

## Traitement d'un kyste dentigère par décompression chez un enfant de huit ans

Marc Baranes, Anne-Cécile Becmeur, Louis Maman

Service d'Odontologie, Hôpital Charles-Foix, 94200 Ivry-sur-Seine, France

marcbaranes@gmail.com

Un enfant de huit ans consulte en urgence pour une tuméfaction asymptomatique jugale droite apparue depuis deux semaines. Le jeune patient ne présente aucun antécédent médical ; dans les antécédents dentaires, on note une pulpotomie sur 55 faite six mois plus tôt. A l'examen exo-buccal on observe une tuméfaction génienne droite. La palpation révèle des adénopathies occipitale et sous-mandibulaire droites souples. L'examen endo-buccal montre un comblement vestibulaire dans le secteur maxillaire postérieur droit. Les dents 11, 12, 53, 54, 55 et 16 sont sur l'arcade. La radiographie panoramique met en évidence une image radio-claire dans la région maxillaire postérieure droite. Il s'agit d'une image unique, de forme ovalaire, avec des limites bien définies. Les germes 13, 14 et 15 sont refoulés à la périphérie de la lésion. L'examen tomodensitométrique précise que les corticales vestibulaires et linguales sont rompues ; la lésion de 3 cm dans son grand axe et occupe une partie du sinus maxillaire. L'examen clinique et l'imagerie nous oriente vers le diagnostic de kyste dentigère.

Le traitement classique a pour objectif l'énucléation totale de la lésion et la préservation des dents définitives. Pour ce cas, dans un premier temps, on propose un traitement conservateur par décompression. Sous anesthésie locale et antibiothérapie, l'intervention consiste à extraire les dents 53, 54 et 55 et à positionner un tube de drainage par voie vestibulaire en réalisant une fenêtre muqueuse et osseuse d'environ un centimètre de diamètre. Le tube mis en place est suturé à la muqueuse vestibulaire et à la membrane kystique à l'aide de fil de suture non résorbable (Marker et al. 1996). Un prélèvement de la paroi kystique est pratiqué pour un examen anatomo-pathologique ; il confirme le diagnostic de kyste dentigère. La maman et le patient sont informés de la nécessité d'irriguer la cavité plusieurs fois par jour à l'aide de chlorhexidine à 0.12% à travers le tube de drainage et cela pendant plusieurs mois. Les suivis clinique et radiographique au 5<sup>ème</sup>, puis au 8<sup>ème</sup> mois permettent d'observer une diminution de la taille de la lésion avec réossification progressive du site et éruption anarchique des dents précédemment retenues.

Au 8<sup>ème</sup> mois, le tube de drainage est déposé. Il n'est pas nécessaire de réaliser une énucléation kystique car la cicatrisation osseuse est complète. L'enfant sera suivi régulièrement et nécessitera une prise en charge orthodontique.

La technique de décompression décrite par Partsch en 1892 diminue la pression intra- kystique et engendre une formation osseuse (Pogrel et Jordan 2004). Elle est indiquée pour le traitement des kystes de grande taille, en particulier chez l'enfant dans le but de conserver les germes des dents permanentes et lorsque l'énucléation en première intention risque d'entraîner des lésions des structures anatomiques. Cette technique ne peut être proposée qu'à des patients compliants et coopérants sur plusieurs mois.