

Cas clinique

Tumeur odontogénique kératokystique : A propos d'un cas mandibulaire

Keratocystic odontogenic tumour: About a mandibular case

S. Sioud¹, R. Belkacem¹, R. Ayechi¹, T. Ben Alaya², J. Selmi¹.

1. Service de médecine et chirurgie buccales, clinique hospitalo-universitaire de médecine dentaire de Monastir / Tunisie

2. Service de radiologie, clinique hospitalo-universitaire de médecine dentaire de Monastir/ Tunisie

Correspondance : Pr. Sioud Sameh, service de médecine et chirurgie buccales, clinique hospitalo-universitaire de médecine dentaire de Monastir / Tunisie

E-MAIL : resisam_sioud@yahoo.fr

Résumé :

Introduction :

Le kératokyste odontogénique ou tumeur odontogénique kératokystique dérive de la lame dentaire ou de ses vestiges et de l'assise basale de l'épithélium buccal. Sa fréquence parmi les autres kystes des maxillaires est entre 10 à 20%, plus fréquent chez l'homme de 30 à 40 ans, sa localisation préférentielle est l'angle mandibulaire. Les kératokystes sont connus pour leur agressivité locale et leur forte tendance à la récurrence après énucléation.

Observation :

Il s'agit d'une patiente âgée de 20 ans, en bon état général qui a consulté pour une tuméfaction génienne basse droite évoluant depuis trois jours. L'examen endobuccal a révélé un comblement du fond du vestibule en regard de la 48 absente cliniquement et une déformation de la table osseuse linguale. La confrontation clinique et radiologique nous a permis d'évoquer un kératokyste odontogénique, l'examen histologique a confirmé sa nature parakératosique.

Discussion :

En 1992, l'organisation mondiale de la santé (OMS) classe le kératokyste parmi les kystes des maxillaires et lui attribue deux variantes histologiques différentes, une orthokératinisée et l'autre parakératinisée, cette classification a été remise en question lors de sa révision en 2005, ainsi le kératokyste odontogénique dans sa variante parakératinisée sera classé parmi les tumeurs des maxillaires et renommé depuis tumeur odontogénique kératokystique (TOK) vu son agressivité locale et son importante activité mitotique.

Mots clés : Tumeur odontogénique, Kératokyste, Maxillaires, Traitement, kyste

Keywords : odontogenic tumour, keratocyst, maxillary, treatment, cyst

Introduction :

Le kératokyste odontogénique a été décrit pour la première fois par Philipsen en 1956 pour désigner un kyste odontogénique avec une parakératinisation sur sa paroi⁽¹⁾. Cette lésion a montré un comportement plus agressif et un taux plus élevé de récurrence la distinguant des autres kystes odontogéniques kératinisés. En 2005 l'organisation mondiale de la santé, a révisé la classification du kératokyste pour le classer parmi les tumeurs des maxillaires et lui attribuer le nom de tumeur odontogénique kératokystique (TOK) qu'elle définit comme étant une tumeur intra-osseuse d'origine odontogénique bénigne uni ou multikystique entourée par un épithélium squameux stratifié parakératinisé caractéristique avec un comportement agressif et infiltrant⁽²⁾. Avant cette classification, l'OMS en 1992 classait le kératokyste odontogénique parmi les kystes des maxillaires et distinguait deux types histologiques : L'orthokératinisé et

le parakératinisé. Les recherches ultérieures ont montré que le type orthokératinisé présente une moindre agressivité et un faible taux de récurrence par rapport au type parakeratinisé³.

L'aspect clinique, radiologique, la topographie de la lésion et plusieurs autres facteurs peuvent aussi constituer des éléments de risque de récurrence et donc peuvent orienter la décision thérapeutique.

A travers une observation clinique, nous détaillerons les particularités cliniques, radiologiques et anatomopathologiques de cette entité pathologique ainsi que les modalités de prise en charge.

Observation

Il s'agit d'une patiente âgée de 20 ans sans antécédents particuliers qui nous a consulté pour l'apparition d'une tuméfaction génienne basse droite évoluant depuis trois jours. À l'examen initial, nous avons retrouvé une tuméfaction mandibulaire droite douloureuse associée à une limitation de l'ouverture buccale (**Fig.1a**). L'examen endobuccal a révélé un comblement du fond du vestibule en regard de la 47 et de la 48 absente cliniquement (**Fig.1b**).



