Quel est votre diagnostic ?

L. Aigle, R. Castello, J. Gaubert, L. Journaux, J. Samy, J.-P. Delobel

1er RPIMa, Antenne médicale spécialisé, CMA Pau, Bayonne, Tarbes, BP 12 – 64109 Bayonne Cedex.

Article reçu le 25 juin 2012, accepté le 16 novembre 2012.

Introduction

Pour tout militaire, une visite médicale complète est obligatoire lors de l'incorporation, puis chaque année ou tous les deux ans selon l'emploi (1). Celle-ci comporte, entre autres, une aptitude dentaire délivrée après un examen clinique et complété par un panoramique dentaire.

Observation

Dans le cadre de sa visite d'incorporation, un jeune militaire, âgé de 24 ans, est reçu en consultation dentaire, muni de son orthopantomogramme. Le chirurgien-dentiste constate que la denture de ce patient est saine, et que l'hygiène bucco-dentaire est satisfaisante. L'anamnèse et l'examen clinique de la cavité buccale ne révèlent rien de particulier.

Cependant, l'attention de l'odontologiste est immédiatement attirée par l'aspect radiographique de la zone de l'angle mandibulaire droit (fig. 1, 2).

Un scanner complémentaire est demandé (fig. 3).



Figure 1. Panoramique dentaire initial.



Figure 2. Zoom sur zone de l'angle mandibulaire droit.

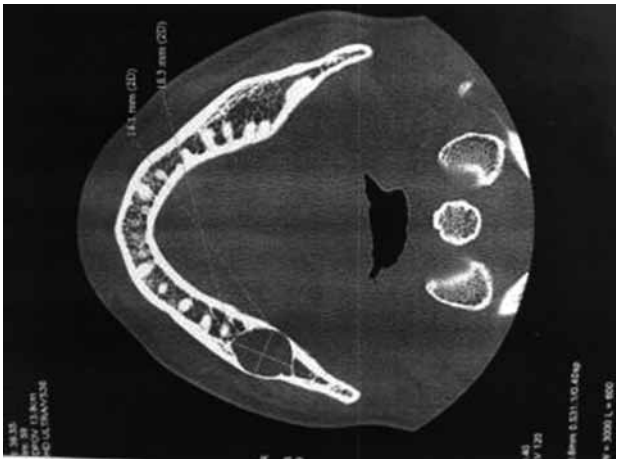


Figure 3. Scanner de l'arcade dentaire inférieure.

L. AIGLE, médecin en chef, praticien comfirmé, R. CASTELLO, interne des HA. J. GAUBERT, médecin principal, praticien, L. JOURNAUX, médecin en chef, praticien comfimé, J. SAMY, médecin principal, praticien, J.-P. DELOBEL, chirurgien-dentiste (R).

Correspondance : Médecin en chef L. AIGLE, 1er RPIMa, Antenne médicale spécialisé, CMA Pau, Bayonne, Tarbes, BP 12 – 64109 Bayonne Cedex.

E-mail : aigleluc@hotmail.com

Quel est votre diagnostic ?

Discussion diagnostique et prise en charge thérapeutique

Sur le cliché panoramique, la troisième molaire (dent 48) est profondément incluse, son axe corono-radiculaire est horizontal. Elle est entourée dans sa partie antérieure par une lésion très volumineuse, d'allure kystique (2). Le patient ne rapporte pas de plainte fonctionnelle ; l'examen clinique de cette zone ne présente aucune déformation visible ou palpable.

Le scanner objective un kyste de deux centimètres de grand axe, occupant toute l'épaisseur dans la zone de l'angle mandibulaire, en laissant de part et d'autre deux corticales amincies, très fines.

Nous sommes donc en présence d'un kyste de la mandibule asymptomatique de découverte fortuite, situation non exceptionnelle.

S'agit-il d'un kyste odontogénique ou d'un kyste inflammatoire ? La deuxième hypothèse sera rapidement écartée car la dent concernée n'est pas infectée. Le diagnostic de kyste odontogénique est retenu.

Il est classique de distinguer plusieurs types de kystes odontogéniques :

– le kyste primordial, en lieu et place d'une dent, ce qui n'est pas le cas dans notre observation ;

– sa variante, le kyste épidermoïde, souvent situé au niveau de l'angle mandibulaire mais dont l'image est géodique ou polycyclique, ce qui ne correspond pas morphologiquement au kyste découvert chez notre patient ;

– le kyste calcifié, lésion plus ou moins bien circonscrite, pouvant se situer au voisinage de la troisième molaire et caractérisé par l'existence de zones radio opaques : l'absence de calcification fait récuser ce type de kyste dans notre observation ;

– enfin, le kyste que nous observons contient une troisième molaire incluse, ses contours sont réguliers, il est volumineux : son type coronaire ou corono-dentaire est finalement retenu (3).

