

Université Constantine 3

Faculté de médecine

**Département de médecine
dentaire**

**Service de pathologie et
chirurgie buccale**

LES KYSTES DES MAXILLAIRES

Cours destiné aux étudiants
de troisième année.
2023/2024

Dr .I.BENHAMADA

KYSTES DES MAXILLAIRES

Introduction

1. Définition du kyste
2. Caractéristiques des kystes des maxillaires
3. Classification (OMS 2017)

3.1. Kystes odontogènes d'origine inflammatoire

- 3.1.1. Kyste radulaire
- 3.1.2. Kyste collatéral inflammatoire

3.2. Kystes odontogéniques et non odontogéniques liés au développement

- 3.2.1. Kyste dentigère
- 3.2.2. Kératokyste odontogénique
- 3.2.3. Kyste périodontal latéral et kyste odontogénique botryoïdal
- 3.2.4. Kyste gingival
- 3.2.5. Kyste odontogénique glandulaire
- 3.2.6. Kyste odontogénique calcifiant
- 3.2.7. Kyste odontogénique ortho kératinisé
- 3.2.8. Kyste nasopalatin

4. Etude anatomo -clinique

4.1. Kystes odontogènes d'origine inflammatoire

- 4.1.1. Kyste radulaire
- 4.1.2. Kyste collatéral inflammatoire

4.2. Kystes odontogéniques et non odontogéniques liés au développement

- 4.2.1. Kyste dentigère
- 4.2.2. Kératokyste odontogénique
- 4.2.3. Kyste périodontal latéral et kyste odontogénique botryoïdal
- 4.2.4. Kyste gingival
- 4.2.5. Kyste odontogénique glandulaire
- 4.2.6. Kyste odontogénique calcifiant
- 4.2.7. Kyste odontogénique ortho kératinisé
- 4.2.8. Kyste nasopalatin

5. Traitement

Conclusion

Bibliographie

LES KYSTES DES MAXILLAIRES

Introduction :

Parmi les nombreuses pathologies affectant les maxillaires, il existe les lésions osseuses qui se traduisent par des pertes de substance et dont l'origine étant essentiellement les kystes et les tumeurs. Elles peuvent être bénignes, cliniquement asymptomatiques, et évoluer lentement jusqu'à leur découverte fortuite ou à un stade avancé de leur évolution.

1. Définition :

De nombreuses définitions des kystes ont été proposées ; nous retenons celle de Scheer : « un kyste est une cavité pathologique qui présente un contenu liquide, semi-liquide, ou aérique et qui n'est pas créée par l'accumulation de pus. Il est bordé par un épithélium qui peut être soit continu soit discontinu ».

2. Caractéristiques des kystes :

1. Les kystes des maxillaires : sont des lésions intra-osseuses, possédant une structure histologique particulière caractérisée par la présence d'une enveloppe épithéliale, kératinisée ou non kératinisée, semi-liquide ou solide.

2. Le contenu kystique : peut-être liquide ou semi-liquide.

3. La paroi : est composée le plus souvent d'un conjonctif lâche ou à prédominance fibreuse.

4. La tuméfaction osseuse : circonscrite et indolore passe par quatre phases :

- Phase de latence,
- Phase de déformation ,
- Phase d'extériorisation,
- Phase de complication .

5. Signes dentaires associés: déplacements et mobilité

6. Signes radiologiques :

- **La géode** : cavité très claire, aux contours réguliers, entourée d'un fin liseré blanchâtre résulte d'une perte de substance osseuse.
- **La lacune** : diminution de la densité radiographique qui se traduit par une image claire limitée, dont le contour n'est pas marqué par une ligne dense.

3. Classification des kystes des maxillaires

Nous retenons pour notre étude celle de l'OMS 2017 :


Kystes odontogènes d'origine inflammatoires


Kyste radiculaire

Kyste collatéral inflammatoire

Kystes odontogéniques et non odontogéniques liés au développement

 Kyste dentigère

 Kératokyste odontogénique

 Kyste périodontal latéral et kyste odontogénique botyroidal

- ✚ Kyste gingival
- ✚ Kyste odontogénique glandulaire
- ✚ Kyste odontogénique calcifiant
- ✚ Kyste odontogénique ortho kératinisé
- ✚ Kyste nasopalatin

4. Etude anatomo-clinique des kystes des maxillaires :

4-1 Kystes odontogènes et non odontogènes liés au développement :

4-1-1 Kyste dentigère : (fig.1)

Le kyste dentigère adhère au collet d'une dent incluse et entoure sa couronne, (le plus souvent permanente notamment la dent de sagesse inférieure et la canine supérieure) .

