

Carcinome verruqueux oral et améloblastome : une association exceptionnelle.

Ezzahra Hmoura a, Meriem Regragui b, Faïçal Slimani a,c

a. Faculté de Médecine et Pharmacie, Hassan II Université de Casablanca,

b. Département d'anatomie pathologique, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

c. Service de Stomatologie et chirurgie Maxillo-faciale, Hopital 20 Aout, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

INTRODUCTION

Le carcinome verruqueux est une forme rare, de bas grade et bien différenciée de carcinome épidermoïde. Il s'agit d'une tumeur à croissance lente et localement agressive. L'améloblastome est l'une des tumeurs odontogènes les plus courantes, qui provient de l'épithélium odontogène. L'association des deux lésions est un phénomène rare.

RAPPORT DE CAS:

Nous rapportons un cas de carcinome verruqueux associé à un améloblastome mandibulaire chez un homme de 32 ans, qui a présenté une tuméfaction jugale basse gauche évoluant depuis 10 ans, augmentant progressivement de taille, indolore, associée à des extractions dentaires multiples (34, 35, 36, 38) en raison de leur mobilité. L'évolution s'est marquée, il y'a 1 an par la survenue, au niveau de la une peau en regard, d'une lésion exophytique, surinfectée. L'examen faciale extrabuccal a révélé une lésion lésion jugale gauche, exophytique avec verruqueuse et surface granulaire douloureuse, surinfectée, mesurant 7cm de grand axe (Fig. 1)

L'examen intra-oral a révélé une expansion dans l'os mandibulaire gauche indolore. La palpation des aires ganglionnaires ne révélait pas d'adénopathies. Les examens radiologiques ont montré un processus lésionnel centré sur l'hémi-mandibule gauche solido-kystique mal limité, dont la portion kystique et centro-médullaire, formé de multiples logettes, avec rupture de la corticale externe et extension de ce processus au parties molles sous-cutanées jugales et sous mentonnières gauche avec envahissement de l'espaces masticateur et de la fosse infra-temporale homolatéraux, en dedans, ce processus a envahis le plancher buccal (Fig. 2,3). Cet aspect radiologique a évoqué un carcinome améloblastique.



Fig. 1: Vue clinique extra-buccale : Lésion exophytique avec une surface granuleuse surinfectée



Fig. 2: radio panoramique dentaire révélant une lésion multiloculaire mal limitée avec rupture de la corticale de l'hémi-mandibule gauche

