

Kystes épithéliaux non odontogènes. A propos de trois cas de kyste du seuil narinaire.

Mots clés :
Kyste
Diagnostic
Traitement



*Epithelial non odontogenic
cysts. Three clinical cases
of naso-alveolar cysts*

Keywords :
Cyst
Diagnosis
Treatment

Lamia LAMHAOUAR*, Ihsane BENYAHYA**, Amokrane KHAZANA***, Chouaib RIFKI

Faculté de Médecine Dentaire de Casablanca - Maroc

* Résidente, service d'Odontologie Chirurgicale

** Professeur de l'enseignement supérieur, chef du service d'Odontologie Chirurgicale

*** Professeur agrégé, service d'Odontologie Chirurgicale

r é s u m é Le kyste du seuil narinaire (KSN), appelé également kyste naso-labial, est une lésion d'origine épithéliale, non odontogène. Il se manifeste par une tuméfaction, de croissance lente et indolore, située en regard de la région canine, avec un effacement du sillon naso-génien. Les signes fonctionnels sont frustrés et l'image radiologique n'est pas spécifique posant un problème de diagnostic différentiel avec les kystes odontogènes d'origine inflammatoire ou liés au développement. Le diagnostic positif est essentiellement anatomo-pathologique. Le traitement est chirurgical. Très peu d'articles traitent des KSN, c'est pourquoi à travers 3 cas cliniques, nous proposons de discuter les éléments du diagnostic positif et de traitement des KSN.

abstract The naso-labial cyst is an epithelial non odontogenic lesion. It shows slow, painless growth swelling in the canine area, invading the nasolabial fold. There are few functional signs and no specific radiographic distinctions, making their differentiation from odontogenic or developmental cysts or even from inflammatory processes very difficult. Positive diagnosis is essentially achieved through histo-pathology. Surgical treatment is necessary. Articles about naso-alveolar cysts are scarce. We are proposing to discuss positive diagnostic elements and treatment modalities along with the description of three clinical cases.



Le kyste naso-labial ou "naso-alvéolaire" est classé parmi les kystes maxillaires épithéliaux non odontogènes. Cette lésion des tissus mous peut être bilatérale.

Située entre la base d'implantation de l'aile nasale et le vestibule buccal antéro-supérieur, elle se manifeste cliniquement par une tuméfaction du fond du vestibule maxillaire, circonscrite et de consistance molle.

Radiologiquement, ce kyste ne donne pas lieu à une ostéolyse sauf en cas de vieux kystes dans lesquels la paroi kystique elle-même résorbe l'os adjacent.

Son étiopathogénie demeure peu élucidée : restes épithéliaux embryonnaires (1988), cellules du canal lacrymo-nasal (1994) ? Le but de cet article est de présenter les aspects cliniques et radiologiques ainsi que les difficultés de diagnostic différentiel que nous ont posé certains cas cliniques.

Cas cliniques

Observation n° 1

Un homme âgé de 38 ans a consulté au centre de traitement dentaire de Casablanca, pour une tuméfaction naso-génienne gauche. L'interrogatoire n'a révélé aucun antécédent particulier. L'histoire de la maladie remonte à 4 ans avec apparition d'épisodes de tuméfactions aiguës parfois douloureuses après extraction de la 23 faite chez un charlatan.

L'examen clinique exobuccal a montré une asymétrie faciale avec une tuméfaction naso-génienne gauche douloureuse à la palpation.

L'examen clinique endobuccal a mis en évidence un empatement vestibulaire supérieur en regard du site de la 23 (**Fig. 1**) avec une tuméfaction bien limitée et de consistance molle. Les tests de vitalité au niveau des 24 et 25 étaient positifs.

À l'examen radiologique panoramique nous notons 2 images radioclares de part et d'autre de la crête nasale. Celle de gauche est plus volumineuse. Elle s'étend distalement jusqu'à la racine de la 24 et en haut jusqu'aux fosses nasales (**Fig. 2 et 3**).

