Volumineux kystes mandibulaires : à propos de 2 cas

RÉSUMÉ

Cécile LUCAS

Service d'odontologie,
2, rue du Dr Heydenrach,
54000 Nancy.

Caroline GERBER

Faculté d'odontologie
Université Henri-Poincaré,
Nancy 1, France.

Stéphane KIRCHNER

Cabinet de pathologie,
5, rue Isabey,
54000 Nancy.

Audrey LÊ

Faculté d'odontologie
Université Henri-Poincaré,
Nancy 1, France.

Jean-Paul ARTIS

Faculté d'odontologie
Université Henri-Poincaré,
Nancy 1, France.

Jean-Marc MARTRETTE

Faculté d'odontologie
Université Henri-Poincaré,
Nancy 1, France.

Pierre BRAVETTI

Maître de conférence,
Praticien hospitalier
à la faculté d'odontologie de Nancy,
Doyen de la faculté d'odontologie,
Responsable du département
de chirurgie et pathologie buccale,
Service d'odontologie,
CHU de Nancy.

Les kystes odontogènes représentent une pathologie relativement fréquente mais posent de nombreux problèmes en pratique clinique, notamment en raison des difficultés de diagnostic.

La découverte de ces kystes est généralement fortuite au cours d'un examen radiologique de routine et impose, quand cela est possible, le recours à une chirurgie énucléatrice.

Des formes atypiques peuvent être rencontrées, soulignant l'intérêt majeur de l'histologie et de l'analyse anatomopathologique dans la pose du diagnostic.

Deux cas cliniques viendront illustrer notre propos, à travers l'étude de deux formes de kystes odontogéniques.

Mots clés

- kystes odontogènes

AOS 2009;248:339-348
DOI: 10.1051/aos/2009408
© AEOS / EDP Sciences

Introduction

> Les kystes des maxillaires sont des cavités creusées dans les os maxillaires, bordées par un revêtement épithélial ou endothélial, en forme de poche ou de sac, contenant un liquide ou une substance plus pâteuse [1].

Ces kystes des maxillaires se répartissent en trois catégories, d'après une classification inspirée de celle de l'OMS de 1992. On distingue d'une part les kystes inflammatoires, d'autre part les kystes épithéliaux non odontogéniques anciennement appelés kystes fissuraires, et les kystes épithéliaux odontogéniques dont fait partie le kératokyste odontogénique [2].

Devant l'existence d'une image monogéodique se projetant au niveau de l'angle mandibulaire et du ramus, on peut émettre l'hypothèse d'un kyste des maxillaires, l'image radiologique pouvant être spécifique. Parallèlement, plusieurs éléments de l'anamnèse sont à prendre en compte : l'âge du patient, les signes cliniques ou symptomatiques avec leur date d'apparition et leur évolution, et l'existence de syndromes familiaux.

Les kystes ont une symptomatologie le plus souvent discrète voire inexistante. Cela facilite leur évolution lente et parfois très extensive en particulier dans leur localisation mandibulaire. De plus, la symptomatologie manque de spécificité car elle est la traduction courante des kystes odontogéniques et non odontogéniques. Elle est souvent résumée par une tuméfaction osseuse.

L'anamnèse reste donc souvent pauvre. Les indications du patient sont incertaines. Ce dernier accuse parfois des sensations mal définies, un sentiment de pression dans les maxillaires, une gêne indéfinissable au niveau des dents qui peut traduire une poussée inflammatoire.

Les kystes, même grands, ne sont pas à l'origine de troubles de la sensibilité dans la région

(même avec une extension exerçant une contrainte sur le nerf). Parfois, le patient accuse des douleurs de type névralgique dans la région.

Le traitement d'un kyste, tumeur ou pseudotumeur bénigne des maxillaires se justifie par une augmentation potentielle de volume, par le refoulement des tissus et organes environnants à l'origine de répercussions fonctionnelles, de comblements de cavités naturelles, de disgrâces morphologiques, et par l'éventualité de complications infectieuses. Très disséminables sur les plans étiopathogénique, diagnostique et évolutif, ces lésions présentent pourtant des points communs, notamment celui de requérir un traitement chirurgical par une cure radicale. Néanmoins, l'approche actuelle du traitement des kystes et pseudotumeurs semble axée sur la préservation de l'os environnant, des tissus mous et des organes dentaires, grâce à des techniques de plus en plus précises [21]. Elles dépendent bien évidemment du degré d'évolution de ces lésions lytiques des maxillaires.