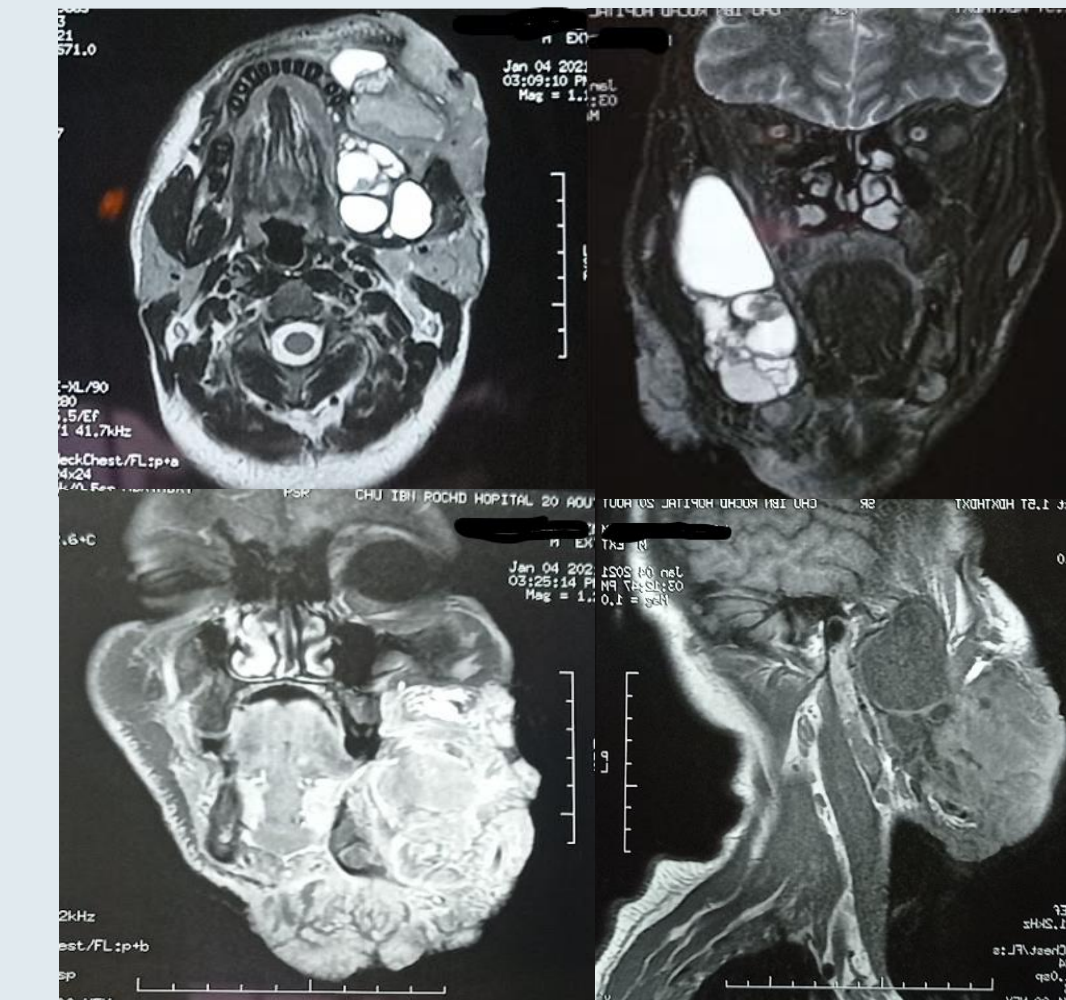


Fig. 3: aspect de la lésion à l'imagerie par résonance magnétique

Des biopsies cutanées et endo buccale réalisées sous anesthésie locale, ont montré un épiderme hyperplasique, papillomateux, surmonté d'une hyperkératose parakératosique. Les crêtes épidermiques sont larges, bulbiformes, et s'étendent en profondeur dans le derme. L'aspect histopathologique indique carcinome verruqueux. Le dossier du patient a été présenté à la réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) et la décision était la chimiothérapie néo-adjuvante suivie d'exérèse chirurgicale.

DISCUSSION

Carcinome verruqueux associé à une composante améloblastique est un phénomène rare, dans la littérature ce phénomène peut avoir deux explications. La première est que le carcinome verruqueux se développe dans la paroi de l'améloblastome. La transformation en carcinome dans la paroi des kystes odontogènes est rapportée dans la littérature antérieure. Mohtasham et al. Ont rapporté un cas de carcinome verruqueux provenant d'un kyste odontogénique chez un homme de 58 ans. Ce cas était similaire à celui rapporté par Pomato et al, qui ont observé un carcinome verruqueux dans la paroi d'un kyste odontogène maxillaire. Un autre cas de kyste odontogène kératinisant avec prolifération verruqueuse du Ramus mandibulaire chez un homme de 46 ans a été également rapporte par Ueeck et al.

La deuxième explication est que ces deux entités sont apparues de manière coïncidente, ce qui semble peu probable au vu de la présentation radiographique (bordure non intacte). Ainsi qu'aucune liaison histopathologique entre les deux lésions n'a été démontrée.

BIBLIOGRAPHIE:

- [1] N. Mohtasham, F. Babazadeh, and H. Jafarzadeh, "Intraosseous verrucous carcinoma originating from an odontogenic cyst: a case report," *J Oral Sci*, vol. 50, no. 1, pp. 91–94, Mar. 2008, doi: [10.2334/josnusd.50.91](https://doi.org/10.2334/josnusd.50.91).
- [2] B. A. Ueeck, B. M. Woo, J. C. B. Stewart, and L. A. Assael, "Keratinizing odontogenic cyst with verrucous proliferation," *J Oral Maxillofac Surg*, vol. 65, no. 3, pp. 585–588, Mar. 2007, doi: [10.1016/j.joms.2006.08.015](https://doi.org/10.1016/j.joms.2006.08.015).
- [3] M. J. Aldred, A. A. Talacko, P. G. Allan, and M. Shear, "Odontogenic cyst with verrucous proliferation," *J Oral Pathol Med*, vol. 31, no. 8, pp. 500–503, Sep. 2002, doi: [10.1034/j.1600-0714.2002.00144.x](https://doi.org/10.1034/j.1600-0714.2002.00144.x).
- [4] Z. Dalirsani, F. Falaki, N. Mohtasham, and L. Vazifeh Mostaan, "Oral Verrucous Carcinoma and Ameloblastoma: A Rare Coincidence," *Iran J Otorhinolaryngol*, vol. 27, no. 79, pp. 159–163, Mar. 2015.
- [5] E. Pomatto, V. Carbone, D. Giangrandi, and V. Falco, "Primary intraosseous verrucous carcinoma developing from a maxillary odontogenic cyst: case report," *Tumori*, vol. 87, no. 6, pp. 444–446, Dec. 2001.
- [6] R. E. Enriquez, B. Ciola, and S. L. Bahn, "Verrucous carcinoma arising in an odontogenic cyst. Report of a case," *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*, vol. 49, no. 2, pp. 151–156, Feb. 1980, doi: [10.1016/0030-4220\(80\)90308-4](https://doi.org/10.1016/0030-4220(80)90308-4).