



## Série de Cas

## Kératokystes Odontogéniques Déformant les Mâchoires : À Propos de Trois Cas

### *Maxillary cysts deforming the face: a report of three cases*

Nokam Abena Marie Elvire<sup>1,5</sup>, Edouma Bohimbo Jacques<sup>2,5</sup>, Zing Salomon<sup>5</sup>, Mbede Maggy<sup>3</sup>, Mboya Marius<sup>5</sup>, Mendimi Nkodo Joseph<sup>4</sup>, Mindja Eko David<sup>2</sup>.

**Affiliations**

<sup>1</sup> Service d'Odontostomatologie, Hôpital Central Yaoundé, Cameroun

<sup>2</sup> Service d'ORL et Chirurgie Maxillo-faciale, Hôpital Central Yaoundé, Cameroun

<sup>3</sup> Service d'Imagerie Médicale et Radiologie, Hôpital Central Yaoundé, Cameroun

<sup>4</sup> Service d'Anatomo-Pathologie, Hôpital Jamot Yaoundé, Cameroun

<sup>5</sup> Département de Chirurgie Buccale, Maxillo-Faciale et Parodontologie de la Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de l'Université de Yaoundé I (FMSB-UYI), Cameroun

**Correspondance** : Dr Nokam Taguemné Epse Abéna Marie Elvire.  
Tel : (237) 699975202  
E-mail : [nokamabena@yahoo.fr](mailto:nokamabena@yahoo.fr) ;  
[marie.nokam@fmsb-uy1.cm](mailto:marie.nokam@fmsb-uy1.cm).

**Mots clés** : kératokystes odontogéniques, kystes épidermoïdes déformant la face, mâchoires, Yaoundé.

**Key words**: keratocysts, odontogenic epidermoid cysts deforming the face, jaws, Yaounde.

**RÉSUMÉ**

Les kératokystes odontogéniques ou kystes épidermoïdes maxillaires sont des pseudotumeurs qui ont la particularité d'avoir un développement limité, non cancéreuses, refoulant les organes sans les envahir. Les examens radiologiques et anatomo-pathologiques permettent de les diagnostiquer. Le traitement est chirurgical. Par ailleurs, la modalité thérapeutique de ces pseudotumeurs des mâchoires est spécifique et dépend de plusieurs paramètres comme le type lésionnel, la présentation clinique et radiographique de la lésion, mais également des données anthropométriques du patient. Le but du travail était de décrire trois cas de kératokystes odontogènes des mâchoires déformant la face et leur démarche thérapeutique. Il s'agit d'une étude observationnelle et prospective réalisée courant 2022 au service d'Odontostomatologie de l'Hôpital Central de Yaoundé, incluant trois patients opérés pour kératokyste odontogénique déformant les mâchoires et dont la réhabilitation prothétique leur a donné du sourire.

**ABSTRACT**

Keratocysts or maxillary cysts are pseudotumors with the particularity of having a limited development, non-cancerous, pushing back the organs without invading them. Radiological and anatomo-pathological examinations make it possible to diagnose them. The treatment is surgical. Furthermore, the therapeutic modality of these jaw pseudotumors is specific and depends on several parameters such as the type of lesion, the clinical and radiographic presentation of the lesion, but also on the patient's anthropometric data. The aim of the work was to describe three cases of odontogenic keratocysts of the jaws deforming the face and their therapeutic approach. This is an observational and prospective study carried out in 2022 in the Odontostomatology department of the Yaoundé Central Hospital, including three patients operated on for an odontogenic keratocyst deforming the jaws and whose prosthetic rehabilitation gave them a smile.

**INTRODUCTION**

Les mâchoires peuvent être le siège de multitudes affections d'étiologies infectieuses, inflammatoires, malformatives et tumorales, pouvant les déformées [1].

Les kystes sont des pseudotumeurs encapsulées qui ont un développement lent, limité avec la capacité de refouler les organes avoisinants sans les envahir [1, 2]. Ces pseudotumeurs peuvent être en rapport avec l'organe dentaire et sont appelées kystes odontogènes ; on distingue les kystes inflammatoires qui sont les plus

fréquents, les kystes épidermoïdes (ou kératokystes), kystes primordiaux et les kystes dentigères (ou kystes folliculaires) qui sont rares [2, 3].

