

Kyste Osseux Solitaire Mandibulaire :A Propos De 2 Observations.

H.B Buckat, K. M'fa, A. Bakhil, L. Khalfi, A. Benbachir, K. El Khatib,
J. Hamamam. R. Naji

Service De Stomatologie Et De Chirurgie Maxillo-Faciale. Hôpital D'instruction Mohammed V De Rabat.

Service D'anatomopathologie, Hôpital D'instruction Mohammed V De Rabat.

Service D'odontostomatologie Et De Chirurgie Maxillo-Faciale. Hôpital D'instruction Omar Bongo Ondimba
De Libreville

Resume

Introduction :

Le kyste osseux solitaire (KOS) est une tumeur bénigne et fréquente des métaphyses et diaphyses des os longs. La localisation mandibulaire est rare, souvent de découverte fortuite sur un orthopantomogramme.

Observation : Nous rapportons deux cas de KOS mandibulaires de découverte fortuite. Le cas n°1 : patient de 16 ans aux antécédents de traumatisme dentaire il y a 5 ans, qui consultait pour un nouveau traumatisme dentaire. L'orthopantomogramme met en évidence une volumineuse lésion kystique radioclaire multiloculaire de la partie postérieure du corpus et du ramus droit de la mandibule. Le cas n°2 est une patiente de 14 ans qui présente une image radioclaire uniloculaire à bordure nette de la région symphysaire.

Discussion : Le KOS est une tumeur bénigne qui se développe préférentiellement sur les métaphyses des os longs, la localisation mandibulaire est l'apanage du sujet jeune (10-20 ans) et représente environ 2% des kystes maxillo-mandibulaire. Elle touche la mandibule dans 98% des cas, au niveau symphysaire. Les étiologies du KOS restent encore controversées, l'hypothèse traumatique reste la première cause depuis 1970, d'autres étiologies ont été proposées dans la littérature. La trépanation chirurgicale est le traitement de choix, il permet de confirmer le diagnostic et permet la réossification.

Conclusion : La localisation mandibulaire du KOS est rare, elle est asymptomatique et de découverte fortuite, la trépanation chirurgicale demeure le traitement de choix.

Mots clés : kyste osseux solitaire/mandibule/diagnostic/traitement

Date of Submission: 28-05-2024

Date of Acceptance: 08-06-2024

I. Introduction

Le kyste osseux solitaire (KOS) est une lésion intra osseuse bénigne, vide de contenu ou remplie d'un liquide séreux, séreux hématique ou sanguin essentiellement retrouvé au niveau de la partie proximale des métaphyses des os longs des enfants et adolescents (10-20ans).la localisation maxillo-mandibulaire est rare (2%) et touche préférentiellement la mandibule dans 90%, au niveau symphysaire et du corpus postérieur de la mandibule. Souvent de découverte fortuite sur orthopantomogramme sous forme d'une image radio claire monoloculaire ou multiloculaire et festonnée selon la taille du kyste, sans rhizalyse et amincissant la corticale sans l'interrompre. Le Kos de grande taille peut être confondu à certaines tumeurs bénignes à agressivité locale comme le kératokyste ou l'améloblastome mandibulaire. D'étiologie encore controversée l'hypothèse traumatique est la première depuis 1970. La trépanation chirurgicale constitue le traitement de choix et permet en partie de poser le diagnostic en attendant la confirmation de l'examen anatomopathologique.

Le but de ce travail a été de rapporter les données cliniques, radiologiques et histologiques de 2 patients présentant un KOS mandibulaire de découverte fortuite.

Cas clinique n°1 :

Patient de 16 ans, aux antécédents de traumatisme dentaire il y a 5 ans, qui consultait pour un nouveau traumatisme dentaire. L'examen clinique endobuccal était normal et l'orthopantomogramme montrait une volumineuse lésion kystique radio-claire multiloculaire de la partie postérieure du corpus et du ramus droit de la mandibule enrobant les racines de la 45 ; 47 et 48 sans rhizalyse (Figure 1). La tomодensitométrie (TDM) a confirmé la présence d'un kyste du corpus mandibulaire soufflant les corticales interne et externe sans les rompre avec un bord basilaire intact (Figure 2).



Figure 1 : orthopantomogramme montrant une image radio-claire multiloculaire de la partie postérieure du corpus et du ramus mandibulaire englobant les racines de la 45, 47 et 48 sans rhizolyse.

