

## **Kystes malformatifs odontogènes ou non odontogènes : dilemme d'un cas clinique**

**Auteurs :** AE RAKOTOARIVONY\*, RA RAKOTOARISON\*,  
T RANDRIAMANANTENA\*\*\*, FV RAKOTOARIMANANA\*\*\*,  
S RAKOTO ALSON\*, FA RAKOTO\*\*.

\* Institut d'Odonto-Stomatologie Tropicale de Madagascar, CHU de Mahajanga.

\*\* Service ORL-CCMF, Centre Hospitalier de Soavinandriana Antananarivo.

\*\*\* Service de Stomatologie et de Chirurgie Maxillo-faciale, CHU d'Antananarivo.

**Auteur correspondant :** Andrianony Emmanuel RAKOTOARIVONY

Département de Chirurgie, IOSTM, Université de Mahajanga.

### **Résumé**

Depuis 1992, une modification de la classification des tumeurs des maxillaires par l'OMS adopte le terme de kystes malformatifs des maxillaires à la place des kystes de développement. Ils peuvent être ainsi odontogènes ou non odontogènes. Au niveau du maxillaire, les lésions kystiques à localisation antérieure sont parfois source de dilemme quant aux diagnostics clinique et d'imagerie médicale. Cette étude se donne comme objectif de savoir présumer la distinction entre un kyste malformatif odontogène (KMO) et un kyste malformatif non odontogène (KMNO) avant l'examen histologique. Nous rapportons un cas de tuméfaction indolore vestibulaire et palatine paramédiane droite avec absence clinique de la 11. L'orthopantomogramme montre une image radiotransparente avec inclusion de la 11. Depuis l'examen clinique jusqu'à l'observation macroscopique de la lésion, tous les éléments de diagnostic sont relatés et comparés pour être en faveur d'un KMO ou d'un KMNO. Dans tous les cas, c'est le résultat de l'examen histologique qui tranche le diagnostic positif.

**Mots clés :** kyste malformatif odontogène, kyste malformatif non odontogène, diagnostic, énucléation.

## **Abstract**

*According to the WHO classification of jaws tumors in 1992, the term malformation cysts of jaws is adopted in place of development cysts of jaws. They may be odontogenic or non-odontogenic. In the maxilla, the cystic lesions in anterior location make sometimes a dilemma for the diagnosis by clinic state and medical imaging. The objective of this study is to know how to differ an odontogenic malformation cyst of a non-odontogenic malformation cyst before histologic examination. We report a case of painless swelling in the oral vestibule and the palate on the right paramedian region of the maxilla with clinical missing of the 11. Orthopantomogram shows radiolucency with inclusion of the 11. Since clinical examination to the macroscopic observation of the lesion, all diagnostic elements are compared to be in favor of an odontogenic malformation cyst or a non-odontogenic malformation cyst. In all cases, histopathologic examination is the only means of positive diagnosis.*

**Key words :** *odontogenic malformation cyst, non-odontogenic malformation cyst, diagnosis, enucleation.*

## **Introduction**

Un kyste du maxillaire est une lésion formée par une cavité creusée dans le squelette maxillo-facial ne communiquant pas avec l'extérieur. Prenant progressivement de volume, il contient une substance généralement liquide, mais peut être semi liquide, molle ou gazeuse. [1]

La symptomatologie d'appel de ces kystes est pauvre, voire inexistante si bien que leur découverte est souvent fortuite au cours d'un examen pour une autre pathologie, généralement après un examen d'imagerie médicale (radiographie ou tomographie).

Etiologiquement, un kyste du maxillaire

peut avoir plusieurs origines : odontogène ou non odontogène, de développement ou inflammatoire. [2]

Parfois, le diagnostic étiologique est confus à cause de l'existence de plusieurs similarités entre ces deux types de lésions. Cette confusion est plus importante lorsque leur localisation est identique.

Cette étude se donne comme objectif de savoir bien distinguer un kyste odontogène (KO) d'un kyste non odontogène (KNO).

Nous rapportons un cas de lésion kystique du palais antérieur dont le diagnostic a posé une controverse entre un KO et un KNO.

## Observation

Il s'agit d'un adolescent de 16 ans qui est venu en consultation au Centre Hospitalier de Soavinandriana en janvier 2010 pour une légère tuméfaction non douloureuse du maxillaire.

La tuméfaction est localisée dans le vestibule supérieur paramédian droit. La palpation est dure et indolore. Le palais antérieur présente une discrète voussure non douloureuse au niveau de la ligne médiane. Il n'y a ni mobilité, ni déplacement dentaire. La 11 n'est pas encore apparue sur l'arcade. Cela a été pris à l'âge de 10 ans par le dentiste traitant pour une agénésie dentaire ; aucune radio n'ayant été faite.

