

# **Kyste osseux anévrysmal du maxillaire: A propos de 3 cas**

**R. El Azzouzi<sup>\*a</sup> (Dr), S. Benwadih<sup>\*a</sup> (Dr), M. Boulaadas<sup>a</sup> (Pr)**

<sup>a</sup>*Hopital des spécialités Rabat Centre hospitalier universitaire ibn sina Rabat, MAROC*

**dcrajaaz@gmail.com**

## **Introduction :**

Le kyste osseux anévrysmal est une tumeur osseuse bénigne et ostéolytique, siégeant préférentiellement au niveau des os longs et des vertèbres mais rarement au niveau des maxillaires. La localisation mandibulaire qui n'est observée que dans 2,1% des cas, est plus fréquente que celle du maxillaire supérieur .

Le but de ce travail est de relever les particularités diagnostiques, thérapeutique et pronostique de cette lésion qui lyse l'os de façon agressive et qui peut simuler une tumeur maligne.

# Matériel et méthode :

## Observation N° 1 :

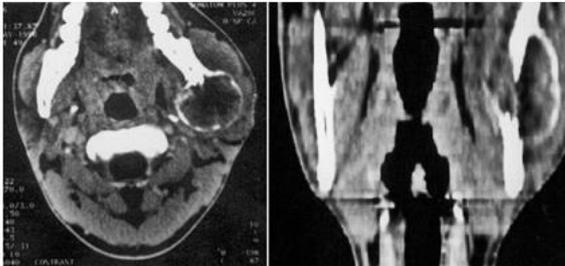
Patient âgé de 18 ans, sans antécédent notable, qui présentait une tuméfaction jugale gauche augmentant progressivement de volume, siégeant en regard de la branche montante de la mandibule, faisant environ 5cm de grand axe. L'examen de la cavité buccale a mis en évidence une voussure endobuccale sans effraction muqueuse en regard. L'orthopantomogramme a objectivé un foyer ostéolytique de la branche montante gauche avec rupture corticale (figure). La tomodensitométrie mandibulaire a noté une lésion ostéolytique de la branche montante gauche, soufflant la corticale (figure). Un curetage tumoral dans un premier temps par voie endobuccale a été réalisé, poursuivi secondairement par une voie d'abord externe type Sébilleau et ce en raison du caractère hémorragique de la lésion. Le diagnostic a été confirmé par l'histologie. Aucune complication à type de récurrence n'a été noté avec un recul de 3 ans.

## Observation N° 2 :

Patient de 15 ans, sans antécédent de traumatisme facial, admis pour une tuméfaction jugale gauche augmentant progressivement de volume associée à une obstruction nasale homolatérale chez lequel l'examen exo buccal a mis en évidence une tuméfaction jugale gauche comblant le sillon nasogénien, et la fosse nasale gauche. L'examen endobuccal a révélé un comblement gingivolabial supérieur isolé. La tomodensitométrie du massif facial a objectivé un processus lésionnel du maxillaire supérieur gauche étendu à la fosse nasale homolatérale et aux parties molles (figure). Par la voie de Caldwell et Luc le patient a bénéficié d'un exérèse tumorale par curetage. Macroscopiquement, la tumeur était charnue et hémorragique, soufflant les parois antérieure et interne du sinus maxillaire gauche. L'histologie a confirmé le diagnostic. L'évolution était satisfaisante avec un recul d'un an.

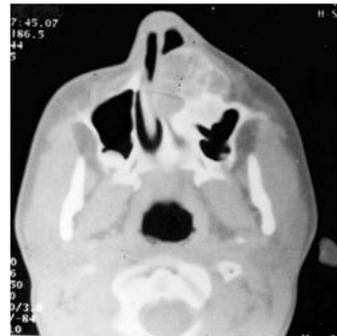
## Observation N° 3 :

Patiente de 25 ans, sans antécédent particulier, présentant depuis un an une tuméfaction de la région masseterine gauche augmentant progressivement de volume chez laquelle l'examen a mis en évidence une tuméfaction en regard de l'angle et de la branche montante gauches mandibulaires. L'examen endobuccal a noté une limitation de l'ouverture buccale à 2 cm. La panoramique dentaire a objectivé une lésion kystique élargissant l'angle mandibulaire et la branche montante gauches, soufflant la corticale (figure). La tomodensitométrie mandibulaire a mis en évidence une lésion ostéolytique de l'angle et de la branche montante gauches avec rupture de la corticale (figure 5). Par abord vestibulaire, découverte d'une masse kystique à contenu noirâtre qui a été entièrement curetée. Le diagnostic du kyste anévrysmal était anatomopathologique (figure). Les résultats étaient satisfaisants avec un recul de 10 mois.



