

## Quel est votre diagnostic ?

*Revue Méditerranéenne  
d'Odonto - Stomatologie*

### A propos d'une tuméfaction naso-labiale

I. Chaabani, R. Ben Gabsia, A. Chebbi, T. Ben Alaya

Service de radiologie, Clinique hospitalo-universitaire de médecine dentaire de Monastir  
Laboratoire de recherche réhabilitation fonctionnelle et esthétique des maxillaires LR12SP10

Correspondance : [chaabanimen@gmail.com](mailto:chaabanimen@gmail.com)

**Observation :** La patiente Z. S, âgée de 44ans s'est présentée pour une tuméfaction naso-labiale gauche évoluant depuis des années. L'interrogatoire ne révèle aucun problème particulier. L'examen exobuccal a montré une asymétrie faciale avec une tuméfaction naso-labiale gauche indolore et de consistance relativement molle et dépressible à la palpation.

L'examen endobuccal a révélé, un comblement de vestibule antéro-supérieure gauche, une très mauvaise hygiène buccale, des muqueuses d'aspect normal, l'absence de la 13 et de la 25 sur l'arcade, la présence de la 23 saine avec un test de vitalité positif.

Un bilan radiologique comportant en première intention une rétro-alvéolaire centrée sur la 23 (fig.1) et une radiographie panoramique (fig. 2), suivies en seconde intention par un examen tomodensitométrie (fig. 3 a,b,c,d) a été réalisé



Fig. 1



Fig. 2

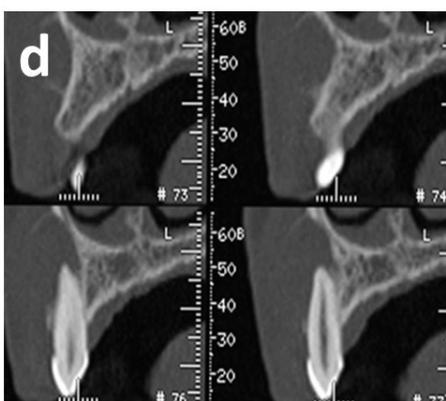
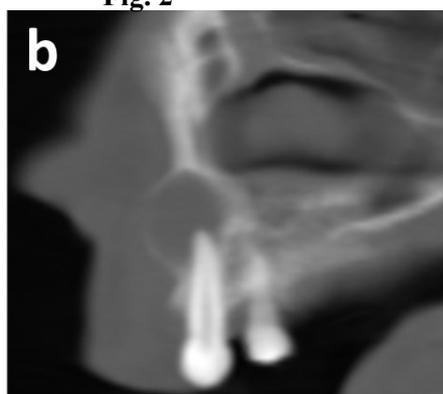


Fig. 3 a,b,c,d

**Questions:** Quel(s) diagnostic(s) évoquez-vous?

a. Kyste périapical ; b. Kyste résiduel ; c. Kyste gingival ; d. Kyste dentigère ; e. mucocele, f. Kyste naso-labial, g. dysplasie cémentaire péri-apicale

**Discussion :** La fig.1 et 2 montrent du coté gauche la présence d'une image radioclaire d'allure kystique en rapport avec la région apicale de la 23, sur le cliché rétro-alvéolaire, la limite semble en continuité avec la lamina dura de la 23

En tomодensitométrie, les différentes coupes réalisées mettent en évidence une image hypodense de densité liquidienne, bien limitée évoluant au niveau de la région péri apicale de la 23 sans toutefois avoir une continuité avec la lamina dura de cette dernière.

Cette image paraît évoluer en extra-osseux et provoque une dépression au niveau de la corticale osseuse externe, avec respect du plancher des fosses nasales et du plancher sinusien.

A noter du coté droit l'inclusion de la 13,

Fig. 3 : (a) coupe axiale tomодensitométrique maxillaire en fenêtre large montrant une érosion de la corticale maxillaire externe du coté gauche, (b) coupe para-sagittale en fenêtre large, (c) coupe coronale tomодensitométrique maxillaire en fenêtre large, (d) reconstructions obliques maxillaires de type dentaScan montrant une image hypodense arrondie bien limitée sans liséré de condensation périphérique érodant la corticale vestibulaire et englobant la racine de la 23.

