

La lacune de Stafne : à propos d'un cas

RÉSUMÉ



Rémi CURIEN

Assistant hospitalier universitaire,
Faculté d'Odontologie de Nancy,
Département de Chirurgie Buccale,
Service d'Odontologie,
CHU de Nancy.
96, avenue du Maréchal de Lattre de Tassigny,
BP 50208
54000 Nancy.

Julien BALLY

Assistant hospitalier universitaire,
Faculté d'Odontologie de Nancy,
Département de Chirurgie Buccale,
Service d'Odontologie,
CHU de Nancy.

Alexandra SOURDOT

Assistant hospitalier universitaire,
Faculté d'Odontologie de Nancy,
Département de Chirurgie Buccale,
Service d'Odontologie,
CHU de Nancy.

Pierre BRAVETTI

Maître de conférence,
Praticien hospitalier
à la faculté d'Odontologie de Nancy,
Doyen de la faculté d'Odontologie,
Responsable du département
de Chirurgie et Pathologie Buccale,
Service d'Odontologie,
CHU de Nancy.



La lacune de Stafne est une cavité développée aux dépens de la face linguale de la mandibule, vraisemblablement par pression de la glande sous-mandibulaire. Elle est asymptomatique et ne nécessite aucun traitement. Son diagnostic est essentiellement radiologique et est indispensable afin d'éviter un geste chirurgical inutile et risqué.

Mots clés

- maladie des mâchoires
- anomalie du développement osseux
- maladies de la glande sous-mandibulaire
- tomodensitométrie

AOS 2010;251:277-282
DOI: 10.1051/aos/2010308
© AEOS / EDP Sciences

Introduction

> Stafne, en 1942 [1], rapporte pour la première fois 35 cas de lacunes osseuses asymptomatiques et non évolutives situées dans la région postérieure de la mandibule. Depuis, de multiples appellations ont été affectées à cette lésion (**tab. I**). La classification de l'OMS reconnaît les termes de « latent bone cyst of jaw » et de « Stafne's Cyst » [2] dans l'intitulé *Developmental disorders of jaws*.

Dans les pays francophones, le terme de *lacune de Stafne* est le plus communément admis.

La lacune a radiologiquement un aspect ovoïde à contours bien définis, d'allure kystique. Elle est délimitée par un liseré d'ostéocondensation qui serait, d'après certains auteurs [3], plus fin et plus dense que celui des kystes odontogènes.

Sa situation peut varier de l'angle mandibulaire à la première molaire définitive, mais elle se situe toujours sous le canal mandibulaire [1, 4, 5, 6, 7, 8]. Un point important pour l'affirmation du diagnostic est la stabilité au cours du temps de cette image radiologique [9]. Des variants plus rares ont été décrits dans la

région mandibulaire antérieure et dans la branche mandibulaire [8, 10].

Son incidence est de 0,1 à 0,48 % en cas de découverte radiologique mais serait en réalité plus proche des 6 % dans la population générale [4-6, 8].

Sa prédilection pour le sexe masculin et sa plus grande fréquence de diagnostics entre 40 et 60 ans sont clairement établis [4, 5, 8, 11].

Diverses hypothèses étiopathogéniques ont été proposées. La majorité des auteurs considère actuellement que la lacune résulte de la pression exercée par la glande sous-mandibulaire (ou sublinguale dans le variant antérieur, parotide dans le variant ramique) sur la corticale linguale de la mandibule [4-6, 8, 12]. Cette théorie est étayée par des preuves sialographiques et chirurgicales.

D'autres facteurs ont été évoqués, tels qu'un défaut d'ossification dans la zone primitivement occupée par le cartilage de Meckel ou la pression de l'artère faciale [1, 8, 11, 13].

Nous présentons ici un cas de lacune de Stafne diagnostiquée fortuitement au cours d'un examen radiographique.

Tableau I
Dénominations dans la littérature [4, 9].

