

Reçu le :
12 juin 2008
Accepté le :
14 septembre 2009
Disponible en ligne
10 novembre 2011

Disponible en ligne sur

SciVerse ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Volumineuse lésion radioclaire maxillaire

A giant radiolucent maxillary lesion

Y. Hannouni*, M. Mahtar, A. Benjelloun, A. Chekkoury-Idrissi

Service de stomatologie et de chirurgie maxillofaciale, hôpital 20-Août, CHU de Casablanca, rue Lahcen-El-Arjoon, Quartier des Hôpitaux, Casablanca, Maroc

Observation

Un homme âgé de 20 ans a consulté pour une tuméfaction douloureuse maxillaire médiane évoluant depuis deux ans sans obstruction nasale. L'examen clinique a mis en évidence une masse régulière, hémisphérique, palatine antérieure, rétro-incisive, avec voussure antérieure du plancher des fosses nasales.

Les tests de vitalité des incisives étaient normaux. Sur l'orthopantomogramme, il y avait une lésion radioclaire maxillaire médiane avec déviation des dents incisives (*fig. 1*). La tomodensitométrie (TDM) faciale a mis en évidence une image ovale, régulière, hypodense, centrée sur le canal incisif, de 60/70 mm, avec destruction de l'os maxillaire et du palais osseux. Les corticales des sinus maxillaires étaient soufflées (*fig. 2 et 3*).

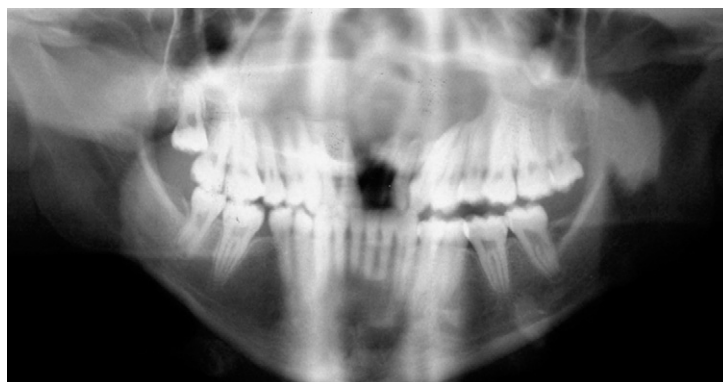


Figure 1. Orthopantomogramme : lésion radioclaire maxillaire médiane.

* Auteur correspondant.

e-mail : hannouniyoussef@yahoo.fr (Y. Hannouni).



Figure 2. Tomodensitométrie : image ovale hypodense centrée sur le canal incisif.



Figure 3. Tomodensitométrie (reconstruction 3D) : lyse osseuse maxillaire.

Quel est votre diagnostic ?

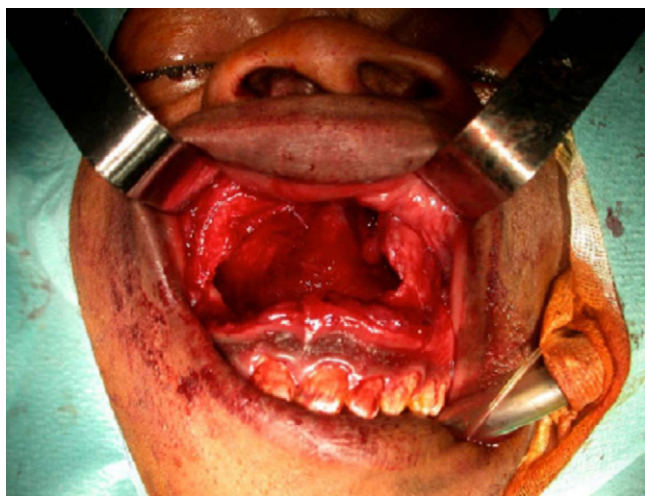


Figure 4. Vue opératoire : voie vestibulaire après énucléation du kyste.

Réponse

Il s'agissait d'un kyste du canal nasopalatin (KNP), confirmé par l'étude anatomopathologique de la pièce d'exérèse.