À la suite de cet examen clinique et radiologique le diagnostic évoqué a été celui d'un kyste résiduel en rapport avec l'extraction de 23. La prise en charge de ce patient a consisté en une énucléation chirurgicale du kyste sous anesthésie locale. L'abord de la lésion a été réalisé à travers une incision horizontale superficielle

The naso-labial or naso-alveolar cyst is classified among maxillary epithelial non odontogenic cysts. This soft tissue lesion can some times be bilateral. Situated between the edge of the ala of the nose and the antero-supperior part of the buccal sulcus. Its edges are clearly limited and its consistency is soft.

No resorbition of the adjacent bone is evident radiographically, unless the cyst persists for a long time. Its etiology is not clear : rests of embryonal epithelial cells (1988), cells from the naso-lacrimal canal (1994).

In this article we are discussing the clinical and radiographical aspects as well as the difficulties in differential diagnosis in some of the cases.

Clinical case reports

Case 1

A 38 year old man came to the dental department in Casablanca, showing a swelling of the naso-gonial area. The anamnestic report showed no particularities. His problems started 4 years before, showing sometimes acute and even painful swelling after the extraction of the upper left canine.

The clinical examination shows a swelling of the left naso-gonial area resulting in an asymmetrical appearance and pain on palpation.

The intra-oral examination shows a soft well limited vestibular swelling in the area of the upper left canine (**Fig. 1**). Both of the adjacent premolars were vital.

On the panoramic radiograph two radio-clear structures can be distinguished near the nasal crest. The left structure is bigger and can be followed up to the root of the first premolar and to the nasal fossae (**Fig. 2 and 3**).

After this clinical and radiographical examination the diagnosis is a cyst related to the extraction of the upper left canine. The treatment was surgical excision of the cyst through a horizontal superficial incision at the level of the muco-gingival line reaching from the upper left to the upper right canine area. A mucosal flap has





Fig. 1 : Vue endobuccale : comblement vestibulaire, incision horizontale sur la muqueuse alvéolaire.

Intra-oral view : swelling of the vestibular area, horizontal incision of the alveolar mucosa



Fig. 2 et 3 : Radiographie panoramique et mordue occlusal : deux images radio-claires bien limitées.

Panoramic and occlusal radiographs both show radio-clear, well limited lesions.



située au niveau de la ligne muco-gingivale et s'étendant de 13 à 23. Un lambeau muqueux de pleine épaisseur a été décollé (Fig. 4) et l'énucléation des 2 lésions kystiques, réalisée (Fig. 5 et 6). Le lambeau a été repositionné et suturé par des points continus après parage des sites opératoires (Fig. 7).

L'examen anatomo-pathologique de la pièce opératoire a montré une paroi kystique festonnée, tapissée par un épithélium cylindrique, pseudostratifié, cilié par places, sans mitose anormale. L'histologie concluait à un kyste du seuil nasinaire (Fig. 8).

Le patient a été revu 10 jours après la chirurgie pour l'ablation des fils de suture. Des tests de vitalité ont été réalisés sur les 24, 25, 14 et 15 qui se sont avérés positifs.

Un suivi clinique et radiologique (Fig. 9 et 10) a été assuré à 4 mois montrant une bonne cicatrisation avec disparition de la tuméfaction.

been raised (Fig. 4) and the excision of both cystic lesions has been performed (Fig. 5 and 6). The mucosal flap has been repositioned and closed with continuous sutures (Fig. 7).

The patho-histological result has shown irregular borderlines with cylindrical, pseudostratified epithelial lining, containing ciliated components, but no abnormal mitosis. The diagnosis was stated for a naso-labial cyst (Fig. 8).

At post-operative control and suture removal, all premolars were vital.

During the four months follow up (Fig. 9 and 10) good healing with no further swelling was found.