Lors de l'intervention chirurgicale, sous anesthésie générale, la cavité kystique était vide de paroi, de contenu séro-hématique. Un simple curetage a été réalisé, les suites opératoires ont été simples sans anesthésie Labio-mentonnaire. L'examen histologique mettait en évidence une absence de revêtement épithélial à l'examen anatomopathologique, le revêtement kystique était totalement abrasé et reposant sur une coque fibreuse abritant un infiltrat inflammatoire mononucléé (fig.3). Le diagnostic de KOS était posé.



Figure 2 : TDM coupe sagittale(a), coupe coronale(b), coupe axiale(c) montrant un kyste mandibulaire du secteur molaire droit, soufflant la corticale interne et externe sans les rompre.

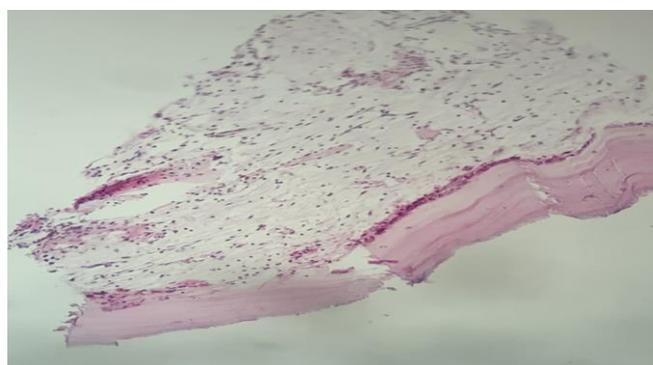


Figure 3 : image histologique de la paroi kystique dont le revêtement est totalement abrasé et reposant sur une coque fibreuse abritant un infiltrat inflammatoire mononucléé.

Cas clinique n°2 :

Patiente de 14 ans, sans antécédents médicaux, adressée par son orthodontiste pour prise en charge d'une image radio-claire de la région symphysaire, de découverte fortuite sur orthopantomogramme. L'examen endobuccal était normal. L'examen tomodensitométrique a confirmé une lacune symphysaire, bien limitée et sans atteinte de la corticale (fig. 4 a et b)

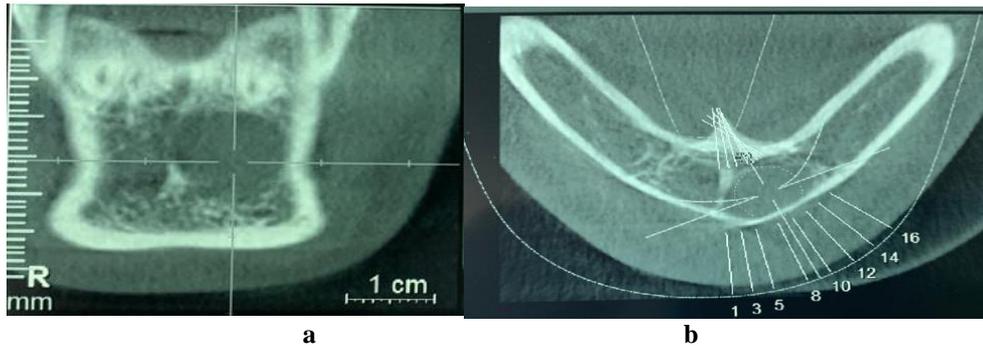


Figure 4 : TDM mandibulaire préopératoire : coupe sagittale (a) et coupe axiale (b), montrant une image lacunaire symphysaire, aux limites bien définies.

La trépanation avait été réalisée sous anesthésie générale, permettant de mettre en évidence une cavité pneumatisée recouvert d'une petite membrane qui s'avérera être de nature conjonctive après analyse anatomopathologique. Les suites opératoires étaient simples.

II. Discussion

Le kyste solitaire osseuse (KOS) est une lésion intraosseuse vide de contenu ou remplie d'un liquide séreux, séro-hématique ou sanguin retrouvé au niveau de la partie proximale des métaphyses des os longs des enfants et des adolescents [1]. On retrouve plusieurs appellations de cette lésion dans la littérature : kyste idiopathique, kyste essentiel, kyste osseux traumatique. C'est en 1992 que l'organisation mondiale de la santé (OMS) classe ces kystes dans la catégorie des tumeurs odontogènes des maxillaires et recommande le terme de kyste osseux solitaire(KOS) [2]. La localisation maxillo-mandibulaire du kyste osseux solitaire est rare (2%) et touche préférentiellement la mandibule dans 90% des cas, au niveau symphysaire et du corpus postérieur. Mais les localisations rares du KOS ont été décrites dans la littérature : uniquement ramique [3, 4] ou condyliennes [5, 6] ainsi que des localisations multiples : mandibulaire bilatérale ou bimaxillaire [7, 8, 9].