Cette lésion représente 5 % des kystes maxillaires ; sa paroi est constituée d'un épithélium non odontogène provenant de cellules épithéliales segmentées lors du développement des bourgeons maxillofaciaux ; il est situé sur le trajet du canal nasopalatin [1]. La taille du KNP est très variable, en moyenne entre 6 et 17 mm. Dans trois cas sur quatre, elle est inférieure à 20 mm et dans moins de 10 % des cas, elle est supérieure à 30 mm, comme dans notre cas [2].

L'âge moyen au moment du diagnostic est de 44 ans. Quelques cas ont été rapportés chez l'enfant, avant l'âge de dix ans. Il est plus fréquent chez l'homme avec un sex-ratio de 1,3 à 2 [3].

Trente à 50 % des KNP sont asymptomatiques et découverts fortuitement sur un cliché panoramique dentaire, une TDM rhinosinusienne ou un Dentascan. La manifestation clinique la plus fréquente est la mobilité d'une ou des deux incisives médianes supérieures. Il n'y a pas de corrélation entre la taille du kyste et l'importance des symptômes, d'une part, et l'âge du patient, d'autre part [4].

Sur le panoramique dentaire, le KNP apparaît sous la forme d'une lésion radiotransparente avec un liseré périphérique d'ostéocondensation, située entre les incisives centrales supérieures. Une divergence radulaire est possible. La lyse est

exceptionnelle. Les kystes volumineux peuvent atteindre les prémolaires et sont, en général, asymétriques. La TDM précise l'extension, en particulier le degré de résorption de l'os palatin et la persistance d'une coque osseuse entre le kyste et la muqueuse nasale [5].

Hisatomi et al. ont proposé l'imagerie par résonance magnétique (IRM) en complément de la TDM pour toute masse palatine antérieure. Pour lui, l'IRM est le seul examen permettant de différencier une tumeur non kystique (adénome pléomorphe, fibrome, granulome) d'une tumeur kystique [6]. Le traitement du KNP est chirurgical, il consiste en une énucléation par voie vestibulaire, ou palatine (fig. 4). Lorsqu'il n'y a plus d'os entre la paroi kystique et la muqueuse nasale, du fait d'un volume très important du kyste, la dissection peut être difficile. Une perte de substance muqueuse résiduelle sur le versant nasal est possible, sans fistule bucconasale.

La récurrence est rare, comprise entre 0 et 11 %. Elle est due à une exérèse incomplète (marsupialisation, curetage).

L'analyse histologique est nécessaire. Le KNP est tapissé d'un épithélium malpighien sur le versant buccal et d'un revêtement épithélial pseudostratifié de type respiratoire sur le versant nasal [7].

Déclaration d'intérêts

Les auteurs n'ont pas transmis de déclaration de conflits d'intérêts.

Références

- [1] Reychler H. Revue des pseudokystes et lacunes osseuses des maxillaires. Rev Stomatol Chir Maxillofac 1988;89:190-8.
- [2] Swanson KS, Kaugars GE, Gunsolley JC. Nasopalatine duct cysts: an analysis of 334 cases. J Oral Maxillofac Surg 1991;49:268-71.
- [3] Abrams AM, Howell FV, Bullock WK. Nasopalatine Cysts. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1963;16:306-32.
- [4] Guilbert F, Chomette G, Le Charpentier Y, Auriol M. Les tumeurs bénignes et les pseudotumeurs des maxillaires. Rev Stomatol Chir Maxillofac 1993;94:195-265.
- [5] Ben Slama L, Zoghbi A, Hidayat S. Kyste du canal nasopalatin. Rev Stomatol Chir Maxillofac 2009;110:284-6.
- [6] Hisatomi M, Asaumi J, Konouchi H, Matsuzaki H, Kishi K. MR imaging of nasopalatine duct cysts. Eur J Radiol 2001;39:73-6.
- [7] Kramer IR, Pindborg JJ, Sher M. The WHO histological typing of odontogenic tumours: a commentary on the second edition. Cancer 1992;48:2988-94.