

TRAITEMENT DE DEUX VOLUMINEUX KYSTES DENTIGERES CHEZ UN ENFANT PAR LA TECHNIQUE DE MARSUPIALISATION

Boukais-Hamid¹, Boulmerka. Sonia¹, Touil. Mériem¹, Si Saber-Asma¹

(CHU Blida-Service de Pathologie et Chirurgie buccale, Faculté de Médecine, Université de Blida, Algérie)

RESUME : Les kystes dentigères continuent à être un motif fréquent de consultation en pathologie et chirurgie buccale. Presque toujours, ces formations kystiques font obstacle à l'éruption des dents définitives à partir desquelles, elles prennent naissance, ce qui amène les malades à consulter.

Le traitement chirurgical conservateur par marsupialisation, constitue la technique de choix pour ce type de lésions, ce traitement, en plus qu'il a l'avantage d'être moins mutilant et délabrant que l'énucléation chirurgicale, il permet la mise en place sur l'arcade des dents retenues.

Le cas rapporté dans ce travail, est celui d'un jeune enfant qui a bénéficié d'une marsupialisation de deux volumineux kystes dentigères mandibulaires, ce qui a permis de mettre en place sur l'arcade, les dents retenues.

Mots clés: éruption dentaire, kyste dentigères, marsupialisation, dents incluses.

INTRODUCTION

Les kystes dentigères (encore appelés kystes folliculaires), sont des kystes épithéliaux odontogènes liés au développement de l'organe dentaire lors de l'embryogénèse. Ces kystes se développent sur des dents n'ayant pas encore fait leur éruption, dont ils constituent un obstacle [1]. Ils peuvent concerner une ou plusieurs dents simultanément chez un même patient. A la phase de latence, ces kystes sont découverts fortuitement à l'occasion d'un examen radiologique. A la phase de déformation, la tuméfaction représente le motif de consultation le plus fréquent. Ces kystes représentent environ 20 % de tous les kystes odontogènes. Ils occupent la deuxième place après les kystes radiculaires inflammatoires [2]. Ils surviennent à tout âge, avec une incidence maximale à la seconde et à la quatrième décennie, ils sont plus fréquents chez l'enfant de sexe masculin.

A travers notre publication, nous rapportons le cas d'un enfant âgé de 09 ans, qui s'est présenté à notre consultation de pathologie et chirurgie orale, pour deux volumineux kystes dentigères mandibulaires, ayant empêché l'éruption des 43-44-45 et 34. La marsupialisation chirurgicale, a permis la résorption des deux kystes et l'éruption des dents sur l'arcade.

CAS CLINIQUE

Un jeune patient âgé de 09 ans, sans antécédents médico-chirurgicaux particuliers, a consulté, orienté par son chirurgien dentiste, pour une tuméfaction mandibulaire génienne basse droite, sans signes inflammatoires, évoluant depuis 02 mois, ne répondant pas aux prescriptions antibiotiques faites par des confrères.

L'examen exo-buccal a permis de retrouver une tuméfaction génienne basse droite, d'allure non inflammatoire, bien limitée, de consistance dure, indolore à la palpation et faisant corps avec l'os.

L'examen intra-oral, a objectivé la présence d'une voussure au niveau de la région prémolaire-mandibulaire droite, cette voussure qui comblait le vestibule à ce niveau, est indolore, de consistance dure à la palpation. [Fig1]. Par ailleurs, une autre voussure controlatérale (région prémolaire-mandibulaire gauche), indolore et de consistance ferme a été retrouvée. [Fig 2].

L'examen dentaire, a permis de constater l'absence des 43, 44, 45 et la 34 sur l'arcade et la persistance des dents lactéales correspondante. La ponction exploratrice a permis de ramener un liquide citrin jaunâtre kystique caractéristique. [Fig 3]

Afin d'étayer le diagnostic et d'établir une conduite à tenir appropriée, une exploration radiologique a été demandée.

Dans un premier temps un cliché panoramique des maxillaires a été demandé. Sur ce cliché, nous avons retrouvé deux images radiologiques pathologiques au niveau de la mandibule, l'une du côté droit, l'autre du côté gauche. [Fig 4].