Appelé aussi kyste épidermoïde, le kératokyste a été décrit pour la première fois par Philipsen en 1956 ; il se développe aux dépens de restes de l'épithélium odontogène se trouvant dans les maxillaires. Histologiquement, il est caractérisé par une importante kératinisation de sa bordure malpighienne pluristratifiée de 5 à 9 assises cellulaires, une croissance agressive et une forte propension à la récurrence [3]. Le kératokyste

odontogénique représente 14 % des kystes des maxillaires, plus fréquent dans la tranche d'âge de trente à quarante ans [3]. Ses localisations préférentielles sont la mandibule, à l'angle et au ramus, et le maxillaire antérieur [2, 3].

L'image radiologique rencontrée est géodique mono-ou poly-focale, homogène, ronde ou ovale, au contour régulier, net, bien tracé, englobant l'apex radicaire d'une ou plusieurs dents [3, 4]

Par ailleurs le traitement chirurgical tel l'énucléation ou l'exérèse de la membrane kystique ou la marsupialisation est adapté en fonction du volume, de l'agressivité de la lésion et sa capacité à récidiver [4,5]. Ainsi, le pronostic sera en fonction des caractéristiques cliniques de la lésion, des données anthropométriques du patient et de l'aptitude du praticien [5]. Le but du traitement étant de soulager le malade, en améliorant l'aspect déformant tout en rétablissant les fonctions esthétique et masticatoire [6]. Nous rapportons trois cas de kystes odontogènes déformant les mâchoires, référés et pris en charge dans le service d'Odontostomatologie de l'Hôpital Central de Yaoundé courant 2022.

## MÉTHODOLOGIE

Nous avons mené une étude observationnelle prospective courant 2022 dans le service d'odontostomatologie de l'hôpital central de Yaoundé. Etaient inclus les patients se présentant cliniquement avec une tuméfaction maxillo-mandibulaire laissant suggérer un kyste odontogènes des mâchoires. La description des caractéristiques kystiques était confrontée aux examens complémentaires dont un orthopantomogramme et un examen anatomo-pathologique après exérèse. Nous n'avons pas tenu compte des éventuels kystes odontogènes non déformant, seuls ceux qui déformaient le visage ayant été opérés et réhabilités ont été étudiés. Les données recueillies sur une fiche d'exploitation, ont été analysées et présentées sous forme de figures.

## RÉSULTATS

En tout, 3 patients ont été colligés dans le service dont 1 homme pour 2 femmes avec un âge moyen de 38,6 ans. Le tableau clinique a noté deux cas qui déformaient la région mentonnière de la face soit 66,67%, alors qu'un seul cas déformait la région naso-génienne droite. Le délai moyen de consultation était de 30 mois.

Sur le plan radiologique, l'orthopantomogramme avait confirmé une image géodique mono ou poly focale, uni-ou multiloculaire avec un liséré de condensation osseuse, de forme ronde ou ovale, au contour régulier, net, bien tracé, voire épaissi évoquant un kyste épidermoïde chez nos trois patients (Fig.1). Les images polygéodiques prennent un aspect en « bulles de savon ».

L'examen biologique englobait la numération formule sanguine et le bilan de l'hémostase (TS, TCA, TP) qui étaient systématiquement réalisés avant l'acte chirurgical.

### Cas clinique 1

Il s'agit d'une patiente D.O. âgée de 30 ans enseignante, référée le 19 février 2022 pour tuméfaction génienne haute droite qui déformait le visage avec de légères douleurs dans le quadrant 1. Le début de la

symptomatologie remonterait à environ 2 ans, après un traitement endodontique des dents 12 et 11. Les antécédents personnels et familiaux n'avaient rien révélé. L'enquête des systèmes étaient sans particularités, l'examen physique a mentionné en exo-buccal une asymétrie faciale droite due à une tuméfaction nasogénienne droite avec une palpation des bases osseuses dure, non douloureuse, sans changement de coloration tégumentaire. On n'a pas noté la présence d'adénopathies sous-mandibulaires et cervicales. En Endo-buccal, la muqueuse était rose pâle, tuméfiée en vestibulo-palatin en regard des dents 14 -11, sa palpation était non douloureuse, de consistance dure. L'odontogramme a révélé des absences des dents 28 et 37, des obturations des dents 11 et 12, de multiples affections carieuses des dents 22 en classe 3 de Black, 48 en délabrement coronaire important, 17, 36 et 47 en chicot (Fig.4A et B). L'orthopantomogramme a montré une image lacunaire uniloculaire, incluant les racines dentaires 13, 12 et 11 de diamètre environ 37 mm (Fig.1) en faveur d'un kyste épidermoïde odontogène maxillaire.

