

Traitement conservateur d'un kyste dentigère chez un patient jeune par marsupialisation : à propos d'un cas

Auteurs : Samar Elghoul¹, Sahar Kadri¹, Nour Saida Ben Messoud¹, Ghada Bouslama¹, Lamia Oualha¹, Souha Ben Youssef¹

¹Service de médecine dentaire CHU Farhat Hached, Sousse, Université de Sousse

² Laboratoire de recherche : LR 12SP10 : réhabilitation fonctionnelle et esthétique des maxillaires, Université de Sousse



Auteur correspondant :

E-mail : elghoulsamar5@gmail.com

Résumé

Introduction

Le kyste dentigère est une lésion odontogène bénigne fréquemment associée à une dent permanente incluse, touchant préférentiellement les adolescents et les jeunes adultes, mais pouvant également survenir chez l'enfant, notamment dans sa forme inflammatoire. Sa prise en charge thérapeutique doit tenir compte de l'âge du patient, de la taille de la lésion et du potentiel d'éruption de la dent concernée.

Observation

Nous rapportons le cas clinique d'un patient âgé de 10 ans, présentant une tuméfaction mandibulaire gauche. L'examen radiologique a mis en évidence une image radioclaire uniloculaire bien limitée, en rapport avec des dents permanentes incluses et immatures. Le diagnostic de kyste dentigère inflammatoire a été confirmé par l'examen histopathologique. Compte tenu de l'âge du patient et du potentiel éruptif des dents permanentes concernées, une prise en charge conservatrice a été privilégiée, associant l'extraction des dents temporaires, une marsupialisation de la lésion et la mise en place d'un mainteneur d'espace. L'évolution post-opératoire a été favorable, avec une réduction progressive du volume kystique et une régénération osseuse satisfaisante, permettant d'envisager une éruption ultérieure des dents permanentes.

Discussion

À travers ce cas, les auteurs soulignent l'intérêt de la marsupialisation comme alternative thérapeutique conservatrice dans le traitement des kystes dentigères chez l'enfant. Cette approche permet de préserver les structures dentaires et osseuses, tout en limitant la morbidité chirurgicale, à condition d'une sélection rigoureuse des indications et d'un suivi clinique et radiologique régulier.

Mots-clés : kyste dentigère ; marsupialisation ; décompression ; patient pédiatrique ; dents incluses.

Introduction :

Le kyste dentigère est une lésion odontogène bénigne relativement fréquente, se développant aux dépens du follicule dentaire et associée le plus souvent à une dent permanente incluse ou enclavée [1,2]. Il survient préférentiellement chez les sujets jeunes et est fréquemment découvert de manière fortuite lors d'un examen radiologique de routine, bien qu'il puisse parfois être responsable de tuméfactions, de déplacements dentaires ou de retards d'éruption [1,3].

La prise en charge thérapeutique du kyste dentigère repose sur plusieurs options chirurgicales, dont le choix dépend de l'âge du patient, de la taille de la lésion, de son retentissement sur les structures adjacentes et de la valeur fonctionnelle de la dent concernée [1,5]. Parmi ces options, la marsupialisation constitue une approche conservatrice visant à réduire progressivement le volume kystique, à favoriser la régénération osseuse et, lorsque cela est possible, à préserver la dent incluse et son potentiel d'éruption [8,9]. Cette stratégie apparaît particulièrement pertinente chez le patient jeune, chez qui la conservation tissulaire et dentaire représente un objectif thérapeutique majeur [4,8].

L'objectif de ce travail est de présenter un cas de kyste dentigère inflammatoire chez un enfant traité par marsupialisation, afin de mettre en évidence l'efficacité de cette technique conservatrice pour préserver la dent et faciliter son éruption.

Observation clinique :

Il s'agit d'un patient âgé de 10 ans, en bon état général, s'est présenté à notre consultation pour une tuméfaction génienne basse du côté gauche, évoluant depuis une semaine selon les dires de sa maman.