Du coté droit de la mandibule a été retrouvée, une image radioclaire homogène, d'allure kystique, de forme arrondie d'environ 03 cm de diamètre, bien cernée par un liseré de condensation périphérique. L'image s'étend jusqu'à la racine de la 46 postérieurement et a la racine de l'incisive latérale (42), antérieurement. Les germes des dents 43-44-45 sont complètement enchâssés au sein de l'image radiolaire. Les racines des dents lactéales en rapport avec l'image radiologique sont partiellement rhizalysées.

Du coté gauche de la mandibule, la même image a été retrouvée, elle est moins étendue, de même tonalité radiolaire, prenant en son sein les germes des dents 33, 34 et 35.

Afin de réunir d'autres renseignements radiologiques, notamment sur l'état des tables osseuses mandibulaires interne et externe, un Cone Beam a été demandé. [Fig 5, 6 et 7].

Cet examen a confirmé les renseignements apportés par le cliché panoramique, avec en plus sur les coupes axiale et la reconstruction 3D, la destruction de la table osseuse vestibulaire au niveau des deux images droite et gauche.

La confrontation des données de l'interrogatoire, de l'examen clinique et de l'examen radiologique a permis d'orienter le diagnostic vers deux kystes dentigères mandibulaires. Les éléments en faveur de ce diagnostic sont :

- *L'âge du patient (09 ans) ;*
- *L'évolution lente de la tuméfaction ;*
- *L'absence de signes inflammatoires ;*
- *L'aspect radiologique caractéristique ;*

Le traitement de ces deux kystes a été fait par marsupialisation (en deux temps opératoires) sous anesthésie loco-régionale, ce qui a permis de faire résorber les membranes kystiques et la mise en place spontanée des dents. [Fig 8, 9, 10, 11, 12,].

Des contrôles cliniques et radiologiques faits quelques mois après les deux interventions, ont montré la mise en place des dents du coté droit et gauche. [Fig 13, 14, 15, 16]. Le malade a été adressé en orthodontie pour alignement dentaire.

Le diagnostic de kyste dentigère a été posé d'abord comme diagnostic de forte présomption, puis confirmé par l'examen anatomopathologique.



Fig 1 et 2 : Tuméfactions et comblements vestibulaires droits et gauches



Fig 3 : Produit de ponction des deux kystes

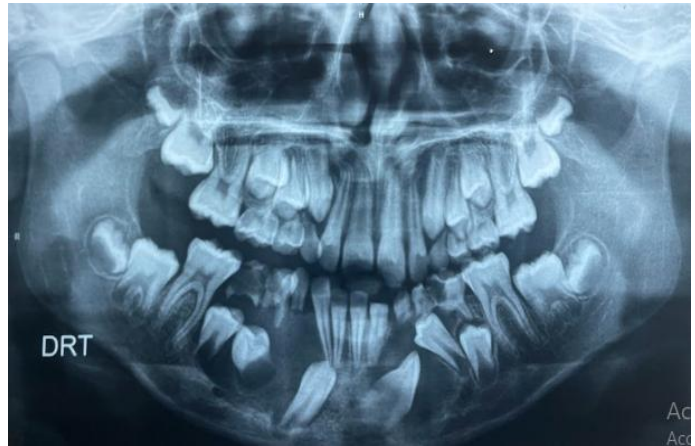


Fig 4 : Cliché panoramique montrant les deux images radio-claires kystiques mandibulaires