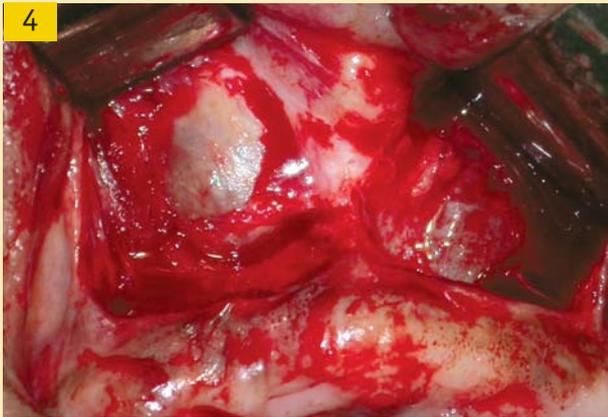


Fig. 4 : Décollement d'un lambeau muqueux : mise en évidence des deux kystes.

Mucosal flap elevation, visualising both cysts.

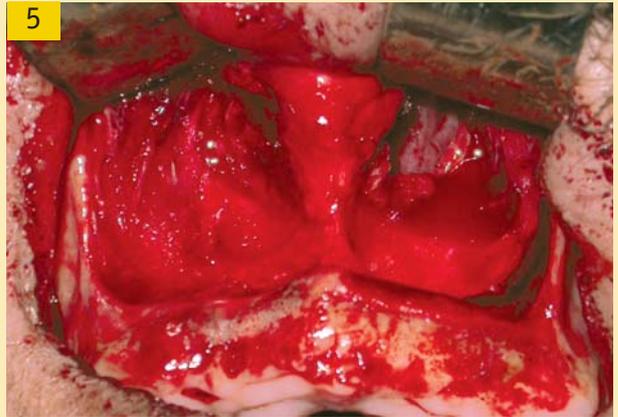


Fig. 5 : Mise en évidence des deux cavités kystique après l'énucléation.

The two cystic cavities are visible after cyst excision.



Fig. 6 : Les deux pièces opératoires.

The two cysts after excision.



Fig. 7 : Sutures du lambeau muqueux.

Sutures of the mucosal flap.

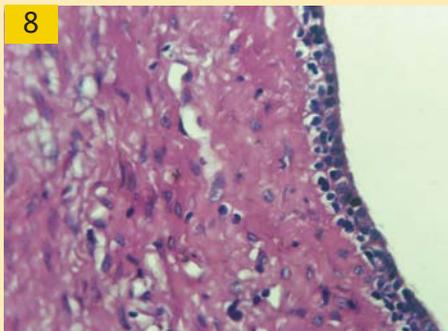


Fig. 8 : aspect histologique de la lésion kystique avec une paroi kystique tapissée d'un épithélium cilié par places sans mitoses anormales concluant pour un kyste du seuil narinare, (coloration HES, x 200).

Histological aspects of the cystic lesion : the walls of the cyst are covered with ciliated epithelium with no abnormal mytotic processes, thus signing for the naso-alveolar cyst (HES staining, x 200).



Fig. 10 : Contrôle post-opératoire radiologique à j0+ 4 mois.

Radiographics control + 4 months after.



Fig. 9 : Contrôle post-opératoire clinique à j0 + 4 mois.

Post operative control + 4 months after.





Fig. 11 : Vue endobuccale : tuméfaction muqueuse vestibulaire de 12 à 22.

Intra-oral view: Swelling of the vestibular area between the two upper lateral incisors.



Fig. 12 : Radiographie panoramique : image radiopaque maxillaire droite bien limitée englobant la 13 incluse.

Panoramic radiograph showing the unerupted upper right canine surrounded by the well limited cyst.

Observation n°2

Un homme âgé de 52 ans a consulté pour une tuméfaction naso-labiale vestibulaire. L'histoire de la maladie remonte à 6 ans. Deux ans après un traumatisme au niveau des dents antérieures, le patient a développé une tuméfaction au niveau labial supérieur. Malgré l'extraction des " dents causales " par son chirurgien dentiste, la tuméfaction a persisté avec des épisodes infectieux.

L'examen exobuccal a montré une tuméfaction naso-labiale droite, indolore surélevant la lèvre supérieure.

