

Observation clinique

Kyste mandibulaire bilatéral vestibulaire surinfecté

Nicolas Glock*, Jean-Marie Marteau, Jean-Christophe Fricain

UFR Odontologie, Université Victor Segalen-Bordeaux 2, France

(Reçu le 3 janvier 2011, accepté le 27 janvier 2011)

Mots clés :
kyste bilatéral /
mandibule /
kyste paradentaire /
enfant

Key words:
cyst /
bilateral /
mandibular /
paradental cyst /
children

Résumé – Le kyste mandibulaire vestibulaire surinfecté est une lésion peu commune, associée aux molaires mandibulaires chez l'enfant, au moment de leur éruption. Le cas décrit concerne un enfant avec des kystes bilatéraux en relation avec 36 et 46 retenues. Les dents étaient vitales et indolores mais leur éruption était bloquée. Le CT-scan montrait des images kystiques en position vestibulaire. Il a été décidé d'extraire les dents incriminées et d'énucléer les kystes. Un examen anatomopathologique a confirmé la nature kystique des lésions. Le diagnostic de kyste mandibulaire vestibulaire surinfecté a pu être posé bien que cette dénomination soit peu adaptée en raison de l'absence d'une réelle infection.

Abstract – Bilateral mandibular infected buccal cyst. The mandibular infected buccal cyst is an uncommon lesion associated with the permanent mandibular first or second molar in children just prior to tooth eruption. The WHO includes this lesion under the category of paradental cyst. We describe the case of a patient with bilateral mandibular cyst affecting the first molars. The 9-years-old boy presented with no pain on the impacted teeth. The vitality tests were positive. Computed tomography showed a well defined bilateral ovoid radiolucencies at the apices of the lower left and right first molars. The treatment was to enucleate the cysts and extract both teeth. The histopathologic diagnosis of both lesions was a paradental cyst. The WHO suggests the term of mandibular infected buccal cyst (MIBC). The aim of this case report was to familiarize dentists and oral surgeons with the MIBC, and to discuss the different treatments that are suggested in the literature.

Le kyste odontogène siégeant en position distale ou vestibulaire par rapport à une dent de sagesse mandibulaire partiellement incluse, avec une péricoronarite chronique associée, a été qualifié de kyste inflammatoire latéral par Main en 1970 [1]. En 1976, Craig a proposé le terme de kyste paradentaire [2]. Plus récemment, ce kyste a été décrit sur d'autres dents que les troisièmes molaires mandibulaires. Stoneman et Worth [3] ont proposé le terme de kyste mandibulaire vestibulaire surinfecté (mandibular infected buccal cyst ou MIBC). Ils ont décrit des kystes odontogènes siégeant en position vestibulaire ou distale par rapport aux racines des premières ou deuxièmes molaires mandibulaires lors de leur éruption. La plupart de ces kystes étaient en rapport avec la première molaire mandibulaire chez des enfants ayant entre 6 et 8 ans.

L'OMS a classé cette lésion dans la catégorie des kystes paradentaires. Elle a proposé de reprendre le terme de Stoneman et Worth [3] de MIBC pour les lésions qui se développent en position vestibulaire par rapport aux racines des premières molaires mandibulaires permanentes chez l'enfant âgé de 6 à 8 ans. Pompura et al. [4] ont proposé le terme de kyste

mandibulaire vestibulaire de la furcation (mandibular buccal bifurcation cyst ou MBBC) en raison de l'absence fréquente d'infection. Des cas bilatéraux de MIBC ont exceptionnellement été rapportés. Il n'existe pas de consensus sur la prise en charge qui reste controversée [5-8].

Observation

Un enfant de 9 ans, sans antécédents médicaux notables, a consulté dans le Pôle d'Odontologie et Santé buccale du CHU de Bordeaux en décembre 2009 pour des premières molaires mandibulaires retenues et une prise en charge orthodontique. Les premières molaires mandibulaires étaient vitales. Le patient ne présentait aucune gêne ou douleurs lors de la mastication ou lors de la percussion verticale et horizontale.

L'inspection révélait des premières molaires mandibulaires retenues, recouvertes par une muqueuse saine. En revanche, à la palpation bidigitale, il existait une voussure importante de la corticale vestibulaire, à hauteur des premières molaires mandibulaires droite et gauche. La palpation était indolore. La radiographie panoramique montrait l'existence d'images

* Correspondance : nicolasglock@hotmail.fr



Fig. 1. Radiographie panoramique : images kystiques en rapport avec 36 et 46.
Fig. 1. Orthopantomogram: cyst images of the first mandibular molars.