La prise en charge a débuté par un assainissement de la cavité buccale incluant un détartrage, traitement endodontique de la canine 13 et extractions avec curetage des dents délabrées 36, 47 et 48. Le traitement chirurgical s'est effectué sous anesthésie loco-régional à base de solution de Xylocaïne 2% avec vasoconstricteur. L'opération a consisté en l'énucléation en faisant une incision de la muqueuse vestibulaire jusqu'à l'os en regard des dents 11 à 14 avec contre-incision du côté des prémolaire permettant de lever un lambeau. Après le décollement de la muqueuse, l'extraction de la mince couche osseuse avec une pince gouge, la paroi kystique était réclinée progressivement à l'aide d'un décolleur jusqu'à son exérèse totale. La résection apicale des dents 13,12 et 11, ayant préalablement subi un traitement endodontique a été réalisée. Une cautérisation complémentaire à la solution d'acide trichloracétique de la cavité, puis, la mise en place du bio-os et points de suture à l'aide du fil à peau 3/0 ont été faites (Fig.4B, 4C). Après le traitement chirurgical global, l'édentement selon la classification de Kennedy était de classe II sur la mandibule.

La pièce opératoire (membrane kystique) a été conservée dans du formol 30% avant d'être envoyé en examen histopathologique.

### Cas clinique 2

Il s'agit d'une Patiente N.C. âgée de 54 ans commerçante, référée le 10 février 2022 pour tuméfaction mandibulaire déformant son menton, l'empêchant de s'alimenter convenablement. Le début de la symptomatologie remonterait à environ 8 ans avec des douleurs dentaires et tuméfaction graduelle en regard du bloc incisivo-canin inférieur. Après la première intervention il y a de cela 3 ans, l'évolution s'est faite vers une récurrence de la tuméfaction moins d'un an après l'opération chirurgicale. L'anamnèse n'a révélé aucune particularité. A l'examen physique, l'état général était conservé. L'examen exo-buccal a révélé une asymétrie

faciale marquée par une tuméfaction mentonnière de consistance dure, refoulant la lèvre inférieure et les dents antérieures inférieures, de diamètre environ 8 cm allant de la dent 34-43, avec l'incisive centrale 41 absente (Fig.5A et B). La palpation des bases osseuses était non douloureuse, pas d'adénopathies sous-mandibulaires et cervicales palpables ; à l'ouverture buccale, l'hygiène bucco-dentaire était moyenne avec un indice de plaque égal à 2. Le bloc incisivo-canin entre 43-34 était tuméfié sur environ 8 cm, de consistance dure et non douloureuse à la palpation. L'orthopantomogramme a montré une image polygédrique lacunaire d'ostéolyse multiloculaire, nette, bien tracée de la région symphysaire entre les prémolaires 44 et 35 (Fig.2), laissant suggérer un kyste épidermoïde mandibulaire odontogène récidivant.

Pour préparer l'intervention, la mise en état de la cavité buccale a été faite par un détartrage. Le traitement chirurgical conservateur s'est réalisé sous anesthésie loco-régionale de la région mentonnière avec la Lidocaïne 2% et l'Articaïne 4% avec vasoconstricteur 4,0. Il a consisté en une incision au collet des dents 44-35 avec une double décharge à hauteur des 44 et 35 ; et décollage de la muqueuse, puis de la fine couche osseuse ; par la suite, une exérèse de la membrane kystique associée à l'extraction dentaire des dents 41, 42, 31, 32, 33 a été réalisée, suivie d'une cautérisation complémentaire faite avec la solution d'acide trichloracétique avant la mise en place du bio-os dans la cavité kystique dans la région symphysaire et une dizaine de points de suture avec du fil à peau 3/0 (Fig.6). Après l'opération chirurgicale, l'édentement selon la classification de Kennedy était de classe IV sur la mandibule.

