

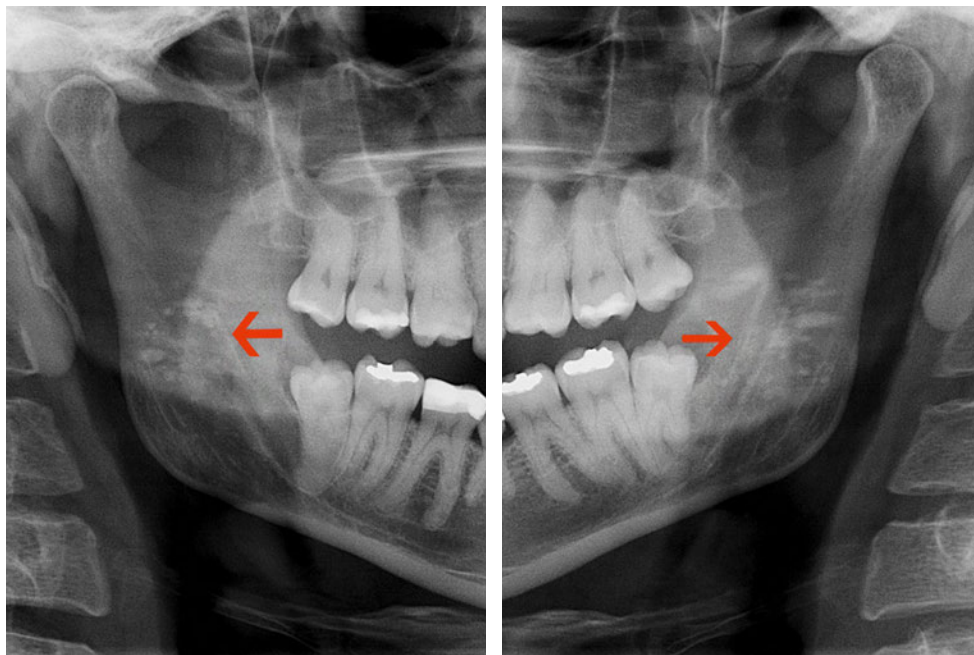
MANUEL CRAMERI
RENZO BASSETTI
PETER WERDER
JOHANNES KUTTENBERGER

Clinique de chirurgie buccale et
maxillo-faciale/chirurgie orale,
Hôpital cantonal de Lucerne

CORRESPONDANCE

Med. dent. Manuel Cramer
Klinik für Mund-, Kiefer-,
Gesichtschirurgie/Oralchirurgie
Luzerner Kantonsspital
Spitalstrasse
CH-6000 Luzern 16
Tél. +41 41 205 45 68
E-mail:
manuel.cramer@luks.ch

Traduction: Jacques Rossier
et Thomas Vauthier



Tonsillolithes sur l'orthopantomogramme (OPT)

Deux cas cliniques de calcifications amygdaliennes

MOTS-CLÉS

Calculs amygdaliens, lithiase amygdalienne,
lithiase tonsillaire, tonsillolithe, amygdalolithe,
calcifications dans les cryptes amygdaliennes,
orthopantomogramme

Image en haut: Détail de l'OPT: structures radio-opaques multiples dans la région de la branche montante mandibulaire ddc (flèches rouges)

RÉSUMÉ

La lithiase amygdalienne est caractérisée par la présence de concrétions calciques (tonsillolithes) dans les cryptes des amygdales. Le plus souvent, ces concrétions se situent dans les amygdales palatines. Leur prévalence est de 16 à 46,1%. Les tonsillolithes peuvent provoquer une mauvaise haleine chronique (halitose), une toux irritative, une dysphagie, des otalgies, des sensations de corps étranger, un mauvais goût dans la bouche (dysgueusie) ainsi que des épisodes récurrents d'amygdalite et des ulcérations de l'amygdale.

Mais ces concrétions sont souvent asymptomatiques. En général, les calculs amygdaliens sont découverts fortuitement lors de l'évaluation d'un orthopantomogramme (OPT), même s'ils ne sont pas toujours reconnus comme tels. Le présent travail rapporte deux cas de lithiase amygdalienne asymptomatique. Les tonsillolithes avaient été repérés à l'OPT dans la région de la branche montante de la mandibule, et leur présence a été confirmée par la suite au scanner (CT) et respectivement à l'IRM.