Le patient est alors dirigé vers une équipe chirurgicale spécialisée. Le chirurgien maxillo-facial procède, sous anesthésie générale, avec intubation par voie nasale, à l'énucléation de la volumineuse lésion kystique par un accès vestibulaire (4, 5). Dans le même temps opératoire, la molaire 48 est fragmentée, puis retirée. On salue la qualité du geste chirurgical qui, compte tenu des rapports anatomiques de la lésion, s'est effectué en respectant le nerf dentaire inférieur, évitant ainsi des suites fonctionnelles préjudiciables pour le patient.

L'examen anatomo-pathologique confirmera le diagnostic de volumineux kyste coronaire.

Les molaires 18 et 28 font procidence dans les sinus maxillaires ; elles seront respectées du fait du risque important de communication bucco-sinusienne.

Les suites post-opératoires seront simples.

Commentaires

La découverte de cette lésion, et son traitement chirurgical, ont évité de nombreux problèmes dans le déroulement de la carrière professionnelle de ce militaire. Cela souligne l'importance des examens médicaux et complémentaires effectués par les médecins et les chirurgiens-dentistes d'active ou de réserve du Service de santé des armées au cours des différentes visites réglementaires (6).

Ce jeune militaire a été déclaré inapte temporaire dans un premier temps pour un bon nombre de ses activités, car la lacune osseuse observée pouvait favoriser une fracture de l'angle mandibulaire droit, lors d'un choc, même de très faible intensité, ceci aurait entraîné une prise en charge thérapeutique (immobilisation et consolidation) d'emblée compliquée. Ce risque était d'autant plus marqué du fait de la profession de ce jeune militaire servant dans une unité opérationnelle (parachutisme, sport de combat, sports collectifs…).

À six mois de suivi, l'absence de séquelles cliniques et fonctionnelles et la constatation radiographique de la cicatrisation osseuse (fig. 4) ont permis la restitution de l'aptitude à servir en tous temps et en tous lieux.

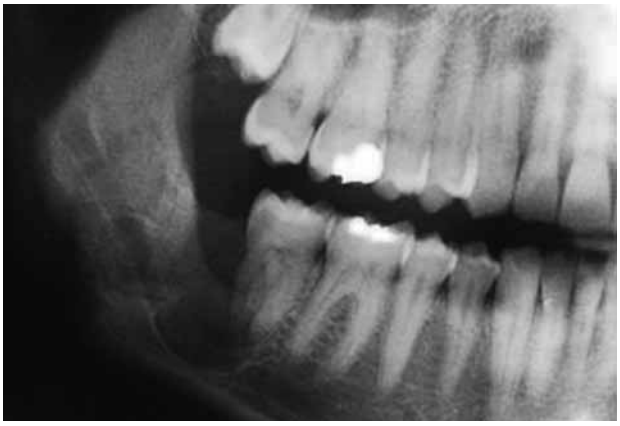


Figure 4. Panoramique dentaire après traitement et guérison.

Conclusion

L'orthopantomogramme doit être en principe renouvelé tous les cinq ans (7). Il permet de compléter l'examen clinique de la cavité buccale en décelant des anomalies infra-cliniques, sources potentielles de décompensations incompatibles avec la projection en opérations extérieures de nos personnels d'active.

Les auteurs ne déclarent pas de conflit d'intérêt concernant les données présentées dans cet article.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Instruction n° 1700/DEF/DCSSA/AST/AS relative au suivi et au contrôle de l'aptitude à servir du personnel militaire. Janvier 2002.
2. Guérin T. Diagnostic délicat d'une lacune mandibulaire. Information Dentaire n°9. Mars 1999.
3. Benoît Philippe. Classification, description, évolution des kystes des maxillaires. Page internet actualisée 2010.
4. WILK A. Kystes et tumeurs des maxillaires. Module de spécialité, stomatologie, chirurgie maxillo-faciale et chirurgie plastique et réparatrice. 2007-2008 ; TD III.
5. Faure-D'Auvergne F, Auriol M, Charpentier Y. Tumeurs odontogéniques. Encycl. Med. Clin. Stomatologie-Odontologie 1994 ; 22-062-F10 :10.
6. Fenistein B, Bougourd C, Poulain G, Gerbier C, Le Van V, Brochard M, et al. Détermination des limitations de l'aptitude des militaires pour des causes bucco-dentaires. Le Chirurgien Dentiste de France 2012 ; 1543 : 35.
7. Delobel JP, Griffet B, Taton.P. Les Odontogrammes dans les armées. Médecine et Armées 2008 ; 36 (1) : 61-4.