Les kystes épithéliaux odontogéniques comprennent le kyste gingival de l'enfant (perle d'Epstein), le kyste dentigère (kyste folliculaire), le kyste d'éruption, le kyste périodontal latéral, le kyste gingival de l'adulte, le kyste glandulaire odontogénique, le kyste sialodontogénique et le kératokyste odontogénique (kyste primordial).

Le kératokyste odontogénique, appelé anciennement kyste épidermoïde, représente 11 % de l'ensemble de ces lésions kystiques des maxillaires [4, 5]. Cette fréquence le place en troisième position des kystes odontogéniques après le kyste radulaire et le kyste dentigère selon la classification de l'OMS [3]. Parmi ces kératokystes, il faut distinguer le kyste primordial et le kératokyste odontogénique.

Cas clinique n° 1 : Mme D.

Mme D., patiente âgée de 32 ans, se présente en consultation chez son chirurgien-dentiste car elle ne peut plus mettre son stellite mandibulaire depuis quelques jours. Elle est en bonne santé générale et elle ne se plaint d'aucune douleur, ni de paresthésie.

La patiente dit avoir eu des extractions dentaires multiples à la mandibule, dont une dent de sagesse, il y a 3 ans environ. Suite à la découverte d'un œdème sublingual, la patiente est adressée dans le département de chirurgie buccale.

L'anamnèse ne révèle aucun antécédent. L'examen exobuccal ne détecte aucune adénopathie lors de la palpation des aires ganglionnaires. Aucun œdème ni coloration des téguments n'est constaté en exobuccal. La patiente a une hygiène bucco-dentaire moyenne. Des soins et des prothèses dentaires sont présents en bouche. L'examen endobuccal révèle deux voussures, vestibulaire et linguale, de taille importante, siégeant au niveau du secteur mandibulaire droit, en postérieur, en regard d'un secteur édenté. Une fistule active est présente au niveau du plancher de bouche, même si aucune collection purulente n'est détectée (**fig. 1**).

Nous avons réalisé la prescription d'un orthopantomogramme qui révèle la présence d'une très volumineuse image radioclaire, ovale, unilobée, non cloisonnée, délimitée partiellement par un liseré de condensation radio-opaque. Cette lésion s'étend sur la branche montante et horizontale de la mandibule (**fig. 2 et 3**).

Un examen tomographique 3D Accuitomo a également été demandé en urgence. Celui-ci précise la présence d'une volumineuse formation d'allure kystique, à parois régulières et à contenu homogène, non cloisonnée, mesurant 46 x 17 x 21 mm. Il est à noter que le canal mandibulaire est refoulé le long du bord vesti-

bulaire et inférieur de la formation kystique. Un amincissement très important des corticales osseuses linguale et vestibulaire, avec par endroits la disparition quasi complète de la structure osseuse, a été visualisé. Aucune image de calcification, ni de cloisonnement intraluminal, pouvant évoquer un améloblastome, n'a été découverte (**fig. 4**).

D'après l'imagerie, une hypothèse de kyste primordial peut donc être émise mais elle doit être confirmée par l'anatomopathologie.

En accord avec la patiente, il a donc été décidé de réaliser l'exérèse de la lésion, sous anesthésie générale. Une antibiothérapie a été mise en place, à savoir de l'Augmentin® 3 g/jour pendant 10 jours, à débiter la veille de l'intervention.

Suite à l'énucléation, Mme D. n'a ressenti aucune paresthésie postopératoire. La patiente a réalisé des bains de bouche 48 heures après

Fig. 1 La voussure linguale est visible dans le secteur mandibulaire droit, laissant apparaître une fistule à ce niveau.

Fig. 2 Sur cet orthopantomogramme, on constate une image radioclaire très étendue, siégeant à l'angle mandibulaire droit. La lésion, limitée par un liseré de condensation épais, s'étend de la branche horizontale de la mandibule jusqu'à la moitié de la branche montante.

Fig. 3 Le canal dentaire semble refoulé, il n'existe aucune fracture de la mandibule.