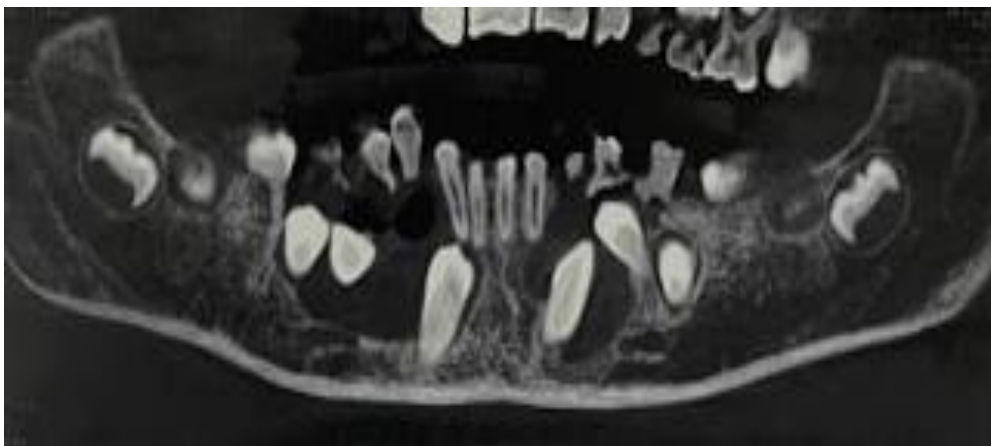


Fig 5 : Coupe panoramique réalisée sur Cone Beam (CBCT)

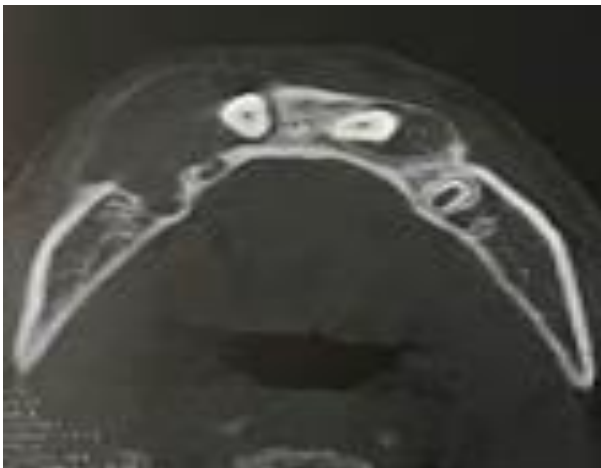


Fig 6 : Coupe axiale mandibulaire



Fig 7 : Reconstruction mandibulaire en 3 D



Fig 8 et 9 : Marsupialisation du kyste droit (1^{er} temps chirurgical)



Fig 10 et 11 : Marsupialisation du kyste gauche (2^{ème} temps chirurgical)



Fig 12 : Contrôle clinique à 03 mois (coté droit)



Fig 13 : contrôle clinique à 03 mois (coté gauche)



Fig 14 : Contrôle radiologique à 04 mois

DISCUSSION

Les kystes dentigères, encore appelés Kystes folliculaires sont des kystes non inflammatoires, d'origine odontogène, liées à une anomalie du développement dentaire lors de l'embryogénèse.[3]. Ces kystes sont formés par l'accumulation de sérosités au niveau du follicule de l'organe dentaire au moment de sa formation, ils sont plus fréquents chez l'enfant, et se voient autour d'une dent incluse, ou enclavée [4].

Pendant leur évolution ces kystes dentifères passent par trois stades : latence, déformation, extériorisation. Les malades consultent souvent à la phase de déformation, inquiétés par la présence d'une tuméfaction faciale, et c'est le cas de notre malade. Mais, ces kystes peuvent également être découverts fortuitement à l'occasion d'un examen radiologique pratiqué pour d'autres raisons, notamment au stade de latence, ou il n'y a aucune symptomatologie inquiétante, si ce n'est l'absence d'une dent sur l'arcade à un âge où elle aurait déjà été mise en place [5].

Sur le plan radiologique, ce kyste offre à décrire une image radio-claire limitée par un liseré de condensation périphérique, dont les dimensions sont proportionnelles à la durée du développement.

Lorsque la dent incluse plonge en totalité dans l'image radiologique, le kyste est appelé coronoradiculaire. Dans le cas contraire, lorsque seulement la couronne est prise dans le processus kystique, on parle de kyste : corono-dentaire, dans ce cas, le point d'insertion est la zone de jonction : email-cément. [6]. Le diagnostic est facile à poser, par la confrontation des données de l'examen clinique et de l'examen radiologique, mais la confirmation anatomopathologique est obligatoire, afin de ne pas passer à côté d'une pathologie autre qu'un kyste dentigère mais qui ressemble cliniquement et radiologiquement à un kyste folliculaire.