Embryonic mandibular defect
Latent osseous cyst
Static osseous cyst / defect / cavity
Aberrant salivary gland defect
Mandibular inclusion of salivary glands
Osseous idiopathic cavity
Stafne's cyst / Stafne's bone cyst
Mandibular lingual depression / concavity
Developmental mandibular osseous defect
Developmental mandibular lingual glandular depression / defect (posterior variant)

Description du cas

Un patient de 54 ans, sans antécédent particulier, est adressé en consultation par son chirurgien dentiste suite à la découverte fortuite sur un orthopantomogramme (**fig. 1**) d'une radioclarité dans le corps mandibulaire gauche. Le patient ne rapporte aucun symptôme.

L'examen clinique ne retrouve aucune voussure ou douleur à la palpation du corps mandibulaire.

L'orthopantomogramme met en évidence une lésion radioclaire ovale allongée d'avant en arrière, de 2 centimètre de grand axe, entourée d'un net liseré d'ostéocondensation. L'image se situe entre le bord basal et la corticale supé-

rieure du canal mandibulaire, et n'entretient aucun rapport avec les dents.

Tous les signes collectés étant en faveur d'une lacune de Stafne, un examen tomodynamométrique est prescrit au patient afin de confirmer la continuité de la lésion avec le plancher buccal, signe diagnostique essentiel de cette pathologie.

L'image fournie par le Dentascan (**fig. 2 et 3**) confirme effectivement cet aspect et le complète en faisant état de sa nature adipeuse.

L'attitude thérapeutique adoptée est l'abstention assortie d'une surveillance à 1 an puis 5 ans afin de s'assurer de l'absence d'évolution de la lésion.

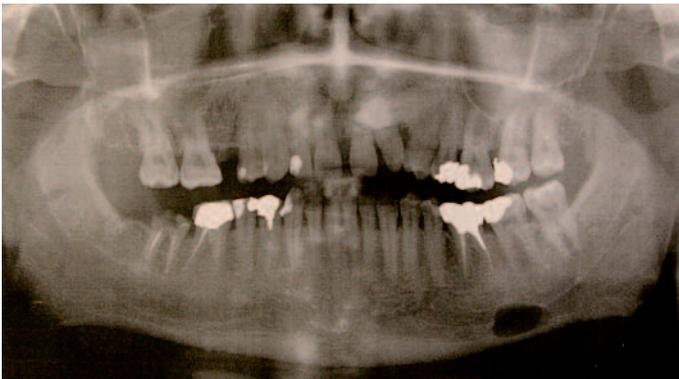


Fig. 1 Orthopantomogramme ayant permis la découverte fortuite de la lésion radioclaire dans le corps mandibulaire gauche.



Fig. 3 Reconstitution tomodynamométrique en trois dimensions du corps mandibulaire gauche, en vue médio-postérieure.

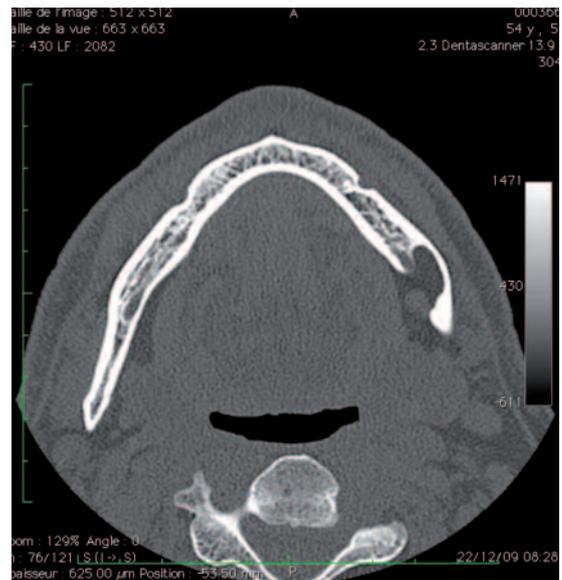


Fig. 2 Coupe tomodynamométrique axiale passant par la lésion dans son plus grand axe. L'imagerie confirme la continuité de la lésion avec le plancher buccal et son caractère adipeux. On note d'autre part la présence d'une zone graisseuse symétrique contre le corps mandibulaire droit..

