

# Fistule cutanée cervicale d'origine dentaire

## Cervical sinus tract of dental origin

S. Kedous, F. Elhedhili, S. Najjar, S. Dhambri, M. Cherif, S. Jbeli, S. Touati, S. Gritli.

Service ORL et chirurgie cervico-faciale, Institut Salah Azaïz, Tunis, Tunisie

### RESUME

**Introduction:** Les fistules cutanées cervicales sont un volet large de la pathologie cervicale qui posent le problème du diagnostic étiologique. Les fistules sont souvent associées à une origine congénitale ou infectieuse. L'enjeu diagnostique et thérapeutique est de déterminer l'étiologie afin de pouvoir éradiquer le trajet fistuleux.

**Observation:** Il s'agissait d'un patient âgé de 42 ans, adressé pour une fistule cervicale médiane évoluant depuis 9 mois. L'examen a trouvé une fistule cervicale médiane ad-hyoïdienne millimétrique laissant sourdre du pus à la pression. Une masse hypoéchogène oblongue de 2 cm a été décrite à l'échographie cervicale. Le diagnostic d'une fistule du tractus thyroglosse a été évoqué et le patient a été opéré. L'évolution a été marquée par la réapparition de la fistule cutanée productive au bout de 45 jours avec le même tableau clinique. Une fistulographie a montré un trajet fistuleux latéralisé à droite ne communiquant pas avec la région buccale. Une exérèse chirurgicale du trajet fistuleux a été réalisée associée à une extraction dentaire. Un suivi régulier depuis 36 mois n'a pas montré de récurrence.

**Conclusion:** devant une fistule cervicale trainante, l'origine infectieuse dentaire est une étiologie à considérer, permettant d'éviter de se perdre dans les différents autres diagnostics avec des chirurgies intempestives non fructueuses. Les soins dentaires et l'antibiothérapie peuvent être, souvent, suffisante pour assurer la guérison de la fistule.

**Mots clés :** Fistule cervicale, Dentaire, Chirurgie.

### ABSTRACT

**Introduction:** Cervical sinus tract are a broad component of cervical pathology that raises the problem of etiologic diagnosis. Sinus tracts are often associated with a congenital or infectious origin. The diagnostic and therapeutic challenges are to determine the etiology in order to eradicate the fistulous pathway.

**Observation:** we report the case of a 42-year-old patient referred to our consultation for a median cervical sinus-tract evolving for 9 months. The examination found a median hyoidian cervical millimetric-sinus tract with issue of pus on pressure. The diagnosis of fistula of the thyroglossal tract was mentioned and the patient was operated on. The evolution was marked by the relapse of the productive fistula after 45 days. Fistulography had shown a fistulous pathway on the right without a communication with the oral region. Surgical excision of the fistulous pathway was performed with a dental extraction. Regular follow-up for 36 months has not shown any recurrence.

**Conclusion:** Face of a trailing cervical fistula, the dental infectious origin is an etiology to be considered, making it possible to avoid various other diagnoses with untimely surgeries. Stomatological management based on dental care and antibiotic therapy can often be sufficient to ensure the healing of the fistula.

**Keywords :** Cervical sinus tract, Dental, Surgery.

### INTRODUCTION

Les fistules cutanées cervico faciales d'origine dentaire surviennent suite à une nécrose de la pulpe dentaire associée à une parodontite apicale chronique [1]. Elles restent mal connues entraînant souvent un retard diagnostique malgré leur prise en charge simple. Les patients présentant ce genre de fistule cutanée décrivent rarement des algies dentaires, et un examen spécialisé est souvent occulté.

La prise en charge est alors dirigée vers les autres origines infectieuses [2], congénitales, ou même carcinologiques [3]. Ces fistules cutanées d'origine dentaire sont, souvent, secondaire à des atteintes des molaires mandibulaires. Elles s'abouchaient le plus fréquemment en regard de la région sub mandibulaire suivie par la région jugale basse, plus rarement dans la région médiane ad-hyoïdienne [4]. A travers notre cas, on insistera sur les difficultés de

diagnostic étiologique des fistules cervicales chroniques notamment celles d'origine dentaire.

### OBSERVATION

Il s'agissait d'un patient âgé de 42 ans, tabagique à 40 PA, sans antécédents notables. Il a été adressé à notre consultation pour une fistule cervicale médiane évoluant depuis 9 mois, devenue productive depuis 3 mois.