Fig. 4 Sur la coupe frontale de scanner, on visualise le refoulement du nerf alvéolaire inférieur et un amincissement de la corticale linguale dû à la taille volumineuse de la lésion. On note aussi la disparition de la corticale sur la crête maxillaire.

Fig. 5 Coupe histologique, hématoéine-éosine, x 160. On observe un épithélium malpighien mince, avec quelques couches cellulaires (couche cornée et granuleuse). La kératinisation est fine. La membrane basale est rectiligne. Une fibrose conjonctive importante est visible, dévoilant une zone inflammatoire sous-épithéliale. Des squames de kératine produites par l'épithélium sont présentes dans la lumière kystique.

l'intervention. Des conseils postopératoires lui ont été donnés, avec notamment l'interdiction de faire du sport pendant quelques mois, ainsi que le passage à une alimentation molle pendant 2 mois environ. L'ablation des fils de suture a été réalisée à 15 jours, ne révélant aucune complication particulière.

Les résultats anatomopathologiques ont confirmé le diagnostic de kyste primordial, mesurant en réalité 14 x 9 x 1 mm et présen-

tant une paroi adjacente bien vascularisée, ponctuée de quelques éléments inflammatoires (**fig. 5**).

Un prélèvement bactériologique a également été réalisé, les cultures bactériologiques et mycologiques sont revenues négatives.

La cicatrisation est tout à fait favorable à ce jour. Une surveillance clinique et radiologique est effectuée régulièrement afin de dépister toute récurrence.

Cas clinique n° 2 : Mme R.

Mme R., âgée de 22 ans, nous consulte pour un simple contrôle de routine, munie d'un panoramique dentaire. Cette patiente présente un bon état de santé général.

Au niveau dentaire, on note un très bon contrôle de plaque, ainsi que quelques soins conservateurs infiltrés. La 48 de Mme R. a été extraite par un stomatologue, il y a 2 ans environ.

En examinant la radiographie panoramique, nous visualisons une image radioclaire, ovulaire, bien délimitée, à l'emplacement de la dent de sagesse extraite. Elle s'étend jusqu'au début de la branche montante mandibulaire (fig. 6).

La patiente dit ne ressentir aucune douleur, ni aucune gêne fonctionnelle. Après la palpation ganglionnaire, l'observation exobuccale et endobuccale, on ne remarque rien d'anormal.

La décision thérapeutique a été l'énucléation de cette lésion sous anesthésie générale.

Trois prélèvements ont été analysés, mesurant 3 x 1,8 x 1,2 cm ; 1,8 x 0,8 x 0,4 cm et 1,6 x 0,7 x 0,4 cm. Ces trois pièces offrent le même aspect : elles intéressent un kyste à revêtement épithélial malpighien. Cette paroi, tapissée par un épithélium d'épaisseur moyenne non atypique, est constituée par un tissu fibrocollagénique dense assez richement vascularisé, ponctué d'un discret infiltrat inflammatoire polymorphe. Aucune atypie cytonucléaire ou mitotique n'a été notée.

Au vu de l'analyse anatomopathologique, le diagnostic retenu est donc celui d'un kyste épidermoïde bénin.

Un suivi régulier est entrepris chez cette patiente. La cicatrisation postopératoire, à un peu plus de 5 mois, est presque complète, le panoramique dentaire du 22 août 2009 montrant une nette reconstruction osseuse. Aucune paresthésie n'a été mise en évidence (fig. 7).

Fig. 6 La radiographie panoramique montre une lésion radioclaire volumineuse étendue de la seconde molaire mandibulaire au tiers supérieur de la branche montante mandibulaire. Le contour de la lésion est bordé par un liseré net ostéocondensant, on note un aspect homogène de la lésion avec le refoulement du nerf alvéolaire inférieur.

Fig. 7 La cicatrisation osseuse est presque totale au bout de 5 mois environ, la vitalité de la seconde molaire est conservée.

Discussion

L'existence d'une image monogéodique se projetant au niveau de l'angle de la mandibule et du ramus doit faire évoquer le diagnostic de kystes des maxillaires. Ce diagnostic est rendu difficile en raison de la symptomatologie réduite de ces lésions, souvent découvertes de façon fortuite lors d'un orthopantomogramme de contrôle, comme nous le montrent les deux cas cliniques présentés.