Introduction

Les calculs amygdaliens sont des calcifications qui peuvent se former dans les amygdales palatines (MESOLELLA ET COLL. 2004), mais aussi dans les amygdales pharyngées ou les végétations (BEN SALEM ET COLL. 2007). Les tonsillolithes apparaissent dans les cryptes amygdaliennes agrandies; ils se développent à partir de la sédimentation de débris alimentaires et de l'exfoliation des cellules épithéliales de la muqueuse cryptique. Ces conglomérats, ressemblant à des amas gélatineux, peuvent se calcifier progressivement pour former des concrétions ou calculs de consistance dure (MYERS ET COLL. 2006; TSUNISHI ET COLL. 2006), et constituent un «terreau» idéal pour les bactéries aérobies et anaérobies. Sur le plan morphologique et microbiologique, les tonsillolithes présentent une grande similitude avec le biofilm dentaire (STOODLEY ET COLL. 2009). L'étiologie et la pathogenèse exacte de ces concrétions est inconnue. On suppose qu'en raison de phases inflammatoires récurrentes dans les cryptes, des dépôts bactériens et épithéliaux ainsi que des résidus alimentaires s'y accumulent. La calcification se produit par l'inclusion de substances inorganiques (minéraux) dissoutes dans la salive, de manière analogue à la minéralisation de la plaque dentaire aboutissant à la formation de tartre (ASPESTRAND & KOLBENSTVEDT 1987; BABU B ET COLL. 2013; COOPER ET COLL. 1983). Les tonsillolithes sont donc composés de sels de calcium tels que l'hydroxyapatite, les oxalates, le carbonate de calcium apatitique, ainsi que de sels de magnésium (BABU B ET COLL. 2013; RAM ET COLL. 2004). Dans la littérature, la prévalence des tonsillolithes est comprise entre 6 et 46,1%; il s'agit le plus souvent de petites concrétions de 3 à 4 mm de diamètre (ASPESTRAND & KOLBENSTVEDT 1987; FAUROUX ET COLL. 2013; ODA ET COLL. 2013).

Les tonsillolithes constituent une cause possible d'halitose (ANSAI & TAKEHARA 2005; FLETCHER & BLAIR 1988). Un rapport de cas a montré qu'après une amygdalectomie pour amygdalite – alors que cette amygdale hébergeait des tonsillolithes –, l'halitose présente avant l'opération a disparu par la suite (FLETCHER & BLAIR 1988). Les tonsillolithes ont une odeur nauséabonde, surtout quand ils sont écrasés. Selon leur teneur en minéraux, les calculs amygdaliens sont plus ou moins opaques aux rayons X et peuvent être visibles sur l'orthopantomogramme (OPT) ou le scanner (CT).

Nous rapportons ici deux cas de patients présentant de multiples tonsillolithes bilatéraux asymptomatiques, qui s'étaient manifestés à l'OPT sous forme de structures radio-opaques dans la région de la branche montante mandibulaire; le diagnostic de suspicion a été confirmé à l'IRM (premier cas) et respectivement au scanner (deuxième cas).

Patients/Rapports de cas

Patient 1

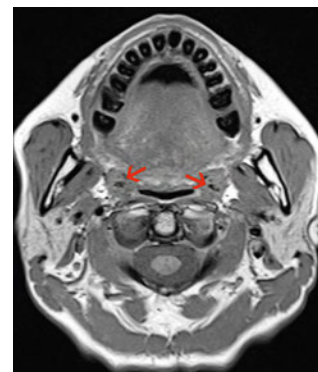
Anamnèse

Une patiente de 44 ans a été adressée par son médecin de famille au Département de chirurgie buccale et maxillo-faciale/ chirurgie orale de l'Hôpital cantonal de Lucerne pour investigation et traitement d'une symptomatologie douloureuse dans la région de l'ATM. Outre ces douleurs au niveau de la mâchoire (sensations de pression, douleurs lancinantes intermittentes lors de la mastication d'aliments durs), cette patiente présentait une otosclérose; elle était par ailleurs en bon état de santé général.



Fig. 1 Patient 1, OPT: structures radio-opaques multiples dans la région de la branche montante de la mandibule des deux côtés (flèches rouges)

Fig. 2 Patient 1, IRM: image en coupe axiale avec de multiples calcifications dans les amygdales palatines (flèches rouges)



Constatactions et diagnostic

L'examen clinique de la patiente a mis en évidence une douleur marquée à la palpation du muscle masséter gauche. L'examen radiologique (OPT) ne montrait aucun signe d'atteinte pathologique de l'ATM. Cependant, en tant que trouvaille fortuite, la présence de multiples opacités bilatérales a été remarquée dans la région des branches montantes de la mandibule, à la hauteur de la partie dorsale de la langue (fig. 1). Pour investiguer la problématique de l'ATM et les structures radio-opaques, une imagerie par résonance magnétique (IRM) a été réalisée. Sur la base de l'examen clinique, le diagnostic de tendinomyopathie a été posé. À l'IRM, les structures radio-opaques visibles sur l'OPT correspondaient à des tonsillolithes localisés dans les amygdales palatines; celles-ci ne présentaient pas d'autres particularités pathologiques (fig. 1, 2).