Le reste de l'examen clinique est normal.

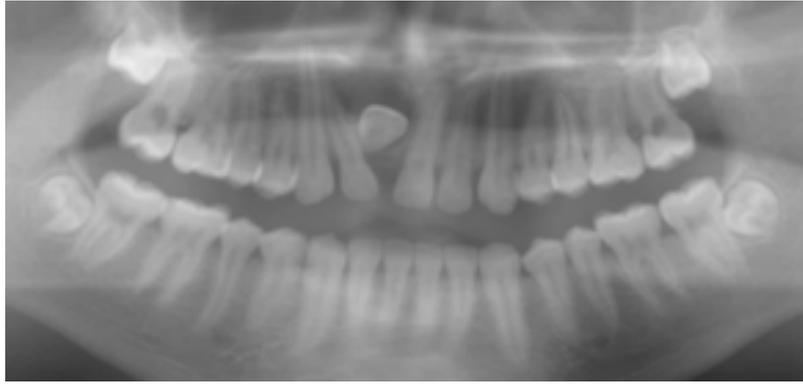
Aucun antécédent médico-chirurgical notable n'est évoqué.

L'orthopantomogramme présente une image de lésion osseuse maxillaire paramédiane mal limitée avec inclusion de la 11. Les racines des 12 et 21 semblent refoulées de façon plus ou moins importante par la lésion. (Figure 1)

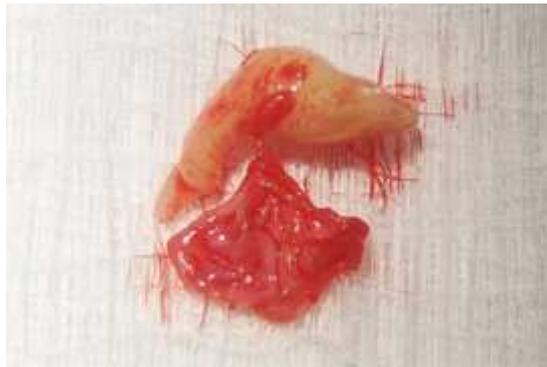
Le diagnostic de kyste du maxillaire est d'emblée posé.

L'exérèse sous anesthésie locale est réalisée, ramenant l'ensemble kyste et dent, le kyste étant appendu au niveau d'une angulation cervicale de la dent. (Figure 2)

L'examen histologique de la pièce opératoire n'a pas été effectué à cause d'un problème financier.



**Figure 1.** Orthopantomogramme présentant une lésion osseuse maxillaire paramédiane mal limitée avec inclusion de la 11 et refoulement radiculaire des 12 et 21.



**Figure 2.** Pièce opératoire : le kyste vidé de son contenu liquidien est appendu à la dent au niveau d'une angulation cervicale.

## Discussion

De par leur origine, les kystes du maxillaire peuvent être odontogènes ou non odontogènes, de développement ou inflammatoires. Selon la nature du tissu bordant la lésion, ces kystes peuvent être épithéliaux ou non épithéliaux [2, 3].

Le terme de kyste fissuraire est remplacé par l'OMS (1992) par celui de kyste malformatif non odontogène (KMNO) dont les kystes nasopalatins (KNPs) et les kystes nasolabiaux font partie [4]. Les KNP sont les plus fréquents [5] et leur développement n'est pas lié à aucune dent. Néanmoins, il peut exister des cas rares de

KNP associé à une dent incluse et c'est l'examen histologique de ces lésions qui détermine l'aspect non odontogène de ces kystes [6].

Toute origine confondue, la distribution générale des kystes du maxillaire est de 56% pour les kystes radiculaires, 17% pour les kystes dentigères, 13% pour les KNPs, 11% pour les kératekystes odontogéniques, 2,3% pour les kystes globulomaxillaires 1,0% pour les kystes traumatiques et 0,7% pour les kystes d'éruption [3]. D'une façon générale, les kystes odontogènes (KOs) sont ainsi plus fréquents que les kystes non odontogènes (KNOs) et les KNPs sont les plus fréquents des KNOs. Si l'on se réfère à cet ordre de fréquence des KNPs par rapport à l'ensemble des kystes du maxillaire, l'erreur de diagnostic est possible entre les KNPs d'une part, et les kystes odontogéniques, dentigères et les kératekystes, d'autre part. Cela revient à notre observation qui pourrait confondre des KMOs à localisation antéro-maxillaire avec des KMNOs.