L'examen endobuccal a confirmé l'absence des 11 et 21 et révélé une tuméfaction muqueuse ferme et indolore en regard du secteur antérieur s'étendant de la 12 à la 22 avec existence d'une fistule productive (**Fig. 11**). Le test de vitalité réalisé sur les 12, 22 et 23 s'est avéré être négatif.

L'examen radiologique panoramique a montré une image radiopaque unilatérale maxillaire droite englobant la 13 incluse et s'étendant de la face distale de la 15 à la face mésiale de la 23 (**Fig. 12**).

Au terme de cet examen clinique et radiologique, le diagnostic évoqué a été celui d'un kyste folliculaire. Toutefois le diagnostic d'un kyste naso-labial n'a pas été totalement écarté en fonction de la situation muqueuse de la tuméfaction.

Case 2

A 52 year old man came to consult for a naso-labial swelling in the vestibular area. The patient's history began six years earlier. Two years after a trauma of his upper anterior teeth, the patient started to develop labial swelling. The "involved" teeth were extracted by his dentist, but the swelling persisted with infectious episodes.

The clinical examination shows painless naso-labial swelling on the right side, distorting the upper lip shape.

The intra-oral examination shows absence of both central incisors and firm mucosal, fistulating swelling of the anterior area between the two second incisors (**Fig. 11**). Both incisors and the upper left canine showed no vital reaction.

Panoramic radiological examination shows an opaque maxillary image on the right side, including the non erupted upper right canine, reaching from the second right premolar to the left canine area (**Fig. 12**).

A follicular cyst is diagnosed, but because of its mucosal position, the possibility of a naso-labial cysts is not totally excluded.



Fig. 13 : Exérèse du kyste après décollement d'un lambeau muco-periosté et fraisage osseux.

Cyst excision after mucosal flap elevation and osteotomy.

Fig. 14 : Extraction de la 13 incluse puis de la 12.

Extraction of both the upper right canine and the lateral incisor.

Fig. 15 : Aspect histologique de la lésion kystique avec une paroi tapissée d'un épithélium cylindrique cilié concluant pour un kyste non odontogène type naso-labial, (coloration HES, x 200).

Histological aspects of the cystic lesion : the walls of the cyst are covered with cylindrical, ciliated epithelium, thus signing for the non odontogenic naso-alveolar cyst (HES staining, x 200).

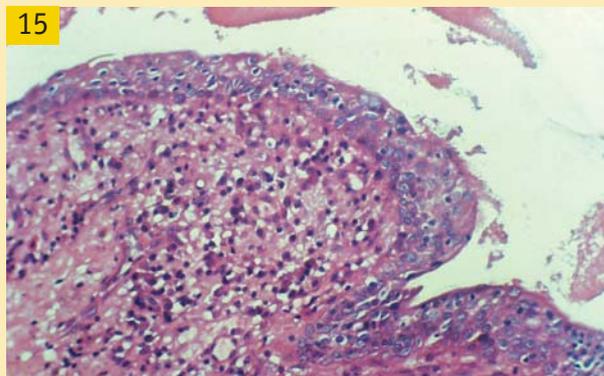


Fig. 16 : Contrôle post-opératoire radiologique à j0 + 3 mois.

Immediate post operative control + 3 months after.

Fig. 17 : Contrôle post-opératoire radiologique à j0 + 6 mois.

Immediate post operative control + 6 months after.

La prise en charge de ce patient a consisté également en une exérèse chirurgicale du kyste sous anesthésie locale (**Fig. 13**), accompagnée de l'extraction de la 13 incluse (**Fig. 14**) et de la 12 dont la racine était englobée par la paroi kystique.

L'examen anatomo-pathologique de la pièce opératoire a montré une paroi kystique festonnée, tapissée par un épithélium cylindrique cilié par places reposant sur un tissu conjonctif fibro-conjonctif comportant des éléments inflammatoires mononuclés. L'histologie concluait pour un kyste malformatif non odontogène type naso-labial (**Fig. 15**).