Traitement et évolution

Des séances de physiothérapie ont été prescrites pour le traitement de la tendinomyopathie. Après une période de deux mois, ce traitement a permis d'obtenir un soulagement presque complet des symptômes. La patiente a été informée de la présence de calculs dans les amygdales. En raison de l'absence de symptômes liés à cette pathologie, aucun traitement supplémentaire n'a été envisagé.

Patient 2

Anamnèse

Un patient de 42 ans a été adressé par son médecin-dentiste privé au Département de chirurgie buccale et maxillo-faciale/ chirurgie orale de l'Hôpital cantonal de Lucerne pour traiter une péricoronarite de la région 38, et pour investiguer des structures radio-opaques bilatérales visibles à l'OPT au niveau des branches montantes de la mandibule. Le patient a signalé des douleurs au niveau de la dent 38 partiellement incluse; il était par ailleurs en bon état de santé général.

Constataions et diagnostic

L'ouverture de la bouche n'était pas limitée. A l'examen intra-oral, les dents de sagesse 38 et 48 étaient recouvertes distalement d'une cape muqueuse; dans la région 38, la muqueuse présentait une légère rougeur et les tissus mous étaient tuméfiés. A l'OPT, les dents 38 et 48 présentaient une dilatation kystique de l'espace péricoronaire. Dans la région de la branche montante de la mandibule, à la hauteur de la face dorsale de la langue, on constatait la présence de multiples structures radio-opaques arrondies (fig. 3). Avant l'extraction prévue des dents de sagesse dans la mâchoire inférieure, un CT-scan



Fig. 3 Patient 2, OPT: structures radio-opaques multiples dans la région de la branche montante mandibulaire ddc (flèches rouges)



Fig. 4a Patient 2, CT: image en coupe axiale avec de multiples calcifications dans les amygdales palatines (flèches rouges)



Fig. 4b Patient 2, CT: coupe frontale (coronale) avec de multiples calcifications dans la région des amygdales palatines (flèches rouges)

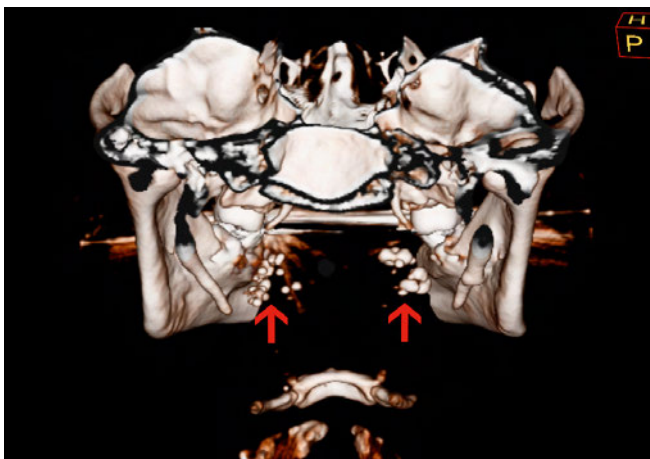


Fig. 5 Patient 2, reconstruction CT tridimensionnelle: vue dorso-ventrale avec de multiples calcifications dans les amygdales palatines (flèches rouges)

a été réalisé pour investiguer plus précisément les structures radio-opaques. Au scanner, les structures visibles sur l'OPT ont été identifiées en tant que calcifications multiples dans la loge amygdalienne, et le diagnostic de tonsillolithes a été posé. Leur diamètre maximal atteignait 5 mm (fig. 3, 4a, 4b, 5).

Evolution

Du fait de l'absence de symptômes en relation avec les tonsillolithes, aucune mesure thérapeutique supplémentaire n'a été prise. L'avulsion des dents 38 et 48 a été planifiée.