Fig.1a : Aspect exobuccal :
Tuméfaction génienne basse droite



Fig.1b : Aspect endobuccal : Comblement du vestibule en regard de la 47 et de la 48 absente sur l'arcade

La palpation des tables osseuses linguale et vestibulaire a retrouvé une déformation osseuse du côté lingual. Une radiographie panoramique a été demandée et a montré une image radioclaire uniloculaire bien limitée cernée par un liseré d'ostéocondensation périphérique épais, s'insérant au collet de la 48 incluse et mesurant 2cm de grand axe mésio-distal (**Fig.2a**).



Fig.2a : Détail de la radiographie panoramique : Image radioclaire uniloculaire bien limitée par un liseré d'ostéocondensation épais s'insérant au collet de la 48 incluse et refoulant en bas le canal mandibulaire

Cette image a été mieux visualisée sur l'examen tomодensitométrique demandé en seconde intention pour étudier le contenu de cette lésion ainsi que ses rapports de voisinage (**Fig.2b,2c**). Cet examen a bien visualisé une image hypodense homogène bien limitée refoulant harmonieusement la corticale linguale sans la perforer et refoulant le canal mandibulaire en bas vers le bord basilaire, les mesures de densité au niveau de cette image sont en faveur d'un contenu liquidien orientant le diagnostic vers une lésion de nature kystique. Devant cet aspect radiologique, les diagnostics évoqués étaient : Un kyste péri-coronaire, un kératokyste odontogénique, ou un améloblastome dans sa forme unikystique. Le rapport étroit de l'image avec la couronne de la 48 incluse et la présence d'un liseré relativement épais sont des arguments beaucoup plus en faveur des deux premiers diagnostics évoqués.



Fig.2b : Coupe axiale mandibulaire : Inclusion de la 48 en position horizontale, à noter le rapport étroit de l'image kystique avec la couronne de la 48

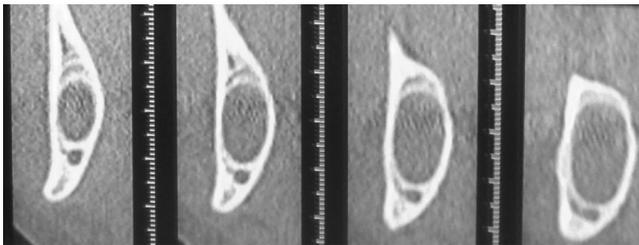


Fig.2c : Reconstructions obliques mandibulaires : Refoulement sans perforation de la corticale linguale et refoulement du canal mandibulaire vers le bord basilaire

Le traitement a consisté à une énucléation de la totalité de la lésion sous anesthésie locorégionale avec extraction de la 48 incluse (**Fig. 3a, 3b**). Nous avons noté en péropératoire une paroi kystique assez épaisse s'insérant au collet de la 48 avec un contenu liquide crémeux blanchâtre témoignant de la présence de lamelles de kératine et orientant davantage le diagnostic vers le kératokyste odontogénique.



Fig. 3a : Aspect per opératoire après énucléation kystique et extraction de la 48

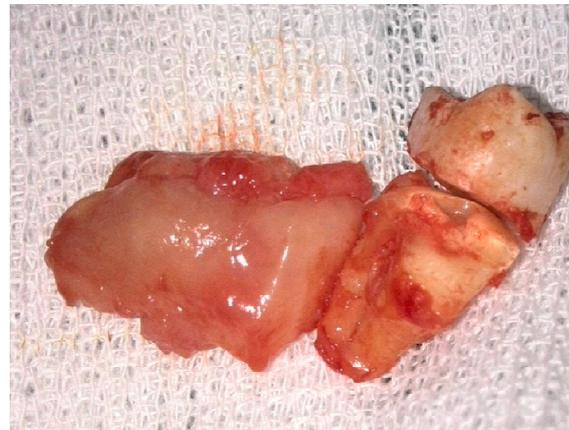


Fig. 3b : Pièce opératoire : Exérèse de la totalité de la lésion sans fragmentation

L'examen anatomo-pathologique a confirmé le diagnostic d'une tumeur odontogénique kératokystique de type parakératosique (**figure 4a, 4b**).

