

# DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DES KYSTES EPITHELIAUX NON ODONTOGENES

A propos de 14 cas colligés au Service de Chirurgie Buccale du CHU de Fann

NDIAYE FATY Ch.\*, BA A.\*, DIA TINE S.\*, NIANG P.\*, DIALLO B\*., BENSLAMA L.\*\*

## INTRODUCTION

Les kystes (ENO) [1, 2, 3], improprement appelés kystes fissuraires car ils n'ont pas tous la même histogenèse, sont des collections liquidiennes entourées ou bordées d'un épithélium non odontogène. Cet épithélium proviendrait des cellules épithéliales séquestrées lors du développement des bourgeons maxillo-faciaux. La 1ère description de ces kystes a été faite par MEYER en 1914. Ils ne représentent que 5 % des kystes des maxillaires [2].

Cependant ces kystes présentent un intérêt thérapeutique particulier ; en effet, ces kystes coexistent avec des dents saines qui peuvent être malheureusement traitées à tort par le praticien mal averti. D'où l'importance d'un diagnostic étiologique qui ne saurait se faire sans :

- la connaissance de l'embryologie des maxillaires et particulièrement des zones où s'opère le fusionnement des bourgeons faciaux,
- les données de l'examen clinique, radiologique et surtout anatomo-pathologique.

Le but de notre travail est de faire une étude de kystes fissuraires au CHU de Dakar sur le plan de leurs aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques.

## II- MATERIEL ET METHODES

Pour une période de 7 ans (1987 à 1994), nous avons traité dans le Service de Chirurgie Buccale 14 kystes fissuraires. Il s'agit d'une étude rétrospective sur dossier qui s'est intéressé à :

- leur fréquence,
- leur répartition par tranche d'âge,
- leur date d'apparition,
- leur répartition par sexe,
- leur répartition ethnique,
- leur aspect clinique et radiologique,
- leur thérapeutique.

\* Service de chirurgie buccale - CHU Fann BP 5035.

\*\* Service de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale  
Hôpital Pitié-la salpêtrière - Paris VI.

## III - RESULTATS

### III.1 Fréquence des kystes fissuraires (Tableau n°1)

Au cours de la période de 1987 à 1994, nous avons observé 116 kystes des maxillaires. 14 kystes fissuraires ont été diagnostiqués.

Tableau 1 : Classification des kystes des maxillaires de 1987 à 1994

Classification	Nb de cas	%
Kyste radiculo-dentaire	87	75
Kyste primordial	1	0,86
Kyste dentigère	14	12,07
Kyste fissuraire	14	12,07
Total	116	100

### III.2 Répartition des 14 kystes fissuraires (Tableau n°II)

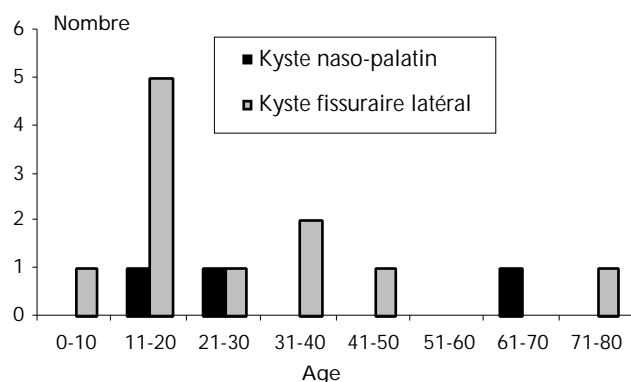
Tableau II : Répartition selon les formes cliniques des kystes fissuraires

	Nb de cas	% kystes fissuraires	% kystes maxillaires
Kyste canal naso-palatin	3	21,43	2,59
Kyste fissuraire latéral	11	78,57	9,47
Total	14	100	12,06

### III.3 Répartition par tranche d'âge

La répartition par tranche d'âge de ces kystes montre qu'à l'exception de la tranche d'âge 61-70, toutes les tranches d'âge sont intéressées de 10 à 80 ans. On ne note pas de kyste avant l'âge de 10 ans.

