

## COMMUNICATION

---

### Découverte fortuite d'une sarcoïdose maxillaire: à propos d'un cas.

**Doustkam AA, Bahi-Gross S, Jung S, Feki A.**

UF de Chirurgie Buccale-Implantologie. Pôle de médecine et chirurgie bucco-dentaires. Hôpital Civil, CHRU De Strasbourg, 1 place de l'hôpital, 67000 Strasbourg, FRANCE

---

La sarcoïdose est une granulomatose systémique d'étiologie plurifactorielle. Elle se manifeste dans la majorité des cas par une atteinte pulmonaire (9 cas sur 10), ganglionnaire et ophtalmique et se déclare habituellement entre 25 et 45 ans. De nombreux phénotypes cliniques sont possibles selon le mode de début, les organes atteints, la durée et le degré de sévérité. Les localisations maxillaires sont très rares mais peuvent être le siège inaugural d'une sarcoïdose multi-systémique dans 30% des cas (Bouaziz et al. 2012 ; Blinder et al. 1997). Sur le plan histologique, elle est caractérisée par des infiltrats tissulaires associés à des granulomes épithélioïdes et géantocellulaires sans nécrose caséuse. Le diagnostic est basé sur l'analyse conjointe des données cliniques, biologiques et radiologiques. Le cas d'une femme de 38 ans sans antécédents médico-chirurgicaux notables est rapporté. Elle est adressée par son praticien traitant pour avis suite à la découverte fortuite d'une dépression palatine asymptomatique évoluant depuis 6 mois. L'examen clinique endobuccal met en évidence une lésion ovalaire, indolore aux contours bien définis de la muqueuse palatine siégeant en regard des 25 et 26. Cette lésion dépressible mesure 2 x 1 cm et est associée à une poche parodontale de 6mm en mésial de 26 et distal de 25. Un léger saignement au sondage est noté. Le test de vitalité pulpaire répond positivement sur ces deux dents. La radiographie rétro-alvéolaire montre une lésion radioclaire entre 25 et 26 aux contours irréguliers peu compatible avec une lésion parodontale. L'orthopantomogramme confirme la présence de cette lésion isolée et montre un état parodontal et bucco-

dentaire très satisfaisant. L'attitude diagnostique s'est basée sur la réalisation d'un CBCT suivi d'une biopsie. L'imagerie 3D confirme l'aspect d'une lyse osseuse de 23 à 26 avec fenestration des corticales vestibulaires et palatines s'étendant jusqu'au contact du plancher sinusien. L'élévation d'un lambeau palatin de la région concernée sous anesthésie locale a révélé la présence d'une cavité bordée d'un tissu d'aspect granulomateux (0.8\*0.5 cm) de consistance « sucre mouillé ». L'examen anatomopathologique montre la présence de granulomes épithélioïdes et géantocellulaires sans nécrose caséuse compatibles avec une sarcoïdose. La patiente est adressée au service de Médecine Interne afin de bénéficier d'un bilan médical complet (scanner, IRM et scintigraphie). Celui-ci ne montre pas d'atteinte pulmonaire, ni ganglionnaire. L'abstention thérapeutique est alors décidée. L'évolution est depuis quiescente sur le plan clinico-radiologique avec un recul de 2 ans. Ce cas a été l'occasion de faire le point sur les différentes manifestations orales de la sarcoïdose. Un examen systématique de la cavité buccale et le recours à la biopsie permettent un dépistage de lésions asymptomatiques révélatrices d'une maladie systémique associée à une morbi-mortalité non négligeable.

**DOUSTKAM Amir-André**  
dede9\_5@msn.com