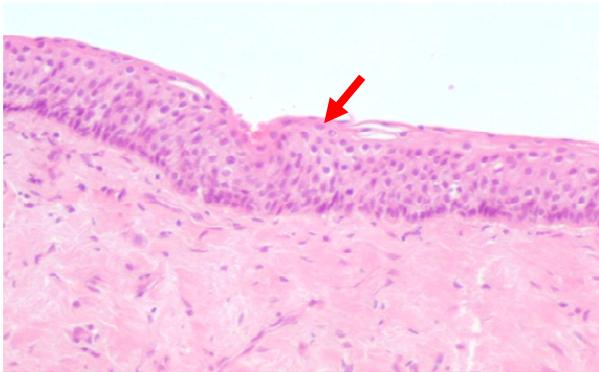


Fig. 4a : Faible grossissement : Epithélium malpighien stratifié parakératinisé à surface légèrement ondulée (flèche rouge)



Fig.4b : Fort grossissement : Cellules kératinisées en surface (flèche verte), cellules basales en palissades (flèche bleue)

Vu le caractère récidivant connu de cette entité histologique, des contrôles cliniques et radiologiques réguliers sont programmés chez cette patiente depuis deux ans, ces derniers n'ont montré aucun signe de récurrence. (**Figure 5a, 5b**).



Fig. 5a : Vue endobuccale de contrôle après 3 mois : Site opératoire bien cicatrisé



Fig. 5b : Radiographie panoramique de contrôle à un an : Cicatrisation osseuse en cours

Discussion :

Le kératokyste odontogénique appelé aussi kyste épidermoïde ou actuellement tumeur odontogénique kératokystique dérive de la lame dentaire ou de ses vestiges et de l'assise basale de l'épithélium buccal ⁽⁴⁾. Il représente 10 à 20% des autres kystes des maxillaires. Selon Pimpalkar, il est plus fréquent chez l'homme de 30 à 40 ans, il peut se développer à un âge plus précoce s'il entre dans le cadre de la naevomatose baso-cellulaire où il prend dans ce cas un aspect multiple ⁽⁵⁾. Il peut être asymptomatique, de découverte fortuite lors d'un examen radiologique ou à l'occasion d'une tuméfaction, fistulisation, des déplacements et des inclusions dentaires, son siège de prédilection est mandibulaire surtout dans la région de la branche montante décrite dans 70% des séries ⁽⁴⁾. Chirapathomsakul et al dans une revue de 51 cas de tumeurs odontogéniques kératokystiques montre que les images radiologiques souvent rencontrées sont soit une image uniloculaire, ou multiloculaire soit de multiples images

radioclares bien limitées et cernées par un liseré d'ostéocondensation périphérique dont les contours sont lisses ou polycycliques⁶. Harkanwal⁷ a conclu que les images uniloculaires comparées à celles multiloculaires ont montré un potentiel prolifératif moindre et donc ne doivent pas être traitées comme des tumeurs. Dans notre cas, la lésion avait un aspect radiographique uniloculaire réputé non récidivant.

Sur le plan histologique, l'organisation mondiale de la santé (OMS) a reconnu depuis 1992 deux variétés différentes au kératokyste odontogénique une orthokératinisée et l'autre parakératinisée. La forme parakératinisée, souvent rencontrée dans la naevomatose basocellulaire, comporte une assise basale faite de cellules cubiques ou cylindriques disposées en palissade et sans digitations acanthosiques. Cette assise basale est recouverte par cinq à huit couches de cellules épithéliales pavimenteuses.

L'épithélium est caractérisé par une parakératinisation ondulée et par une faible adhérence à la paroi kystique, cet aspect a été retrouvé dans notre cas ce qui nous a incité à approfondir les explorations chez cette patiente à la recherche d'une éventuelle neovomatose basocellulaire

La coque conjonctive contient souvent des îlots épithéliaux périphériques⁽³⁾.

L'épithélium du type orthokératinisé possède une couche basale souvent pavimenteuse, une couche granuleuse proéminente, une orthokératinisation et une forte tendance à répandre des écailles de kératine dans la lumière kystique⁽⁴⁾.

La révision de la classification de l'OMS en 2005 a remis en question la nature kystique du type parakératinisé qu'elle a renommé tumeur odontogénique kératokystique vu son activité mitotique plus importante⁽³⁾. La forme orthokératinisée fait désormais partie des kystes odontogéniques ayant subi une orthokératinisation métaplasique.

Le Toux G⁽⁸⁾ rapporte un taux de récurrence de 42,6% pour la forme parakératinisée contre 2,26% pour la forme orthokératinisée, il rattache ces taux de récurrences à plusieurs facteurs : La nature histologique, l'image radiologique, la topographie et l'extension de la lésion, son aspect évolutif primitif ou récidivant sont autant des facteurs dont il faut en tenir compte avant de passer au traitement chirurgical associé ou non à un traitement adjuvant (cryothérapie, solution de karnoy...).