L'examen exo-buccal a révélé une légère asymétrie faciale due à la tuméfaction, la palpation de la tuméfaction était douloureuse, de consistance ferme, recouverte d'une peau d'aspect normal sans signes inflammatoires. (Fig. 1)



Fig. 1 : Vue exo-buccale du patient.

L'examen endo-buccal a mis en évidence une tuméfaction ferme en regard des dents temporaires 63, 64 et 65 persistantes, recouverte d'une muqueuse intacte, de coloration normale. La palpation retrouvait une sensation de masse arrondie, bien limitée, évoquant celle d'une balle de ping-pong. Par ailleurs il présentait une fracture amélo-dentinaire de l'angle distal de la 11 depuis 3 ans sans aucune symptomatologie. (Fig. 2)



Fig. 2 : Vue endo-buccale montrant une tuméfaction ferme en regard des dents 63, 64 et 65 persistantes, avec muqueuse intacte.

L'examen dentaire a mis en évidence toutes les dents, un sondage parodontal normal, une absence de mobilité et une vitalité positive aux tests thermiques.

La radiographie panoramique a mis en évidence une image radio-claire d'allure kystique, uniloculaire, bien circonscrite, entourée par un liseré d'ostéocondensation périphériques et s'insérant au niveau du collet de la 34, la lésion englobait les dents permanentes 33, 34 et 35 incluses et immatures, présentant une édification radiculaire atteignant environ la moitié de la longueur radiculaire. Les dents temporaires correspondantes 73, 74 et 75 étaient en stade II de rhizalyse. (Fig. 3)

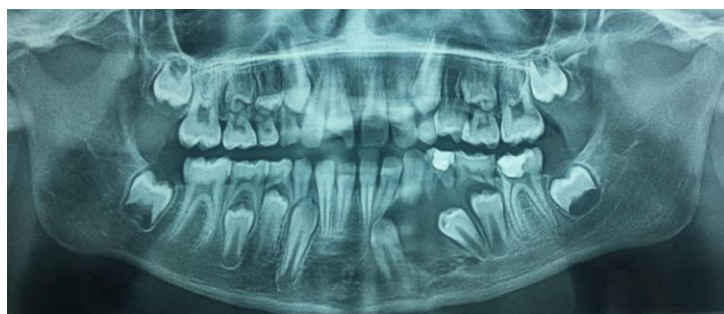


Fig. 3 : Radiographie panoramique préopératoire.

Un examen 3D de type CBCT a été demandé pour mieux localiser la lésion kystique dans les 3 plans de l'espace et d'explorer son rapport avec les structures dentaires, osseuses et nerveuses adjacentes. Le CBCT a confirmé un amincissement et une déformation de la corticale vestibulaire, ainsi qu'un refoulement vers le bas du canal mandibulaire, aucune réaction périostée n'a été détectée (Fig. 4).