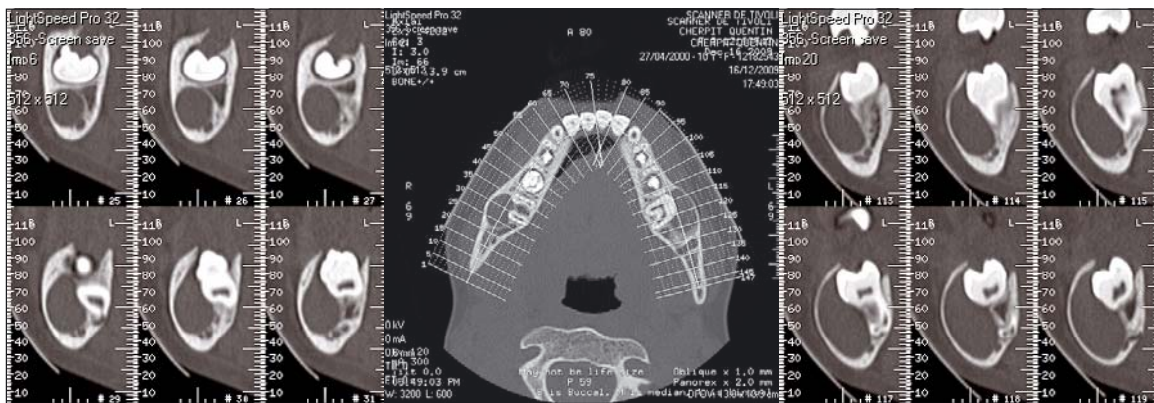


Fig. 2. Dentascan (coupes coronales) montrant deux volumineuses images kystiques soufflant la corticale vestibulaire et refoulant 36 et 46 ainsi que le nerf alvéolaire inférieur du côté lingual.
Fig. 2. CT-scan showing two cystic images blowing the cortical bone and moving the inferior alveolar nerve toward lingual side.

radioclares, uniloculaires, bien limitées, appendues aux racines des premières molaires mandibulaires droite et gauche. La lamina dura était un peu atténuée et l’apex des racines des dents concernées n’étaient pas encore fermés. La lésion droite intéressait principalement la racine distale de la première molaire mandibulaire, alors que la lésion gauche, plus volumineuse, intéressait les deux racines de la première molaire mandibulaire gauche (Fig. 1). Le CT-scan a montré que ces lésions siégeaient du côté vestibulaire; la corticale était soufflée mais non lysée. Ces lésions refoulaient le nerf alvéolaire inférieur et les racines des dents concernées du côté lingual (Fig. 2). L’avulsion des deux molaires et l’exérèse des kystes ont été réalisées sous anesthésie locale. L’examen anatomopathologique a confirmé le diagnostic de kystes (Fig. 3).

Les suites opératoires immédiates ont été satisfaisantes et la radiographie panoramique, réalisée 8 mois plus tard, a montré la bonne reminéralisation des cavités kystiques (Fig. 4).

Discussion

Le cas clinique décrit illustre les différentes caractéristiques cliniques, radiologiques et anatomopathologique des kystes mandibulaires vestibulaires surinfectés [1–13].

L’étiologie du MIBC est incertaine. Au cours de l’éruption de la molaire mandibulaire, lorsque les cuspidés vestibulaires pénètrent dans l’épithélium gingival, une inflammation très localisée apparaît sous l’épithélium de la gencive attachée et déclencherait une prolifération épithéliale

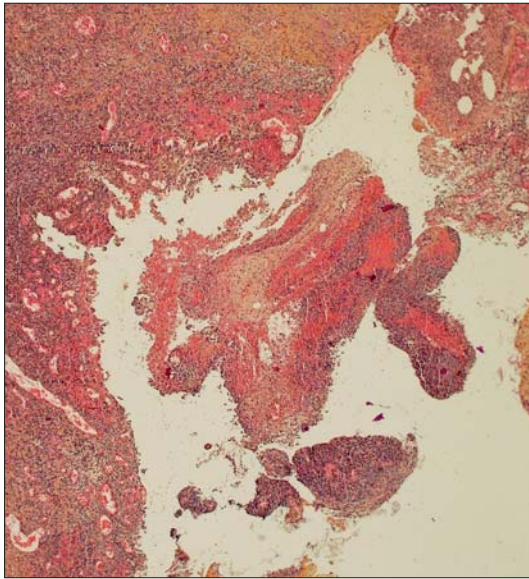


Fig. 3. Aspect histopathologique d'un des deux kystes : la cavité kystique est bordée par un épithélium malpighien non kératinisé, avec un important infiltrat inflammatoire sous-jacent. Cet aspect est compatible avec un kyste paradentaire (HE, $\times 50$).

Fig. 3. Histopathological appearance of one of two cysts: cystic cavity is lined by a squamous non-keratinized epithelium, with an important underlying inflammatory infiltrate. This is consistent with a paradental cyst.

vestibulaire [1, 4, 11]. L'existence de cas bilatéraux pourrait orienter vers une origine développementale [4, 14, 15].