L'étiologie du KOS est toujours controversée depuis les années 1970[8]. A cet effet, plusieurs théories se confrontent : l'origine traumatique constitue l'hypothèse initiale souvent avancée alors qu'elle est mise en évidence que dans 7 à 50% des cas [11, 12]. Il a été décrit le développement du KOS de l'angle mandibulaire 5 ans après l'avulsion d'une troisième molaire incluse. Valez [11] rapporte 22% de cas de KOS secondaires à un traitement orthodontique, alors que Copete met en évidence que 13% des cas surviennent chez des patients en cours de traitement orthodontique [14]. Le KOS est aussi observé dans certains syndromes tel que l'incontinentia pigmenti [15] et chez le drépanocytaire [16]. A nos jours, la pathogénie du KOS reste inconnue, mais un consensus se dessine à savoir : une altération du système vasculaire, entraînant une ischémie locale post hémorragique à l'origine d'une nécrose aseptique et l'apparition d'un transsudat dans la cavité, favorisant une résorption osseuse [17]. L'augmentation de la pression intra médullaire favorise l'extension du kyste.

Les critères de diagnostic du KOS sont les suivantes : lésion kystique sans contenu ou remplie de liquide, entourée de parois osseuses dures sans revêtement épithélial et sans étiologie infectieuse. Lorsqu'il est présent, le revêtement du kyste est constitué d'une membrane conjonctive très fine et fragile [18]. Comme dans nos deux cas rapportés, cette affection est majoritairement asymptomatique et de découverte fortuite à un examen de routine [12, 7, 20]. Rarement, le patient présente des symptômes tels qu'une tuméfaction, une douleur ou une paresthésie orofaciale [12, 7, 4]. La lésion apparaît radiologiquement sous la forme d'une image unique, de faible étendue, radio-claire, homogène, entourée d'un fin liseré de condensation osseuse. Ces bords sont nets et irréguliers, les corticales osseuses sont amincies mais non interrompues alors que les lésions de grande étendue peuvent revêtir un aspect multiloculaire et être à l'origine d'erreur de diagnostic (kératokyste ; améloblastome etc.) [20, 4, 15]. Les septa intra lésionnels peuvent être présents au sein des lésions multiloculaires [2, 9]. Les KOS peuvent être à distance des dents, ou envelopper les racines des dents évoluées qu'ils ne résorbent pas généralement [2]. Dans une revue d'imagerie radiologique de 44 cas de KOS, Copet et al [21] ont décrit une image caractéristique en forme de cône, qui avait déjà été référencée au niveau de l'os long dans 64% des cas. Outre cet aspect, la lésion était ovale dans 16% des cas, irrégulière dans 16% des cas et ronde dans 4% des cas. Un autre aspect radiologique caractéristique du KOS est l'aspect festonné, ondulé de la lésion qui forme des interdigitations entre les racines des dents adjacentes. Il est retrouvé dans 68% des cas chez Copet et al[2]. Concernant les deux cas que nous rapportons : le cas n°1 présentait une localisation au niveau de la partie postérieure du corpus mandibulaire, et l'aspect était multiloculaire. Alors que pour le cas n°2, la lésion était symphysaire, ronde, uniloculaire avec des limites nettes.

Etant donné le large spectre des aspects radiologiques des KOS, leur diagnostic différentiel est

complexe, notamment pour les lésions de grande étendue avec des présentations radiologiques inhabituelles. Ainsi, le KOS à localisation mandibulaire postérieure (ramus, angle, corps postérieur) ; multiloculaire et cloisonné, chez le sujet jeune, impose le diagnostic différentiel avec plusieurs tumeurs odontogènes bénignes, mais agressive localement avec des taux de récurrence élevés :

– le kératocyste odontogène, retrouvé le plus souvent entre la deuxième et la quatrième décennie de la vie. Il peut revêtir un aspect multiloculaire, avec expansions et perforation de la corticale, déplacement et résorption dentaire. Il est retrouvé fréquemment au niveau du corps et du ramus mandibulaire en rapport avec une dent incluse [22, 23].

