

MICHAEL M. BORNSTEIN¹
 ANDY WAI KAN YEUNG¹
 RAY TANAKA¹
 PETER JAMES THOMSON²

¹ Oral and Maxillofacial Radiology, Applied Oral Sciences, Faculty of Dentistry, The University of Hong Kong, Hong Kong SAR, China

² Oral and Maxillofacial Surgery, Faculty of Dentistry, The University of Hong Kong, Hong Kong SAR, China

CORRESPONDANCE

Prof. Dr. med. dent.
 Michael M. Bornstein
 Klinik für Oral Health & Medicine
 Universitäres Zentrum für Zahnmedizin Basel (UZB)
 Mattenstrasse 40
 CH-4058 Basel
 E-mail:
 michael.bornstein@uzb.ch

LAYOUT

Département multimédia,
 zmk berne

Traduction : Jacques Rossier

BIBLIOGRAPHIE

BORNSTEIN M M, FILIPPI A, ALTER-MATT H J, LAMBRECHT J T H, BUSER D : Die odontogene Keratozyste – Odontogene Zyste oder benigner Tumor? Schweiz Monatsschr Zahnmed 115 : 111–128 (2005)
 KENNEDY R A : WHO is in and WHO is out of the mouth, salivary glands, and jaws sections of the 4th edition of the WHO classification of head and neck tumours. Br J Oral Maxillofac Surg 56 : 90–95 (2018)
 POGREL M A : The keratocystic odontogenic tumour (KCOT) – an odyssey. Int J Oral Maxillofac Surg 44 : 1565–1568 (2015)
 SPEIGHT P, DEVILLIERS P, LI T-J, ODELL E W, WRIGHT J M : Odontogenic keratocyst. In : El-Naggar A K, Chan J K C, Grandis J R, Takata T, Slootweg P J (éd.) : WHO classification of head and neck tumours. WHO/IARC classification of tumors. 4th edition. IARC Press, Lyon, 235–236 (2017)

Kératokyste odontogène étendu dans la partie postérieure gauche de la mandibule

Diagnostic différentiel des processus ostéolytiques

MOTS-CLÉS : Kératokyste odontogène, ostéolyse, diagnostic différentiel, tomographie volumique numérique



Fig. 1 Le matériel prélevé au niveau de la paroi du kyste pour examen histopathologique, afin de poser un diagnostic définitif, a mis en évidence un kératokyste odontogène avec une parakératose typique.

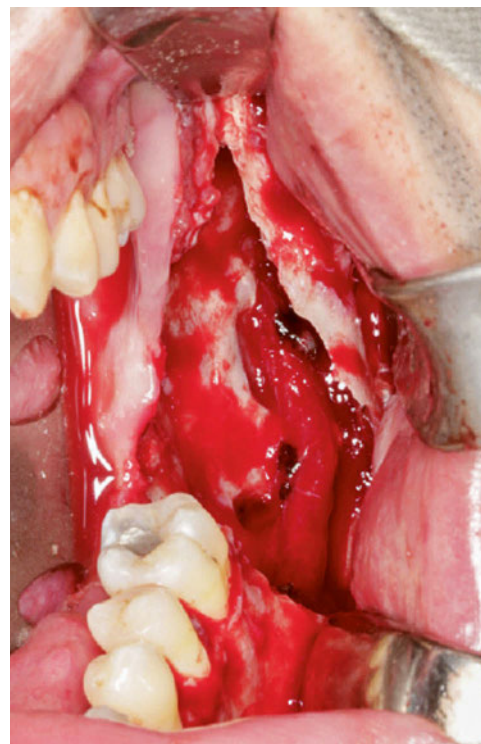


Fig. 2 Statut peropératoire lors du prélèvement tissulaire. Au cours de cette intervention, la dent 37 a également été enlevée, la dent de sagesse 38 a été extraite chirurgicalement et la lumière du kyste a été ouverte pour la décompression (fenestration) du kyste, afin de permettre la mise en place d'une bandelette et pour pouvoir réaliser des irrigations répétées.

Le kératokyste odontogène est l'un des plus fréquents des kystes odontogènes de la mâchoire, après les kystes radiculaires et folliculaires. Dans plus de 80 % des cas, il est localisé dans le maxillaire inférieur, le plus souvent dans la partie postérieure et dans une branche ascendante de la mandibule. Le kératokyste odontogène s'observe dans tous les groupes d'âge, mais plus souvent au cours de la deuxième et troisième décennie, ainsi qu'entre 50 et 70 ans (répartition bimodale des âges). Après avoir été considéré pendant plus de dix ans comme une tumeur odontogène, c'est-à-dire comme une véritable néoplasie, le kératokyste odontogène est à nouveau classé par l'OMS, depuis 2017, parmi les kystes odontogènes.

