

KYSTE DENTIGERE MANDIBULAIRE BILATERAL CHEZ UN PATIENT AGE : *A propos d'un cas clinique et revue de la littérature*

YKHLEF S, AISSOUG H, BENHAMOUD Z, SALAHMARS R.
Service de Pathologie et Chirurgie Buccales, Faculté de Médecine,
Université 3, Constantine.

E-mail : Ykhlef S : ykhlefsoumi@gmail.com; Aissoug H : asghajer@gmail.com, Benhamoud Z : zahrarayou-na1996@gmail.com, Salah Mars R : razika.salahmars@gmail.com

RESUME :

Le kyste dentigère (KD) est une lésion odontogène d'origine développementale, fréquemment associée aux dents incluses, en particulier les troisièmes molaires mandibulaires. Bien que généralement observé chez l'adulte jeune, sa survenue chez le sujet âgé reste rare et mérite une attention particulière en raison des comorbidités associées et des implications thérapeutiques. Nous rapportons le cas d'un patient de 72 ans, porteur d'un diabète de type 2 équilibré et d'une hypertension artérielle, chez lequel un kyste dentigère bilatéral mandibulaire a été diagnostiqué lors d'une consultation de routine. Le diagnostic a été confirmé par l'imagerie tridimensionnelle (CBCT) et l'examen histopathologique. Le traitement a consisté en une extraction des dents de sagesse incluses (la 38 et la 48) associée à une énucléation kystique complète. Une revue de la littérature est pro-posée, discutant les aspects épidémiologiques, cliniques, physiopathologiques et thérapeutiques du KD, en soulignant l'importance d'une prise en charge adaptée chez le sujet âgé polymédiqué.

Mots clés : Kyste dentigère, Mandibule, Dents de sagesse, Chirurgie buccale, Sujet âgé.

ABSTRACT : BILATERAL MANDIBULAR DENTIGEROUS CYST IN AN ELDERLY PATIENT : A Case Report and Literature Review.

The dentigerous cyst (DC) is a developmental odontogenic lesion commonly associated with impacted teeth, particularly mandibular third molars. Although it is typically diagnosed in young adults, its occurrence in elderly patients is uncommon and deserves particular attention because of associated comorbidities and therapeutic considerations. We report the case of a 72-year-old man with well-controlled type 2 diabetes mellitus and arterial hypertension, in whom bilateral mandibular dentigerous cysts were incidentally diagnosed during a routine dental examination. The diagnosis was established using three-dimensional imaging with cone-beam computed tomography (CBCT) and confirmed by histopathological examination. Surgical management consisted of extraction of the impacted mandibular third molars (teeth 38 and 48) combined with complete cyst enucleation. A review of the literature is presented, highlighting the epidemiological, clinical, pathophysiological, and therapeutic aspects of dentigerous cysts, with particular emphasis on the importance of individualized management in polymedicated elderly patients.

Key words : Dentigerous cyst, Mandible, Impacted third molars, Oral surgery, Elderly patient.

INTRODUCTION

Le kyste dentigère constitue une lésion odontogène bénigne d'origine épithéliale appartenant au groupe des kystes de développement. Décrit pour la première fois par Sir James Paget au XIX^e siècle, il se développe autour de la couronne d'une dent incluse à la suite d'une accumulation liquidienne entre l'épithélium réduit de l'organe de l'émail et la surface amélaire [1,2]. Les dents les plus souvent impliquées sont les troisièmes molaires mandibulaires suivies des canines maxillaires [3,4].

Le kyste dentigère représente la deuxième variété de kystes odontogènes la plus fréquente après le kyste radiculo-dentaire, avec une prévalence estimée entre 14 et 24% de l'ensemble des kystes odontogènes rapportés dans la littérature [1,5].

Sur le plan clinique, cette lésion demeure le plus souvent asymptomatique et de découverte fortuite lors d'examens radiographiques réalisés dans le cadre d'un bilan de routine ou préopératoire [6-8]. Cependant, certaines formes atypiques, notamment volumineuses, multiloculaires ou associées à des complications infectieuses, peuvent simuler d'autres lésions odontogènes kystiques ou tumorales, rendant le diagnostic différentiel plus complexe [9-11].