Les KNPs et les kystes globulomaxillaires sont localisés au niveau du maxillaire antérieur. Pour les KOs, la localisation au niveau du maxillaire antérieur est très fréquente [7]. Cette tendance de localisation commune des deux types de kystes peut favoriser une confusion de

diagnostic entre l'origine odontogène ou non de ces lésions.

Le développement des KMOs est lié au fait que le développement des dents se fait en intra-osseux au cours de la croissance du maxillaire. Ainsi, une éventuelle prolifération cellulo-épithéliale odontogène conduit-il à la formation d'un kystique. [2]

L'étiologie et la pathogenèse du KNP fait partie depuis longtemps des sujets de controverse [8]. Les auteurs parlent de vestiges épithéliaux du canal nasopalatin ou de vestiges de la paroi épithéliale située entre les palais primaire et secondaire [9-11].

Dans tous les cas, les facteurs déclenchant la formation du KNP restent encore inconnus [8]. La notion de traumatisme mécanique chronique au cours de la mastication ou en présence d'un appareil prothétique mal ajusté ne doit pas être retenue car les KNPs devraient être beaucoup plus fréquents [9, 12]. D'autres hypothèses semblent plus sensées : des infections atteignant le canal nasopalatin à partir des incisives maxillaires ou des infections bactériennes nasales ou orales sont également évoquées [13].

Un KO d'origine inflammatoire est lié à une pathologie dentaire chronique [14]. La dent est en général délabrée et la radio

montre une image de lésion osseuse périapicale bien limitée. Un KMO est associé à une dent non cariée, généralement incluse [7]. Au stade avancé, la symptomatologie est dominée par la tuméfaction non douloureuse. La présence d'incisive ou canine délabrée associée orienterait ainsi le diagnostic vers une étiologie dentaire et l'absence de carie ou l'absence de dent sur l'arcade fait penser à une étiologie embryologique (KMO ou KMNO).

L'orthopantomogramme donne une image panoramique permettant de faire un bilan global dento-osseux. Les limites de la lésion ne sont pas nettes, favorisant le diagnostic de kyste, à cause de la profondeur de la lésion par rapport au plan superficiel.

Une radio occlusale est un meilleur moyen pour différencier un KMO d'un KNO. Les limites sont plus nettes. Un KNP apparaît comme un cœur de carte à jouer à localisation médiane. Un KMO est associé à une dent incluse.

La TDM a surtout un intérêt chirurgical pour évaluer les rapports avec les structures anatomiques adjacentes [15]. Dans tous les cas, elle ne doit pas être demandée de façon systématique, mais plutôt réservée à des grandes lésions, en particulier en cas de suspicion d'extension

dans les fosses nasales, le sinus maxillaire, l'orbite...

Dans les deux cas de kyste, le traitement est basé sur la marsupialisation ou l'énucléation.

La marsupialisation n'est pas indiquée dans les KMOs car la dent associée doit être extraite. Elle consiste à réaliser une « fenêtre » dans la paroi kystique pour soulager la tension intra-lésionnelle. Elle n'est donc indiquée que lorsque la corticale osseuse est soufflée par la lésion [16]. Une mèche de gaze est tassée dans la cavité. La cavité kystique diminue lentement de taille jusqu'à disparition complète en 3 à 6 mois [17].

L'énucléation est le traitement de choix [18]. Elle permet l'élimination de la dent associée au kyste en cas de KMO. Elle permet l'examen anatomopathologique de la lésion.

Les symptômes cliniques ne sont pas eux-mêmes suffisants pour différencier ces kystes. L'examen clinique combiné à l'examen histologique est essentiel pour déterminer le diagnostic définitif, est surtout afin d'éliminer une éventuelle malignité de la lésion [19].

L'aspect macroscopique de notre cas est en faveur d'un KMO pour deux raisons : Une dent incluse est associée au kyste et ce

kyste est appendu à la dent. L'origine inflammatoire est écartée car la dent ne présente aucune pathologie pouvant engendrer une réaction inflammatoire chronique telle la présence de tissu granulomateux. De plus, la dissection de cette lésion est très aisée, faisant penser d'emblée à l'existence de paroi épithéliale.

Microscopiquement, les KMO proviennent de cellules impliquées dans le développement de l'organe dentaire. [19]

Les KNPs sont bordés par un épithélium non odontogène. Cet épithélium provient des cellules épithéliales séquestrées lors du développement des bourgeons maxillo-faciaux [20].

Une greffe infectieuse dans la zone du kyste est possible quelque soit l'origine du kyste. Elle est généralement associée à une inflammation aigüe ou chronique à la paroi du kyste. Dans ce cas, la muqueuse épithéliale du kyste peut être détruite quelque soit l'origine du kyste, laissant place à du tissu de granulation. [2]

Des examens radiographiques sont indispensables à des intervalles réguliers afin de contrôler la progression de la régénération osseuse.

