



Traitement des kystes, tumeurs et pseudotumeurs bénignes des maxillaires

Treatment of maxillary and mandibular cysts and benign tumours

B. Ruhin (Chirurgien maxillofacial et stomatologue, praticien hospitalier) *, F. Guilbert (Ancien professeur des Universités, praticien hospitalier, ancien chef de service de stomatologie et de chirurgie maxillofaciale), J.-C. Bertrand (Professeur des Universités, praticien hospitalier, chef du service de stomatologie et de chirurgie maxillofaciale)

Hôpital Pitié-Salpêtrière, 47-83, boulevard de l'Hôpital, 75651 Paris cedex 13, France

MOTS CLÉS

Kystes ;
Tumeurs bénignes ;
Maxillaires

Résumé Très dissemblables sur les plans étiopathogénique, diagnostique et évolutif, les kystes, tumeurs et pseudotumeurs bénignes des maxillaires présentent pourtant des points communs, dont celui de requérir un traitement chirurgical dès lors qu'ils se caractérisent par une surinfection ou encore une nette augmentation de volume à l'origine de répercussions fonctionnelles, de comblement des cavités naturelles, de disgrâces morphologiques et de risque fracturaire. Un prélèvement biopsique de première intention est le plus souvent un geste inutile et déplacé en raison des risques de dissémination tumorale et des réactions inflammatoires délétères pour l'exérèse ultérieure et le diagnostic anatomopathologique ; il peut être de plus source d'erreur, puisqu'une bonne étude anatomopathologique requiert un examen macroscopique, microscopique, voire ultrastructural de la totalité de la pièce d'exérèse. La découverte et l'identification de la lésion impliquent une authentique réflexion diagnostique basée sur des arguments cliniques et iconographiques : l'âge du malade, l'évolutivité du processus, l'étude radiographique qui précise le siège, les rapports de la lésion avec les structures avoisinantes (dents, sinus maxillaire ou nerf alvéolaire inférieur), le caractère uni- ou plurifocal de la lésion, et surtout son extension au sein de l'os dont les corticales (ces dernières, précisées par des incidences adaptées, peuvent demeurer épaisses ou au contraire être progressivement laminées, puis effacées). Cette réflexion diagnostique permet le plus souvent d'opter pour une solution thérapeutique conservatrice dans l'attente des certitudes anatomopathologiques. À l'extrême, une lésion volumineuse peut ne rester contenue que par un manchon conjonctivopériosté, relativement résistant. À cet égard, il serait déraisonnable pour le chirurgien de ne s'appuyer que sur le seul argument d'une solution de continuité corticale ou d'une extension tumorale pour poser l'indication d'une chirurgie interruptrice délabrante. Chacune des deux méthodes d'exé-

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : blandine.ruhin@psl.ap-hop-paris.fr (B. Ruhin).

rèse, conservatrice ou radicale, possède ses indications propres et évidentes. En revanche, tout l'intérêt de l'exposé des indications thérapeutiques réside dans la revue des situations cliniques où les deux méthodes sont confrontées sous l'unique arbitrage de l'expérience du praticien.

© 2005 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

KEYWORDS

Maxillary;
Mandibular;
Cysts;
Benign tumours

Abstract Although maxillary and mandibular cysts and benign tumours are very different with regard to their aetiology, diagnosis and evolution, they have in common to need surgical treatment as they are infected or so voluminous that they lead to dysfunction, dysmorphism and fracture risk. A first biopsy decision is a mistake because of the dissemination risk and the induced swelling reaction which could interfere with the future ablation and the definitive histological analysis. Of course, a reliable histological result takes advantage of a macroscopic, microscopic and ultrastructural analysis on the complete surgical piece. Also, the discovery of such a tumour will lead the clinician and the surgeon to a rigorous diagnosis estimation, taking into account both clinical and radiographic argues: the patient age, the lesion localisation, the evolution, the relation of the tumour with the teeth and cortical bone. This estimation will allow the surgeon to decide the best surgical preserving treatment before receiving the definitive histological result. In most of the cases, a benign tumour, even though voluminous, should be surgically removed taking care of the strong mucous and periosteal membrane. In few cases, tumoural extension in peripheral tissues imposes radical bone and muscular enlarged resection followed by a reconstructive method.

© 2005 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

Moyens thérapeutiques

Traitement chirurgical conservateur

Symbolisé par l'énucléation, il s'adresse le plus fréquemment aux lésions kystiques. Il permet de préserver les dents et le maximum de tissu osseux ainsi que les éléments le traversant.

L'abord cutané est déraisonnable : l'incision intéresse le revêtement mucopériosté et est décalée par rapport à la trépanation osseuse ; cette dernière est réalisée prudemment afin de ne pas léser la paroi kystique sous-jacente et doit être de dimension suffisante afin d'autoriser le passage d'un décolleur. L'énucléation est en effet réalisée grâce à cet instrument, permettant de cliver et de récliner très progressivement la paroi kystique, laquelle peut être fine par endroits et se déchirer, ou au contraire être épaisse et adhérente (Fig. 1). Tout geste agressif est prohibé afin d'éviter l'effraction accidentelle d'une corticale osseuse amincie, voire du périoste, et d'exposer les parties molles avoisnantes à un essaimage tumoral.

Pour les mêmes raisons, le « curetage appuyé » doit demeurer un geste rigoureusement complémentaire de l'énucléation et être réservé aux seules parois osseuses épaisses ; il reste cependant incomplet sur les amas cellulaires restés accolés aux parois osseuses. Après avoir confié la totalité de la pièce opératoire à l'anatomopathologiste, la cavité d'énucléation doit faire l'objet d'une irrigation généreuse par du sérum physiologique. Cer-

tains auteurs complètent l'énucléation par une cryothérapie des parois osseuses : ils diminueraient ainsi le nombre de résections osseuses.^{29,44,51} D'autres recourent à des applications d'eau oxygénée ou d'acide acétique de façon à irriter chimiquement les parois et les éventuels reliquats tissulaires.²⁰ Dans cette cavité, laissée de préférence vacante, un caillot sanguin aseptique s'installe, et peut induire une ostéogenèse de qualité.^{7,64} L'abord muqueux est ensuite suturé grâce à des points souples et séparés de fil résorbable.

L'énucléation impose une surveillance radiographique ultérieure : sa périodicité dépend de la conclusion anatomopathologique. Limitée dans le temps pour les kystes odontogéniques jusqu'à obtention d'une réossification complète, elle doit, en revanche, s'étendre sur plusieurs années dans le cadre des lésions réputées récidivantes (parmi lesquelles les améloblastomes) afin de vérifier la stabilité radiographique de la trame osseuse réédifiée.^{25,33,55}

Le geste conservateur varie, d'une part, selon la topographie mandibulaire ou maxillaire de la lésion :

- au *niveau mandibulaire*, l'émergence du nerf alvéolaire inférieur doit être repérée lors de l'incision et du décollement mucopériosté, tout comme elle doit être également respectée lors de l'énucléation proprement dite ; les poussées inflammatoires peuvent favoriser l'adhérence de la membrane kystique au névraxe, prohibant

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/9294432>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/9294432>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)