Discussion et conclusions

Les principaux symptômes pouvant indiquer la présence de tonsillolithes sont les suivants: halitose chronique non spécifique, toux irritative, troubles de la déglutition, otalgies, sensations de corps étranger et dysgueusie (mauvais goût dans la bouche) (ANSAI & TAKEHARA 2005; BABU B ET COLL. 2013; CANTARELLA ET COLL. 2006; MANDEL 2008; RIO ET COLL. 2008). Les complications provoquées par les calculs amygdaliens sont rares. Occasionnellement, un tonsillolithe peut rompre la capsule amygdalienne et provoquer un abcès péri-tonsillaire (GAPANY-GAPANAVICIUS 1976). Chez le patient âgé, de rares cas d'aspiration de tonsillolithes entraînant des complications pulmonaires ont été décrits (RAM ET COLL. 2004). Des inflammations récurrentes de la gorge sont parfois décrites dans l'anamnèse (HIRANANDANI 1967; MESOLELLA ET COLL. 2004; MYERS ET COLL. 2006). Les patients porteurs de calculs amygdaliens sont souvent asymptomatiques. Le plus souvent, ces calculs sont découverts fortuitement lors de l'évaluation d'un OPT, et se présentent sous forme de radio-opacités isolées ou multiples (fig. 6). Ils se situent dans la région de la branche montante de la mandibule, à la hauteur de la partie dorsale de la langue. Dans de tels cas, le diagnostic de suspicion de «lithiase amygdalienne» peut être posé. Du point de vue du diagnostic différentiel, les radio-opacités de ce genre doivent être distinguées des dents incluses (VON ARX & CARR 1988), ainsi que des corps étrangers et des calcifications pathologiques localisées dans les artères, les veines (phlébolithes), les ganglions lymphatiques, les glandes salivaires, les granulomes et les tumeurs malignes (BABU B ET COLL. 2013; BAUMANN-BHALLA ET COLL. 2012). Certaines variantes prédominantes de l'anatomie normale de la région du pharynx comme un hamulus ptérygoïdien, une tubérosité maxillaire ou une apophyse styloïde peuvent entraîner des chevauchements, avec des radio-opacités correspondantes (ASPESTRAND & KOLBENSTVEDT 1987; COOPER ET COLL. 1983; REVEL ET COLL. 1998). Après information du patient, la lithiase amygdalienne asymptomatique ne nécessite aucun traitement. Les tonsillolithes symptomatiques se-

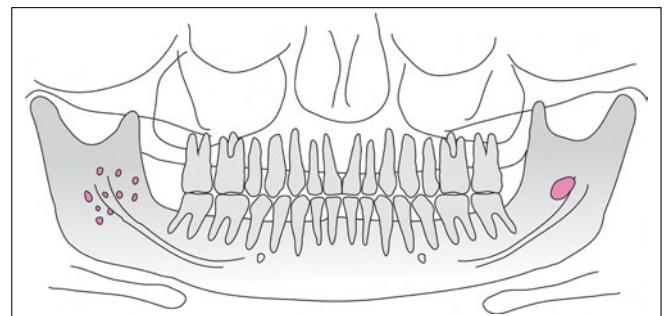
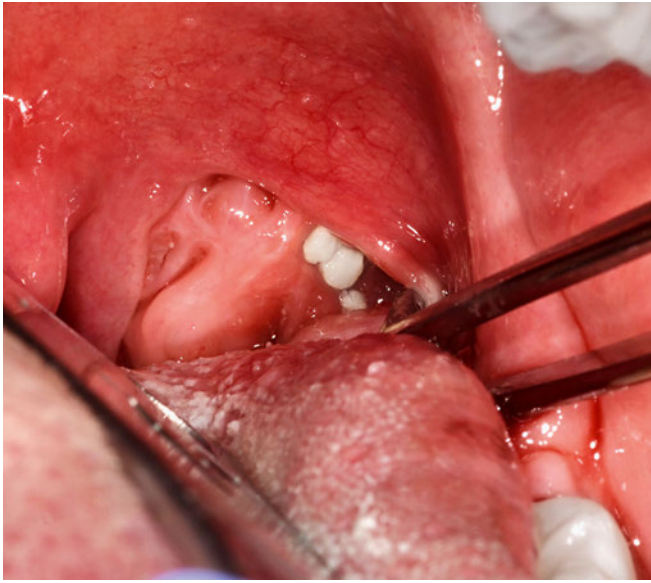


Fig. 6 Représentation schématique d'un orthopantomogramme avec des radio-opacités dans la région des amygdales. Dans le troisième quadrant, une radio-opacité isolée est représentée, alors que le quatrième quadrant comporte de multiples opacités.



III.7 Tableau clinique de plusieurs tonsillolithes dans l'amygdale palatine gauche

ront curetés; les plus grands seront excisés sous anesthésie locale (GIUDICE ET COLL. 2005). Lors d'amygdalite chronique, une amygdaléctomie peut être indiquée (SEZER ET COLL. 2003).

La présence de radio-opacités à l'OPT dans la région de la branche montante de la mandibule peut correspondre à des tonsillolithes. Lorsque la clinique confirme le diagnostic de suspicion évoqué sur la base de l'OPT et pour autant que le patient soit asymptomatique, il est inutile de procéder à d'autres investigations. Cliniquement, les tonsillolithes de taille relativement importante peuvent se présenter en tant que formations arrondies gris-jaunes légèrement saillantes à la surface des amygdales (fig. 7). Le cas échéant, chez les patients ayant un faible réflexe nauséux, ces petites excroissances peuvent être percées à l'aide de cotons-tiges. Mais bien souvent, ces structures sont entièrement incarcérées dans les cryptes et recouvertes par la muqueuse.

Lorsque la suspicion est confirmée cliniquement, et en présence de plaintes anamnestiques, des investigations supplémentaires sont indiquées (scanner, tomographie volumique numérisée - TVN -, éventuellement IRM) et le patient sera adressé à un spécialiste ORL.