L'image radiographique du kératokyste odontogénique est un élément important du diagnostic.

Il conclut à une image caractéristique, retrouvée dans les 2 cas cliniques : large lésion radioclaire, monogéodique, allongée suivant le grand axe mandibulaire avec soufflures des corticales. Il n'existe pas dans ces cas cliniques de géodes arrondies, séparées les unes des autres par des zones d'os sain, à bords nets et réguliers, bien marqués, voire épaissis, comme souvent dans le cas d'un kératokyste.

Le diagnostic différentiel de ces lésions est relativement large, il doit faire évoquer certaines tumeurs odontogéniques bénignes telles l'améloblastome pour lequel l'image uniloculaire ou monogéodique n'est pas caractéristique et peut donner l'image d'un grand kyste [6, 8, 24, 25]. De même, l'existence de dents extraites quelques années auparavant pour les deux patientes peut évoquer la possibilité d'un kyste résiduel. Le kyste résiduel est aussi découvert de façon fortuite lors d'un examen radiographique. Il peut également déformer les parois osseuses et donner une sensation de grosseur. Une prothèse amovible peut donc devenir instable comme c'est le cas pour le premier cas clinique. Dans le deuxième cas clinique, le kératokyste semble envelopper la

dent adjacente et le problème se pose du diagnostic différentiel avec certains kystes dentigères [7, 9, 10].

C'est pourquoi seule l'étude anatomopathologique permet de poser le diagnostic avec certitude. La greffe d'un carcinome est également possible, ce qui doit faire suspecter un diagnostic de malignité avant preuve du contraire.

Dans un certain nombre de cas, les kératokystes sont associés au syndrome de Gorlin-Goltz ou nævomatose basocellulaire. Il s'agit d'une maladie héréditaire à transmission autosomique dominante, caractérisée la présence d'un syndrome dysmorphique (bifidité costale, hypertélorisme, brachymétacarpie) et d'un retard mental.

Le patient présente des kératokystes odontogéniques et des kystes primordiaux multiples ainsi que de nombreux nævi susceptibles de dégénérer. Dans le cadre de cette pathologie, les kératokystes odontogéniques apparaissent plus tôt dans l'enfance, ils sont multiples et volumineux. Une enquête génétique semble donc préconisée chez les patients atteints d'un tel kyste avant 20 ans [20].

Contrairement à la classification de l'OMS de 1992, le kératokyste odontogénique et le kyste primordial doivent être étudiés séparément [11, 13, 14].

Le terme de kyste primordial implique un concept de développement suivant lequel le kyste se forme à partir des éléments précurseurs de la dent. Ils sont donc obligatoirement associés à une agénésie dentaire (dégénérescence kystique du réticulum étoilé de l'émail) alors que le terme kératokyste est fondé d'une part sur une apparence histologique caractéristique, d'autre part sur le potentiel de crois-

sance agressive et la tendance aux récives. Ces deux entités histologiques sont différentes.

Le kératokyste odontogénique, appelé plus communément « kyste épidermoïde », dérive de la lame dentaire ou de ses vestiges et de l'assise basale de l'épithélium buccal [12, 15, 16]. Il est caractérisé par une importante kératinisation de la bordure malpighienne. La bordure épithéliale est constituée de 6 couches cellulaires. L'assise basale est faite de cellules cubiques et cylindriques. La kératinisation est de type parakératosique. La membrane basale épithéliale est rectiligne, la couche de kératine est ondulée et plissée. On retrouve aussi des

squames de kératine dans la lumière kystique. D'un point de vue épidémiologique, il représente environ 14 % de tous les kystes maxillaires. Son incidence est élevée entre 30 et 40 ans [17, 18, 19].

Il siège plus souvent dans la mandibule que dans le maxillaire, intéressant l'angle dans la moitié des cas, puis la branche montante. Il est souvent associé à une dent de sagesse incluse. Au niveau maxillaire, le siège du kératokyste est plus antérieur, dans la région prémolaire.

Les aspects cliniques sont en rapport avec l'expansion du kyste et les déplacements dentaires

Fig. 8 a Coupe histologique, hématoxyne-éosine, x 180. Présence d'un épithélium de type épidermoïde, comportant notamment une couche cornée extrêmement kératinisée (kératinisation de type parakératosique). La bordure malpighienne contient 6 à 8 couches cellulaires. La membrane basale est rectiligne. Une fibrose conjonctive est présente.