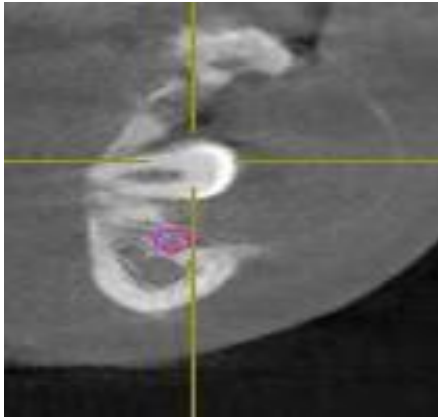


Fig. 4a : CBCT : Coupe coronale oblique

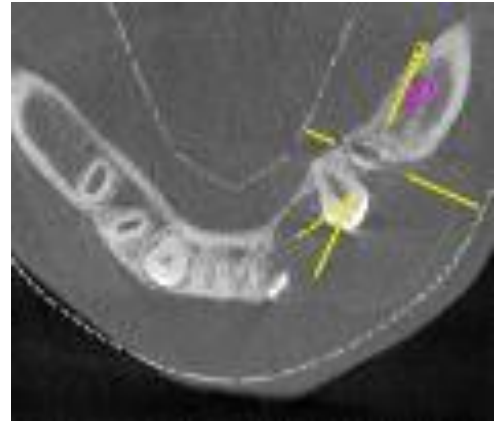


Fig. 4b: CBCT : Coupe axiale

Le diagnostic retenu à ce stade était un kyste dentigère mandibulaire en rapport avec les dents permanentes 33, 34 et 35, associé à la persistance des dents décidentales.

La décision thérapeutique a consisté en l'extraction de la dent temporaire la 74, associée à une marsupialisation de la lésion kystique, ainsi qu'à la mise en place d'un mainteneur d'espace au niveau des sites des futures canine et prémolaires, avec des contrôles cliniques et radiologiques réguliers.

Le patient a été pris en charge sous anesthésie générale. Après une aseptie rigoureuse du champ opératoire, l'extraction des dents temporaires 73, 74 et 75 a été réalisée, suivie d'une incision muqueuse. Un lambeau muco-périosté de pleine épaisseur a ensuite été délicatement décollé afin d'exposer la lésion, tout en préservant les dents permanentes sous-jacentes ainsi que les structures anatomiques avoisinantes.

Après l'élimination partielle de la coque osseuse vestibulaire, la lésion kystique a été mise en évidence. La paroi kystique a été incisée, permettant l'évacuation d'un contenu liquidien séreux associé à des paillettes de cholestérol. Un prélèvement biopsique de la paroi kystique a été réalisé en vue d'un examen histopathologique. La paroi kystique a ensuite été suturée au lambeau muqueux, créant une ouverture permanente destinée à assurer le drainage et la réduction progressive du volume lésionnel.

Un lavage alterné au sérum physiologique et à la povidone iodée a été effectué en fin d'intervention. (Fig. 5)



Fig. 5 : Paroi kystique suturée au lambeau muqueux.

À J2 en post-opératoire, le patient a bénéficié d'une mise en place d'une prothèse partielle amovible (PPA) jouant le rôle d'obturateur, mainteneur d'espace et guide d'éruption des dents permanentes. (Fig. 6)



Fig. 6 : Prothèse utilisée comme obturateur post-opératoire.

Les contrôles à J15 et J30 en post-opératoire ont inclus un examen clinique endo-buccal et une radiographie panoramique (Fig. 7), confirmant la réduction de la lésion et l'évolution favorable de l'éruption.

L'examen anatomopathologique a confirmé le diagnostic initial de kyste dentigère. Des lavages réguliers de la cavité kystique ont été faits à chaque rendez-vous de contrôle.



Fig. 7a : Suivi clinique à J15.



Fig. 7b : Suivi clinique à J30.

Le suivi clinique et radiographique a permis d'évaluer l'efficacité de la marsupialisation dans la gestion du kyste dentigère. À 3 mois, la cuspide de la dent permanente était en cours d'éruption, comme observé à la fois cliniquement (Fig. 8a) et sur la radiographie panoramique (Fig. 8b), montrant également une réduction progressive de la lésion.



Fig. 8a : Vue clinique à 3 mois montrant l'éruption partielle de la dent permanente.



Fig. 8b : Radiographie panoramique à 3 mois.

Le contrôle à 6 mois a montré une progression continue de l'éruption et une bonne cicatrisation osseuse, observées cliniquement (Fig. 9a) et radiographiquement (Fig. 9b). Ces résultats sont en accord avec les données de la littérature, qui rapportent que la marsupialisation permet non seulement la conservation des dents impliquées, mais aussi une régénération osseuse satisfaisante et un faible risque de complications



Fig. 9a : Vue clinique à 6 mois montrant la cicatrisation des tissus



Fig. 9b : Radiographie panoramique à 6 mois confirmant la cicatrisation osseuse et l'évolution favorable de

Discussion :

Le kyste dentigère constitue le deuxième kyste odontogène le plus fréquent après le kyste radiculo-dentaire [1,2]. Il représente environ 20 à 24 % de l'ensemble des kystes des maxillaires et près de 50 % des kystes odontogènes de développement [1,2].

