

# Le kératokyste maxillo-mandibulaires non syndromique : À propos d'un cas

M.Benalia\*<sup>a</sup> (Dr), A. Touat (Dr), M. Hachem (Dr)

<sup>a</sup> Faculté de médecine-Université Oran 1

## Introduction :

Le kératokyste odontogénique (KO) ou communément appelé « kyste épidermoïde » dérive de la lame dentaire ou de ses vestiges, et de l'assise basale de l'épithélium buccal. Le KO représente 14% de l'ensemble des kystes maxillaires. Il est plus fréquent à la 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> décennie. Il intéresse plus la mandibule que l'os maxillaire, dans la moitié des cas siège au niveau de l'angle puis dans la branche montante. Le KO s'intègre dans la naevomatose basocellulaire (NBC) ou syndrome de Gorlin et Goltz. Nous rapportons le cas d'une patiente présentant des KO multiples non syndromiques.

## Observation :

Il s'agit d'une patiente âgée de 30 ans en bon état général, sans antécédents médico chirurgicaux, qui nous a été adressée par un dentiste pour une prise en charge de lésions kystiques maxillo-mandibulaires découvertes à l'occasion d'un orthopantomogramme. À l'examen exo buccal, on note l'absence d'asymétrie faciale et d'adénopathies. L'examen endo buccal met en évidence une soufflure des corticales linguale et vestibulaire à hauteur de des régions symphysaires et para symphysaires ainsi que le bord antérieur du ramus droit. L'examen radiologique panoramique (fig 1 ), complété par un examen tomodensitométrique (fig 2), montrait des lésions lacunaires radioclares, bien limitées. Le maxillaire gauche et droit sont le siège de volumineuses lésions mono géodiques aux contours poly cycliques. À droite la lésion rompe vers le bas la crête alvéolaire et en haut souffle le plancher sinusien avec inclusion des deux dents qui se trouvent très déplacées vers la cloison inter sinuso nasale. À gauche une lésion de même sémiologie de plus grande taille souffle fortement la plancher du sinus maxillaire, la lumière sinusienne est réduite à un fin croissant avec inclusion de la 23. Au niveau mandibulaire, présence dans la région symphysaire et para symphysaire droite d'une lacune osseuse à plage liquidienne aux limites nettes et régulières.

Dans ce contexte radio clinique, on a évoqué plusieurs diagnostics : un kyste folliculaire en rapport, un améloblastome, des KO multiples non syndromiques tout en écartant l'hypothèse d'un syndrome de Gorlin et Goltz en raison de l'absence d'autres signes. Le traitement a consisté en l'énucléation chirurgicale de 3 lésions kystiques (fig 3), L'examen histologique a été en faveur du diagnostic de KO, les suites opératoires ont été simples.