À l'examen histologique, le kératokyste odontogène est bordé par un épithélium pavimenteux stratifié parakératinisant, avec des cellules basales disposées en palissade. Dans le tissu conjonctif subépithélial, il n'est pas rare de trouver des kystes secondaires ou satellites ainsi que des îlots épithéliaux odontogènes. Ces caractéristiques particulières sont responsables, entre autres, du taux élevé de récurrence du kératokyste odontogène après un traitement chirurgical. Dans le diagnostic différentiel du kératokyste odontogène, il faut penser tout d'abord au kyste folliculaire (surtout en relation avec les dents incluses) et à l'améloblastome, bien que ce dernier ait plutôt tendance à croître en fonction du temps.

Dans le cas qui nous intéresse, un patient de 44 ans s'est présenté après avoir été référé par un médecin-dentiste privé. Lors d'un examen de routine, l'orthopantomogramme a révélé une ostéolyse étendue dans le corps de la mandibule et sa branche ascendante gauche (fig. 3). Le patient a rapporté des douleurs dentaires sourdes dans la région molaire gauche, sans déficit neurologique au niveau du parcours du nerf alvéolaire inférieur. Après la réalisation d'une tomographie volumique numérique, le diagnostic de suspicion de kératokyste odontogène versus améloblastome a été posé (fig. 4).

Dans une première étape thérapeutique, un prélèvement de tissu a été effectué (fig. 1) et la lésion a été décompressée (fig. 2). L'examen histopathologique a confirmé le diagnostic de kératokyste odontogène. L'énucléation du reste du kératokyste odontogène est prévue seulement après la réossification ou la rémission manifeste de la lésion.

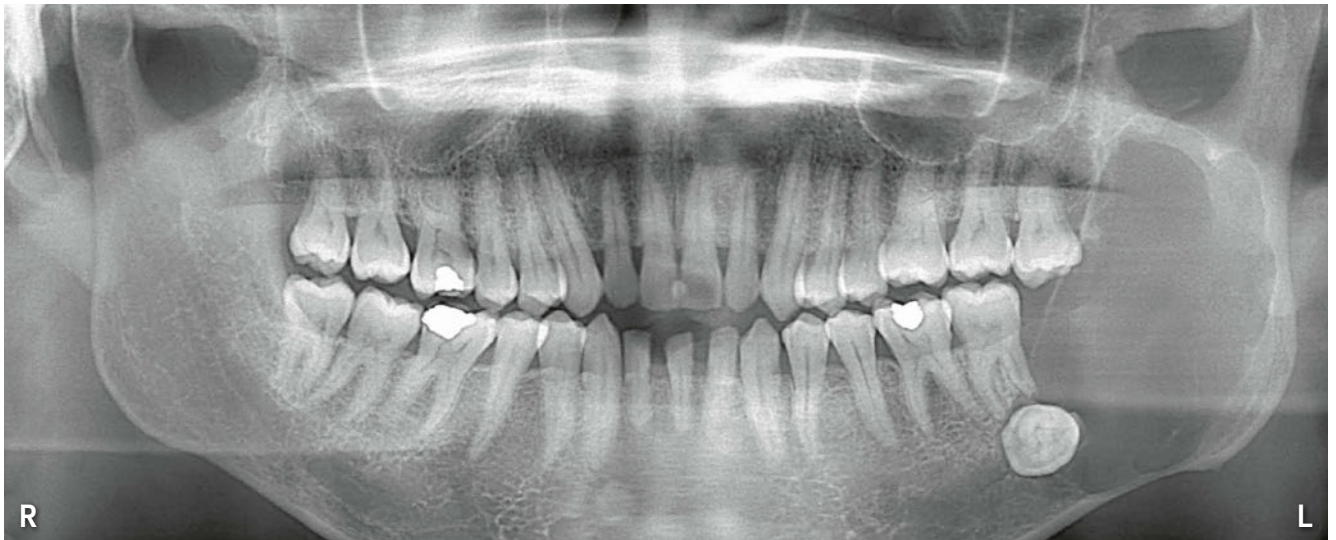


Fig. 3 L'orthopantomogramme initial montre une ostéolyse étendue assez nettement délimitée dans la région postérieure gauche de la mandibule et sa branche ascendante. Dans la zone antérieure par rapport à l'ostéolyse, la dent de sagesse 38 incluse et déplacée est visible au niveau de la région apicale de la dent 37. Le canal mandibulaire est encore visible antérieurement par rapport à la couronne de la 38, mais il n'est plus visible dans la zone de l'ostéolyse.