Radiologiquement, l'aspect classique correspond à une image radioclaire uniloculaire, bien limitée, entourant la couronne d'une dent incluse au niveau de la jonction amélo-cémentaire [12].

La prise en charge thérapeutique repose principalement sur l'énucléation chirurgicale associée à l'avulsion de la dent incluse. Néanmoins, dans certaines situations particulières, notamment chez les sujets jeunes ou en présence de lésions volumineuses au contact de structures anatomiques nobles, des approches conservatrices telles que la marsupialisation ou la décompression peuvent être envisagées afin de limiter la morbidité chirurgicale et préserver les structures adjacentes [13].

Bien que le kyste dentigère soit une lésion relativement fréquente en pratique maxillo-faciale, les formes bilatérales mandibulaires demeurent rares, particulièrement chez les patients âgés. La majorité des cas décrits concerne des sujets jeunes et survient souvent dans un contexte syndromique, notamment dans le cadre de syndromes génétiques ou dysplasiques.

L'objectif de notre travail est de rapporter un cas rare de kyste dentigère mandibulaire bilatéral chez un patient âgé polymédiqué, et de discuter, à la lumière des données actuelles de la littérature, les aspects épidémiologiques, cliniques, physiopathologiques, radiologiques et thérapeutiques de cette entité.

OBSERVATION CLINIQUE

Un patient âgé de 72 ans a été adressé au service de pathologie et chirurgie buccales, par son cardiologue pour une remise en état de la cavité buccale.

Les antécédents médicaux révélaient :

- Un diabète de type 2 équilibré sous insulinothérapie, avec une hémoglobine glyquée (HbA1c) à 6,8%.
- Une hypertension artérielle traitée par Amlodipine et Aspegic.
- Ainsi qu'une hypercholestérolémie traitée par Tahor.

EXAMEN CLINIQUE

1. Examen exo-buccal

L'examen exo-buccal ne mettait en évidence :

- Aucune asymétrie faciale.
- Aucune tuméfaction cervico-faciale.
- Ni anomalie cutanée particulière.
- Aucun trouble sensitif ou neurologique du territoire innervé par le nerf alvéolaire inférieur n'a été objectivé au niveau de la région des dents de sagesse mandibulaires (38 et 48).

2. Examen endo-buccal

L'examen intra-oral objectivait (Figure 1) :

- Une hygiène bucco-dentaire insuffisante.
- Avec présence abondante de plaque bactérienne et de dépôts tartriques.
- Associée à une inflammation gingivale diffuse sur terrain parodontal pathologique.

Au niveau des régions rétromolaires mandibulaires droite et gauche, en regard des dents de sagesse mandibulaires incluses (38 et 48), l'examen clinique mettait en évidence une muqueuse amincie d'aspect blanchâtre, permettant d'observer les reliefs coronaires sous-jacents, en faveur d'une inclusion sous-muqueuse bilatérale de la 38 et 48.

La palpation bidigitale permettait de percevoir les cuspidés des troisièmes molaires mandibulaires incluses sous la muqueuse.

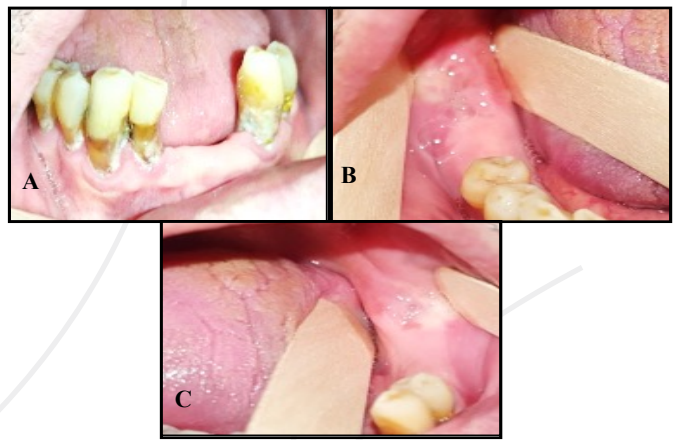


Figure 1 : A : parodontite généralisée + Mauvaise hygiène.
B : Dent de sagesse mandibulaire 48 sous muqueuse.
C : Dent de sagesse mandibulaire 38 sous muqueuse.
(Images iconographiques de l'auteur).