Une prédominance masculine est généralement rapportée dans la littérature, avec un sex-ratio variant de 1,2:1 à 2:1 selon les séries [1]. Le kyste dentigère survient préférentiellement chez les adolescents et les jeunes adultes, avec un pic de fréquence au cours de la deuxième et de la troisième décennie [1,2]. Néanmoins, il peut être observé chez l'enfant, notamment dans sa forme inflammatoire, comme cela a été décrit dans plusieurs séries pédiatriques et illustré par le cas de notre patient âgé de 10 ans [3,4].

Sur le plan topographique, le kyste dentigère siège le plus souvent au niveau de la mandibule, particulièrement dans la région des troisièmes molaires mandibulaires, suivie par les canines maxillaires et les prémolaires mandibulaires [1,2]. Il est presque toujours associé à une dent permanente incluse ou enclavée [1,2,4]. Ces données sont concordantes avec notre observation, où la lésion était localisée au niveau mandibulaire et associée à des dents permanentes incluses et immatures.

L'étiopathogénie du kyste dentigère demeure encore discutée [1,2]. Plusieurs mécanismes ont été proposés. Benn et Altini suggèrent que le kyste peut se former initialement dans le follicule de la dent permanente et devenir secondairement inflammatoire à la suite d'une infection péri-apicale [5]. Une autre hypothèse évoque la fusion d'un kyste radiculaire issu de l'apex d'une dent temporaire cariée avec le follicule de la dent permanente incluse [5]. Enfin, certains auteurs estiment que l'exsudat inflammatoire provenant d'une infection péri-apicale d'une dent temporaire pourrait entraîner une séparation de l'épithélium adamantin réduit de la surface de l'émail, conduisant à la formation d'un kyste dentigère inflammatoire [4].

Dans le cas présenté, ce dernier mécanisme semble le plus probable, compte tenu de la persistance de dents temporaires présentant des signes de rhizolyse et du caractère

inflammatoire de la lésion, expliquant ainsi la survenue d'un kyste dentigère inflammatoire chez cet enfant de 10 ans [4].

L'évolution du kyste dentigère est généralement lente et asymptomatique [1]. Toutefois, les lésions de grande taille peuvent entraîner une expansion des corticales osseuses, se manifestant cliniquement par une tuméfaction, une déformation des maxillaires ou de la face, des déplacements dentaires, des douleurs ou l'absence d'éruption de la dent concernée [1,2]. Dans de nombreux cas, la découverte demeure fortuite lors d'un examen radiographique de routine, souvent suffisant pour évoquer un diagnostic de première intention [1]. L'évolution peut conduire à une destruction osseuse progressive, des déplacements dentaires, une résorption radiculaire des dents adjacentes ainsi qu'un retard ou un obstacle à l'éruption de la dent permanente associée [1,4], comme observé chez notre patient, motivant ainsi la consultation et la prise en charge thérapeutique.

Le diagnostic du kyste dentigère repose sur la corrélation entre les données cliniques, radiologiques et histopathologiques [1,2]. Radiologiquement, il se présente classiquement sous la forme d'une image radioclaire uniloculaire bien limitée, péri-coronaire, entourant la couronne d'une dent incluse [1]. L'espace folliculaire normal varie entre 3 et 4 mm, et un kyste dentigère doit être suspecté lorsque cet espace dépasse 5 mm, permettant ainsi de le différencier d'une simple hyperplasie folliculaire [1]. L'imagerie tridimensionnelle par CBCT constitue un examen de choix pour évaluer l'étendue de la lésion, ses rapports avec les structures anatomiques avoisinantes et orienter la stratégie thérapeutique [2].