L'examen a retrouvé une fistule cervicale médiane ad-hyoïdienne millimétrique laissant sourdre du pus à la pression avec un cordon fistuleux épais et induré dirigé en haut et en dehors.

Une masse paramédiane droite, hypoéchogène et oblongue de 2 cm a été décrite à l'échographie cervicale. Le diagnostic d'une fistule du tractus thyroglosse a été



évoqué. Le patient a été opéré par voie de Sistrunck avec résection d'un trajet fistuleux fibreux, mal limité, sans individualisation d'un quelconque kyste sous-jacent et sans attache évidente avec l'os hyoïde dont le corps a été toutefois réséqué.

L'examen anatomopathologique a retrouvé un aspect histologique d'une fistule cutanée. L'évolution a été marquée par la réapparition de la fistule cutanée productive au bout de 45 jours avec le même tableau clinique. Un examen buccodentaire a montré plusieurs caries dentaires et une parodontite évoluée.

Une épreuve au bleu, à la recherche d'une communication endobuccale s'est révélée négative. Devant la persistance de la fistule productive malgré un traitement antibiotique, une fistulographie a été réalisée montrant un trajet fistuleux latéralisé à droite ne communiquant pas avec la région buccale de 8mm de large (figure 1 et 2).



**Figure 1** : Cliché de fistulographie montrant le trajet fistuleux à droite



**Figure 2** : Cliché de fistulographie montrant la communication du trajet fistuleux avec la deuxième pré-molaire mandibulaire droite



**Figure 3** : vue per opératoire, trajet fistuleux (flèche), en dehors du nerf grand hypoglosse (étoile) et en dedans de la glande sous-maxillaire

Une exérèse chirurgicale du trajet fistuleux a été réalisée, la fistule partait de la région cervicale médiane vers la loge submandibulaire, en dehors du nerf grand hypoglosse et en dedans de la glande sous-maxillaire pour arriver jusqu'au niveau du bord basilaire de la mandibule (figure 3). En post opératoire, un examen stomatologique spécialisé a montré un abcès péri apical de la deuxième dent pré molaire inférieure droite, vraisemblablement responsable de cette fistule cutanée cervicale. Une extraction dentaire avec un curetage a été réalisée sous couvert d'antibiothérapie à large spectre. Un suivi régulier depuis 36 mois n'a pas montré de récurrence.

## DISCUSSION

La fistule cutanée d'origine dentaire est le plus souvent secondaire à un drainage d'une infection dentaire chronique [5]. Un abcès dentaire péri apical secondaire à une carie est la cause la plus fréquente. La progression de l'infection est un processus lent. Elle va d'abord s'étendre vers l'os alvéolaire, pour emprunter par la suite les voies de moindre résistance à travers le fascia cervical pour s'accumuler parfois dans un sinus qui se drainera, ultérieurement, par une fistule intra orale ou extra orale cutanée [6].

Approximativement, dans 80% des cas, ce sont les dents mandibulaires qui sont les plus atteintes et dans la moitié des cas ce sont les incisives. Le drainage se fait alors en regard de la région sous mentale. Le site de drainage est le plus souvent en rapport avec la dent atteinte. En effet, la fistulisation des abcès péri apicaux des molaires et des prémolaires mandibulaires s'extériorisent le plus souvent au niveau de la région submandibulaire. Mais, il a été rapporté des cas de fistulisation en regard de la région sous mentale correspondant à des abcès péri apicaux de la deuxième molaire. L'atteinte de la corticale osseuse mandibulaire en regard de la deuxième molaire serait à l'origine d'une ostéite chronique dont le trajet fistuleux a suivi le plan du muscle mylo-hyoïde pour s'aboucher en regard



de la région sous mentonnière [7]. Dans notre cas, cette fistule était encore plus bas située. L'interrogatoire est un temps capital pour orienter le diagnostic vers une fistule cervicale d'origine dentaire et rendre peu probable certains diagnostic différentiel notamment à tuberculose, le kyste ou fistule du tractus thyroïdienne, la sarcoïdose et les causes malignes [2,8,9].