Fig. 8 b Agrandissement de la fig. 8 a, x 63. Présence de squames dans la lumière kystique. L'assise basale montre des cellules cubiques et cylindriques. Le conjonctif contient des veinules et des artérioles.

qu'il provoque, se confondant ainsi avec d'autres tumeurs odontogéniques. Certains signes inflammatoires développés aux dépens de la tuméfaction sont alors très évocateurs ; une fistulisation muqueuse est possible avec issue de liquide crémeux, blanchâtre, ou parfois d'apparence huileuse, parsemé de paillettes brillantes.

Le kyste primordial est beaucoup plus rare que le kératokyste odontogénique mais il semble toutefois en partager l'étiopathogénie. Il provient de la dégénérescence kystique de l'organe de l'émail et prend donc la place de la dent concernée, laquelle peut être parfois surnuméraire. Dans le cas n° 1, le curetage n'a pas dû être complet, les dents ont été extraites sans lambeau et à l'aveugle et surtout sans examen complémentaire radiologique indispensable pour l'acte chirurgical. D'un point de vue histologique, il est bordé par un épithélium malpighien mince de 3 à 4 couches de cel-

lules, reposant sur une basale rectiligne. La couche de kératine est plate et rectiligne. On observe des squames de kératine dans la lumière kystique.

D'un point de vue épidémiologique, il est découvert dans la deuxième ou troisième décennie de la vie avec une légère prédisposition pour le sexe masculin. L'aspect clinique est souvent asymptomatique, expliquant sa découverte fortuite par une radiographie de routine. Il apparaît sur la gencive sous la forme d'une sphérule gris bleuâtre. Son siège est plus volontiers postérieur et mandibulaire dans 80 % des cas (au niveau de la troisième molaire). Après énucléation, et contrairement au kératokyste odontogénique, le kyste primordial ne présente pas de tendance aux récives.

Le kératokyste odontogénique et le kyste primordial devraient être deux entités séparées par leurs différences histologiques, mais les images radiographiques concordent.

Conclusion

L'examen clinique est souvent peu évocateur en raison de la pauvreté de la symptomatologie. Ce qui nécessite l'intervention de la radiologie quand ce n'est pas la radiologie elle-même qui permet la découverte du kyste [22]. Avant l'intervention, les données cliniques et radiographiques permettent d'établir un diagnostic différentiel et de déterminer le type d'intervention, le mode d'anesthésie et la voie d'abord.

Après intervention, les données anatomopathologiques permettent une confrontation avec les données cliniques et radiologiques afin d'établir un diagnostic précis et définitif.

En effet, un diagnostic de certitude concernant la nature du kyste n'est pas toujours possible en préopératoire. Il permet aussi d'écarter le risque d'éventuelles transformations. La radiologie permet une surveillance postopératoire pour le contrôle de la cicatrisation et de découvrir d'éventuelles récives [23].

En conclusion, le diagnostic des kystes odontogènes ne peut se faire que dans le cadre d'une collaboration étroite entre plusieurs disciplines. Odontologues, radiologues et anatomopathologistes sont donc amenés à confronter respectivement leurs données pour aboutir à un diagnostic définitif. ■