L'examen histopathologique est indispensable pour confirmer le diagnostic et rechercher d'éventuelles lésions associées telles que l'améloblastome, le kératokyste odontogène ou, plus rarement, un carcinome intra-osseux primitif [1,5]. Classiquement, le kyste dentigère est tapissé par un épithélium malpighien mince de deux à trois couches, reposant sur une membrane basale régulière, et contient un liquide séreux ou séro-hématique [1,5]. En cas d'inflammation, l'épithélium peut s'épaissir et s'accompagner d'un infiltrat inflammatoire, rendant parfois le diagnostic différentiel avec un kyste radiculaire délicat [4,5]. Il convient également de rappeler que des lésions odontogènes associées peuvent être retrouvées dans 2 à 5 % des cas, justifiant une analyse histologique rigoureuse [5].

Le diagnostic différentiel du kyste dentigère repose sur l'analyse combinée des données cliniques, radiologiques et de l'historique dentaire du patient [1–7]. Il inclut principalement l'hyperplasie du sac péri-coronaire, le kératokyste odontogène, l'améloblastome unikystique, le kyste radiculaire et, plus rarement, d'autres tumeurs odontogènes bénignes [1–7]. Ces entités pouvant présenter des images radioclares péri-coronaires similaires, le recours au CBCT et à l'analyse histopathologique s'avère indispensable, en particulier en présence de signes atypiques [2,5–7].

Le traitement de référence du kyste dentigère repose classiquement sur l'énucléation complète de la lésion, généralement associée à l'extraction de la dent incluse [1,2]. Toutefois, chez l'enfant et l'adolescent, cette approche peut être délétère en raison de ses conséquences

fonctionnelles, esthétiques et psychologiques, notamment lorsque la dent permanente concernée présente un potentiel d'éruption et une valeur fonctionnelle importante [8,9].

Dans ce contexte, la marsupialisation constitue une alternative thérapeutique conservatrice pertinente [8,9]. Cette technique chirurgicale, dont le terme dérive du latin *marsupium* signifiant « poche » [1], consiste à créer une communication permanente entre la cavité kystique et la cavité buccale, en suturant la paroi kystique à la muqueuse orale, permettant ainsi le drainage continu du contenu kystique et une diminution progressive du volume de la lésion [2].

Chez l'enfant, la marsupialisation présente l'avantage majeur de préserver les dents permanentes incluses, de réduire le risque de lésions des structures anatomiques adjacentes et de favoriser l'éruption spontanée de la dent concernée, notamment lorsque celle-ci est immature [8,9]. La diminution progressive de la pression intra-kystique permet en effet une régénération osseuse, une amélioration de l'axe d'éruption et, dans certains cas, une accélération de l'éruption dentaire [9].

Dans le cas présenté, cette approche conservatrice a été privilégiée en raison de l'âge du patient, de la présence de dents permanentes immatures à fort potentiel éruptif et du caractère inflammatoire de la lésion, permettant ainsi une prise en charge adaptée, respectant à la fois les impératifs fonctionnels et biologiques.

Une variante de cette approche conservatrice est représentée par la décompression kystique à l'aide d'un dispositif de type drain. Cette technique repose sur le même principe physiopathologique que la marsupialisation, à savoir la réduction de la pression intra-kystique, mais elle consiste à maintenir une ouverture de petite taille entre la cavité kystique et la cavité buccale à l'aide d'un artifice tel qu'un drain en silicone, un tube en polyéthylène ou un cathéter [2,8,9]. Ce dispositif est fixé à la muqueuse orale et permet un drainage continu du contenu kystique, tout en limitant l'extension chirurgicale initiale.