Figure n°1 : Répartition selon l'âge des kystes fissuraires



#### III.4 Répartition des patients selon l'ethnie (Tableau III)

Ethnies	Kystes naso-palatin	Kyste fissuraire latéral	Total kystes
Diola	1	2	3
Wolof	0	5	5
Sarakholé	0	1	1
Sérère	0	1	1
Socé	1	0	1
Toucouleur	1	2	3

#### III.5 Aspects cliniques

Aucun malade n'a été vu dès l'apparition des premiers symptômes.

A l'examen clinique, le signe le plus habituellement retrouvé est la tuméfaction associée toujours à des déplacements et mobilités dentaires.

Dans notre recrutement, nous n'avons rencontré qu'un cas de kyste fistulisé et suppuré. Le diagnostic positif repose : sur une évolution lente de ces tumeurs sans signes fonctionnels, ni signes généraux, mais le fait important est que cette tumeur siège au niveau des lignes de sutures du massif facial

Sur la suture incisivo-canine pour le kyste fissuraire latéral (11 cas), les tests de vitalité dentaire sont positifs, malgré une légère mobilité des antérieures souvent constatées.

#### III.6 Examens complémentaires

##### Sur le plan radiologique

L'aspect en forme de «cœur de carte à jouer» est toujours visualisé en cas de kyste du canal naso-palatin. L'aspect piriforme est observé en cas de kyste fissuraire latéral. Nous avons retrouvé l'existence d'inclusion dentaire ou d'odontomes dans quelques kystes fissuraires latéraux :

- 2 cas ont présenté un odontome
- 1 cas a présenté une canine incluse.

##### Sur le plan anatomo-pathologique

Le contenu du kyste est séreux ; le tissu conjonctif est généralement dense, il contient du tissu adipeux et des glandes muqueuses. Le diagnostic différentiel est d'une grande importance dans ces lésions kystiques ; il se discutera surtout : au maxillaire avec des images uniloculaires à contours nets (kyste dentigère essentiellement et le kyste essentiel).

#### III.7 Thérapeutique

Les interventions sont pratiquées sous anesthésie loco-régionale au fauteuil dentaire, après une prémédication (Diazépam à 20 mg en IM, 30mn avant le début de l'intervention plus une antibiothérapie)

La voie d'abord est vestibulaire avec incision et décollement d'un lambeau trapézoïdal.

La thérapeutique a donc consisté en une cure chirurgicale radicale en s'appliquant à être conservateur au maximum sur le plan dentaire.

Les suites opératoires sont généralement simples : nous n'avons eu qu'un seul cas de perforation palatine concernant un kyste fissuraire latéral, mais qui a été facilement traitée par la confection d'une plaque palatine.

Les prescriptions post-opératoires se résument : Amoxicilline 2 grammes par jour, Ibuprofène 1 gr par jour et de la polyvidione iodée en bain de bouche.

#### IV - DISCUSSION

Nous remarquons ici une grande fréquence des kystes fissuraires à Dakar par rapport aux données de la littérature qui estiment que ces kystes représenteraient environ 6 % des kystes des maxillaires (1, 3, 4, 5). Dans notre série, les kystes fissuraires représentent 12 %.

De 1979 à 1989, GUILBERT et coll. ont recensé 1231 cas de kystes en France, 54 kystes fissuraires ont été diagnostiqués soit un pourcentage de 4,31 % (5, 6).

Ces kystes sont considérés par de nombreux auteurs comme rares (6, 7).

CHOMETTE et coll. (3) d'après un recrutement de 279 kystes des maxillaires de 1979-1981, ont trouvé le même pourcentage avec 17 kystes fissuraires soit 6 %.

En Afrique, MOSADOMI (7) d'après un recrutement de 67 kystes des maxillaires a relevé 5 kystes fissuraires, soit 7 %.

Parmi ces kystes fissuraires, les kystes du canal naso-palatin sont les plus fréquents (4).

Classiquement, en Europe, le siège des kystes fissuraires s'établit selon la fréquence suivante [6, 3] :

- le kyste fissuraire latéral (1er),
- le kyste fissuraire naso-labial ou du seuil narinaire (2ème),
- le kyste médio -palatin (3ème),
- le kyste médio-mandibulaire (4ème).