Cliniquement, l'orifice externe de la fistule d'origine dentaire se présente comme une dépression érythémateuse avec un orifice centrale dont la pression pourrait être productive [10]. De plus, un examen dentaire spécialisé est obligatoire pour la démarche diagnostique accompagné d'une radiographie panoramique dentaire et l'examen aux cônes de gutta percha voire une fistulographie [2, 10, 11]. Ces tests vont permettre de suivre le trajet fistuleux et repérer la dent dévitalisée à son origine afin d'ajuster l'approche thérapeutique.

Pour le volet thérapeutique, le but principal du traitement est d'éliminer la source de l'infection. Les traitements de choix sont soit le traitement canalaire de la dent, soit l'extraction chirurgicale. Cependant, le traitement canalaire conservateur est recommandé de première intention quand cela est possible [12]. L'approche vis-à-vis du trajet fistu-

leux est controversée. Plusieurs études ont montré que le trajet fistuleux était tapissé par du tissu de granulation et que le traitement de la porte d'entrée dentaire seul était associé à une cicatrisation spontanée de la fistule cervicale [5,10,11, 13]. D'autres ont trouvé que ce trajet fistuleux était tapissé par de l'épithélium ce qui nécessiterait une exérèse chirurgicale du trajet fistuleux pour prévenir la récurrence et prévenir les surinfections à actinomycose [14].

## CONCLUSION

Par ce cas, nous attirons l'attention sur ce diagnostic différentiel de la fistule cutanée cervicale. L'imagerie et en l'occurrence la fistulographie sont d'une aide précieuse dans la démarche diagnostique. Dans cette pathologie, il faut avoir une parfaite coopération entre le médecin oto-rhino-laryngologiste et le stomatologue permettant un diagnostic précoce et une prise en charge adéquate.

**Déclaration de liens d'intérêts :** Les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêts.

## REFERENCES

1. IB Bender, S Seltzer, The oral fistula: its diagnosis and treatment. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1961;14:1367-76.
2. J.L Cantatore, PA Klein, LM Lieblich. Cutaneous dental sinus tract, a common misdiagnosis: a case report and review of the literature. *Cutis.* 2002;70:264-7.
3. DW Montgomery. Fistulas from dead teeth simulating dermal epithelioma. *Arch Dermatol.* 1940;41:378-9.
4. A Varol, AGülses. An unusual odontogenic cutaneous sinus tract to the cervical region: a case report. *Oral Health DentManag Black Sea Countries.* 2009; 3 :43-6.
5. S. Sammut, N. Malden, V. Lopes, Facial cutaneous sinuses of dental origin-a diagnostic challenge. *Br Dent J.* 2013;215(11):555-8.
6. H. Witherow, P. Washan, P. Blenkinsopp. Midline odontogenic infections: a continuing diagnostic problem. *Br J Plast Surg.* 2003;56(2):173-5.
7. D.J. Sheehan, B.J. Potter, L.S. Davis. Cutaneous draining sinus tract of odontogenic origin: unusual presentation of a challenging diagnosis. *South Med J.* 2005;98:250-2.
8. K.S. Sameer, S. Mohanty, M.M. Correa, K. Das. Lingual thyroglossal duct cysts-a review. *Int J Pediatr Otorhino laryngol.* 2012;76:165-8.
9. J. Chou, A. Walters, R. Hage, A. Zurada, M. Michalak, R.S. Tubbs, M. Loukas. Thyroglossal duct cysts: anatomy, embryology and treatment. *Surg Radiol Anat.* 2013;35:875-81.
10. T.J.Huang, R.T. Roan, H.T. Lin. Sinus tracts of dental origin: a clinical study. *Gaoxiong Yi XueKeXueZaZhi.* 1990;6(12):653-60
11. Y. Nakamura, K. Hirayama, M. Hossain, K. Matsumoto. A case of an odontogenic cutaneous sinus tract. *Int Endod J.* 1999;32:328-31.
12. G.A. Cioffi, G.T. Terezhalmly, H.L. Parlette. Cutaneous draining sinus tract: anodontogenic etiology. *J Am Acad Dermatol.* 1986 ;14:94-100.
13. E. Tidwell, J.D. Jenkins, C.D. Ellis, B. Hutson, R.A. Cederberg. Cutaneousodontogenic sinus tract to the chin: a case report. *Int Endod J.* 1997;30:352-5.
14. J.W. Harrison, W.J. Larson. The epithelized oral sinus tract. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1976;42:511-17.