

Décompression d'un kyste odontogène calcifié: à propos d'un cas

Service d'Odontologie Chirurgicale/CCTD-Rabat/Faculté de Médecine Dentaire de Rabat

Samir MAINASSARA; Bassima CHAMI

samir_mainassarachekaraou@um5.ac.ma

INTRODUCTION

Le kyste odontogène calcifié (KOC) ou kyste de Gorlin a été défini comme un simple kyste tapissé d'un épithélium de type améloblastome contenant des cellules fantômes focales. En 1971, le KOC a acquis une reconnaissance internationale lorsque l'Organisation mondiale de la santé (OMS) [1] l'a inclus dans sa classification de « kystes et tumeurs des maxillaires et des lésions connexes ». Sa classification est encore sujette à débat. Il a été classé en 1992 et 2005 par l'OMS dans les tumeurs odontogènes. Dans sa dernière classification en 2017, le KOC a été classé parmi les kystes du développement [3,4]. Le KOC est une lésion peu commune, représentant 0,1% de tous les tumeurs et 1,3% de tous les kystes odontogènes avec une prédominance au niveau des maxillaires antérieurs chez les patients de la troisième décennie. Nous rapportons ci-dessous un cas de kyste odontogène calcifié au maxillaire pour lequel la décompression a permis une réduction la taille de la lésion et son énucléation totale après neuf mois.

OBSERVATION

Un patient de 17 ans a été adressé par son orthodontiste après la découverte fortuite d'images mixtes radioclaire/radiopaques dans le secteur maxillaire antérieur droit, au service d'odontologie de l'Hopital Militaire d'Instruction Mohammed V de Rabat. Son statut médical était sans particularité, sans antécédents médicamenteux et sans allergie.

Examen intraoral :

A l'examen extraoral était normal. Il n'y avait pas d'antécédents de traumatisme, de douleur, de paresthésie ou d'adénopathies. A l'examen intraoral, il y avait un léger gonflement dans la zone s'étendant de la 11 à la 16. Le gonflement était recouvert par une muqueuse normale.