Les pièces opératoires (membrane kystique et les dents extraites 33, 32, 31, 42, 43) ont été conservées dans du formol 30% avant d'être envoyées en examen histopathologique.

### Cas clinique 3

Il s'agit d'un patient T.D.C. âgé de 32 ans caissier, qui a été référé courant mars 2022 pour gonflement de la gencive disgracieux l'empêchant de bien se nourrir. Le début des symptômes remonterait à 2,5 ans, suite à un traumatisme lors d'une bagarre avec un client. Il s'en est suivi progressivement une tuméfaction en regard du bloc incisivo-canin. L'anamnèse minutieuse n'a relevé aucune particularité. L'examen exo-buccal a montré une asymétrie faciale avec un menton bombé en avant. La palpation des bases osseuses était non douloureuse. En Endo-buccal, l'examen a révélé une tuméfaction de consistance dure, non douloureuse en regard des dents 44-34, d'environ 6 cm de long. L'orthopantomogramme a montré une image polygédrique lacunaire d'ostéolyse multiloculaire, entourée d'une ligne de condensation osseuse de la région symphysaire entre la canine 43 et la prémolaire 34, avec des contours nets, refoulant les racines dentaires des 32 et 33, donnant l'impression d'une image lacunaire elliptique laissant penser à un kyste non odontogène (Fig.3).

La préparation du site opératoire s'est faite grâce au détartrage et traitement endodontique des dents 43, 44 et

34. L'acte chirurgical s'est réalisé sous anesthésie loco-régionale de la région symphysaire avec la Lidocaïne 2% et l'Articaïne 4% avec vasoconstricteur 4,0. Il a consisté en une incision avec double décharge dans l'intervalle des dents 44-34, décollage de la muqueuse, puis de la lamelle osseuse (Fig.7A et B). Par la suite, une exérèse de la membrane kystique associée à l'extraction dentaire des dents 42, 41, 31, 32, 33 a été réalisée. Ensuite, une cautérisation complémentaire à la solution d'acide trichloracétique avant la mise en place du bio-os dans la cavité kystique symphysaire a été effectuée (Fig.7C et D). Une dizaine de points de suture avec du fil à peau 3/0 a été faite (Fig.7E). Après l'intervention chirurgicale, l'édentement selon la classification de Kennedy était de classe IV sur la mandibule.

Les pièces opératoires (membrane kystique et les dents extraites 33, 32, 31, 41, 42) ont été mises dans du formol 30% avant d'être envoyées en histopathologie.

Pour tous nos patients, l'examen anatomo-pathologique était réalisé pour confirmer le diagnostic. L'histopathologie est marquée par une paroi fibro épaisse stratifiée constituée d'un épithélium malpighien régulier parakératosique reposant sur un stroma conjonctif fibreux dense infiltré d'éléments inflammatoires polymorphes (Fig.9).

Après l'intervention chirurgicale, les édentements selon la classification de Kennedy étaient de 66,67% de classe IV et 33,33% de classe II. La prothèse dentaire adjointe transitoire en résine a été prescrite aux malades après 3 mois pour améliorer les fonctions esthétiques et masticatrices. Le traitement médicamenteux initié était l'Amoxicilline 2g/jour + Acide clavulanique 250mg/jour pendant 10 jours + Acéclofénac 200mg/jour ou Prokefen ® 300mg/jour ou Ketesse ® 75mg/jour + Paracétamol 3g/jour en cas de douleur + un bain de bouche à la Chlorhexidine 0,2% x 3 fois/jour. Les suites opératoires et le suivi étaient simples. L'ablation des points de suture a été effectuée après 10-15 jours. Une radiographie panoramique postopératoire après un an a révélé une cicatrisation osseuse satisfaisante sans récurrence (Fig.8).

### DISCUSSION

Dans notre série, la symptomatologie clinique est dominée par la tuméfaction de la région symphysaire de la mandibule (66,67 %), ceci est rapporté par toutes les études [7, 8, 9].

L'anamnèse a révélé que nos patients avaient massé et pressé la bosse volumineuse sur leur visage pour diminuer leur étendue. Dans notre contexte en général, la remarque est faite de ce que tout patient ayant une tuméfaction quelconque utilise une potion ou un procédé traditionnel pour la masser [8, 10].