Le traitement des kystes dentigères était essentiellement chirurgical, il consistait à énucléer la membrane kystique en totalité, en sacrifiant la dent incluse ou enclavée, en rapport avec le kyste dentigère. Cette méthode de traitement était utilisée quel que soit l'âge du patient. [7- 8]

Chez l'enfant, l'énucléation totale de la membrane kystique ainsi que de l'organe dentaire, est une intervention très mutilante qui peut léser les germes des dents adjacentes, non encore mises sur l'arcade. c'est pourquoi est venue apparue une méthode de traitement chirurgical dite, conservatrice, qui est la marsupialisation. [9] Cette technique consiste à ouvrir chirurgicalement la cavité kystique par prélèvement d'un fragment de membrane qui est envoyé pour étude histopathologique afin de confirmer le diagnostic et surtout de faire le diagnostic différentiel avec les autres lésions d'allure kystiques mais à caractère récidivant comme l'améloblastome et le kératokyste. Maintenu ouverte à l'aide d'un drain, l'ouverture kystique réalisée, va permettre de diminuer la pression intra-kystique sur les parois osseuses, et par conséquent la

réduction du volume de la poche kystique. La diminution de la pression intra-kystique favorise la reconstruction osseuse péri et intra-lésionnelle, et surtout la suite de l'édification radulaire de la dent concernée et son éruption, lorsque celle-ci est immature, avec bien entendu un pouvoir éruptif physiologique. [10, 11, 12]

La marsupialisation ne doit pas être confondue avec la décompression chirurgicale, cette dernière est indiquée comme préalable à l'acte chirurgical d'énucléation, dans le cas de volumineux kystes maxillaires inflammatoires ayant entraîné des destructions osseuses importantes. Cette décompression va rendre l'énucléation plus conservatrice et par conséquent moins mutilante. [13-14]

Après la décompression, l'éruption de la dent concernée peut se faire et s'aligner spontanément sur l'arcade avec les autres dents, mais il arrive que la dent se mette en malposition sur l'arcade, ce qui nécessitera alors le recours à un traitement orthodontique pour l'aligner avec les autres dents.

Notre malade a bénéficié de la marsupialisation des kystes dentigères, ce qui a permis d'obtenir la disparition de la radio-clartée radiologique et l'éruption des dents concernées par ces kystes, qui sont 43-44-45 et 33-34-35. Malgré le capital osseux obtenu, et la disparition de l'image kystique autour de la 33, cette dent a fait son éruption mais en position enclavée ce qui a nécessité l'orientation du malade en orthodontie afin de la tracter et de la ramener.

Beaucoup d'auteurs ont rapporté à travers leurs publications, l'intérêt du traitement conservateur des kystes dentigères, comme Clemence Tendelier [15], Ivano Maltoni [16], M.C. Buyukkurt et al [17].

D'autres auteurs à travers leurs travaux ont tenté d'évaluer le taux de succès de la marsupialisation. Ce taux était de 70 % pour Hyomoto et Kawakami [6], et de 90 % pour Fujii et Masayaoshi. [18]

Pris en charge d'une façon adéquate, les kystes dentigères ne récidivent jamais, leur prise en charge adéquate par la technique de marsupialisation permet d'obtenir la guérison, la réossification du siège anatomique des kystes, ainsi que la mise en place de ou des dents dont l'éruption était empêchée par la formation kystique.

CONCLUSION

La technique de traitement par marsupialisation des kystes dentigères, reste la technique de choix chez l'enfant, car non seulement elle permet la mise en place des dents retenues par la lésion kystique, elle offre l'avantage d'être moins mutilante et délabrant que l'énucléation.

la coopération du patient, ainsi que le maintien d'une hygiène buccale rigoureuse, sont autant de facteurs qui permettent d'augmenter les chances de succès de cette technique.