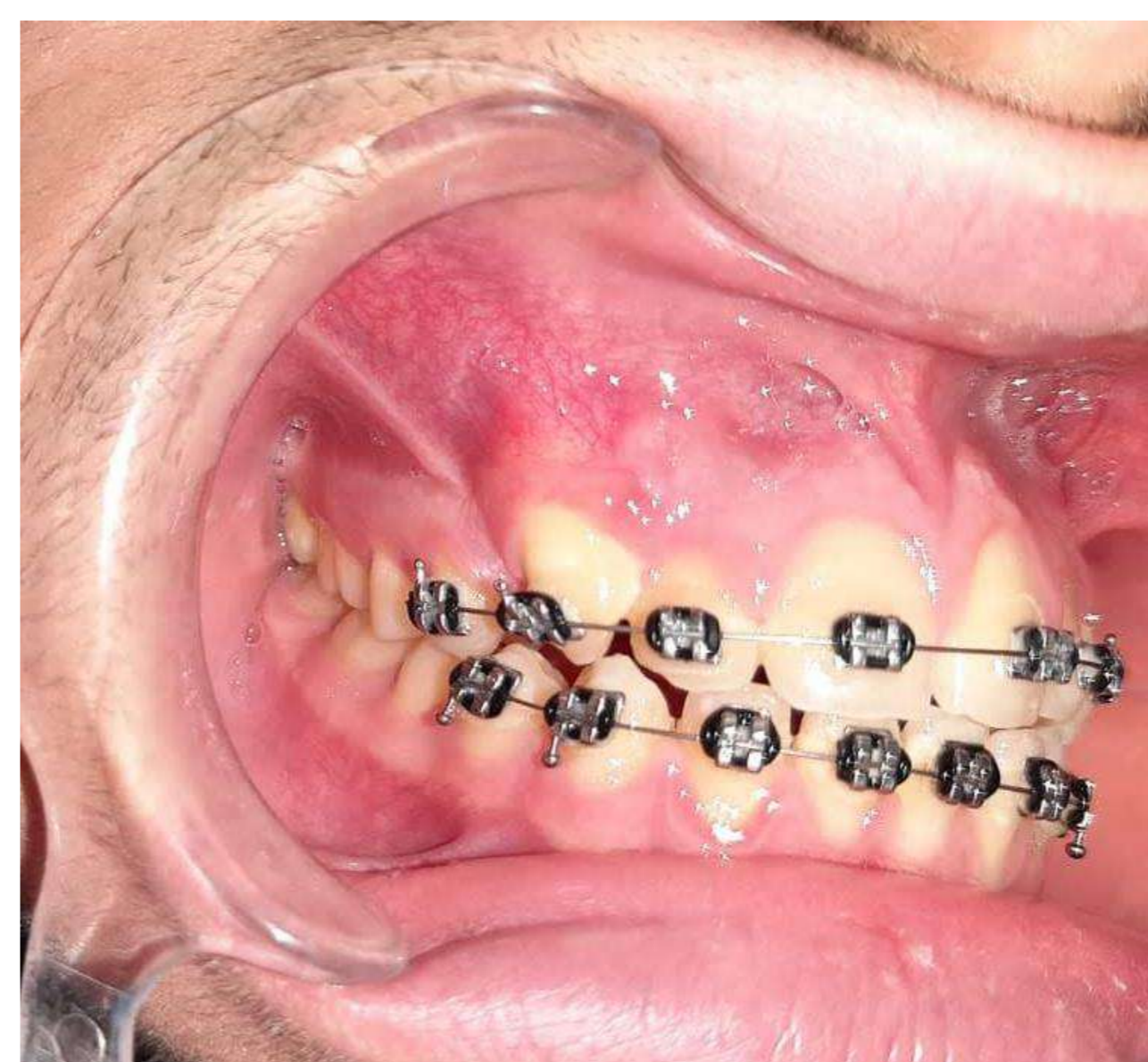


Fig1: Vue endobuccale montrant la voussure

TRAITEMENT

la prise en charge chirurgicale a été et réalisée sous anesthésie locale



Fig2. vue radiologique montrant une image mixte radioclaire/radiopaque en regard de la 11 à la 16



Fig3. Vue endobuccale montrant la mise en place du tube de décompression

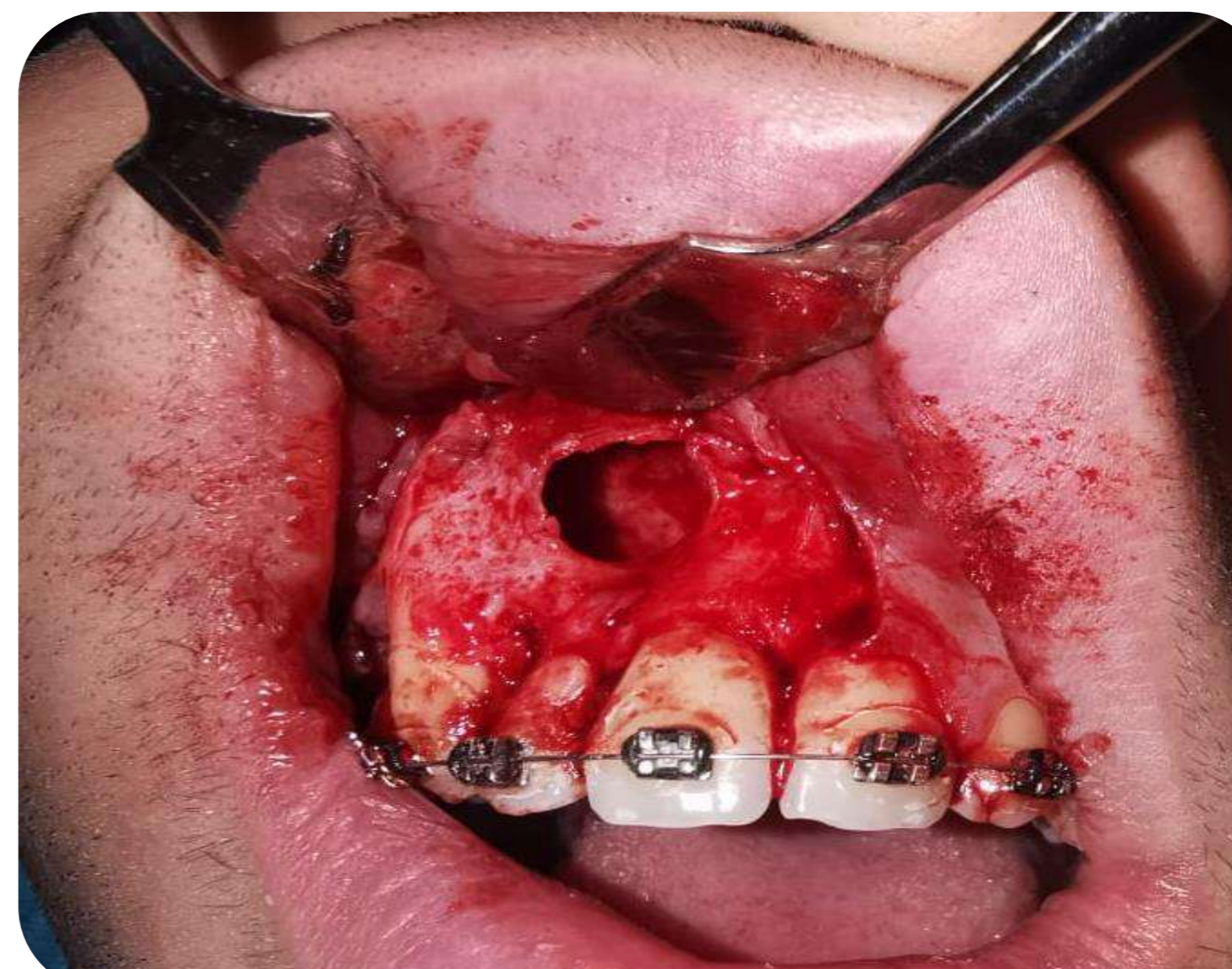


Fig 4. vue endobuccale montrant l'énucléation de la lésion après diminution de sa taille après 9 mois