Selon ce bilan radiologique et après confrontation avec les données cliniques, le diagnostic le plus probable est celui de kyste nasolabial connu aussi sous le nom de kyste du seuil narinaire. Le kyste naso-labial est classé parmi les kystes maxillaires épithéliaux non odontogènes. Il s'agit d'une lésion rare (0,7 % de tous les kystes des maxillaires). Elle survient entre la 4ème et la 5ème décennie. Elle est plus fréquente chez la femme que chez l'homme (75 %).<sup>[1]</sup> Elle a un développement extra-osseux, entre la base d'implantation de l'aile narinaire et le vestibule buccal antéro-supérieur. (Fig.4)

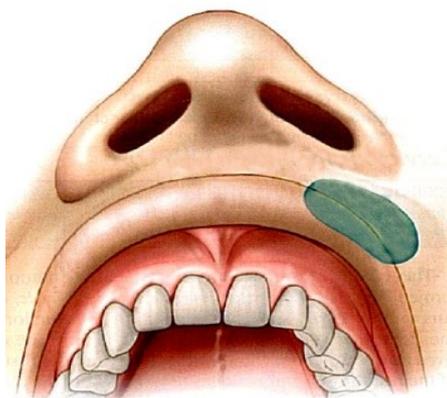


Fig.4 : Situation topographique du kyste naso-labial.<sup>[2]</sup>

Le kyste naso-labial a été décrit pour la première fois par Zuckermandl en 1882. Il s'est présenté sous plusieurs terminologies : kyste naso-alvéolaire, kyste naso-vestibulaire, kyste de l'aile nasal, kyste de Klestadt. Rao a révisé cette nomenclature et il a défini le kyste naso-labial comme une lésion des tissus mous, différente du kyste naso-alvéolaire, et causant l'érosion de l'os maxillaire.<sup>[3]</sup>

Le maître symptôme est la tuméfaction qui est le plus souvent l'unique plainte.

Parfois, les patients se plaignent d'une douleur et des difficultés respiratoires, mais la douleur est généralement présente en cas d'une surinfection. Dans certains cas, l'apparition des doléances en rapport avec le port d'une prothèse maxillaire peut être à l'origine de la découverte de la présence du kyste naso-labial, par ailleurs les kystes sont parfois diagnostiqués fortuitement lors d'un examen de routine.

Le kyste naso-labial donne une tuméfaction du plancher du vestibule narinaire et du vestibule buccal antéro-supérieur, indolore, molle ou fluctuante, mobile par rapport au plan osseux, dont la taille peut atteindre 3 à 4 cm. La corticale externe du maxillaire peut être érodée au niveau de l'orifice piriforme, avec respect du périoste.

A l'examen intra-oral, il existe un comblement du sillon labial. Avec une palpation bi-manuelle, une fluctuation peut être ressentie entre la déformation du plancher nasal et celle du sillon labial. En cas de surinfection, la collection peut se drainer au niveau nasal.

L'étiopathogénie de ce kyste non odontogène demeure peu élucidée mais deux hypothèses ont pu expliquer son développement :

- Selon la première théorie, évoquée en 1988, ce kyste proviendrait de restes épithéliaux embryonnaires de la formation du nez c'est à dire pendant la fusion de la partie nasale et du processus maxillaire supérieur.

- D'après la seconde théorie, exposée en 1994, le kyste se développerait à partir des cellules de la partie antéro-inférieure du canal lacrymo-nasal.<sup>[1]</sup>

Son étiopathogénie reste toujours controversée, mais il semblerait provenir d'un trouble du développement de la partie inférieure du canal lacrymo-nasal.<sup>[4]</sup>

Il survient entre la 4<sup>ème</sup> et la 5<sup>ème</sup> décennie et il est plus fréquent chez la femme que chez l'homme (75 %). Il n'y a pas une différence ethnique, avec absence de localisation préférentielle du kyste à droite ou à gauche. L'atteinte peut être uni ou bilatérale avec dominance de l'atteinte unilatérale estimée à 90%.<sup>[3]</sup>

Classiquement, l'examen radiologique basé sur un cliché panoramique ne montre aucune modification des structures osseuses. Cependant dans notre cas, la présence d'une image radio claire d'allure kystique a été notée au niveau maxillaire gauche, en rapport avec la région apicale de la 23, sans aucune autre spécificité. Ceci peut être justifié par la situation sus-périostée du kyste naso-labial pouvant provoquer une dépression au niveau de la table vestibulaire du maxillaire.