Les contrôles réguliers par le suivi clinique et radiologique permettent de juger du succès ou de l'échec de cette technique et de décider de recourir ou non, en seconde intention, au traitement radical qui est l'énucléation, avec bien évidemment le sacrifice de l'organe dentaire.

REFERENCES

- [1] Kozelj V., Sotosek B. *Inflammatory dentigerous cysts of children treated by tooth extraction and decompression. report of four cases. Brit dent J* 1999;187(11):587-590.
- [2] Takagi S., Shigeki K. *Guided eruption of an impacted second premolar associated with a dentigerous cyst in the maxillary sinus of a 6-year-old child. J Oral Maxillofac Surg* 1998;56:237-239. Cat 4
- [3] Tilakraj Tn, et al. *Non syndromic unilateral dentigerous cyst in a 4-year-old child : A rare case report. Contemp Clin Dent. 2011 Oct; 2(4):398-401.*
- [4] Sauveur G, et al. *Kystes des maxillaires. Elsevier, 2006, 28-550-G-10.*
- [5] Shear M, Speight PM. *Cysts of oral and maxillofacial regions. Blackwell Munksgaard, 2007, 228p.*
- [6] Hyomoto M, et al. *Clinical conditions for eruption of maxillary canines and mandibular premolars associated with dentigerous cysts. Am J Orthod Dentofac Orthop.* 2003 ; 124 : 515-20.
- [7] Bruno. Afoktan. *Kyste dentigère infecté associé à une inclusion de canine maxillaire : à propos d'un cas. Actual. Odonto-Stomatol.* 2017;285:2
- [8] A.S. Tournas et al. *Multiple unilateral maxillary dentigerous cysts in a nonsyndromic patient: a case report and review of the literature. Int J Pediatr Otorhinolaryngol Extra* (2006)
- [9] D. Martínez-Pérez et al. *Conservative treatment of dentigerous cysts in children: a report of 4 cases J Oral Maxillofac Surg* (2001).
- [10] U. Ertas et al. *Interesting eruption of 4 teeth associated with a large dentigerous cyst in mandible by only marsupialization J Oral Maxillofac Surg* (2003)
- [11] S. Miyawaki et al. *Eruption speed and rate of angulation change of a cyst-associated mandibular second premolar after marsupialization of a dentigerous cyst. Am J Orthod Dentofacial* (1999)
- [12] Elmouatarif F, Benyahya I, Elarabi S. *Kyste dentigère À propos d'un cas clinique. RFOP Revue francophone d'odontologie pédiatrique.* 2012, Vol 7, Num 3, pp 135-140

- [13] *Factors influencing an eruption of teeth associated with a dentigerous cyst: a systematic review and meta-analysis. Nahajowski M, Hnitecka S, Antoszezwska-Smith J, Rumin K, Dubowik M, Sarul M. BMC Oral Health. 2021 Apr 7;21(1):180.*
- [14] *Miyawaki S, et al. Eruption speed and rate of angulation change of a cyst-associated mandibular second premolar after marsupialization of a dentigerous cyst. Am J Orthod Dentofac Orthop. 1999 ; 116 : 578-84.*
- [15] *Clémence Tondelier, Mickael Samam. Prise en charge d'un kyste dentigère par décompression L'Information Dentaire n°18 - 5 mai 2020*
- [16] *Ivano Maltoni , Giorgia Santucci , Manuela Maltoni , Lucia Zoli , Alessandro Perri c, Antonio Gracco. Récupération de dents associées à un kyste dentigère important : étude de cas. International Orthodontics. Volume 13, Issue 2, June 2015, Pages 232-244*
- [17] *M.C. Buyukkurt et al. Dentigerous cyst-associated with an ectopic tooth in the maxillary sinus: a report of 3 cases and review of the literature. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod (2010)*
- [18] *Fujii R., Masayaoshi K. Panoramic finding for predicting eruption of mandibular premolar associated with dentigerous cyst after marsupialisation. J Oral Maxillofac Surg 2008;66:272-276.*