– L'améloblastome : diagnostiqué fréquemment dans les décades 2 et 3 de la vie, peut revêtir un aspect radiologique multiloculaire avec des septa internes qui lui donnent un aspect « en bulle de savon ou en nid d'abeille ». Il peut entraîner des déplacements et des résorptions radiculaires ainsi que la perforation des corticales. L'améloblastome peut se développer en rapport avec une dent incluse [22, 23].

– le Mixome odontogène : fréquemment dans les décades 2 et 3 de la vie, avec une localisation préférentielle au niveau du ramus mandibulaire ; il peut présenter des trabéculations osseuses intralésionnelles et être responsable de résorptions et de déplacements dentaires [22, 23].

A côté de ces trois lésions, d'autres diagnostics différentiels du KOS sont : le granulome central à cellules géantes ; les malformations artérioveineuses ; les tumeurs brunes liées à l'hyperparathyroïdie secondaire et les carcinomes muco-épidermoïdes [23]. L'imagerie par résonance magnétique (IRM), permettrait de distinguer le KOS des ces tumeurs bénignes, sur la base de leur différence de contenu (liquidien, sérohématique versus parenchymateux) [24]. La trépanation de la corticale et le curetage des parois constituent le traitement du KOS et permet la régénération osseuse [25]. Nos deux patients avaient également bénéficié d'une trépanation-curetage et lavage au sérum physiologique de la cavité. Certains auteurs rapportent l'utilisation du plasma riche en fibrine (PRF) comme alternative pour accélérer le processus de réossification. En 2001 Choukroun fait le point sur l'utilisation du PRF dans le traitement du KOS. M. Magremanne et al confirme dans une publication l'effet bénéfique de l'utilisation du PRF [26]. Sapp et Stark [27] rapportent des cas de cicatrisation spontanée des KOS, suggérant que la rareté de ces lésions chez le sujet plus âgé serait due à ce phénomène. Les récurrences sont exceptionnelles, mais décrites dans la littérature [25, 28]. Une étude rétrospective sur 132 patients rapporte un taux de récurrence élevé de 26% qui pourrait être expliqué par le fait que les suivis ne sont pas suffisamment long dans les autres études [25]. Le taux de récurrence augmente considérablement dans les cas de KOS multiples ou associés à la dysplasie cémento-osseuse.

III. Conclusion :

Le KOS est une tumeur bénigne qui se développe préférentiellement sur les métaphyses des os longs, la localisation mandibulaire est l'apanage du sujet jeune (10-20 ans) et représente environ 2% des kystes maxillo-mandibulaires. Elle touche la mandibule dans 98% des cas, au niveau symphysaire. Les étiologies du KOS restent encore controversées. La trépanation chirurgicale est le traitement de choix, il permet de confirmer le diagnostic, promouvoir la cicatrisation par ouverture de la lésion, permettant la formation d'un caillot sanguin et une réossification.

Reference:

- [1] Shear M, Speight P. Solitary Bone Cyst. In: Cysts Of The Oral And Maxillofacial Regions, Fourth Edition. Eds Blackwell Munksgaard, 2007:156-161.
- [2] Kramer Irh, Pindborg Jj, Shear M. Histological Typing Of Odontogenic Tumours. 2nd Ed. Berlin: Springer, 1992.
- [3] Cortell-Ballester I, Figueiredo R, Berini-Aytés L, Gay-Escoda C. Traumatic Bone Cyst: A Retrospective Study Of 21 Cases. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2009;14:E239-E243.
- [4] Strabbing Em, Gortzak Ra, Vinke Jg, Saridin Cp, Van Merkesteyn Jp. An Atypical Presentation Of A Solitary Bone Cyst Of The Mandibular Ramus: A Case Report. J Craniomaxillofac Surg 2011; 39:145-147.
- [5] Kuttengerber Jh, Farmand M, Stoss H. Recurrence Of A Solitary Bone Cyst Of The Mandibular Condyle In A Bone Graft. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1992;74:550-556.
- [6] Telfer Mr, Jones Gm, Pell Gm, Eveson Jw. Primary Bone Cyst Of The Mandibular Condyle. Br J Oral Maxillofac Surg 1990;28:340-343.
- [7] Kaugars Ge, Cale Ae. Traumatic Bone Cyst. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1987;63:318-324.
- [8] Joyet, Raghupathy P, Sherubinje, Kiranms. Ararepresentation Of A Simple Bone Cyst. J Pharm Bioallied Sci 2015;7(Suppl 2): S823-S826.
- [9] Mathew R, Omami G, Gianoli D, Lurie A. Unusual Cone-Beam Computerized Tomography Presentation Of Traumatic (Simple) Bone Cyst: Case Report And Radiographic Analysis. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol 2012;113:410-413.
- [10] Heubner Gr, Turlington Eg. So-Called Traumatic (Hemorrhagic) Bone Cysts Of The Jaws. Review Of The Literature And Report Of Two Unusual Cases. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1971;31(3):354-65.
- [11] Velez I, Siegel Ma, Mintz Sm, Rolle R. The Relationship Between Idiopathic Bone Cavity And Orthodontic Tooth Movement: Analysis Of 44 Cases. Dentomaxillofac Radiol 2010;39(3):162-6
- [12] Howe Gl. 'Haemorrhagic Cysts' Of The Mandibule. I. ii. Br J Oral Surg 1965;3(1-2):55-91.
- [13] Pogrel Ma. A Solitary Bone Cyst Possibly Caused By Removal Of An Impacted Third Molar. J Oral Maxillofac Surg 1987;45(8):721-3.
- [14] 3 Copete Ma, Kawamata A, Langlais Rp. Solitary Bone Cyst Of The Jaws: Radiographic Review Of 44 Cases. Oral Surg