Origine : Il se constitue par accumulation de sérosités entre la couronne dentaire déjà formée et les assises épithéliales de l'émail devenues inactives (théorie inflammatoire).

Radio: image radio claire bien circonscrite, entourant la seule couronne d'une dent incluse.



Fig.1

4-1-2. Kératokyste odontogénique : (fig.2)

Il représente 14% des kystes des maxillaires, peut survenir à tout âge il est caractérisé par une importante kératinisation de sa bordure malpighiennes, une croissance agressive et une forte tendance à la récurrence.

Radio :

Géode, homogène, ronde ou ovale, au contour régulier. Les images poly géodiques prennent un aspect en « bulles de savon ».

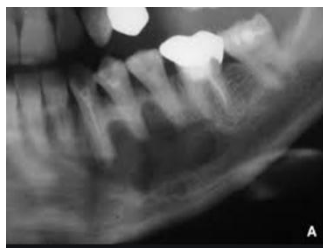


Fig.2

4.1.3. Kyste périodontal latéral et kyste odontogénique botryoïdal :

Extrêmement rare ; il évolue dans l'atmosphère périodontale d'une dent vivante, régions prémolaire mandibulaire, puis maxillaire antérieure, il est cliniquement asymptomatique.

Radio: radio clarté ronde ou ovoïde uni- ou multiloculaire, bien circonscrite au tiers supérieur de la racine, sans résorption de la racine.

4.1.4. Kyste gingival : (fig.3)

Peu fréquent, survient en gencive attachée ou en gencive libre ; parfois au niveau de la papille elle-même il survient à tout âge.

Le kyste apparait comme un petit nodule bien circonscrit ; généralement d'un demi-centimètre qui soulève une gencive d'aspect et de couleur normale (chez l'adulte).

Les perles d'Epstein sont des nodules kystiques remplis de kératine qui sont plutôt trouvés le long du raphé palatin (chez l'enfant).

Radiologiquement, le kyste n'est pas visualisable.



Fig.3

4.1-5. Kyste glandulaire odontogénique :

Rare, sans signes cliniques et radiologiques spécifiques à prédominance mandibulaire antérieure.

4.1.6.Kyste odontogénique calcifiant : c'est l'actuelle tumeur calcifiée

4.1.7.Kyste odontogénique ortho kératinisé

4.1.8.Kyste nasopalatin :(fig.4)



Fig.4

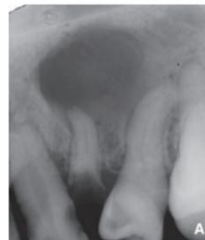


Fig.5

4.2. Kystes odontogéniques d'origine inflammatoire :

4.2.1. Kystes radiculaires : (fig.5)

Ils constituent avec 59% des cas, le groupe le plus important de tous les kystes des maxillaires.

Observables à tout âge, cependant une prédilection pour la denture permanente.

Etiologie :

Ces kystes sont le plus souvent dus aux **complications infectieuses des pulpopathies** non ou insuffisamment traitées.

L'évolution du kyste se fait selon trois phases:

- **une phase d'initiation** : les cellules épithéliales provenant des débris de Malassez sont stimulées par des mécanismes divers tels que les hormones de croissance et les antigènes bactériens.
- **une phase de cavitation**, où il se forme des cordons épithéliaux qui se rejoignent et qui entourent les tissus de granulation,

• **la phase d'expansion** ; cette expansion serait due à l'action de la **pression osmotique** et **hydrostatique** active.

Situation : intéresse la portion antérieure des maxillaires et les branches horizontales de la mandibule.

Clinique : souvent asymptomatique et sa découverte est fortuite radiologique.

Radio : géode unique, arrondie ou ovale, homogène, appendue à l'apex de la dent mortifiée. Sa taille est de 10 mm, la présence d'un liseré de condensation périphérique le fait différencier du granulome.

L'évolution ; du kyste radiculaire est lente.

Complications :

Complications infectieuses : rarement la suppuration intra kystique peut provoquer un phlegmon péri-maxillaire, un abcès palatin, une ostéite sous-jacente...

Complications mécaniques : fracture mandibulaire en cas d'extension considérable principalement sur des espaces édentés. ; mobilité et déplacement dentaire ; parfois même une rhizolyse.