Fig 5. vue de la lésion après énucléation

DISCUSSION

Décrit pour la première fois en 1962 par Gorlin, le KOC est une lésion rare des maxillaires. Il est défini comme un kyste avec un épithélium de type améloblastome contenant des calcifications et des cellules fantômes focales. Ces cellules sont également présentes dans les tumeurs à cellules fantômes dentinogènes. En raison de cette diversité, il y a eu confusion et désaccord dans la terminologie et la classification de cette lésion. Certains auteurs le considéraient comme un néoplasme, d'autres comme un kyste. Selon l'étude d'Arruda et al, les KOC représentent 1,3 % des kystes odontogènes, avec une répartition de 53 % chez les femmes et 47 % chez les hommes. La plupart des patients étaient des adultes entre (20 à 59 ans) représentaient 47,3%, les enfants et adolescents (0-19 ans) représentaient 35,1% de l'échantillon. Son site préféré était la région mandibulaire postérieure, cependant les KOC ont une prévalence pour les sites antérieures des maxillaires [4]. Radiographiquement, le KOC apparaît généralement comme une lésion uniloculaire avec une marge bien définie, et contient des calcifications comme dans notre cas. La fréquence de la forme multiloculaire a été notée à 5% et la présence de calcifications, qui est une caractéristique radiographique importante dans l'interprétation des KOC, est détectée dans environ la moitié de tous les KOC [5].

Le traitement recommandé pour le KOC consiste en une énucléation avec curetage, c'est-à-dire une énucléation suivie d'ostéotomie périphérique de 1 à 2 mm autour de la périphérie de la cavité kystique avec une curette pointue ou une fraise à os. Cette procédure vise à limiter le risque de récurrence. La décompression et la marsupialisation sont des traitements conservateurs utilisés dans les grandes lésions avec un taux de réussite élevé comme dans notre cas. La décompression permet la gestion des grandes lésions kystiques, et, a été décrite pour la première fois par le Dr Carl Partsch il y a plus d'un siècle. La procédure est également appelée marsupialisation ou extériorisation. La décompression est principalement utilisée comme adjuvant pour réduire la taille des lésions des kystes odontogènes, des kystes dentigères et d'autres gros kystes osseux avant l'énucléation. La décompression, comme toute autre technique de traitement, n'est pas une panacée. Les avantages de cette ancienne méthode ont été décrits et prouvés au fil des ans et à mesure que les patients et les chirurgiens deviennent moins agressifs, cette technique deviendra plus populaire lorsqu'elle sera indiquée. Les cas doivent être soigneusement sélectionnés et le chirurgien doit pondérer de nombreux facteurs tels que l'âge du patient, le type de lésion et le temps d'évolution, la coopération du patient, entre autres [6].

CONCLUSION

Le kyste odontogène calcifié est une lésion odontogène bénigne rare avec une fréquence plus élevée dans le maxillaire supérieur. Le traitement est le plus souvent conservateur. Malgré un risque rare de récurrence à 5 ans, un suivi à long terme des patients à plus de 10 ans est recommandé.

REFERENCES

1. J.M. Wright, E.W. Odell, P.M. Speight, T. Takata, Odontogenic tumors, WHO 2005: where do we go from here? Head Neck Pathol. 8 (4) (2014) 373-382,
2. I.R.H. Kramer, J.J. Pindborg, M. Shear, The WHO histological typing of odontogenic tumours. a commentary on the second edition, Cancer 70 (12) (1992) 2988-2994,
3. El-Naggar AK, Chan JKC, Takata T, Grandis JR, Sloatweg PJ. The fourth edition of the head and neck World Health Organization blue book: editors' perspectives. Hum Pathol. 2017;66:10-2.
4. J.A.A. de Arruda, et al., Calcifying odontogenic cyst, dentinogenic ghost cell tumor, and ghost cell odontogenic carcinoma: a systematic review, J. Oral Pathol. Med. 47 (8) (2018) 721-730,
5. Y. Uchiyama, et al., Calcifying cystic odontogenic tumour: CT imaging, Br. J. Radiol. 85 (1013) (2012) 548-554,
6. Castro-Núñez, J. (2016). Decompression of Odontogenic Cystic Lesions: Past, Present, and Future. Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, 74(1), 104.e1-104.e9.