Un suivi post-opératoire clinique et radiologique a été assuré à 3 mois (**Fig. 16**) puis à 6 mois (**Fig. 17**), permettant de noter l'absence de récurrence.

Cyst- excision is performed under local anaesthesia (**Fig. 13**) and the non erupted right canine is extracted (**Fig. 14**). The right incisor has also been removed, its root reaching deeply into the cystic area.

Histo-pathology reports irregular cystic borderlines with cylindrical, ciliated epithelium, lying on fibro-connective tissue, containing inflammatory mononuclear elements. The diagnosis was a malformative non-odontogenic naso-labial-type cyst (**Fig. 15**).

Clinical and radiographical follow up was insured 3 (**Fig. 16**) and 6 months post operatively (**Fig. 17**), showing no recurrences.



Fig. 18 : Vue endobuccale : tuméfaction bleutée vestibulaire, zone canine gauche.

Intra-oral view: Bluish vestibular swelling in the area of the upper left canine.

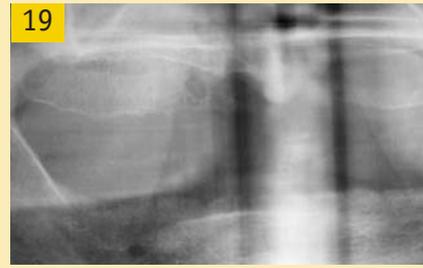


Fig. 19 : Radiographie panoramique : lésion d'allure kystique mal limitée.

Panoramic radiograph: Not very well limited cystic lesion.

Observation n°3

Une femme âgée de 76 ans a consulté pour une tuméfaction naso-labiale gauche évoluant depuis 3 mois à la suite d'une blessure par une prothèse totale portée depuis 30 ans. La patiente est hypertendue.

L'examen exobuccal a montré une asymétrie avec une tuméfaction labiale gauche indolore et un effacement du sillon naso-labial.

L'examen endobuccal a révélé une tuméfaction au niveau de la crête maxillaire gauche, bien limitée, d'aspect bleuté, dépressible et douloureuse à la palpation (**Fig. 18**).

L'examen radiologique panoramique a montré une image d'allure kystique radioclaire au niveau maxillaire gauche (**Fig. 19**).

Devant ces aspects cliniques et radiologiques, le diagnostic présomptif était celui d'un KSN mais devant l'aspect bleuté de la tuméfaction, le diagnostic d'angiome n'était pas écarté. Une aspiration préalable du contenu de la lésion nous a permis de lever ce doute. La prise en charge de cette patiente a consisté aussi en une exérèse chirurgicale du kyste. Après décollement d'un lambeau muqueux, le clivage de la paroi kystique puis son énucléation ont été réalisés (**Fig. 20**).

L'examen anatomo-pathologique de la pièce opératoire a conclu à un kyste nasal non odontogène (**Fig. 21**). Un suivi post-opératoire clinique et radiologique (**Fig. 22**) a été assuré à 3 mois. Aucune récurrence n'a été notée.

Case 3

A 76 year old woman came to the department with a swelling of the left naso-labial area. The swelling appeared after an irritation from her 30 year old full denture and persisted for three months. The patient also suffers from hyper tension.

The clinical examination shows an asymmetric feature with painless left labial swelling and invasion of the nasolabial fold.

The intra-oral examination reveals well circumscribed, bluish, and soft swelling of the left maxillary crest, causing pain upon palpation (**Fig. 18**).

The panoramic radiograph shows a cyst type radio-clear lesion of the left maxilla (**Fig. 19**).

The presumed diagnosis was a naso-labial cyst. Given the bluish aspect of the swelling, angioma had to be suspected in terms of differential diagnosis, but was excluded after aspiration its content. After mucosal flap elevation, the cyst wall was detached from the base and cyst enucleation was performed (**Fig. 20**).

Histo-pathology concluded in a non odontogenic nasal cyst (**Fig. 21**). Post-operative follow up for three months did not show any recurrence (**Fig. 22**).