La décompression présente plusieurs avantages, notamment une morbidité chirurgicale réduite, une meilleure tolérance chez l'enfant et une préservation accrue des tissus adjacents, en particulier lorsqu'il existe un risque de lésion nerveuse ou lorsque la lésion est volumineuse [8]. Elle permet également une diminution progressive du volume kystique, facilitant soit l'éruption spontanée de la dent incluse, soit la réalisation secondaire d'une énucléation dans de meilleures conditions anatomiques [9].

Cependant, cette technique nécessite une compliance rigoureuse du patient et de son entourage, avec des soins locaux quotidiens et des contrôles cliniques et radiologiques réguliers. L'obstruction, la dislocation ou la perte du drain constituent des complications possibles, pouvant compromettre l'efficacité du traitement [8,9]. De plus, comme pour la marsupialisation, la persistance d'une partie du tissu pathologique impose une surveillance prolongée et une confirmation histopathologique minimale [2].

Ainsi, le choix entre marsupialisation classique et décompression par drain doit être individualisé, en tenant compte de l'âge du patient, de la taille de la lésion, de sa localisation,

de la coopération attendue et de l'objectif thérapeutique (préservation dentaire versus traitement radical secondaire). Ces deux techniques conservatrices constituent des alternatives valides à l'énucléation chez l'enfant, lorsque les conditions cliniques et biologiques le permettent [8,9].

Néanmoins, la marsupialisation présente certaines limites, notamment le maintien partiel du tissu pathologique in situ, l'impossibilité d'une analyse histologique exhaustive et le risque de persistance ou de récurrence, imposant une surveillance clinique et radiologique prolongée [2,8]. Ainsi, l'indication de cette technique doit être soigneusement posée et réservée aux situations où un traitement conservateur est justifié et sécurisé.

Conclusion :

La marsupialisation constitue une approche conservatrice efficace pour le traitement des kystes dentigères, permettant de préserver les dents permanentes et de favoriser leur éruption. Le suivi clinique et radiographique montre une régression de la lésion et une cicatrisation osseuse satisfaisante. Cette technique représente une alternative fiable à l'énucléation complète, particulièrement adaptée aux jeunes patients.

Références

1. Shear M, Speight P. *Cysts of the Oral and Maxillofacial Regions*. 4th ed. Oxford: Blackwell Publishing Ltd; 2007. p. 109–115.
2. Wang LL, Olmo H. *Odontogenic Cysts*. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan–. Updated 26 Sep 2022.
3. Daley TD, Wysocki GP, Pringle GA. *Relative incidence of odontogenic tumors and oral and jaw cysts in a Canadian population*. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol. 2013;116(3):345–354.
4. Hadi A, et al. *Inflammatory dentigerous cysts in children: A clinical review*. J Pediatr Dent. 2019;43(2):115–121.
5. Benn A, Altini M. *Inflammatory dentigerous cysts: a clinicopathologic study*. J Oral Pathol Med. 1996;25(5):241–244.
6. Sueyoshi T, Sameshima J, Kaneko N, Chikui T, Chen H, Yokomizo S, Nagano H, Sakamoto T, Kawano S. *Comparison of computed tomographic findings for radiolucent lesions of the mandibular ameloblastoma, odontogenic keratocyst, dentigerous cyst, and simple bone cyst*. J Dent Sci. 2025 Jan;20(1):605–612. doi:10.1016/j.jds.2024.04.013.
7. Bilodeau EA, Collins BM. *Odontogenic Cysts and Neoplasms*. Surg Pathol Clin. 2017 Mar;10(1):177–222. doi:10.1016/j.path.2016.10.006.
8. Pippi R. *Conservative management of dentigerous cysts in children: marsupialization and orthodontic considerations*. J Clin Pediatr Dent. 2008;32(3):235–239. doi:10.17796/jcpd.32.3.624w633u5p82661
9. Fujii T, et al. *Marsupialization of dentigerous cysts in pediatric patients: long-term follow-up study*. Int J Oral Maxillofac Surg. 2013;42(5):632–637. doi:10.1016/j.ijom.2013.01.006