Cependant cet ordre de fréquence valable en Europe doit être revu en Afrique, et notamment au Sénégal où le kyste fissuraire latéral semble être de loin le plus fréquent des kystes fissuraires des maxillaires (10 kystes fissuraires latéraux sur 14 kystes fissuraires dans notre étude).

Nous remarquerons qu'aucun malade n'a été vu dès l'apparition des premiers symptômes. Ceci est dû :

- sans doute au degré d'accessibilité aux structures de santé,
- à l'absence de signes inquiétants,
- mais également à l'insouciance des malades et/ou de leur entourage qui s'en tiennent d'abord à une thérapeutique traditionnelle.

Et d'après ANNEROTH et coll. (8) les manifestations cliniques de ce kyste se font généralement avant 30 ans. De nombreuses études ont montré une forte prévalence du sexe masculin [7, 8]. Pour le kyste fissuraire latéral : nous n'avons pas retrouvé de différence significative entre les deux sexes dans notre étude.

La forte prévalence de l'ethnie Wolof ne peut être prise en considération, car l'étude a été réalisée à Dakar où prédomine l'ethnie Wolof.

Dans notre étude, le kyste du latéral est le plus fréquent [8, 9, 10].

Suivant leur localisation anatomique sur les maxillaires, on distingue 5 variétés de kystes fissuraires [3,5] :

- le kyste naso-palatin,
- le kyste de la papille palatine le kyste médio - palatin,
- le kyste latéral,
- le kyste médio-mandibulaire.

En général, ces kystes sont d'évolution silencieuse ; aucun de nos malades n'a été vu dès l'apparition des premiers symptômes, les principaux motifs de consultation sont le volume de la tuméfaction devenu inquiétant pour le patient et son entourage.

La radiographie est la clé du diagnostic car elle va préciser la nature radio-transparente de la tumeur et ses caractéristiques et permettra de préciser la technique opératoire.

Sur le plan radiographique, notre série retrouve des données classiques déjà observées :

- Pour le kyste fissuraire latéral : l'incisive latérale et la canine sont refoulées entourant le kyste.
- Pour le kyste du canal naso-palatin une image en «cœur de carte à jouer».

Le diagnostic des kystes fissuraires des maxillaires est à faire avant l'intervention car les dents sont normalement saines et il faudra être conservateur [10, 11, 12, 13]. La voie d'abord de ces kystes a été endo-buccale au niveau vestibulaire, en suivant les limites de la projection du kyste sur la face vestibulaire ; elle est circulaire et répond à la plus grande circonférence de la poche kystique.

Pour assurer cette guérison, la thérapeutique doit comporter :

- l'élimination totale de la membrane kystique afin d'éviter toute récurrence,
- une régénération osseuse par la réhabilitation fonctionnelle totale.

Dans notre série, en dépit de la taille importante des kystes rencontrés, aucun matériau de comblement n'a été utilisé par la cavité opératoire.

Les suites opératoires sont généralement simples (antibiothérapie pendant 10 jours à raison d'une injection par jour).

Les dents sont restées vivantes après l'intervention, les dents étant testées un mois après.

Le patient a retrouvé sa morphologie faciale.

## VI - CONCLUSION

A partir de ces constatations, nous pouvons dire que même si ces kystes sont considérés comme rares en Europe, ils ne paraissent pas exceptionnels au Sénégal. Par conséquent, l'attention de l'odonto-stomatologiste doit toujours être mis en éveil devant tout image kystique afin de ne pas passer à côté du diagnostic.

Nous terminerons en citant MATHIEU [4] qui écrit à propos des kystes fissuraires ceci : « nous sommes convaincus que si nous pensions de façon plus systématique à la possibilité de ces kystes non dentaires, il est vraisemblable qu'ils nous paraîtraient moins exceptionnels et que nous sauverions sans doute quelques pulpes supplémentaires ».

