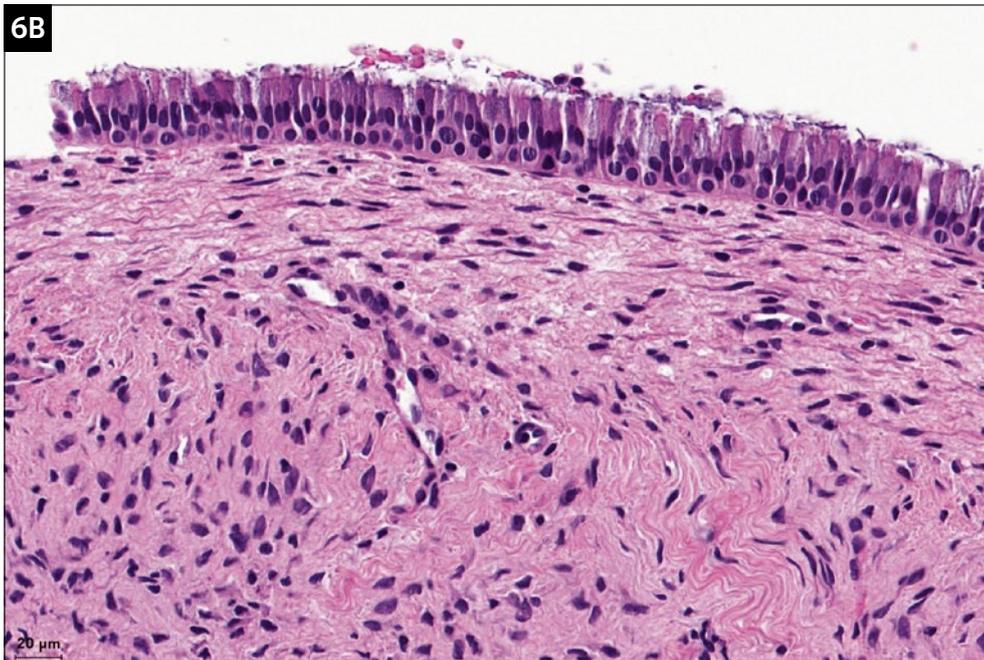
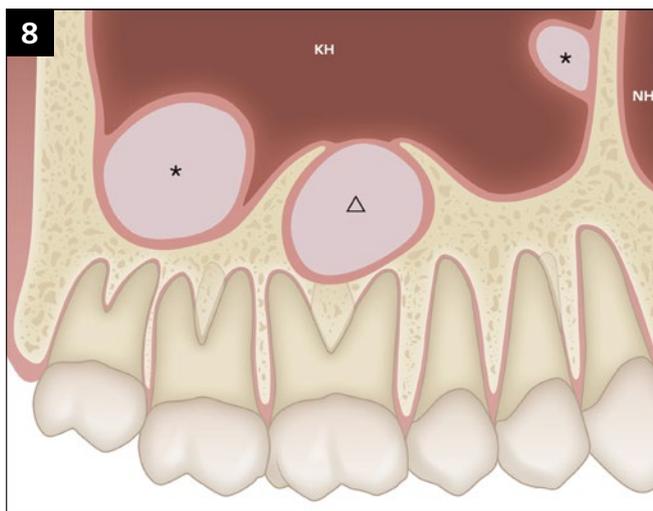
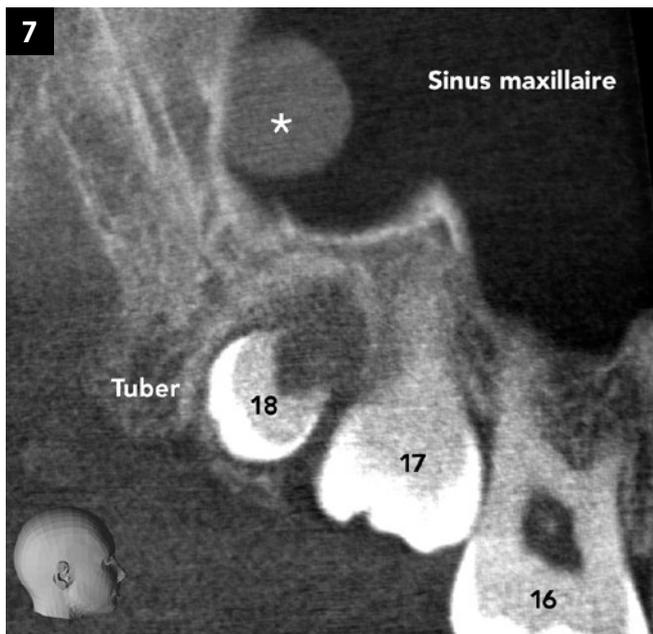


Fig. 7 Image TVN (plan sagittal) d'un patient de 14 ans présentant un kyste de rétention muqueuse en forme typique de ballon (★) sur la paroi postérieure du sinus maxillaire droit