Discussion

La lacune de Stafne étant totalement asymptomatique, son diagnostic est habituellement fortuit et radiologique. C'est l'orthopantomogramme qui, le plus souvent, révélera une radioclarité très évocatrice [1, 4, 7]. L'aspect radiologique typique, doublé du caractère asymptomatique, permet d'évoquer le diagnostic mais ne suffit pas à l'affirmer. Des examens d'imagerie complémentaire doivent donc être pratiqués. Le choix doit se faire entre la tomодensitométrie, la sialographie et l'IRM.

La tomодensitométrie est actuellement considérée comme l'examen complémentaire de choix [4]. Des coupes axiales permettent d'observer la concavité osseuse linguale [9, 13, 14] et d'en déterminer le contenu. En effet, si le contenu de la lacune de Stafne est le plus souvent salivaire, il peut s'agir plus rarement de structures fibreuses, lymphoïdes, musculaires, vasculaires ou adipeuses [15, 16]. Arijj *et al.* [13] ont établi une classification du contenu radiologique de la cavité : le type F (*fat*) a une densité de type « graisse » ; dans le type G (*gland*), la glande sous-mandibulaire émet un prolongement dans la cavité ; le type S (*soft tissue*) présente une densité de tissus mous pouvant correspondre à un ganglion lymphatique ou à du tissu conjonctif ou vasculaire.

Dans le cas présent, la tomодensitométrie a permis de visualiser un contenu adipeux.

La sialographie permet de confirmer et de visualiser le contenu glandulaire de la lacune [11] mais se révèle inadaptée en cas de contenu non glandulaire. La littérature rapporte en outre des faux négatifs [17].

Selon Segev, Puterman et Bodner [7], la radiologie conventionnelle et la tomодensitométrie permettent de déterminer uniquement la forme et les contours de la cavité mais ne peuvent en

diagnostiquer avec certitude le contenu. L'IRM offre un meilleur contraste des tissus mous (même sans produit de contraste) et serait de ce point de vue plus performante [7]. Ses inconvénients majeurs sont son coût, sa difficulté d'accès ainsi que les artefacts produits par les matériaux de restauration dentaire. Elle pourrait être envisagée comme un examen de seconde intention, en cas d'échec diagnostique avec la tomодensitométrie.

Cependant, seul l'examen histologique serait à même de fournir le diagnostic de certitude.

Le bilan radiologique ne fournira qu'un diagnostic de probabilité. Si le diagnostic de lacune de Stafne est l'hypothèse la plus probable, l'absence assortie d'une surveillance régulière est l'attitude thérapeutique la plus appropriée [4-6, 8]. Si le suivi révèle une évolution de la lésion, la chirurgie et un examen histopathologique du contenu de la lacune sont indiqués. Signalons pour mémoire le cas d'une supposée lacune de Stafne dont le contenu s'est révélé être... un adénome pléomorphe [18].

Pour conclure, le diagnostic positif d'une lacune de Stafne se base sur un faisceau d'arguments :

- aspect pseudo-kystique bien délimité ;
- indépendance vis-à-vis des dents ;
- situation sous le canal mandibulaire ;
- absence de signes cliniques tels que des douleurs ou une tuméfaction ,
- affirmation de la continuité de son contenu avec une structure pelvibuccale ,
- enfin (et surtout), absence d'évolution à court, moyen et long terme.

La lacune de Stafne est une lésion importante à connaître par tout praticien car elle peut conduire à tort à un geste chirurgical inutile et de surcroît risqué. En raison de son aspect typique, elle est de diagnostic relativement aisé. ■