## RESUME

Sur une étude de 14 cas de kystes épithéliaux non odontogènes (ENO) traitées dans le service de chirurgie buccale du CHU de Fann au cours d'une période de 7 ans, il ressort que :

- les kystes (ENO) des maxillaires représentent 12.06 % des kystes traités dans le service,
- le kyste fissuraire latéral est la variété clinique la plus fréquente,
- le diagnostic de ces kystes repose sur les signes cliniques, surtout des examens complémentaires et en particulier des tests de vitalité dentaire,
- le traitement de ces kystes est la cure chirurgicale radicale.

**Mots clés :** *kystes, non odontogènes, maxillaires.*

## SUMMARY

### *Diagnosis and treatment of non odontogenic epithelial cysts*

Non odontogenic epithelial cyst, again called fissurary cyst, are dysembryophasic cyst of maxillary, they are born throughout the sutures line of faces. Their diagnosis is raising again association of clinic symptom, especially complementary examination and in particular dental vitality test.

Their treatment is surgical.

Around 14 cysts fissurary have been recorded in a seven-year period.

**Key words :** *cysts, non odontogenic, maxillary*

## BIBLIOGRAPHIE

- 1 - CHOMETTE G., AURIOL M.  
Histopathologie buccale et cervico-faciale.  
Paris : Masson Editions, 1986.
- 2 - KRAMER I.R.H., PINDBORG JJ, and SHEAR M.  
Histological typing of odontogenic tumours  
WHO second Edition, 1992, pp 39-40.  
J. Oral Surg., 1975, n°4 : 219-224.
- 3 - CHOMETTE G., GUILBERT F.  
Tumeurs bénignes et pseudo-tumeurs des maxillaires d'origine dentaire.  
EMC stomatologie 1986 I., 22 062 H10, 2, 12 p.
- 4 - MATHIEU L.  
Les kystes du maxillaire supérieur d'origine non dentaire.  
Actual. Odonto- stomatol., 1972, n°99 : 365 - 378.
- 5 - GUILBERT F., CHOMETTE G.  
Kystes des maxillaires.  
E.M.C. Stomatol. 1983 1., 22081 A15, 4.
- 6 - GUILBERT, CHOMETTE G., LE CHARPENTIER Y., AURIOL M.  
Les tumeurs bénignes et les pseudo-tumeurs des maxillaires.  
Rev. Stomatol. Chir Maxillo-face, 1993, 94, n°4, pp. 197 -265.
- 7 - LATHOUWER CI., HEYNDERICK X.  
Une observation de kyste globulo-maxillaire anormalement volumineux envahissant la totalité du maxillaire supérieur. Problèmes particuliers de diagnostic.  
Rev Stomatol. chir. Maxillo-fac., 1973, 74 1 pp 21-27.
- 8 - MOSADOMI A  
Tumors, cysts and allied lesions of the jaws and oral mucosci in Lagos Nigeria, 1969 - 74.
- 9 - ANNÉROTH G., HALL G., STUGE U.L.F.  
Nasopalatine duct cyst.  
Int. J. Oral Maxillofac. surg. , 1986 : n°15 : 572 - 80.
- 10 - DELAIRE J., MOUTET H.  
Le kyste du seuil nasalaire.  
Rev Stomatol. Chir Maxillofac., 1978, 79 4 : 283 - 93.
- 11 - BODIN I., ISACSSON G., JULIN P.  
Cysts of the nasopalatine duct.  
Int. J.Oral Maxillofac. surg., 1976 : n°15 : 696 - 706.
- 12 - GUILBERT F., CHOMETTE G., PERON J.M.  
Traitement des tumeurs bénignes et pseudo-tumeurs des maxillaires.  
E.M.C.Stomatol, 1988, 22062 K10, 2.
- 13 - NORTJE Ch., FARMAN G.  
Nasopalatine duct cyst. An aggressive condition in adolescent Negries from south Africa.  
Int. J. Oral. Surg. 1978, n°7 : 65 - 72.
- 14 - CURTEC H.D., WOLFE P., GALLIA L. , MAY M.  
Unusually large nasopalatine cyst.  
J. Comput. Assist. Tomogr., 1984, 81 : 139 - 142.