Quand l'image radiologique existe, le diagnostic différentiel doit se faire avec :

- Les kystes inflammatoires notamment les kystes résiduels et les kystes radiculo-dentaires qui peuvent se présenter sous forme de tuméfaction endobuccale au niveau de la région apicale. Dans ce cas le test de vitalité des dents en regard de la lésion peut orienter le diagnostic,

- Les kystes non inflammatoires, tels les kystes folliculaires coexistant avec une dent incluse,

- Les tumeurs des glandes salivaires accessoires par exemple le mucocèle.<sup>[1]</sup>

- Le développement extra-osseux des lésions kystiques odontogènes telque le kératokyste.

- le développement du kyste gingival au niveau de la région canine ou prémolaire.<sup>[5]</sup>

Un examen tomодensitométrique est indispensable afin de déterminer la nature de la lésion et de préciser ses rapports avec les fosses nasales, les sinus maxillaires et les apex des dents à proximité.

Quant au kyste naso-labial, le scanner montre qu'il s'agit d'une image ronde ou ovale bien délimitée, de densité kystique située latéralement à la fosse piriforme. L'os maxillaire sous-jacent est intact sans aucune invasion<sup>[6]</sup>, par ailleurs un remodelage osseux peut être présent pour les lésions atteignant un volume assez important.

Pour le cas présenté, le panoramique a été complété par un examen tomодensitométrique qui confirme la nature kystique d'une lésion située au niveau du seuil narinaire et qui est située au dépend des tissus mous avec une érosion de la corticale externe maxillaire en regard. Cet aspect radiologique est typique et plaide en faveur d'un kyste naso-labial.

L'imagerie par résonance magnétique (IRM) est un examen très utile pour poser le diagnostic du kyste naso-labial. En effet, sur cet examen le kyste apparait sous forme d'une image homogène de signal intermédiaire en T1, et en hypersignal T2. L'IRM permet ainsi de bien différencier entre le kyste naso-labial et le kyste naso-palatin. Ce dernier est en hypersignal

T1, T2. Cependant le scanner reste l'examen de choix pour l'exploration du kyste naso-labial.<sup>[3]</sup>

L'examen histopathologique est nécessaire pour confirmer le diagnostic. Le contenu kystique est visqueux sans cristaux de cholestérine. La lumière kystique est tapissée d'un épithélium pluristratifié contenant des cellules caliciformes. Les contours du kyste sont festonnés, revêtus d'un épithélium cylindrique, pseudostratifié, cilié par places, sans atypie cytonucléaire ni mitose anormale. La présence de ces cellules ciliées confirme le diagnostic du kyste du seuil narinaire

La seule approche thérapeutique qui permet une guérison sans récurrence est l'exérèse chirurgicale totale du kyste par voie vestibulaire supérieure, en suivant les limites de la projection du kyste sur la face vestibulaire.

Elle doit être menée avec rigueur afin d'épargner les cavités naso-sinusiennes de toute exposition.<sup>[1]</sup>

**Conclusion :** Le kyste naso-labial est une lésion kystique siégeant au niveau du vestibule buccale de la région canine et qui est relativement rare. Son diagnostic clinique est souvent difficile, ce qui nécessite souvent un examen radiologique approprié.

Le panoramique demandé en première intention n'a pas d'aspect radiologique spécifique, et c'est l'imagerie en coupe (TDM, IRM, Cone beam) qui constitue la meilleure technique diagnostique en révélant la localisation typique du kyste naso-labial ainsi que sa nature et son bilan d'extension.

#### **Références :**

1. L. Lamhaouar, I. Benyahya, A. Khazana, C. Rifki, Kystes épithéliaux non odontogènes. A propos de trois cas de kyste du seuil narinaire, *Rev Odont Stomat* 2005; 34:113-123.
2. J.Philip Sapp, LR.Eversole, GP.Wysocki, *Contemporary Oral and Maxillofacial Pathology*, Imagineering media Services INC, Mosby, Elsevier Science, Deuxième Edition 2004; 63.
3. R S L Tiago et coll, Nasolabial cyst: diagnostic and therapeutical aspects, *Rev Bras Otorrinolaringol*, 2008; 74(1):39-43.
4. S. Hervé, C. Conessa, O. Chollet, JL. Poncet, Kystes du maxillaire, *Encycl Méd Chir, Oto-rhino-laryngologie*, 20-482-A-10, 2003 ; 7.
5. D R. Nixdorf, E. Peters, K E. Lung, Clinical Presentation and Differential Diagnosis of Nasolabial Cyst, *J Can Dent Assoc* 2003; 69(3):146-9.
6. M. Shear, P. Speight, *Cysts of the Oral and Maxillofacial Regions*, Blackwell Munksgaard, Quatrième Edition 2007; 128.