Fig. 8 Graphique illustrant les kystes de rétention muqueuse typiques de la muqueuse du sinus maxillaire (★) ainsi que le kyste de rétention muqueuse inhabituel décrit dans le présent rapport de cas (Δ).
KH = sinus maxillaire; NH = cavité nasale



tique suffisant pour chacun de ces canaux radiculaires. Néanmoins, ceux-ci ont été préparés de façon rétrograde avec des pointes à ultrasons puis obturés avec un ciment biocéramique. Deux cônes de collagène ont été appliqués dans le défaut osseux, et la fenêtre osseuse vestibulaire a été recouverte d'une membrane de collagène. Puis la fermeture primaire de la plaie a été réalisée avec des sutures à points séparés. Le contrôle de l'évolution à cinq jours avec retrait des points de suture a montré une cicatrisation normale.

Histopathologie

Le tissu prélevé a été fixé dans une solution tamponnée de formaldéhyde à 4 %, puis inclus dans de la paraffine. Des coupes d'une épaisseur de 1 micromètre ont été réalisées, puis colorées à l'hématoxyline-éosine (H&E) ; une coloration de PAS (Periodic Acid Schiff) a également été réalisée pour mettre en évidence le mucus. L'examen histopathologique a montré une paroi kystique fortement fibrosée, tapissée d'une muqueuse de type respiratoire et légèrement enflammée, avec présence focale de tissu osseux (fig. 6). L'image morphologique typique d'un kyste radulaire n'était pas présente. L'image histopatho-

logique correspondait bien à un kyste de rétention muqueuse, confirmant ainsi le diagnostic de suspicion révisé pendant l'intervention chirurgicale.

Discussion

Le présent rapport de cas documente une forme extrêmement rare de kyste de rétention muqueuse situé dans l'os maxillaire. Plusieurs recherches dans la littérature n'ont pas permis de trouver d'autres publications faisant état de cas identiques. En revanche, on trouve souvent des kystes de rétention muqueuse dans les sinus, généralement dans le sinus maxillaire, ainsi que dans les parties molles muqueuses de la cavité buccale, principalement dans la région des lèvres.

Dans le cas typique du kyste de rétention muqueuse du sinus maxillaire, des troubles sécrétoires intraépithéliaux provoquent des distensions en forme de ballon de la muqueuse sinusienne (COLEMAN ET COLL. 2005). Celles-ci sont généralement asymptomatiques. Lors d'un éclatement spontané, du mucus peut s'écouler par vagues dans le sinus maxillaire et, de là, dans la cavité nasale. Les images radiologiques (OPT, CT-scan, TVN) font apparaître des ombres hémisphériques à sphériques bien délimitées sur les parois intactes du sinus maxillaire (YEUNG ET COLL. 2018) (fig. 7). La présence d'un kyste de rétention muqueuse dans l'os maxillaire supérieur est tout à fait inhabituelle. Manifestement, la muqueuse sinusienne s'est insérée par herniation dans le plancher osseux du sinus maxillaire, et a évolué vers ce défaut « kystique » sphérique en raison de la sécrétion continue de mucus provoquant une augmentation de la pression intrakystique (fig. 8). Il est bien possible que les deux traitements de racines des dents 15 et 16 n'aient pas été nécessaires du tout.

L'interprétation erronée des radiotransparences situées en apical des racines dentaires ou en périradulaire est une problématique bien connue (SUTER ET COLL. 2011 ; SIROTHEAU CORREA PONTES ET COLL. 2014 ; KOTOGIANNIS ET COLL. 2015 ; HUANG ET COLL. 2017 ; MUPPARAPU ET COLL. 2020). La situation est particulièrement critique dans le cas de processus malins, où des traitements canalaires inutiles et/ou non pertinents entraînent de longues fenêtres temporelles avant que le diagnostic effectif de tumeur soit posé et que les étapes thérapeutiques nécessaires soient initiées (BORNSTEIN ET COLL. 2008). C'est précisément en cas de résultats radiologiques peu clairs en radiographie bidimensionnelle et de symptômes cliniques peu explicites qu'il est recommandé de recourir à l'imagerie tridimensionnelle (CT-scan, TVN). En fin de compte, c'est seulement l'examen histopathologique qui permet de poser un diagnostic définitif (SULLIVAN ET COLL. 2016).

Conclusion

Ce rapport de cas illustre la difficulté d'interprétation radiologique d'une radiotransparence d'aspect kystique, proche de la racine, dans le maxillaire supérieur. À notre surprise, l'aspect peropératoire correspondait plutôt à un kyste de rétention muqueuse, ce qui a pu être confirmé à l'examen histopathologique. À la connaissance des auteurs et après une revue correspondante de la littérature, un kyste de rétention muqueuse situé dans le processus alvéolaire n'avait encore jamais été documenté.

Remerciements

Les auteurs remercient M^{mes} Ines Badertscher, spécialiste multimédia, et Bernadette Rawyler, graphiste médicale, Cliniques de médecine dentaire de l'Université de Berne, pour la composition des illustrations et, respectivement, la réalisation du graphique.