Sur le plan clinique, les auteurs s'accordent pour dire que cette lésion est spécifique de l'âge et du site [3, 4, 11, 12]. La dent concernée par cette lésion est retenue et sa couronne en vestibulo-position. Elle est vitale et présente souvent une poche parodontale du côté vestibulaire. Les autres critères sont moins spécifiques : la voussure vestibulaire n'apparaît que lorsque le volume de la lésion devient important, la douleur et l'infection sont souvent absentes comme dans le cas présenté [7].

Les données radiologiques permettent aussi d'orienter le diagnostic [10–20]. L'espace ligamentaire est respecté et la lamina dura conservée ; dans le cas rapporté, la densité de la lamina dura était légèrement diminuée.

Les apex ne sont pas complètement fermés et ils sont refoulés avec le nerf alvéolaire inférieur vers la corticale linguale, par le développement de la lésion qui siège plus du côté vestibulaire.

La reconstitution 3D du cas permet de déceler la rétention de la dent, la voussure vestibulaire, ainsi que la version linguo-vestibulaire de l'axe de la dent liée au développement du kyste.

L'aspect histologique de cette lésion n'est pas spécifique : la cavité kystique est généralement bordée par un épithélium malpighien non kératinisé, avec des zones d'hyperplasie épithéliale et un infiltrat inflammatoire dans le chorion. Ce sont principalement les données cliniques et radiologiques qui font

évoquer le diagnostic [16–20]. L'histopathologie permet toutefois d'éliminer un kératokyste qui peut simuler cliniquement et radiologiquement un MBBC [4].

L'ensemble des données cliniques, radiologiques et histologiques montrent qu'une infection est rarement présente. Il serait préférable d'utiliser le terme proposé par Pompura et al. [4], de kyste mandibulaire vestibulaire de la furcation (Mandibular Buccal Bifurcation Cyst ou MBBC).

Pour le traitement, différentes alternatives ont été proposées. Stoneman et Worth, qui furent les premiers à décrire cette entité [3], ont observé une guérison complète, sans récurrence, après avulsion de la dent associée et le curetage du kyste sous-jacent. D'autres auteurs proposent une marsupialisation [6–8], qui permet une régression progressive du kyste en quelques mois, sans récurrence. Pompura et al. [4] suggèrent que ce phénomène entraînerait une guérison spontanée de la lésion ce qui expliquerait qu'on la retrouve très peu chez l'adulte. Ils supposent que des micro-traumatismes et une inflammation ponctuelle de la gencive vestibulaire pourraient engendrer une petite ouverture de la cavité du kyste ; celle-ci permettrait de diminuer la pression intrakystique et la guérison par « auto-marsupialisation ». En se basant sur ces constatations, quelques auteurs considèrent que le MBBC ne nécessite pas une approche chirurgicale mais seulement une surveillance tous les 3 mois [6–8]. Pompura et al. [4] proposent de réaliser l'exérèse de la lésion kystique et de laisser évoluer la dent. Ils constatent un maintien de la vitalité pulpaire à 6 mois.

Enfin, d'autres auteurs proposent un traitement endodontique des dents impliquées, le curetage de la lésion kystique et une surveillance radiologique afin de contrôler la cicatrisation osseuse et l'absence de récurrence [3, 9, 11, 13, 16].

Le traitement choisi dans le cas présenté a consisté en l'avulsion des dents incriminées et le curetage des lésions, avec un contrôle radiologique à 8 mois. C'est le traitement où le recul clinique est le plus important [3, 10, 12]. La présence de deuxième molaires en cours d'évolution, la présence des troisièmes molaires mandibulaires et la possibilité d'un traitement orthodontique ont conforté dans le choix de cette option de thérapeutique.

Conclusion

Le MBBC est une entité clinique peu commune, qui concerne les premières et deuxième molaires mandibulaires lors de leur phase d'éruption. Cette lésion est spécifique de l'âge et du site. Certains cas pouvant être bilatéraux, il faut donc explorer systématiquement la dent controlatérale lorsqu'une lésion de ce type est retrouvée.

Les données cliniques et radiologiques permettent de poser le diagnostic définitif, mais l'examen histopathologique qui n'est pas spécifique, permet d'éliminer un kératokyste. Le traitement de référence repose sur l'exérèse du kyste avec conservation ou non des dents retenues.