- Oral Med Oral Pathol Radiol Endod 1998;85(2):221-5.
- [15] Baddour Hm, Steed Dl, Tilson Hb. Incontinentia Pigmenti: Report Of Case. *J Oral Surg* 1981;39(1):57-9.
- [16] Noujaim S, Alantar Alp, Galeazi Jm, Genet P, Maman L. Kyste Osseux Solitaire Chez Un Enfant Atteint De Drépanocytose. *Med Buccale Chir Buccale* 2003;9:105-1.
- [17] Harnet Jc, Feki A, Lombardi T. Kyste Osseux Solitaire Des Maxillaires Caractéristiques Radiologiques Et Déterminisme Du Processus Pathogène. *Med Buccale Chir Buccale* 2010;16:95-100.
- [18] Sauveur G, Ferkdadji L, Gilbert E, Mesbah M. Kystes Des Maxillaires. *Emc (Elsevier Sas, Paris), Stomatologie* 22-062-G-10, 2006
- [19] Patrikiou A, Spheriadou-Mavropoulou T, Zambelis G. Bilateral Traumatic Bone Cyst Of The Mandible: A Case Report. *Med Buccale Chir Buccale* 2010;16:95-100.
- [20] Beasley Jd 3rd. Traumatic Cyst Of The Jaws: Report Of 30 Cases. *J 835. Am Dent Assoc* 1976;92:145-152.
- [21] Kaugars Ge, Cale Ae. Traumatic Bone Cyst. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1987;63(3):318-24.
- [22] 29 Theodorou Sj, Theodorou Dj, Sartoris Dj. Imaging Characteristics Of Neoplasms And Other Lesions Of The Jawbones. Part 1. Odontogenic Tumors And Tumorlike Lesions. *Clin Imaging* 2007; 31:114-119.
- [23] Scholl Rj, Kellett Hm, Neumann Dp, Lurie Ag. Cystic And Cystic Lesions Of The Mandible: Clinical And Radiologic-Histopathologic Review. *Radiographics* 1999;19:1107-11024.
- [24] Matsuzakih, Asaumiji, Yanagiy, Konouchih, Honday, Hisatomi M, Et Al. Mr Imaging In The Assessment Of A Solitary Bone Cyst. *Eur J Radiol Extra* 2003;45:37-42.
- [25] Suei Y, Taguchi A, Tanimoto K. Simple Bone Cyst Of The Jaws: Evaluation Of Treatment Outcome By Review Of 132 Cases. *J Oral Maxillofac Surg* 2007;65:918-923.
- [26] M. Magremanne*, W. Baeyens, S. Awada, C. Vervaeet. Kyste Osseux Solitaire De La Mandibule Et Fibrine Riche En Plaquettes (Prf) *Rev Stomatol Chir Maxillofac* 2009;110:105-108
- [27] Sapp Jr, Stark Ml. Self-Healing Traumatic Bone Cysts, *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1990;69:597-602.
- [28] Horne R, Meara D, Granite E. Idiopathic Bone Cavities Of The Mandible: An Update On Recurrence Rates And Case Report. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol* 2014;117:E71-E73.