Bibliographie

1. Stafne E.
Bone cavities situated near the angle of the mandible.
J Am Dent Assoc 1942;29:1969-72.
2. World Health Organization.
International statistical classification of diseases and related health problems.
10th edition, 2007.
3. Uemura S, Fujishita M, Fujishita H.
Radiographic interpretation of so-called developmental defects of the mandible.
Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1976;41:120-8.
4. Gómez CQ, Castellón EV, Aytés LB, Escoda CG.
Stafne bone cavity: a retrospective study of 11 cases.
Med Oral Pathol Oral Chir Buccal 2006;11:E277-80.
5. Grellner T, Frost D, Brannon R.
Lingual mandibular bone defect: Report of three cases.
J Oral Maxillofac Surg 1990;48:288-96.
6. Slasky B, Bar-Ziv J.
Lingual mandibular bony defects: CT in the buccolingual plane.
J Comput Assit Tomogr 1996;20:438-43.
7. Segev Y, Puterman M, Bodner L.
Stafne bone cavity. Magnetic resonance imaging.
Med Oral Pathol Oral Chir Buccal 2006;11:E345-7.
8. Philipsen H, Takata T, Reichart P, Sato S, Suei Y.
Lingual and buccal mandibular bone depressions: A review based on 583 cases from a world-wide literature survey, including 69 new cases from Japan.
Dentomaxillofac Radiol 2002;31:281-90
9. Junquera LM, Albertos JM, Ferreras J, Baladron J.
Stafne Bone cyst. Revision of four cases, one of them with bilateral affectation.
Ann Otolaryngol Chir Cervicofac 1999;116:295-298.
10. De Courten A, Küffer R, Samson J, Lombardi T.
Anterior lingual mandibular salivary gland defect (Stafne defect) presenting as a residual cyst.
Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2002;94(4):460-4.
11. Barker G.
Xeroradiography in relation to a Stafne bone cavity.
Br J Oral Maxillofac Surg 1988; 26:32-5.
12. Tolman DE, Stafne EC.
Developmental bone defects of the mandible.
Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1967;24:488-90.
13. Arijji E, Fujiwara N, Tabata O, Nakayama E, Kanda S, Shiratsuchi Y, Oka M.
Stafne's bone cavity. Classification based on outline and content determined by computer tomography.
Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1993;76:375-80.
14. Marsot-Dupuch K, Katz P, Maulat I, Quillard J, TassartMet Doyon D.
Imagerie des glandes salivaires.
Encycl Méd Chir (Paris : Elsevier), Radiodiagnostic - Appareil digestif, 33-020-A-10, 2003.
15. Gorab GN, Brahney C, Aria AA.
Unusual presentation of a Stafne bone cyst.
Oral Surg Oral Med Oral Pathol,1986;61:213-20.
16. Brygo A, Leroy X, Maes JM, Ferri J.
Tumeurs et pseudotumeurs non odontogènes bénignes des maxillaires.
EMC (Paris : Elsevier), Stomatologie, 22-062-H-10, 2006, Médecine buccale, 28-550-M-10, 2008.
17. Oikarinen VJ, Wolf J, Julku M.
A stereosialographic study of developmental mandibular bone defects (Stafne's idiopathic bone cavities).
Int J Oral Surg 1975;4:51-4.
18. Simpson W.
A Stafne's mandibular defect containing a pleomorphic adenoma.
J Oral Surg 1965;23:553-6.

Pour s'abonner, appeler le :

tél. + 33 (0)1 69 18 15 14 - fax + 33 (0)1 69 86 06 78

			4 NUMÉROS(*)
France et Union Européenne	TTC		TTC
<i>version papier + version électronique</i>	204 €	<i>version électronique seule</i>	179 €
Étudiant* : France et Union Européenne (* sur présentation d'une attestation)			
<i>version papier + version électronique</i>	124 €	<i>version électronique seule</i>	109 €
Reste du monde			
<i>version papier + version électronique</i>	234 €	<i>version électronique seule</i>	149 €
Membre de l'AEOS	183 €		
Prix au numéro	67 €	Frais de port au numéro	4 €
Frais d'envoi par avion	49 €		

(*) Offre valable jusqu'au 31/10/2010

Je souhaite **m'abonner** à la Revue AOS

Je souhaite **prolonger mon abonnement** à la Revue AOS

MODE DE PAIEMENT :

Paiement effectué **par chèque** à l'ordre de : **EDP Sciences - REVUE AOS**
17 avenue du Hoggar - P.A. de Courtabœuf
B.P. 112 - 91944 Les Ulis Cedex A (France)
Tél. + 33 (0)1 69 18 15 14 - Fax + 33 (0)1 69 86 06 78
e-mail : abonnements@edpsciences.org

Paiement en ligne disponible sur notre site **www.aos-journal.org**

Paiement **par carte bancaire** : Carte Visa Master Card American Express

N°

Noter ici les 3 derniers chiffres situés au dos de la carte

Date d'expiration

Signature obligatoire

VOTRE ADRESSE :