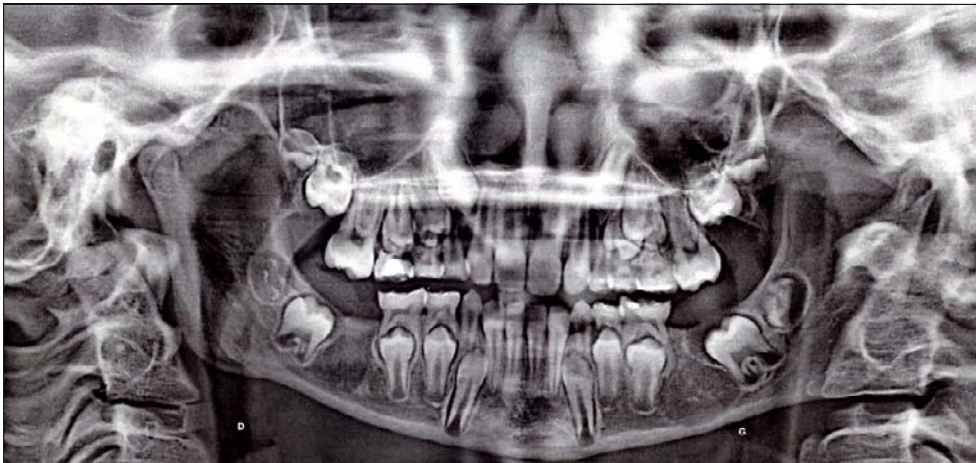


Fig. 4. Radiographie panoramique réalisée 8 mois après l'intervention : les cavités kystiques sont en cours de reminéralisation.
Fig. 4. Orthopantomogram made eight months after surgery: cystic cavities healing in course.

Conflits d'intérêt : aucun

Références

1. Main DMG. Epithelial jaw cysts. A Clinicopathological reappraisal. *Br J Oral Surg* 1970;8:114-25.
2. Craig GT. The paradental cyst. A specific inflammatory odontogenic cyst. *Br Dent J* 1976;141:9-14.
3. Stoneman DW, Worth HM. The mandibular infected buccal cyst - molar area. *Dent Radiogr Pathol* 1989;68:182-8.
4. Pompura JR, Sandor GKB, Stoneman DW. The buccal bifurcation cyst. A prospective study of treatment outcomes in 44 sites. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1997;83:215-21.
5. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. *Oral and maxillofacial pathology*, 3rd ed (pp. 678, 699-700). Saunders-Elsevier, St Louis, 2009.
6. Gomez RS, de Oliveira JR, Castro WH. Spontaneous regression of a paradental cyst. *Dentomaxillofac Radiol* 2001;30:296.
7. David LA, Sandor GKB, Stoneman DW. The buccal bifurcation cyst. Is non-surgical treatment an option? *J Can Dent Assoc* 1998;64:712-6.
8. Shohat I, Buchner A, Taicher S. Mandibular buccal bifurcation cyst: enucleation without extraction. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2003;32:610-3.
9. Bohay RN, Weinberg S, Thorner PS. The paradental cyst of the mandibular first molar. Report of a bilateral case. *J Dent Child* 1992;59:361-5.
10. Martinez-Conde R, Aguirre JM, Pindborg JJ. Paradental cyst of the second molar: report of a bilateral case. *J Oral Maxillofac Surg* 1995;53:1212-2.
11. Packota GV, Hall JM, Lanigan DT, Cohen MA. Paradental cysts on mandibular first molars in children. Report of five cases. *Dentomaxillofac Radiol* 1990;19:126-32.
12. Trask GM, Sheller BL, Morton TH. Mandibular buccal infected cyst in a six-year-old girl. Report of a case. *J Dent Child* 1985;53:377-9.
13. Carmarda AJ, Pham J, Forest D. Mandibular infected buccal cyst. Report of two cases. *J Oral Maxillofac Surg* 1989;47:528-34.
14. Cury SE, Cury MD, Cury SE, Pontes FS, Pontes HA, Rodini C, Pinto Ddos S Jr. Bilateral dentigerous cyst in a non syndromic patient: case report and literature review. *J Dent Child* 2009;76:92-6.
15. Ko KSC, Dover DG, Jordan RCK. Bilateral dentigerous cyst : report of an unusual case and review of the literature. *J Can Dent Assoc* 1999;65:49-51.
16. Vedtofte P, Praetorius F. The inflammatory paradental cyst. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1989;68:182-8.
17. Thompson IO, de Waal J, Nortje CJ. Mandibular infected buccal cyst and paradental cyst: the same or separate entities? *J Dent Assoc South Afr* 1997;52:503-6.
18. Philipsen HP, Reichart PA, Ogawa I, Sueti Y, Takata T. The inflammatory paradental cyst: a critical review of 342 cases from a literature survey, including 17 new cases from author's files. *J Oral Pathol Med* 2004;33:147-55.
19. Lacaíta MG, Capodiferro S, Favia G, Santarelli A, Lo Muzio L. Infected paradental cysts in children: a clinicopathological study of 15 cases. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2006;44:112-5.
20. Gallego L, Baladron J, Junquera L. Bilateral mandibular infected buccal cyst: a new image. *J Periodontol* 2007;78:1650-4.