

Thrombose de l'artère palatine ?

Jean-Marie d'Elbé, Jean-Christophe Fricain*

Pole Odontologie et Santé buccale, UFR Odontologie, Bordeaux, France

* fricainj@aol.com

(Reçu le 5 novembre 2012 ; accepté le 20 décembre 2012)

Mots clés :

thrombose / artère palatine /
polyglobulie

Key words:

thrombosis / palatine artery /
polycythemia

Résumé – Les ulcérations palatines sont le plus souvent dues à une étiologie traumatique, dysimmunitaire, infectieuse ou tumorale. Un cas d'ulcération palatine unilatérale intéressant le territoire irrigué par l'artère palatine chez un patient présentant une polyglobulie est rapporté. Les antécédents d'accident vasculaire cérébral, de thrombose porte et la correspondance entre l'ulcération et le territoire d'irrigation de l'artère palatine ont fait poser le diagnostic d'ulcération palatine secondaire à une thrombose de l'artère palatine homolatérale.

Abstract – Thrombosis of the palatine artery ? Palatal ulcers are most often caused by a traumatic etiology, immune dysfunction, infection or tumor. A case of unilateral palatal ulceration in the territory irrigated by the palatine artery in a patient with polycythemia is reported. History of stroke, portal vein thrombosis and the correspondence between the ulcer and the territory of irrigation on the palatine artery is in favour of the diagnosis of palatal ulceration secondary to thrombosis of the ipsilateral palatine artery.



Fig. 1. Ulcération probablement due à une thrombose de l'artère palatine gauche.

Fig. 1. Oral ulcer probably due to thrombosis of left palatine artery.

Un homme de 46 ans a été adressé par le service de Néphrologie pour une lésion érythémateuse de l'hémi-palais gauche peu algique. Ce patient avait pour antécédents une polykystose rénale ayant nécessité une transplantation, et une polyglobulie symptomatique s'étant déjà compliquée d'un accident vasculaire cérébral sylvien droit et d'une thrombose porte. Son traitement comprenait de l'acide acétylsalicylique (125 mg/j), un dérivé de l'indanedione et des saignées régulières lorsque son hémocrite devenait supérieur à 45 %.

A l'examen clinique, le patient était apyrétique, en bon état général, et présentait une ulcération atypique de l'hémi-palais gauche correspondant au territoire d'irrigation de l'artère palatine. L'ulcération était superficielle et à surface irrégulière ; elle avait une limite nette, soulignée par un liseré inflammatoire rouge vif (Fig. 1). Les dents étaient saines et vitales. Il n'y avait aucune autre lésion cutanée ou génitale, ni adénopathies cervicales. Aucun antécédent de brûlures ou de traumatisme n'était retrouvé à l'anamnèse. Les prélèvements bactériologiques, virologiques, fongiques

et parasitaires étaient négatifs ; la biopsie réalisée non contributive. Le patient a reçu un traitement symptomatique : corticoïdes locaux (Becotide®) et xylocaïne 2 % gel. La lésion a disparu en 3 semaines. Quatre mois plus tard, le patient décrivait toujours une perte de sensibilité de l'hémi-palais atteint.

Quelques cas d'ulcérations palatines étendues et isolées ont été rapportés. En général, elles sont dues à des étiologies atypiques : on retrouve l'usage de cocaïne [5], des actes iatrogènes comme l'embolisation bilatérale des artères maxillaires pour épistaxis récidivantes [3] ou l'injection accidentelle d'hypochlorite de sodium dans la muqueuse palatine [2], des infections rares comme la mucormycose [1] ... Dans tous les cas, l'ulcération était profonde et douloureuse.

La thrombose artérielle ou veineuse représente la principale cause de morbidité et de mortalité pour les patients atteints de polyglobulie. Plusieurs facteurs favorisent la thrombogénèse, notamment l'augmentation de l'hématocrite, l'altération de l'activité fibrinolytique et l'activation plaquettaire [4]. L'hyperviscosité sanguine qui résulte de la polyglobulie peut être responsable de thromboses affectant les petits ou les gros vaisseaux [6]. Aucun cas de thrombose de l'artère palatine lors d'une polyglobulie n'a été rapporté dans la littérature. Compte tenu du terrain et de la correspondance entre la forme de l'ulcération et le territoire d'irrigation de l'artère palatine, le diagnostic de thrombose de l'artère palatine ou d'une de ses collatérales superficielles, secondaire à une polyglobulie, a été

évoqué. L'absence de douleur initiale et la perte de sensibilité persistant dans le territoire du nerf grand palatin pourraient être imputées à une lésion nerveuse d'origine ischémique.

Conflits d'intérêt : aucun

Références

1. Bist SS, Varshney S, Bisht M, Gupta N, Bhatia R. Isolated palate ulcer due to mucormycosis. Indian J Otolaryngol Head Neck Surg 2008;60:79-82.
2. Gursoy UK, Bostanci V, Kosger HH. Palatal mucosa necrosis because of accidental sodium hypochlorite injection instead of anaesthetic solution. Int Endod J 2006;39:157-61.
3. Guss J, Cohen MA, Mirza N. Hard palate necrosis after bilateral internal maxillary artery embolization for epistaxis. Laryngoscope 2007;117:1683-4.
4. Kwaan HC, Wang J. Hyperviscosity in polycythemia vera and other red cell abnormalities. Semin Thromb Hemost 2003;29:451-8.
5. Myon L, Delforge A, Raoul G, Ferri J. Nécrose palatine par consommation de cocaïne. Rev Stomatol Chir Maxillofac 2010;111:32-5.
6. Sanahuja J, Marti-Fabregas J, Marti-Vilalta JL. Carotid thrombus and cerebral infarction as the initial clinical manifestation of polycythemia vera. Neurología (Barcelona, Spain) 2005;20:194-6.