Diagnostic différentiel :

- ✚ Granulome péri apical
- ✚ Abcès palatin
- ✚ Améloblastome

4.2.2. Kyste collatéral inflammatoire : (fig.6) Ce kyste est défini par son siège particulier dû à son étiologie. Une fracture radiculaire, un canal aberrant, mais le plus souvent une fausse route lors d'un traitement canalaire avec perforation accidentelle de la racine ou du plancher pulpaire sont à l'origine du granulome, puis du kyste inflammatoire. Les prémolaires et molaires inférieures sont le siège de prédilection du kyste radiculaire latéral.

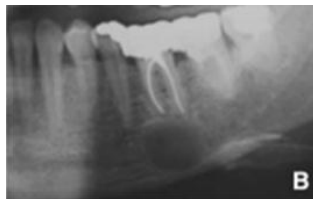


Fig.6

5. TRAITEMENT :

5.1. Traitement non chirurgical :

Consiste en une perforation de la paroi kystique, drainage du kyste et une obturation canalaire parfaite.

5.2. Traitement chirurgical :

5.2.1. Kystectomie :

Définition : C'est une technique conservatrice qui vise à extirper la totalité de la tumeur.

Il permet de préserver les dents et le maximum de tissu osseux ainsi que les éléments le traversant.

Avantage :

- cicatrisation rapide lorsque la plaie est suturée.
- pas de récurrence.
- analyse histopathologique de la totalité de la pièce opératoire.

Inconvénients :

-risque de lésion ou de perte d'élément anatomique de voisinage par exérèse totale de la poche kystique

Technique :

- * L'incision intéresse le revêtement mucopériosté et est décalée par rapport à la trépanation osseuse
- * L'énucléation est réalisée grâce à un décolleur mousse permettant de cliver et de récliner **très progressivement la paroi kystique**.
- * Tout geste agressif est prohibé afin d'éviter la fracture accidentelle.
- * Le « curetage appuyé » doit demeurer un geste rigoureusement complémentaire de l'énucléation et être réservé aux seules parois osseuses épaisses.
- * La cavité d'énucléation doit faire l'objet d'une **irrigation généreuse** par du sérum physiologique.
- * temps de fermeture : comblement de la cavité, fermeture muqueuse hermétique.
- * Certains auteurs complètent l'énucléation par une cryothérapie des parois osseuses. D'autres recourent à des applications d'eau oxygénée ou d'acide acétique de façon à irriter chimiquement les parois et les éventuels reliquats tissulaires.

5.2.2. Marsupialisation ou kystotomie :

Définition : Consiste essentiellement à transformer le kyste en une cavité accessoire de la cavité buccale ; pour réduire **la pression intra kystique** et permettre ainsi à la cavité de diminuer progressivement de taille. Elle est rapide et peu agressive, mais s'avère contraignante pour le patient car nécessite plusieurs visites de contrôle.

Indications :

- L'indication formelle de cette technique est **le kyste dentigère** car elle permet la conservation du germe dentaire, on assiste à l'évolution normale de la dent retenue qui vient prendre position sur l'arcade.
- Pour **les kystes de grande dimension** qui risquent de provoquer des accidents post opératoires(fracture ouverte) .

Une surveillance clinique et radiographique ultérieure est nécessaire pour détecter une éventuelle récurrence.

Premier contrôle radiologique : entre 3et 4 mois après exérèse du kyste (délai nécessaire pour la cicatrisation osseuse ou suspicion d'une récurrence précoce). Poursuivre les contrôles jusqu'à réossification complète.

Conclusion

Le rôle du praticien est de traiter les nombreuses lésions qu'il est amené à découvrir chez ses patients. Le diagnostic préalable à tout traitement est basé sur la clinique, la radiographie qui reste le seul moyen d'investigation préopératoire.

L'examen le plus précis demeure l'analyse anatomopathologique. L'intérêt de ce diagnostic, post chirurgical, est de permettre malgré tout au thérapeute de réintervenir, le cas échéant, en cas d'erreur de diagnostic ou de n'assurer qu'une surveillance postopératoire devant le caractère bénin de la majorité des kystes.

Bibliographie :

Nadine Martin-Duverneuil. Michelle Auriol. Les tumeurs maxillo-faciales. Sauramps médical 2004.

Norbert Schwenger. Chirurgie dentaire .Lavoisier ; Médecine Sciences 2015(174-194).

Robert Cavézian Gérard Pasquet .Cône beam.imagerie diagnostique en odontostomatologie. Elsevier Masson.2011 .p 438-497.

Stuart C. White, DDS, PhD. Michael j .Pharoah, DDS, MSC, FRCD (C). Oral Radiology. Principles and Interpretation .Mosby 2000.p 438-497.