Sur le plan radiologique et malgré le développement de l'imagerie médicale moderne, la radiologie conventionnelle reste le procédé efficace pour cerner le diagnostic avant l'incertain conclusion anatomopathologique. L'orthopantomogramme a permis de montrer une ostéolyse uni- ou multiloculaire de la région symphysaire ou maxillaire, avec des contours nets, refoulant les racines dentaires ou non en faveur d'un kératokyste [3, 8, 10]. L'orthopantomogramme du

patient N°3 a montré une image polygédodique, multiloculaire, entourée d'une ligne de condensation osseuse de la région symphysaire entre la canine 43 et la prémolaire 34, avec des contours nets, donnant l'impression d'une image lacunaire elliptique laissant penser à un kyste non odontogène. En général, le kyste globulomaxillaire siège entre l'incisive latérale et la canine supérieure, donnant classiquement une image lacunaire bien limitée, en «poire», le kyste médian se rencontre entre deux incisives centrales sous forme d'une image elliptique [9].

Le but du traitement consistait à soulager les patients en assurant l'exérèse complète de la lésion, évitant les complications, récurrences et en proposant une réhabilitation fonctionnelle et esthétique. Du fait de la nature bénigne des lésions kystiques, et du caractère encapsulé de ces tumeurs, l'énucléation chirurgicale complète associée ou non à l'extraction dentaire des dents rhyzalisées complètement mobiles constituait le traitement de choix [7, 8, 9, 10]. La cavité d'énucléation avait fait l'objet d'une irrigation généreuse par du sérum physiologique, par la suite, une cautérisation complémentaire à la solution d'acide trichloracétique a été faite pour permettre de réduire les risques de récurrences en détruisant la membrane kystique résiduelles [9, 10, 11]. Le Bio-os a été mis en place dans la cavité kystique après la cautérisation à l'acide trichloracétique avant de suturer. Ceci était fait pour induire une régénération du tissu osseux lysé par le kyste. Le fil à peau 3/0 était volontairement utilisé dans notre série pour pouvoir mieux suivre l'évolution de la cicatrisation des plaies post-opératoires de nos patients. Ce qui diffère des études retrouvées dans la littérature qui n'utilisent pas le bio-os pour des raisons d'indisponibilité et de coût onéreux ; aussi, l'utilisation des fils de sutures résorbables reste le procédé de choix puisque l'intervention chirurgicale se fait sur la muqueuse [7, 8, 11].

L'examen histopathologique a permis de confirmer le diagnostic. Le kyste inflammatoire est toujours revêtu d'un épithélium pavimenteux malpighien non kératinisé, d'épaisseur variable ; alors que le kératokyste odontogénique est constitué d'une paroi stratifiée bordée par un épithélium malpighien kératinisé composé d'environ cinq couches cellulaires, reposant sur un stroma conjonctif fibreux dense infiltré d'éléments inflammatoires polymorphes [10, 12, 13].

Du fait de sa croissance agressive et de sa forte propension à la récurrence, malgré sa nature bénigne, son caractère encapsulé, son énucléation partielle favoriserait sa récurrence. L'énucléation chirurgicale complète constitue le traitement de choix [9, 10, 11]. Dans notre série, l'acte chirurgical incluait après le curettage de la cavité kystique, une cautérisation complémentaire faite avec la solution d'acide trichloracétique avant la mise en place du bio-os dans la cavité kystique pour accélérer la cicatrisation osseuse et amenuiser la récurrence. Le contrôle radiologique treize mois après l'intervention a relevé une cicatrisation marquée par une ostéocondensation osseuse en cours sans signe de récurrence. Nous continuons le suivi puis que 2-3 ans après le traitement chirurgical, la

récurrence est possible pour les kystes de grand volume [8, 9, 12].

Trois mois après la cicatrisation, la prothèse dentaire était réalisée pour réhabiliter non seulement l'esthétique, mais aussi le fonctionnel. Dans notre série étudiée, les prothèses partielles adjointes en résine étaient des prothèses transitoires en attendant de faire une prothèse d'usage. Elles ont permis d'améliorer immédiatement les aspects esthétique, masticatoires et phonatoires en attendant la consolidation des mâchoires [14].