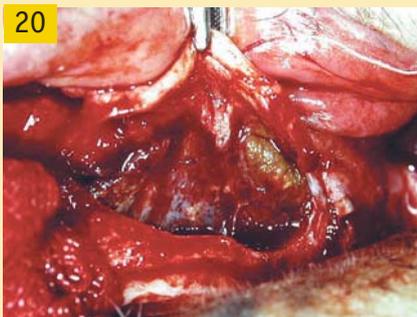


Fig. 20 : Clivage de la paroi kystique.
Detachment of the cyst wall.

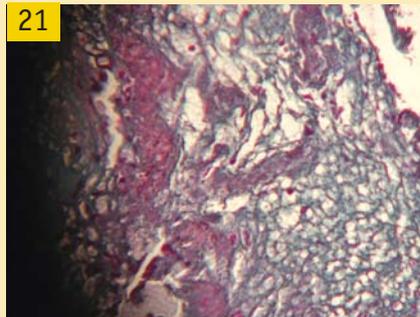


Fig. 21 : aspect histologique de la lésion concluant pour un kyste nasal non odontogène, (coloration HES, x 200).
Histological aspect of the lesion, signing for a nasal non odontogenic cyst (HES staining, x 200).



Fig. 22 : contrôle post-opératoire radiologique à j0 + 3 mois.
Immediate post operative control + 3 months after.

Discussion

Selon la dernière classification de l'OMS, les kystes des maxillaires sont classés en trois grands chapitres :

- les kystes épithéliaux odontogéniques : kyste gingival de l'enfant (perle d'Epstein), kératokyste odontogénique, kyste dentigère, kyste d'éruption, kyste gingival de l'adulte, kyste glandulaire odontogénique,
- les kystes épithéliaux non odontogènes : kyste nasopalatin, kyste naso-labial ou naso-alvéolaire ou encore kyste du seuil narinaire,
- les kystes inflammatoires : kyste radiculaire, kyste paradentaire.

Les kystes non odontogènes sont des collections liquidiennes entourées ou bordées d'un épithélium non odontogène. La première description de ces kystes a été faite par MEYER en 1914.

Cependant ces kystes présentent un intérêt thérapeutique particulier. En effet, ils coexistent avec des dents saines qui peuvent être malheureusement traitées à tort par le praticien mal averti. D'où l'importance d'un diagnostic étiologique qui ne saurait se faire sans la connaissance de l'embryologie des maxillaires et particulièrement des zones où s'opère la fusion des bourgeons faciaux et aussi sans les données de l'examen clinique, radiologique et surtout anatomo-pathologique.

Classiquement, en Europe, le siège des kystes non odontogènes s'établit selon l'ordre suivant :

- le kyste fissuraire latéral (1^{er})
- le kyste naso-labial (2^{ème})
- le kyste naso-palatin (3^{ème})

Discussion

According to the WHO, maxillary cysts are subdivided into three groups :

- epithelial odontogenic cysts : gingival cysts in children (Epstein's pearls), odontogenic keratocysts, dentigerous cysts, cysts bound to tooth eruption, gingival cysts in adults, glandular odontogenic cysts,
- epithelial non odontogenic cysts : naso-palatal-, naso-labials-, nasal cysts,
- inflammatory cysts : periapical cysts, para-dental cysts.

Non odontogenic cysts contain liquids surrounded by non odontogenic epithelium. The first to describe these cysts has been Meyer in 1914.

These cysts are of particular therapeutic interest, since they may develop near healthy teeth, being often mistakenly treated. Etiologic diagnosis cannot be stated without embryologic background and knowledge of early maxillary development, as well as clinical, radiographical and most of all histo-pathological examination.

In Europe non odontogenic cysts appear in the following frequency :

- nateral fissural cysts
- naso-labial cysts
- nasopalatal cysts





Le kyste naso-labial est une lésion rare (0,7 % de tous les kystes maxillaires).

Elle survient entre la 4^{ème} et la 5^{ème} décennie (cas des 3 patients dont les observations sont rapportées dans cet article). Elle est plus fréquente chez la femme que chez l'homme (75 %).