Les conditions d'exérèse tumorale constituent un facteur pronostique important, l'énucléation en une seule pièce constitue un facteur minimisant le risque de récurrence.

Les lésions associées à une neovomatose basocellulaire doivent recevoir un traitement plus radical vu le risque de récurrence important, les dents en rapport intime avec le processus lésionnel devraient être extraites au risque de constituer une source de récurrence^(8,9,10).

Différentes techniques chirurgicales ont été proposées pour le traitement des kératokystes, le traitement radical (type résection interruptrice ou non) est préconisé dans les cas associés à une rupture corticale, un envahissement osseux ou des parties molles, un kératokyste multirécidivant, une greffe améloblastique ou une transformation maligne.

L'énucléation complète est préconisée pour les lésions intra-osseuses sans rupture corticale, l'énucléation associée à une résection marginale à la fraise est indiquée si le clivage de toute la pièce est difficile. Une périostectomie sera associée si la lésion adhère au périoste. La localisation mandibulaire postérieure nécessite une énucléation avec excision élargie à la muqueuse adjacente.

La marsupialisation est indiquée chez les enfants en denture mixte afin de préserver les germes dentaires définitifs et aussi pour les lésions ayant résorbé les parois nasale, sinusale ou la corticale du canal alvéolaire inférieur. La décompression associée à une énucléation ultérieure est indiquée pour les lésions infectées permettant une réduction du volume et une rétraction de la paroi épaissie.

Le traitement entrepris pour notre patiente était une énucléation simple de la poche kystique et l'avulsion de la 48 sans résection marginale, cette attitude est justifiée par le caractère évolutif

intra-osseux de cette lésion ainsi que son aspect radiologique uniloculaire respectant les corticales.

Vue le potentiel de récurrence important du kysté odontogénique, un suivi postopératoire clinique et radiologique réguliers sur une période de cinq ans au moins sont nécessaires surtout pour la tumeur odontogénique kystique afin d'intercepter à temps les récurrences et les risques de transformation maligne⁽⁶⁾. Dans notre cas, l'évolution clinique et radiologique étaient favorables après deux ans, cette période étant connue selon la littérature comme étant la période critique où les récurrences sont les plus observées.

Références

1. Jonathan M et al. Keratocystic Odontogenic Tumour: Reclassification of the Odontogenic Keratocyst from Cyst to Tumour. *J Can Dent Assoc* 2008 ; 74 :165-174.
2. Barnes L, Eveson J W, Reichart P, Sidransky D. World Health Organization classification of tumors. Pathology and genetics of head and neck tumors. *IARC Press: Lyon; 2005*
3. Thesleff I. Epithelial cell rests of Malassez bind epidermal growth factor intensely. *J Periodontal Res* 1987; 22:419-22.
4. Pimpalkar RD, Barpande SR, Bhavthankar JD, Mandale MS. Bilateral orthokeratinized odontogenic cyst: A rare case report and review. *J Oral Maxillofac Pathol* 2014;18:262-6.
5. Mendes RA, Carvalho FC, Van Der Waal I. Characterization and management of the keratocystic odontogenic tumor in relation to its histopathological and biological features. *Oral Oncology* 2010; 46: 219-225.
6. Chirapathomsakul D, Sastravaha P, Jansisyanont P. A review of odontogenic keratocysts and the behavior of recurrences. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2006;101:5-9.
7. Preet Singh H, Nayar A, Raj A, Kumar P. Are All Odontogenic Keratocysts Keratocystic Odontogenic Tumors? Correlation between imaging features and epithelial cell proliferation. *J Clin Imaging Sci* 2013; 3:3.
8. Le Toux G, Ales RP, Mounier CH. Approche chirurgicale des kystes odontogènes : A propos de deux cas cliniques. *Med Buccale Chir Buccale* 2001 ; 7 :33-41.
9. Deyhimi P, Hashemzade Z. Comparative study of TGF-alpha and P53 markers' expression in odontogenic keratocyst and orthokeratinized odontogenic cyst *Dent Res J* 2012;9:39-44
10. Crowley TE, Kaugars GE, Gunsolley JC. Odontogenic Keratocysts: A Clinical and Histologic Comparison of the Parakeratin and Orthokeratin Variants. *J Oral Maxillofac Surg.* 1992; 50: 22-26.