EXAMENS COMPLEMENTAIRES

1. Radiographie panoramique

L'examen radiographique panoramique met en évidence (Figure 2) :

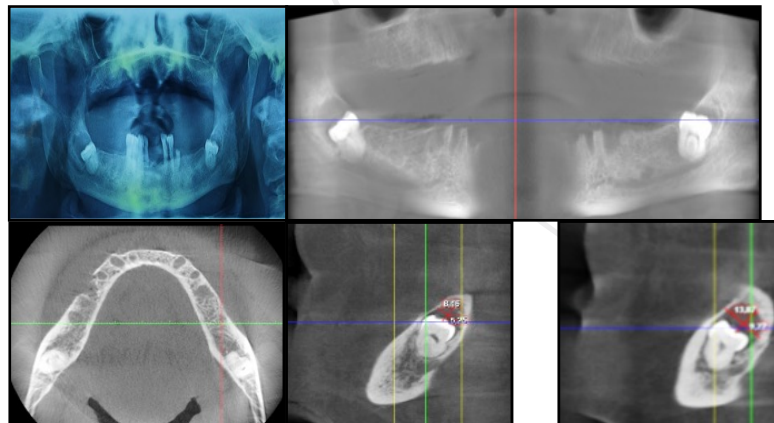


Figure 2 : A : OPT : deux images radio-claires uniloculaires arrondies, bien circonscrites, englobant les couronnes des dents de sagesse la 38 et la 48 incluses.
B, C, D, E et F : Cone Beam met en évidence deux images uniloculaires bilatérales, bien circonscrites développées autour des couronnes des dents de sagesse mandibulaires incluses (38 et 48) avec une expansion modérée des corticales vestibulaire et linguale avec amincissement osseux sans interruption corticale visible. les dimensions exactes du kyste, et la proximité étroite des apex des dents incluses avec le canal mandibulaire
(Images iconographiques de l'auteur).

- La présence des troisièmes molaires mandibulaires 38 et 48 incluses, en position disto- angulaire, avec une édification radiculaire complète.
- Aucune résorption radiculaire n'est observée, ni au niveau des dents incluses, ni au niveau des structures dentaires adjacentes.
- L'examen révèle également l'absence de dents voisines en regard des deux troisièmes molaires incluses.
- Les deux dents de sagesse mandibulaires (38 et 48) sont associées à des images radioclares uniloculaires, arrondies, homogènes et bien limitées, englobant les couronnes dentaires. Ces images sont bordées par un liseré périphérique d'ostéocondensation, évoquant une lésion kystique odontogène de type dentigère.

2. Tomodensitométrie à faisceau conique (CBCT)

Il met en évidence :

- Au niveau des régions des dents 38 et 48, la présence de deux lésions radioclares uniloculaires péri-coronaires, bien circonscrites, mesurant respectivement $8,16 \times 5,25$ mm et $13,87 \times 9,22$ mm.
 - Ces lésions entraînent un amincissement des corticales osseuses sans signe de lyse ni de rupture corticale, évoquant un processus expansif lent d'allure bénigne et non agressive.
 - Les troisièmes molaires mandibulaires apparaissent incluses en position disto-angulaire avec une édification radiculaire complète. Les racines entretiennent des rapports étroits avec le canal mandibulaire, dont les corticales demeurent intactes, sans déformation ni signe d'envahissement, traduisant une simple relation de proximité anatomique.
 - Toutefois, cette proximité avec le canal alvéolaire inférieur expose à un risque neurologique modéré, imposant une approche chirurgicale particulièrement atraumatique.
 - Par ailleurs, aucune résorption radiculaire n'est objectivée au niveau des dents incluses. Les racines présentent des contours réguliers ainsi qu'une densité homogène, compatibles avec le caractère limité et péri-coronaire des lésions observées.
- L'ensemble des données radiologiques a permis d'évaluer avec précision les rapports anatomiques loco-régionaux, d'anticiper les difficultés opératoires potentielles et d'orienter la planification thérapeutique dans le cadre d'une énucléation kystique associée à l'avulsion chirurgicale des dents incluses, tout en visant à réduire les risques per et postopératoires.

PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE

Le patient présente plusieurs comorbidités, notamment un diabète, une hypertension artérielle et une hypercholestérolémie, traitées respectivement par l'insuline, Amlodipine, acide acétylsalicylique (Aspégic) et un hypolipidémiant (Tahor). Après concertation avec le médecin traitant, le traitement antiagrégant plaquettaire a été maintenu conformément aux recommandations de la Société Francophone de Chirurgie Orale [14]. Sur le plan thérapeutique, l'indication d'une énucléation chirurgicale complète a été retenue au détriment de la marsupialisation, compte tenu du faible volume de la lésion, permettant son exérèse totale en un seul temps opératoire et offrant ainsi un traitement définitif avec analyse anatomo-pathologique de la pièce opératoire.

* À l'inverse, la marsupialisation est généralement réservée aux lésions volumineuses, notamment chez les patients jeunes, lorsque la préservation des structures anatomiques ou la réduction progressive du volume kystique est recherchée.

* Dans ce contexte, l'énucléation complète, permet non seulement l'élimination complète de la membrane kystique, réduisant ainsi le risque de récurrence, mais également l'obtention d'un

examen histopathologique de la totalité de la lésion, indispensable pour confirmer le diagnostic.

* L'intervention chirurgicale a été effectuée sous anesthésie loco-régionale, associant une anesthésie tronculaire du nerf alvéolaire inférieur à une anesthésie complémentaire du nerf buccal. Une solution de lidocaïne à 3% sans vasoconstricteur a été utilisée pour l'anesthésie tronculaire, tandis qu'une infiltration locale de lidocaïne associée à l'épinéphrine (1 : 100 000) a été administrée afin d'assurer une analgésie efficace et de réduire le saignement péro-pératoire par vasoconstriction locale.

* Une incision rétro-molaire horizontale complétée par une incision de décharge ; a été privilégiée en raison d'une exposition suffisante pour l'énucléation complète de la lésion kystique et l'extraction de la dent incluse, tout en assurant une chirurgie atraumatique des tissus mous et une fermeture muqueuse stable.

* Décollement du lambeau muco-périosté.

* L'accès à la lésion a été obtenu par une ostéotomie réalisée à l'aide d'une fraise boule mon-tée sur une pièce à main chirurgicale sous irrigation saline abondante, afin d'éviter toute surchauffe osseuse. Cette étape a permis de mettre en évidence la paroi kystique ainsi que la dent de sagesse incluse.

* Etant donné la proximité potentielle entre les dents de sagesse et le nerf alvéolaire inférieur, des précautions particulières ont été prises afin de préserver l'intégrité de cette structure anatomique :

- L'ostéotomie a été effectuée de manière conservatrice avec une instrumentation rotative sous irrigation continue, permettant un contrôle précis de la résection osseuse.

- La dent incluse a ensuite été extraite.

- L'énucléation du kyste a été réalisée par dissection douce le long du plan de clivage, en évitant toute traction excessive sur les tissus environnants.

- La cavité osseuse résiduelle a été soigneusement irriguée avec du sérum physiologique et inspectée afin de vérifier l'absence de fragments résiduels.

- L'énucléation du kyste a été réalisée par dissection douce le long du plan de clivage, en évitant toute traction excessive sur les tissus environnants.

- Après l'énucléation complète de la lésion kystique, la cavité osseuse a été comblée par un substitut osseux xénogénique composé de minéral osseux bovin déprotéiné (Bio-Oss). Ce biomatériau, largement utilisé en chirurgie orale, agit comme matrice ostéoconductrice, pour favoriser la régénération osseuse, notre choix est porté sur le bio-oss car le kyste était de petit volume et ne nécessite pas une auto ou une allogreffe.

- Enfin, le lambeau muco-périosté a été repositionné et la fermeture a été réalisée par des fils de suture, assurant une fermeture hermétique et sans tension.

- Mise en place d'une hémostase locale rigoureuse par application d'éponges d'oxycellulose.

- Ces mesures visent à réduire le risque de complications neurosensorielles postopératoires, notamment les paresthésies du territoire innervé par le nerf alvéolaire inférieur.

- Envoi systématique de la pièce opératoire pour un examen anatomopathologique.

DIAGNOSTIC

Kystes dentigères mandibulaires bilatéraux associés aux dents de sagesse mandibulaires incluses (38 et 48), en position disto-angulaire.

1. Examen histopathologique

L'examen histopathologique a révélé :

1.1. Données macroscopiques

Prélèvement fragmenté, noirâtre, friable (fréquent dans les lésions kystiques remaniées ou inflammatoires).

1.2. Données microscopiques

- Épithélium de surface largement abasé dû à l'inflammation chronique.
- Tissu fibreux pariétal bien organisé, sans prolifération épithéliale, avec une inflammation chronique possible. Cette architecture confirme la nature bénigne de la lésion et est compatible avec un kyste dentigère.
- Infiltrat inflammatoire lymphocytaire important.
- Plages d'hémorragie.

En conclusion : aspect compatible avec un kyste dentigère inflammatoire.

1.3. Suites opératoires

Une prescription postopératoire a été instaurée comprenant un antibiotique, un antalgique et un bain de bouche antiseptique. L'évolution a été favorable, avec une cicatrisation satisfaisante et absence de complications. Les fils de suture ont été retirés au 10^e jour.

1.4. Suivi post-opératoire

Il a été réalisé de manière rigoureuse en raison du diabète, de l'hypertension artérielle, du traitement antiagrégant (Aspegic), et du traitement hypolipédémiant (Tahor). Les consultations de contrôle ont eu lieu à J1, J7, J15, 1 mois, 3 mois et 6 mois (Figure 3).



Figure 3. A, B, C et D : Aspect clinique et radiologique à 6 mois postopératoire montrant une cicatrisation satisfaisante et une bonne régénération osseuse au niveau des régions mandibulaires droite et gauche correspondant aux sites d'extraction des dents 38 et 48 (Images iconographiques de l'auteur).

Aucune complication postopératoire n'a été observée. Lors du dernier contrôle clinique, le patient ne présentait aucun signe d'atteinte neurologique, notamment aucune anesthésie, paresthésie, dysesthésie, sensation de picotement ou de brûlure. L'évolution postopératoire a été favorable, avec une cicatrisation muqueuse satisfaisante et une régénération osseuse adéquate.

DISCUSSION

Le kyste dentigère représente le deuxième kyste odontogène le plus fréquent après le kyste radiculaire, avec une prévalence estimée entre 20 et 24% des kystes des maxillaires [15-18]. Ces données concordent avec les grandes séries épidémiologiques, notamment celle de Tamme et al. en 2004 [19], qui rapportent une fréquence élevée de cette lésion parmi les kystes odontogènes.

Sur le plan épidémiologique, plusieurs études ont montré que le kyste dentigère survient principalement chez l'adulte jeune, avec un pic de fréquence entre la deuxième et la quatrième décennie, ainsi qu'une légère prédominance masculine [3,20]. En revanche, sa survenue chez le sujet âgé demeure rare. Dans notre cas, le kyste dentigère a été diagnostiqué chez un patient âgé de 76 ans, ce qui constitue une présentation inhabituelle. Cette observation rejoint toutefois les données rapportées par Loomba A et al. en 2012 [21] et Gaurkar SS et al. 2022 en [22], qui ont décrit des cas similaires chez des patients âgés respectivement de 72 ans et 87 ans, confirmant ainsi que cette pathologie peut, bien que rarement, se manifester à un âge avancé.

Concernant la physiopathologie, la théorie hydrostatique proposée par Browne RM en 1975 [4] reste la théorie la plus communément admise. Elle attribue la formation du kyste à l'accumulation de liquide entre l'épithélium réduit de l'email et la couronne d'une dent incluse, sous l'effet d'une augmentation progressive de la pression intrafolliculaire. Cette hypothèse est toujours soutenue par des travaux récents, notamment ceux de Antonios Kolokythas A et al. en 2020 [23], qui soulignent l'importance des mécanismes mécaniques et hydrostatiques dans l'initiation des kystes odontogènes. Par ailleurs, Benn A et Altini M en 1996 [10] ont décrit un kyste dentigère d'origine inflammatoire, suggérant l'implication de processus inflammatoires chroniques dans sa genèse. Cette hypothèse apparaît particulièrement pertinente chez les sujets âgés, chez lesquels les états inflammatoires chroniques sont plus fréquents. Dans notre observation, la présence de plusieurs comorbidités ainsi que de facteurs inflammatoires potentiels conforte l'éventuelle contribution de ce mécanisme dans le développement de la lésion.

Egalement, les travaux récents de Shibata Y et al. en 2021 [24] et de de Souza LB et al. en 2022 [25] indiquent que le processus inflammatoire pourrait jouer un rôle déterminant dans la pathogenèse des kystes dentigères, en contribuant non seulement à leur expansion, mais à leur développement initial.

Dans notre cas, les résultats observés sont compatibles avec le modèle physiopathologique proposé par Nair PNR. en 2023 [26], qui rapporte une participation conjointe des mécanismes hydrostatiques et inflammatoires dans la genèse du kyste dentigère.

Par ailleurs, la mandibule constitue le site de prédilection des kystes dentigères, avec une fréquence particulièrement élevée au niveau des troisièmes molaires incluses [6,27]. La localisation mandibulaire bilatérale retrouvée dans notre observation concorde ainsi avec les données épidémiologiques rapportées dans la littérature [6,27].

D'un point de vue clinique, le kyste dentigère est souvent asymptomatique. Tournas A et al. en 1994 [8] ont rapporté que son évolution peut rester inaperçue durant une longue période, notamment chez les patients âgés, favorisant ainsi la découverte tardive de lésions parfois volumineuses. Cependant, notre observation se distingue par un diagnostic réalisé à un stade précoce, avec une lésion de taille limitée, mettant en évidence l'intérêt du dépistage radiologique précoce dans la détection des lésions kystiques avant l'apparition de complications ou d'une extension importante [28].

La présentation bilatérale du kyste dentigère demeure une entité peu fréquente. Selon Chrcanovic BR et Gomez RS 2017 [29], sa prévalence est estimée à moins de 2%, tandis que Sivapathasundharam B et al. en 2020 [30] soulignent également le caractère rare de cette manifestation clinique. Dans notre observation, l'association d'une atteinte bilatérale, d'un âge avancé et de multiples comorbidités constitue un cas particulièrement inhabituel. Ces caractéristiques confèrent à ce cas un intérêt clinique

et scientifique notable, en raison de sa rareté et des particularités de sa présentation.

L'imagerie par CBCT occupe une place essentielle dans le diagnostic et la planification thérapeutique des kystes dentigères. La revue systématique de Mac Donald Jankowski DS en 2011 [31] souligne que l'imagerie tridimensionnelle permet une analyse précise des rapports anatomiques, notamment avec le canal mandibulaire, contribuant ainsi à une meilleure évaluation préopératoire et à la réduction des risques chirurgicaux. Dans notre observation, le CBCT a permis de confirmer les rapports de la lésion avec les structures anatomiques adjacentes et d'orienter de manière précise la stratégie chirurgicale adoptée. Sur le plan thérapeutique, plusieurs études ont évalué les indications respectives de la marsupialisation et de l'énucléation. Bataineh AB en 2003 [13] a montré que l'énucléation constitue une option particulièrement adaptée aux lésions de petite taille, permettant une exérèse complète tout en maintenant un faible risque de récurrence. En revanche, Hyomoto M et al. en 2003 et Na-kamura N et al. en 2002 préconisent la marsupialisation pour les lésions volumineuses, afin de diminuer le risque de complications chirurgicales et de préserver les structures anatomiques adjacentes [32,33].

Par ailleurs, les revues systématiques publiées par Kolokythas A et al. en 2020 [23], Chrcanovic BR et al. en 2017 et en 2018 ont confirmé l'efficacité de l'énucléation associée à l'extraction de la dent incluse, en soulignant son faible taux de récurrence [29,34]. La prise en charge adoptée dans notre observation s'inscrit dans cette démarche thérapeutique et a permis d'obtenir une évolution postopératoire favorable, sans complication ni signe de récurrence au cours du suivi [35]. L'intérêt des biomatériaux de comblement osseux a également fait l'objet de nombreuses études. À cet égard, les résultats de notre cas sont en accord avec ceux rapportés par Baykul T et al. en 2019 [36], qui ont montré que ces matériaux favorisent la régénération osseuse et optimisent la cicatrisation, particulièrement chez les patients âgés dont le potentiel de réparation tissulaire est souvent réduit.

CONCLUSION

Le présent cas illustre une forme rare de kyste dentigère bilatéral mandibulaire chez un patient âgé de 76 ans. Cette observation souligne que cette pathologie, habituellement décrite chez l'adulte jeune, peut exceptionnellement survenir à un âge avancé. Le CBCT a joué un rôle essentiel dans le diagnostic et la planification thérapeutique. La prise en charge par énucléation associée à l'extraction des dents incluses a permis une évolution favorable. Ce cas met en évidence l'intérêt du dépistage radiologique des dents incluses, même chez le sujet âgé, et contribue à enrichir les données limitées de la littérature concernant cette présentation inhabituelle.

Conflits d'intérêt : Aucun.

Date de soumission : 10/09/2025.

Date d'acceptation : 15/09/2026.

Date de publication : 06/10/2026.

REFERENCES

1. **Paget J.** Lectures on surgical pathology. London: Longman; 1853.
2. **Philipsen HP.** Omcyste dannelse i kæberne. Tandlaegebladet. 1956; 60: 963-73.
3. **Mourshed F.** A roentgenographic study of dentigerous cysts. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 1964; 18: 466-73.
4. **Browne RM.** The pathogenesis of odontogenic cysts: a review. J Oral Pathol. 1975; 4(1): 31-46.
5. **Struthers P, Shear M.** Root resorption by dentigerous cysts. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 1976; 41(6): 965-72.
6. **Shah N, Thuau H, Beale I.** The dentigerous cyst : an analysis of 120 cases. Br J Oral Surg. 1978; 15(1): 24-31.
7. **Bodner L.** Dentigerous cysts associated with supernumerary teeth. Int J Oral Maxillofac Surg. 1988; 17(2): 100-2.
8. **Tournas A, et al.** Bilateral dentigerous cysts: review and report of an unusual case. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 1994; 78(3): 310-5.
9. **Daley TD, Wysocki GP.** The small dentigerous cyst. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 1995; 79(1): 77-81.
10. **Benn A, Altini M.** Dentigerous cysts of inflammatory origin : a clinicopathologic study. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 1996; 81(2): 203-9.
11. **Philipsen HP, Reichart PA.** Odontogenic cysts and tumors. Ann Anat. 1997; 179: 85-96.
12. **Shear M, Speight P.** Cysts of the Oral and Maxillofacial Regions. 4th Ed. Oxford: Blackwell Munksgaard; 2007.
13. **Bataineh AB.** Surgical management of dentigerous cysts : enucleation vs marsupialization. J Oral Maxillofac Surg. 2003; 61: 419-24.
14. **Fricain JC, Catros S, Goudot P, Bertrand JC, Chossegros C, et al.** Gestion péri-opératoire des patients traités par antithrombotiques en chirurgie orale. Recommandations de bonnes pratiques. Société Française de Chirurgie Orale (SFCO), Société Française de Cardiologie (SFCO) et Groupe d'Intérêt en Hémostase Péri-opératoire (GIHP). Juillet 2015.
15. **Kolokythas A, Fernandes RP, Pazoki A, Ord RA.** Odontogenic keratocyst : To decompress or not to decompress? A comparative study of decompression and enucleation versus resection/peripheral osteotomy. J Oral Maxillofac Surg. 2007; 65(4): 640-4.
16. **Nahajowski M, et al.** Factors influencing an eruption of teeth associated with a dentigerous cyst: a systematic review and meta-analysis. BMC Oral Health. 2021; 21: 180.
17. **Aldelaimi AAK, et al.** Management of a dentigerous cyst: a ten-year clinicopathological study. BMC Oral Health. 2024; 24: 831.
18. **Yunus B, Brisbania W.** Prevalence of dentigerous cyst reviewed from radiographic examination at Den-tal Hospital Hasanuddin University. Journal of Dentomaxillofacial Science. 2019; 4(2): 87-91.
19. **Tamme T, Soots M, Kulla A, Karu K, Hanse M, Sokk A, et al.** Odontogenic cysts: analysis of 906 cases in Estonia. Eur J Oral Sci. 2004; 112(2): 170-3.
20. **Noujeim Z, Nasr L.** The prevalence, distribution, and radiological evaluation of dentigerous cysts in a Lebanese sample. Imaging Science in Dentistry. 2021; 51(3): 291-297.
21. **Loomba A, Loomba K, Bains R, Bains VK.** Management of a dentigerous cyst in a medically compromised geriatric patient: a case report. Gerodontology. 2012; 29(2): e1190-4.
22. **Gaurkar SS, Deshmukh PT, Singh CV, Khan FQ.** A rare presentation of dentigerouscyst. Cureus. 2022; 14(6): e26098.
23. **Kolokythas A, Fernandes RP, Pazoki A, Ord RA.** Odontogenic cysts: a review of pathogenesis and clinical features. Oral Maxillofac Surg Clin North Am. 2020; 32(1): 1-12.
24. **Shibata Y, Asaumi JI, Yanagi Y, Hisatomi M, Matsuzaki H, Konouchi H.** Radiographic and histopathologic evaluation of dentigerous cysts with inflammatory features. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol. 2021; 131(3): e87-e94.
25. **De Souza LB, Gordón-Núñez MA, Nonaka CFW, de Medeiros AMC.** Inflammatory dentigerous cysts associated with primary teeth : a clinicopathologic study. J Oral Pathol Med. 2022; 51(4): 345-352.