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. Cette théorie rend compte de la situation extraosseuse du kyste mais elle a été réfutée ;
- 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 ;
- enfin l'emplacement bilatéral du kyste naso-labial permet de comprendre la particularité de l'origine de son développement.

En général, ce kyste est d'évolution silencieuse. Aucun de nos 3 patients n'a été vu dès l'apparition des premiers symptômes. Le principal motif de consultation est le volume de la tuméfaction devenu inquiétant pour le patient et son entourage.

Cette tuméfaction est circonscrite, généralement située sous le seuil narinaire au niveau de la région canine. Elle est indolore, de consistance molle ou fluctuante parfois pâteuse de croissance lente pouvant atteindre une taille de 4 cm. Elle peut conduire à une déformation du plancher de la fosse nasale et à un effacement du sillon naso-génien.

Par la suite, la lèvre supérieure peut être envahie par le phénomène inflammatoire et la palpation vestibulaire haute révélera alors une masse élastique.

Sur le plan fonctionnel, le kyste est initialement indolore et c'est avec l'évolution dans le temps que les signes peuvent apparaître. C'est ainsi que le patient peut consulter pour une gêne telle une obstruction nasale, une déformation de la crête nasale et une sensation de pesanteur.

Classiquement, l'examen radiologique basé sur un cliché panoramique puis un mordue occlusal ne montre aucune modification des structures osseuses ; seule l'opacification du kyste par injection d'un produit de contraste montre une légère érosion concave de la corticale externe du maxillaire.

Nasolabial cysts are rare lesions (0,7 % of all maxillary cysts).

They appear from ages 40-50 (as in all three presented patients) and are more frequent in women than men (75 %).

Their etiology is not well known, but several theories being discussed :

- the first theory was enounced in 1988, stating that the cysts could be derived from embryonic epithelia during nose formation when the nasal and the maxillary process are in fusion. This theory explains the non-bony origin of these cysts, but is no longer valid ;
- at present the second theory, enounced in 1994 is accepted, explaining that the cysts could be derived from the antero-inferiour lacrimo-nasal canal ;
- the bilateral appearance of the naso-labial cyst permits to understand its specific origin and development.

The cyst's evolution is silent. None of the three patients has been seeking for help when the symptoms first appeared, but waiting till the size of the swelling became alarming for themselves and their environment.

This generally well circumscribed swelling appears in the nasal area at the level of the canine. It is mostly painless, slow growing, soft and fluctuating sometimes of pasty consistency, reaching up to 4 cm. It can lead to resorption of the margin of the anterior bony aperture of the nose and the uplifting of the nasolabial fold.

The upper lip can be involved into inflammatory reactions, revealing elastic consistency. In the beginning the cysts is painless, clinical signs appearing throughout its slow development. The patient is searching for help because of nasal obstruction or deformation and the sensation of "heaviness" in the same area.

Mostly the panoramic and the occlusal radiograph do not show any modification of bony structures. Only the opacification of the cyst, by injecting radioopaque products may show slight erosion of the maxillary cortical bone.





Mais la situation sus-périostée du kyste peut provoquer une dépression au niveau de la table vestibulaire du maxillaire. Cette altération osseuse peut être expliquée par la résorption due à la pression comme cela a été relevé chez le premier patient.

Quand la lésion radiologique existe, le diagnostic différentiel doit se faire avec :

- les kystes inflammatoires notamment les kystes résiduels (cas n° 1 et 3) 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 (cas n°2),
- les tumeurs des glandes salivaires accessoires par exemple le mucocele.

Un scanner de la face est indispensable afin de préciser le rapport du kyste du seuil narinaire avec les fosses nasales, les sinus maxillaires et les apex des dents au contact de cette lésion. Cet examen a été demandé pour les 3 patients afin de compléter nos observations cliniques et établir le diagnostic. Ces examens n'ont malheureusement pas pu être réalisés par manque de moyens matériels.