Un orthopantomogramme doit être réalisé au plus tard au bout d'un an postopératoire. [2]

## Conclusion

Un KMO et un KMNO ont la même symptomatologie si leur localisation au niveau du maxillaire est identique ou presque. Les examens d'imagerie médicale peuvent déjà différencier le diagnostic en faveur de l'un ou de l'autre. Un KMO est

toujours lié à une dent incluse. Dans les deux cas, la chirurgie radicale par énucléation est le traitement de choix. L'examen anatomopathologique de la lésion doit trancher le diagnostic positif.

## Références

1. Favre-Dauvergne E, Auriol M, Fleuridas G. Kystes des maxillaires. Encycl Méd Chir (Paris), Stomatologie-Odontologie 1, 22-062-G-10, 1994,6.
2. Manor E, Kachko L, Puterman MB, Szabo G, Bodner L. Cystic lesions of the jaws - a clinicopathological study of 322 cases and review of the literature. Int J Med Sci. 2012;9(1):20-6.
3. Shear M, Speight PM. Cysts of the oral and maxillofacial regions; 4th edition. Oxford: Blackwell Munksgaard; 2007.

4. Le Charpentier Y, Auriol M. Kystes des maxillaires. (pp 7-20). In : Histopathologie bucco-dentaire et maxillo-faciale. Ed : Masson, Paris 1997.
5. Kimberly A Elliott, Christine B Franzese, Karen T Pitman. Diagnosis and surgical management of nasopalatine duct cysts. *Laryngoscope*. 2004 Aug ; 114 (8) :1336-40.
6. Chami B, El Wady W. Kyste nasopalatin associé à une dent surnuméraire incluse : à propos d'un cas. *Med Buccale Chir Buccale* 2005;11:31-7.
7. Selvamani M, Donoghue M, Basandi PS. Analysis of 153 cases of odontogenic cysts in a South Indian sample population: a retrospective study over a decade. *Braz Oral Res*. 2012 Aug;26(4):330-4.
8. Suter VGA, Altermatt HJ, Voegelin TC, Bornstein MM. Le kyste nasopalatin : épidémiologie, diagnostic et traitement. *Rev Mens Suisse Odontostomatol*, Vol 117 :8/2007.835-9.
9. Anneroth G, Hall G, Stuge U. Nasopalatine duct cyst. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 1986 Oct;15(5):572-80.
10. Gnanasekhar JD, Walvekar SV, al-Kandari AM, al-Duwairi Y. Misdiagnosis and mismanagement of a nasopalatine duct cyst and its corrective therapy. A case report. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 1995 Oct;80(4):465-70.
11. Kitamura H. Epithelial remnants and pearls in the secondary palate in the human abortus: a contribution to the study of the mechanism of cleft palate formation. *Cleft Palate J*. 1966 Jul;3:240-57.
12. Allard RH, van der Kwast WA, van der Waal I. Nasopalatine duct cyst. Review of the literature and report of 22 cases. *Int J Oral Surg*. 1981 Dec;10(6):447-61.
13. Mealey BL, Rasch MS, Braun JC, Fowler CB. Incisive canal cysts related to periodontal osseous defects: case reports. *J Periodontol*. 1993 Jun;64(6):571-4.
14. Deroux E. Complications of dental infections. *Rev Med Brux*. 2001 Sep;22(4):A289-95.
15. Bodner L, Manor E, Glazer M, Brennan PA. Cystic lesions of the jaws in edentulous patients - Analysis of 27 cases. *Brit J Oral Maxillofac Surg*. 2010.
16. Bodner L, Bar-Ziv J, Kaffe I. Computed tomography of cystic jaw lesions. *J Comput Assist Tomogr*. 1994;18:22-6.
17. Bodner L, Bar-Ziv J. Characteristics of bone formation following marsupialization of jaw cyst. *Dentomaxillofac Radiol*. 1998;27:166-71.
18. Van Doorm ME. Enucleation and primary closure of jaw cysts. *Int J Oral Surg*. 1972;1:17-25.
19. Gordeeff M, Clergeau-Guerithault S, Gordeeff A. Histopathology of odontogenic cysts. *J Biol Buccale*. 1989 Sep;17(3):131-46.
20. Ndiaye-Faty CH, Ba A, Dia Tines S, Niang P, Diallo B. Diagnostic et traitement des kystes épithéliaux non odontogènes : à propos de 14 cas colligés au service de chirurgie buccale du CHU de Fann. *Odonto-Stomatologie Tropicale* 2000; 91: 27-30.