**Figure 1:** Tomodensitométrie de la mandibule en coupes axiales et coronales : lésion ostéolytique uniloculaire, hypodense, de la branche montante gauche de la mandibule soufflant la corticale.

**Figure 2:** Tomodensitométrie du massif facial en coupe axiale: processus lésionnel osseux hétérogène et multicloisonné, développé aux dépens de la paroi antérieure du maxillaire gauche, comblant les parties molles et la fosse nasale homolatérale.



**Figure 3:** Orthopantomogramme : lésion kystique élargissant l'angle mandibulaire et la branche montante gauches et soufflant la corticale.

# Discussion :

Le kyste osseux anévrysmal « KOA » a été décrit pour la première fois en 1942 par Jaffe et Lichtenstein (1). Il s'agit d'une lésion dystrophique rare du squelette qui représente 6 % de l'ensemble des tumeurs osseuses. Elle atteint préférentiellement les vertèbres et les os longs alors que la localisation au massif facial est peu commune. Le kyste osseux anévrysmal mandibulaire reste très rare et sa localisation maxillaire est exceptionnelle. A la mandibule, il atteint préférentiellement les régions molaire et angulaire et la branche montante. Il touche principalement les enfants et les jeunes adultes, avec une discrète prédominance féminine

Pour Jaffe et Lichtenstein, le KOA représente une lésion osseuse réactionnelle, secondaire à une perturbation hémodynamique due à une augmentation de la pression veineuse consécutive à une thrombose ou à une communication artérioveineuse anormale. Biesecker et al. ont émis l'hypothèse que le KOA serait secondaire à une fistule artérioveineuse préexistante : l'hyperpression qui en résulte, entraînerait une résorption osseuse (2). Pour Campanacci et Ruggieri, il s'agirait d'une réparation tissulaire après une hémorragie locale, ce qui expliquerait le développement d'un KOA après fracture sur un os sain ou pathologique. Pour Kind, la forme sous-périostée surviendrait plutôt après une lésion post-traumatique (3).

Les signes révélateurs sont non spécifiques et représentés le plus souvent par une tuméfaction, rarement douloureuse, responsable d'une déformation faciale ou de l'arcade dentaire. L'aspect radiologique est variable réalisant une image radio transparente uni ou multiloculaire, bien circonscrite associée parfois à une densification périostée périphérique et à une lyse osseuse dans les formes agressives. Les images scannographiques les plus typiques du kyste osseux anévrysmal sont multiloculaires contenant des niveaux hémorragiques. Le diagnostic du kyste osseux anévrysmal est anatomopathologique. Macroscopiquement, il réalise une formation kystique multiloculaire à contenu hémorragique, cloisonnée et de consistance variable. Histologiquement, il est formé d'espaces caverneux pseudokystiques, gorgés de matériel sanguin et bordés de parois fibreuses.

Le traitement est chirurgical et le plus souvent conservateur par curetage appuyé de la tumeur. Un saignement important peut être observé en peropératoire qui persistera tant que le curetage n'a pas été complet. Le recours au geste radical - qui consiste en une résection osseuse avec ou sans reconstruction - est nécessaire en cas de tumeurs récidivantes, volumineuses ou associées à d'autres lésions osseuses. L'irradiation est incriminée dans la transformation maligne sarcomateuse du kyste osseux anévrysmal. Le suivi des patients par une surveillance radiologique étroite permet de déceler les récurrences tumorales -plus fréquentes au cours de la première année- secondaires à une chirurgie incomplète ou inappropriée. Le pronostic de ces tumeurs est excellent.

# Conclusion :

La localisation du kyste osseux anévrysmal des maxillaires est rare. Le diagnostic est parfois difficile à établir en raison des aspects cliniques et radiologiques peu spécifiques et du polymorphisme histologique. Le traitement se limite le plus souvent au curetage tumoral.

## Références :

1. Jaffe HL, Lichtenstein L. Solitary unicameral bone cysts : with emphasis on the roentgen picture, the pathologic appearance and the pathogenesis. Arch Surg 1942;44:1004-25.
2. Biesecker JL, Marcove RC, Huvos AG, Mike V. Aneurysmal bone cysts: a clinicopathologic study of 66 cases. Cancer 1970;26:615-25.
3. Cottalorda J, Bollini G, Panuel M, Scheiner C, Jouve JL, Labriet C, Bouyala JM. Le kyste anévrysmal des os chez l'enfant. Rev Chir Orthop 1993;79:272-80

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt