

MICHAEL M. BORNSTEIN<sup>1,2</sup>  
 CLAUDE ANDREONI<sup>3</sup>  
 THOMAS MEIER<sup>3</sup>  
 THOMAS VON ARX<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Clinique de chirurgie orale et stomatologie, Cliniques de médecine dentaire de l'Université de Berne

<sup>2</sup> Centre de diagnostic oro-facial, Weinbergstrasse, Zurich

<sup>3</sup> Cabinet privé Andreoni & Meier, Zurich

#### CORRESPONDANCE

Prof. Dr. Michael M. Bornstein  
 Oro-faziales Diagnostikzentrum  
 Weinbergstrasse  
 Weinbergstrasse 160  
 CH-8006 Zürich  
 Tél. +41 (0)44 533 30 10  
 Fax +41 (0)44 533 30 11  
 E-mail: mbornstein@diagnostik-weinbergstrasse.ch

#### LAYOUT

Département multimédia et informatique, zmk berne

#### BIBLIOGRAPHIE

BASSETTI R, WERDER P, CRAMERI M, EBINGER A, STÄHLI A, MERICSKE-STERN R, KUTTENBERGER J: The patent nasopalatine duct: a potential cause of unclear pain in the anterior maxilla. *Quintessence Int* 46: 73-79 (2015)

CATROS S, DE GABORY L, STOLL D, DEMINIÈRE C, GRICAIN J C: Use of gutta percha cores in CT scan imaging for patent nasopalatine duct. *Int J Oral Maxillofac Surg* 37: 1065-1066 (2008)

CHAPPLE I L, ORD R A: Patent nasopalatine ducts: four case presentations and review of the literature. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 69: 554-558 (1990)

RADLANSKI R J, EMMERICH S, RENZ H: Prenatal morphogenesis of the human incisive canal. *Anat Embryol* 208: 265-271 (2004)

VON ARX T, BORNSTEIN M M: Der offene Ductus nasopalatinus. Eine seltene Missbildung und diagnostische Falle. *Schweiz Monatsschr Zahnmed* 119: 379-389 (2009)

## Persistence du canal naso-palatin: un défi diagnostique

**MOTS-CLÉS:** Persistence du canal naso-palatin, canal naso-palatin, tomographie volumique numérique (TVN)



**Fig. 1** La papille incisive de la dent 11 est légèrement érythémateuse du côté palatin. On reconnaît par ailleurs la présence de dyscolorations d'origine tabagique sur les surfaces dentaires. Le patient est fumeur (environ 30 paquets-années).



**Fig. 2** Après anesthésie locale palatine, une pointe de gutta-percha (ISO 50) a pu être introduite à droite dans le pli de la papille, au-dessous de la zone rougie de la région 11, jusqu'à une profondeur de 15 mm.

Le canal naso-palatin (CNP) se forme à partir de restes épithéliaux à l'intérieur du canal incisif et se développe ensuite pour former une connexion épithélialisée, qui s'étend de la cavité buccale à la cavité nasale. Normalement, chez l'humain, le CNP se ferme ou dégénère avant la naissance. Lorsque le CNP persiste après la naissance, des orifices buccaux peuvent être visibles bilatéralement, unilatéralement ou également en position centrale.

Les symptômes rapportés par les patients comprennent la sensibilité, les décharges sécrétoires, l'accumulation de résidus alimentaires ou le reflux nasal. En outre, une mauvaise odeur, une tuméfaction locale ou le passage

d'air de la cavité buccale dans le nez ou respectivement l'émission de sifflements ont été décrits. Mais un CNP persistant peut également rester totalement asymptomatique. Pour le diagnostic, l'introduction de pointes de gutta-percha, documentée par une radiographie ultérieure, a fait ses preuves. Idéalement, cela se fait aujourd'hui au moyen de la tomographie volumétrique numérique, avec une petite taille de champ. En l'absence de symptômes gênants, le traitement chirurgical du CNP persistant peut généralement être évité.

Dans le cas présent, un patient âgé de 52 ans avec suspicion de CNP persistant nous a été adressé pour investigation par son médecin-dentiste privé. Lors de l'anamnèse, le patient a signalé qu'en été 2015, il s'était brûlé le palais lors d'un repas, et depuis lors, il avait remarqué à plusieurs reprises des saignements provenant de la région antérieure du palais. Il a signalé ce problème à son médecin-dentiste, qui nous a adressé ce patient. À l'examen clinique, une papille incisive érythémateuse a été observée au niveau de la dent 11 (fig. 1). Sous anesthésie locale, une sonde parodontale a pu être introduite dans un canal situé dans le pli de la papille, puis une pointe de gutta-percha (ISO 50) y a été insérée (fig. 2).

Sur le versant palatin de la dent 21, aucune structure canalaire correspondante n'a été trouvée. Un test de soufflage de nez n'a montré aucun passage d'air du nez à la cavité buccale. Pour confirmer le diagnostic de suspicion de CNP persistant, une tomographie volumique numérique avec une petite taille de champ (4×4 cm) a été réalisée (fig. 3). La zone rougie de la papille a été enlevée au cours de la même session avec un laser CO<sub>2</sub>, et a révélé une vénectasie d'origine traumatique à l'examen histopathologique. Un traitement supplémentaire de ce CNP partiellement persistant n'est pas prévu actuellement, mais seulement des contrôles à l'occasion des rappels.

#### Remerciement

Les auteurs remercient M. Erik Trautman, médecin-dentiste, cabinet privé du Dr Daniel Schaefer à Zurich, de leur avoir adressé ce patient.



**Fig. 3** Le diagnostic clinique présumé de CNP persistant a été confirmé par une tomographie volumique numérique avec une petite taille de champ (4×4 cm). A: La coupe coronale de la TVN montre la pointe de gutta-percha, qui n'atteint pas la cavité nasale; B: coupe sagittale; C: coupe axiale (avec racines des dents antérieures); D: coupe axiale (avec épine nasale); E: reconstruction d'image en 3 dimensions (vue buccale); F: reconstruction d'image en 3 dimensions (vue orale).