## CONCLUSION

Les kystes odontogènes déformant la mâchoire sont des pathologies rencontrées dans notre milieu. Ces lésions sont fréquentes chez le jeune adulte. Par ailleurs ces pathologies se localisent principalement à la mandibule et l'énucléation chirurgicale est le traitement de choix. Le bio-os mis en place dans la cavité kystique après cautérisation à l'acide trichloracétique, améliorerait la cicatrisation osseuse, amenuisant ainsi la récurrence. Le diagnostic sur la base radiologique n'empêche pas d'avoir des précisions avec l'examen histologique. Le contrôle radiologique une fois l'an permet de suivre son évolution.

## REMERCIEMENTS

Nous remercions infiniment les patients qui ont accepté de participer à cette étude.

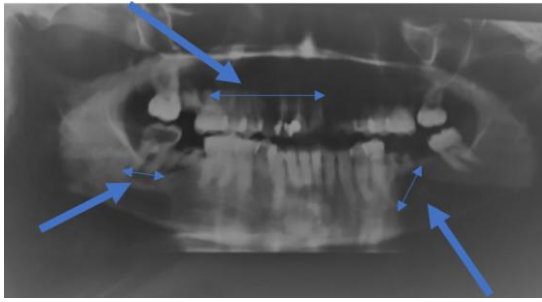
## CONFLITS D'INTERET

Aucun.

## RÉFÉRENCES

1. El-Naggar AK, Chan JKC, Grandis JR, Takata T, Slootweg PWHO, Classification of Head and Neck Tumours, IARC WHO Classification of Tumours, No 9, 4th edition, 2017.
2. Brugo A, Leroy X, Maes J-M, Ferri J. Tumeurs et pseudotumeurs non odontogènes bénignes des maxillaires. EMC, Stomatologie, 22-062-H-10, 2006.
3. Sauveur G, L Ferkdadj, E Gilbert, M Mesbah. Kystes des maxillaires. Encycl Méd Chirurg (Elsevier SAS, Paris) Stomatologie, 22-062-G-10, 2006, Médecine buccale, 28-550-G-10, 2008.
4. Akinola LL, Oluseyi FA, Mobolande OO, Wasu LA, Godwin TA, Babatunde OB. Odontogenic tumours: A review of 319 cases in a Nigerian teaching hospital. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2005; 99:191-5.
5. Da Costa DOP, Maurício AS, Faria PAS, Silva LE, Mosquera-Taylor A, Lourenço SQC. Odontogenic tumors: A retrospective study of four brazilian diagnostic pathology centers. Med Oral Pathol Oral Cir Bucal 2012 ; 17(3) : e389-94.
6. Johnson Ameswé E. Les tumeurs bénignes et kystes des maxillo-mandibulaires au CHU-YO au Burkina Faso et au CNHU-HKM au Bénin : aspect épidémiologiques, clinique, thérapeutiques et évolutif. Thèse de doctorat en médecine. Université de Ouagadougou ; 2012.
7. Abah Djeck Raymond. Thérapeutiques des tumeurs bénignes et pseudotumeurs des mâchoires : Techniques et résultats au CHUY et HCY. Thèse de Doctorat en Médecine Bucco-dentaire FMSB-Université de Yaoundé I ; 2018.