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 calciformes. Les contours du kyste sont festonnés, revêtus d'un épithélium cylindrique, pseudo-stratifié, 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.

The supra-periosteal position of the cyst can pressurise the external maxilla and lead to concave depression as observed in the first patient.

When radiographic lesions are detected, the following differential diagnosis has to be considered :

- residual inflammatory cysts (cases one and three) and dento-radicular cysts, causing intra-oral peri-apical swelling. In this case vitality tests can help to diagnose,
- non inflammatory cysts such as follicular cysts are usually found around unerupted teeth (case n° 2),
- tumours of the salivary glands such as mucocele.

The CT-scan is very important in order to visualise the relation between the nasal base, the nasal fossae, the maxillary sinus and the apexes of the neighbouring teeth. This examination has been demanded for all three patients but has not been carried out for financial reasons.

Histo-pathology has to confirm diagnosis : the cyst contains thick liquid without any cholesterol crystals, surrounded by pluri-stratified epithelium containing calciform cells. The cyst's contour is irregular, lined with cylindrical, pseudo-stratified, ciliated epithelium, but without any cyto-nuclear or mitotic abnormalities. The presence of "ciliae" signs the diagnosis of naso-labial cysts.

Complete surgical excision through vestibular approach, is the only therapeutic method avoiding recurrences. It should be carried out carefully, protecting the nasal and sinus cavities from exposure.



Conclusion

Bien que les kystes du seuil narinaire soient considérés comme rares, ils doivent retenir l'attention de l'odonto-stomatologiste. Les signes cliniques frustrés et l'absence de spécificité radiologique posent le problème de diagnostic différentiel avec l'ensemble des kystes odontogènes et non odontogènes. L'examen anatomopathologique reste le moyen incontournable pour poser le diagnostic positif de cette lésion. Enfin, les récurrences sont rares lorsque le traitement chirurgical est bien mené.

Naso-labial cysts even though being rare, should attract the attention of dental practitioners. Clinical and radiographic signs can lead to problems of differential diagnosis with other odontogenic and non odontogenic cysts. Histo-pathologic examination remains the best proof of diagnosis. When surgical excision is carried out properly, recurrences are very rare.

Traduction : Rosita PURER

Demande de tirés-à-part :

Docteur Lamia LAMHAOUAR - Place du Temple - Résidence Ennour, Esc. E - 20100 Casablanca-Maârif - MAROC.

bibliographie

FAVRE DAUVERGNE E., AURIOL M., LE CHARPENTIER Y.

Kystes des maxillaires. E.M.C., Paris – stomatologie – odontologie, 22-062-G-10, 1994.

GUILBERT F., CHOMETTE G., PERON J.M.

Traitement des tumeurs bénignes et des pseudotumeurs des maxillaires. E.M.C. Paris – stomatologie – odontologie, 22062K10, (2), 1988.

HORCH H H.

Kystes de la sphère bucco-maxillo-faciale. Chirurgie buccale. Ed: Masson Paris, 1996.

LASKARIS G.

Atlas des maladies buccales. Ed: Flammarion Paris, 1994.

LASSALETTA A.L., MOENO F., GARCIA ALVAREZ G.

Naso-alveolar cysts : a report of 10 new cases and a review of literature. *Acta otorrinolaring esp* 1998;49:533-536.

NDIAYE FATY Ch., BA A., DIA TINE S., BENSLAMA L.

Diagnostic et traitement des kystes épithéliaux non odontogènes: à propos de 14 cas colligés au service de chirurgie buccale du CHU de Fann. *Odont-Stoma tropicale* 2000;91:27-30.

REGEZI J.A., SCIUBBA J.

Cysts of the oral region, non odontogenic cysts. in Oral pathology clinical pathologic correlations. Philadelphia, Ed : Saunders 1989:319-323.

SOAMES JV SOAMES, SOUTHAM JC. - Cysts of the jaws

and oral soft tissues – non odontogenic cysts. In Oral pathology, second Ed: Oxford University Press, 1993:69-87.