Bibliographie

1. Le Charpentier Y, Auriol M.
Histopathologie bucco-dentaire et maxillo-faciale.
Paris, Masson 1997.
2. Kramer IR, Pindborg JJ, Shear M.
International histological classification of tumours: histological typing of odontogenic tumors.
Berlin, Springer 1992.
3. Le Breton G.
Traité de sémiologie et clinique odonto-stomatologique.
Vélizy, Éditions CDP 1997.
4. Chomette G, Auriol M.
Histopathologie buccale et cervico-faciale.
Paris, Masson 1986.
5. Shear M.
Cysts of the jaws; recent advances.
J Oral Pathol 1985;14:43-59.
6. Ahlfors E, Larsson A, Sjögrens S.
The odontogenic keratocyst: a benign tumor? A clinical histopathologic study of 319 keratocyst.
J Oral Maxillofac Surg 1984;42:10-19.
7. Altini M, Cohen M.
The follicular primordial cyst (odontogenic keratocyst).
Int J Oral Surg 1982;11:175.
8. Oda D, Rivera V, Ghanee N, Kenny EA, Dawson KH.
Odontogenic keratocyst; the northwestern USA experience.
J Contemp Dent Pract 2000;1:60-74.
9. Mosqueda-Taylor A, Irigoyen-Camacho ME, Diaz-Franco MA, Torres-Tejero MA.
Odontogenic cysts: analysis of 856 cases.
Med Oral 2002;7:89-96.
10. Chow T.
Odontogenic keratocyst: a clinical experience in Singapore.
Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 1998;86:573-577.
11. Lam KY, Chan AC.
Odontogenic keratocyst: a clinicopathological study in Hong Kong Chin.
Laryngoscope 2000;110(8):1328-1332.
12. Laskin DM, Giglio JA, Ferrer-Nuin LF.
Multilocular lesion in the body of the mandible.
J Oral Maxillofacial Surg 2002;60(9):1045-1048.
13. Meara JG, Shah S, Li KK, Cunnin Gham MJ.
The odontogenic keratocyst: a 20-years clinicopathologic review.
Laryngoscope 1998;108(2) 280-283.
14. Favre-Dauvergne E, Guilbert F.
Traitement des kystes, tumeurs et pseudotumeurs bénignes des maxillaires.
Encyclopédie Médico-chirurgicale Stomatologie 22-062-K-10, 9p.
15. Favre-Dauvergne E, Auriol M, Le Charpentier Y.
Kystes des maxillaires.
Encycl Med Chir Stomato-odontologie 22-062-K10-G10, 6p.
16. Lu Y, Mock D, Takata T, Jordan RC.
Odontogenic ghost cell carcinoma: report of four new cases and review of literature.
J Oral Pathol Med 1999;28(7):323-329.
17. Myoung H, et al.
Odontogenic keratocyst review of 256 cases for recurrence and clinicopathologic parameters.
Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2001;91(3):328-33.
18. Mosqueda-Taylor A, Irigoyen-Camacho Me, Diaz-Franco MA, Torres-Tejero MA.
Odontogenic cysts: analysis of 856 cases.
Med Oral 2002;7(2);89-96.
19. Le toux G, Ales RP, Mounier C.
Approche chirurgicale des kératokystes odontogènes : à propos de 2 cas cliniques.
MBCB 2001:33-41.
20. Lezy JP, Princ G.
Pathologie maxillo-faciale et stomatologie.
Paris, Masson 1997.
21. Evans DG, Ladusans EJ, Rimmers S, Burnell LD, Thakker N, Farndon PA.
Complications of the naevoid basal cell carcinoma syndrome: results of a population study.
J Med Genet 1993;30:460-464.
22. Bataineh B, Al Qhdah A.
Treatment of mandibular odontogenic keratocyst.
Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 1998;86(1):42-47.

23. Chiapasco M, Rossi A, Motta J, Crescentini M. **Spontaneous bone regeneration after enucleation of large mandibular cysts: a radiographic computed analysis of 27 consecutive cases.** J Oral Maxillofac Surg 2000;58:942-948.
24. Piatelli A, Fioroni M, Santinelli A, Rubini C. **Expression of proliferation cell nuclear in ameloblastomas and odontogenic cysts.** Oral Oncology 1998;34(5):408-412.
25. Takahashi H, et al. **Comparison of proliferating cell nuclear antigen expression in odontogenic keratocyst and ameloblastoma: an immunohistochemical study.** Anal Cell Pathol 1998;16(4):185-192.

SUMMARY

Voluminous mandibular cysts: about 2 cases

Cécile LUCAS,
Caroline GERBER,
Stéphane KIRCHNER,
Audrey LÊ,
Jean-Paul ARTIS,
Jean-Marc MARTRETTE,
Pierre BRAVETTI

Odontogenic cysts represent a current disease but numbers of studies tackle the problem of the difficulties of diagnosis. Indeed, the discovery of those cysts is generally fortuitous thanks to the radiography. Enucleation remains the most common method used when it is possible.

Atypical lesion can be encountered highlighting the interest of the histopathologic analysis in order to make the diagnosis.

Two cases will illustrate our presentation through the study of two forms of keratocyst.

Keywords

- odontogenic cysts