8. Kouamé AP, Amantchi D, Guiguimdé WPL, Kouyaté V. Benign tumours of the maxilla: A comparative study of the clinical and radiographic anatomical limits of 32 cases collected at the odontostomatological consultation and treatment center. *Advances in Oral and Maxillofacial Surgery* 6 (2022) 100277.
9. Ruhin B, Guilbert F, Berhand JC. Traitement des kystes, tumeurs et pseudotumeurs bénignes des maxillaires. *Encycl Méd Chirurg (Elsevier SAS, Paris)* 2005 ; 22-062-K-10.
10. Keubou BL B, Sando Z, Fewou A, Bengondo M.C, Essame O.J.L. Profil histo-pathologique des pseudotumeurs et tumeurs bénignes des mâchoires à Douala, Cameroun. *Health Sci.Dis.* 2016 ; 17(2).
11. Chrcanovic BR, Gomez RS. Adenomatoid odontogenic tumor: An updated analysis of the cases reported in the literature. *J Oral Pathol Med.* 2019 ; 48(1) :10-16.
12. JPS Servato, P Prieto-Oliveira, PP de Faria, AM Loyola, SV Cardeso. Odonogenic tumours: 240 cases diagnosed over 31 years at a brazilian university and a review of litterature. *Int. J Oral Maxillofac Surg*, 2012 May.
13. Al-Qazzaz HH, Abdullah BH, Museedi OS. Clinicopathological Analysis of Odontogenic Cysts in Iraqi Population. *Journal of Medicinal and Chemical Sciences* 6 (2023) 891-897.
14. Bamba A., Amichia-A.Y.C., N'guessan N.D., Konan E., N'cho K.J.C. Prothèse et réhabilitation d'une perte de substance maxillo-faciale complexe. *Rev. Iv. Odontostomatol.*, Vol.14, n°1, 2012, pp. 30-37.



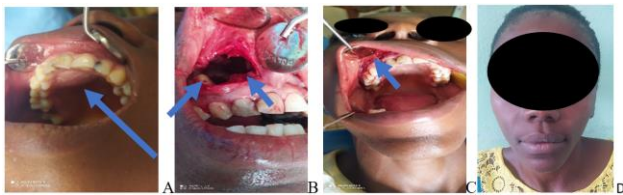
**Figure 1 :** radiographie panoramique dentaire de la patiente N1 présentant une image lacunaire uniloculaire maxillaire, incluant les dents 13, 12 et 11 ; des images lacunaires arrondies péri-apicales dentaires mandibulaires des dents 36 et 48.



**Figure 2 :** orthopantomogramme de la patiente N2 présentant une image lacunaire multiloculaire refoulant les racines dentaires 35 à 43 avec des rhizalyses radiculaires 32,41 ;42,44, 45.



**Figure 3 :** orthopantomogramme du patient N3 présentant une image lacunaire multiloculaire refoulant les racines dentaires des 32 et 33.



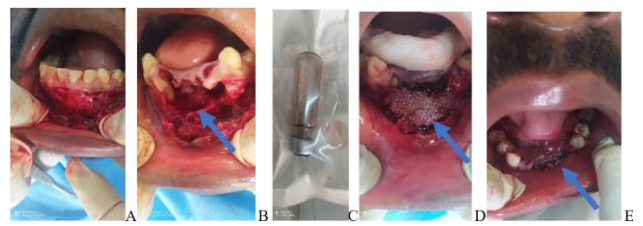
**Figure 4 :** Patiente N°1 **A)** tuméfaction vestibulo-palatine en regard des dents 13-11 obturées **B)** aspect post énucléation de la membrane kystique et résection apicale des dents 13,12, 11 **C)** sutures post exérèse du kératokyste **D)** en voie de cicatrisation après 21 jours.



**Figure 5 :** **A)** patiente N°2 vue exo-buccale : aspect bombé dans la région mentonnaire **B)** vue endo-buccale : tuméfaction vestibulo-mentonnaire englobant les dents 43, 42, 31, 32, 33, 34 et 41 absentes.



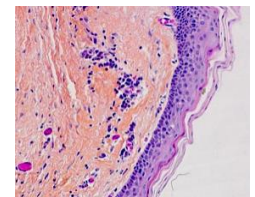
**Figure 6 :** patiente N°2 **A et B)** aspect post énucléation de la membrane kystique et extraction des dents 34, 33, 32, 31, 42, 43 ; **C)** pièces envoyées en histopathologie ; **D)** 12 jours après l'ablation des fils ; **E)** restauration prothétique après 4 mois.



**Figure 7 :** étapes chirurgicales du patient N°3 **A et B)** exérèse de la membrane kystique **C et D)** mise en place du Bio-oss dans la cavité kystique ; **E)** plaie suturée.



**Figure 8 :** radiographie de contrôle de la patiente N°1 treize mois après l'opération chirurgicale.



**Figure 9 :** Kératokyste odontogénique dont la paroi est constituée d'un épithélium malpighien régulier para- kératosique reposant sur un stroma conjonctif fibreux dense infiltré d'éléments inflammatoires polymorphes. Coloration HE, G X 250.