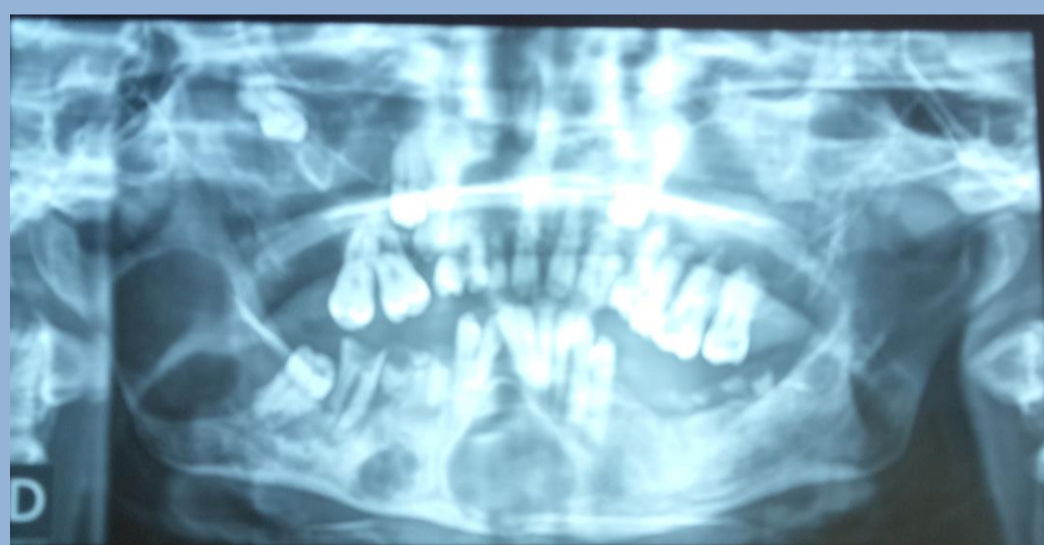


Fig 1



Fig 2



Fig 3

## Discussion :

Le KO est une tumeur à prédominance masculine (60 %), représente entre 10 et 20\_ % de l'ensemble des lésions kystiques des maxillaires. Localisée plus fréquemment à la mandibule (70 %), La forme multiple est souvent associée à des syndromes tels que le syndrome de Gorlin et Goltz [1]. Lorsqu'il est isolé il survient principalement au cours des 2<sup>èmes</sup> et 3<sup>èmes</sup> décennies **ce qui est le cas de notre observation**. Il dérive de la lame dentaire ou de ses vestiges et de l'assise basale de l'épithélium buccal [2]. Il peut y avoir absence de signes cliniques et la découverte est alors fortuite à l'occasion d'un examen radiographique comme le cas de notre patiente. De plus, le KO se caractérise par son potentiel agressif local avec l'envahissement des structures voisines et sont fort taux de récurrence après traitement (jusqu'à 60%) d'autant plus qu'il est situé à l'angle ou au ramus [3], ce qui a conduit à son classement en tumeur odontogène entre 2005 et 2007. Cependant, depuis 2017, il est à nouveau classé comme kyste odontogène [2]. Ces lésions présentent beaucoup de similitudes avec d'autres lésions, surtout en cas d'inclusion dentaire, comme c'était le cas ici, pour lequel le diagnostic de kyste folliculaire fait partie du diagnostic différentiel. Chez notre patiente, compte tenu du double facteur de localisation et de la nature para kératosique des KO, une surveillance accrue a été préconisée en raison du risque important de récurrences, allant de 10% à 40% selon les auteurs [4].

## Conclusion :

Dans le cadre de la prise en charge des KO, le chirurgien oral, doit penser à l'association possible des KO à une forme syndromique de la maladie, qui doit être évaluée en cas de lésions multiples. Ainsi, la gestion des KO doit être effectuée dans un cadre multidisciplinaire en étroite collaboration avec des dermatologues, des généticiens et des pathologistes. En raison du taux élevé de récurrence des KO, le suivi des patients à long terme est primordial.

## Bibliographie :

- [1] Ghailan MR, Benhalima H, Rabeh G, Oujilal A, Benbouzid A, Bencheikh R, et al. Syndrome de Gorlin-Goltz : à propos d'un cas [Gorlin-Goltz syndrome : A case study]. Med Bucc Chir Bucc 2007 ;13 :97–101.
- [2] Wright JM, Vered M. Update from the 4th Edition of the World Health Organization Classification of Head and Neck Tumours: Odontogenic and Maxillofacial Bone Tumors. Head Neck Pathol 2017 ;11 :68–277.
- [3] Chemli, H., et al. "Les facteurs de risque de récurrence des kératokystes odontogéniques des maxillaires." Revue de Stomatologie et de Chirurgie Maxillo-faciale 111.4 (2010) : 189-192.
- [4] Bornstein MM, Filippi A, Jörg H, Lambrecht JT, Buser D. Le kératokyste odontogène : kyste odontogène ou tumeur bénigne ? [The odontogenic keratocyst: odontogenic cyst or benign tumor?] Rev Mens Suisse Odontostomatol 2005 ;115 :6.