Vous êtes : Chirurgien-Dentiste Stomatologue Orthodontiste Autre : précisez

Nom : Prénom :

Adresse :

Code Postal Ville

Tél Fax E-mail

LA VIE DE L'ASSOCIATION

PRÉSIDENTS D'HONNEUR :

Pierre CERNÉA[†], Jean OUVRARD[†],
Michel BENOIST[†],
Hubert OUVRARD

MEMBRES D'HONNEUR :

A. RICHARD[†], H. LENTULO[†],
A. LAMBERT, P. GONON[†],
J.-P. RAGOT[†]
Ch. DESCROZAILLES[†],
G. FICHELLE[†]

CONSEIL D'ADMINISTRATION

PRÉSIDENT : Luc CHIKHANI

VICE-PRÉSIDENT :

Jean-François LEGRAND

SECRÉTAIRE GÉNÉRAL :

Frédéric LARCHÉ

TRÉSORIER :

Gérard PASQUET

MEMBRES :

Jacques-Charles BERTRAND,
Danielle BUCH, Jean BUQUET,
Estelle FAVRE, Jean MEYER,
Guy PRINC, Valérie TRAVERT

COMITÉ SCIENTIFIQUE

PRÉSIDENT : Luc CHIKHANI

VICE-PRÉSIDENT : Hubert OUVRARD

SECRÉTAIRE : Frédéric LARCHÉ

MEMBRES : Christophe BONNEFOY, Estelle FAVRE,
Gilles FLEURIDAS, Thierry GUÉRIN, Jean-François
LEGRAND, Frank LEVAVASSEUR, Hervé MISSISTRANO,
Gérard PASQUET, Thierry PIRAL, Valérie TRAVERT

ANCIENS PRÉSIDENTS : P. CERNÉA[†], P. HENNION,
H. LENTULO[†], M. LEPOIVRE[†], A. MARMASSE[†],
A. LAMBERT, R.-R. RIGOLET[†], R. BATAILLE[†],
L.-A. STIEGLER[†], F. BOUCHON[†], Ch. DESCROZAILLES,
P. FRIEZ[†], F. BROCHERE[†], A. RICHARD[†], R.-L. NINET[†],
M. CHATEAU, P. COUSTAING, A. MUGNIER, R. WEILL[†],
C. CREPY, J. OUVRARD[†], Y. COMMISSIONAT,
B. DANGY[†], F. GARLOPEAU[†], J.-L. DEPHILIPPE,
J. VIGNEUL, H. PETIT, M. BENOIST[†], G. FICHELLE,
J. LAUFER, J.-P. SANTORO, P. LAUDENBACH[†],
P. DARGENT[†], Cl. SCHUHMANN, F. MAESTRONI[†],
J.-P. DEFFEZ, H. OUVRARD, D. RIGOLET, J. BUQUET,
J.-P. RAGOT[†], R. BUGUGNANI, P. BORDAIS,
J.-M. LAURICHESSE[†], J.-Ch. BERTRAND, J.-F. LEGRAND,
G. PASQUET, J. DICHAMP, D. BUCH, A. DEBOISE[†],
C. BOZON, F. LARCHÉ, M. AMORIC, G. PRINC,
V. TRAVERT, J.-P. LÉZY, F. LEVAVASSEUR, E. FAVRE,
H. MISSISTRANO, T. PIRAL, C. BONNEFOY

BULLETIN D'ADHÉSION À L'A.E.O.S.

Oui, je souhaite devenir membre de l'A.E.O.S. Ci-joint le règlement de ma cotisation annuelle 2010 : **20 €** au lieu de ~~60 €~~ (offre réservée aux nouveaux abonnés des A.O.S.).

Je règle par chèque à l'ordre de l'A.E.O.S.

Dr : Prénom :

Adresse

Code postal : Ville :

Téléphone : Fax :

Bulletin à retourner à : l'Association d'Enseignement d'Odontologie et de Stomatologie (A.E.O.S.)
179, rue Saint-Honoré - 75001 Paris - Tél. 01 42 60 50 32 - Fax 01 47 03 46 43