26. **Nair PNR.** Pathogenesis of radicular and dentigerous cysts: an updated review. *Int Endod J.* 2023; 56(2): 123–135.
27. **Motamedi MH.** Treatment options: dentigerous cysts. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2009; 38: 299–305.
28. **Cawson RA, Odell EW, Porter S.** *Cawson's Essentials of Oral Pathology and Oral Medicine.* 8th ed. Edinburgh: Churchill Livingstone Elsevier. 2008: 468.
29. **Chrcanovic BR, Gomez RS.** Bilateral dentigerous cysts: a systematic review. *J Oral Maxillofac Surg.* 2017; 75(2): 291–307.
30. **Sivapathasundharam B, et al.** Bilateral dentigerous cysts: report of two cases and review. *Indian J Dent Res.* 2020; 31(1): 149–52.
31. **Mac Donald Jankowski DS.** Dentigerous cyst: systematic review. *Dentomaxillofac Radiol.* 2011; 40(1): 1–11.
32. **Hyomoto M, et al.** Marsupialization of large dentigerous cysts: a clinical and radiographic study. *J Oral Maxillofac Surg.* 2003; 61: 471–5
33. **Nakamura N, Higuchi Y, Mitsuyasu T, Sandra F, Ohishi M.** Marsupialization for odontogenic kerato-cysts: long-term follow-up analysis of the effects and changes in growth characteristics. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2002; 94(5): 543–53.
34. **Chrcanovic BR, et al.** Surgical treatment of dentigerous cysts: a systematic review and meta-analysis. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.* 2018; 125: 117–25.
35. **Pogrel MA.** Treatment of keratocystic odontogenic tumors. *J Oral Maxillofac Surg.* 2005; 63(11): 1667–73.
36. **Baykul T, et al.** Surgical management of dentigerous cysts and follicular cysts. *J Craniofac Surg.* 2019; 30(6): e547–e551.