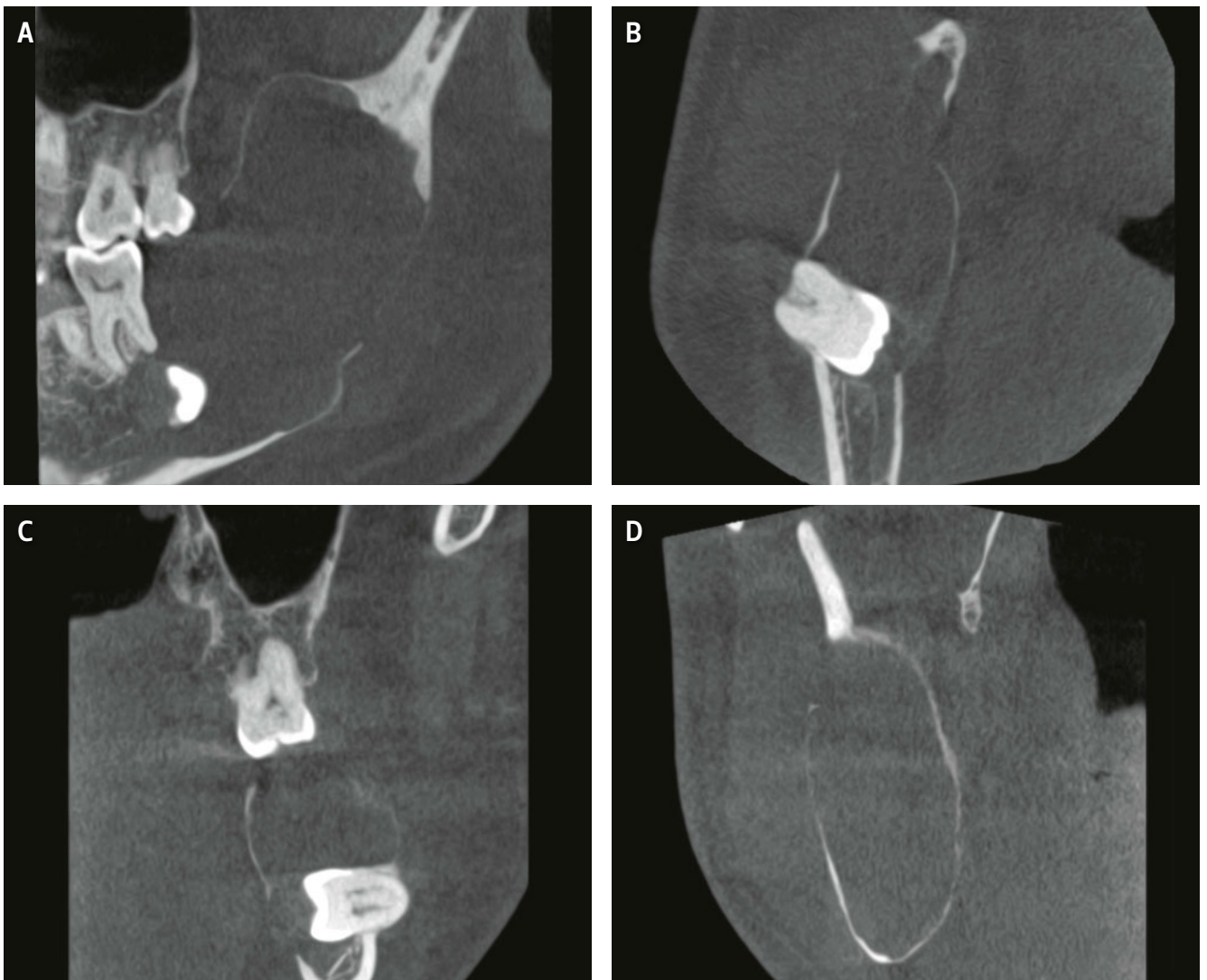


Fig. 4 La tomographie volumique numérique (TVN) montre sur l'image en coupe sagittale (A) une ostéolyse étendue, qui s'étend antérieurement par rapport à la dent 37 et à la dent de sagesse 38 incluse et déplacée, et jusqu'à la naissance du processus musculaire et articulaire de la branche ascendante gauche. Le trajet du canal mandibulaire est encore visible antérieurement par rapport à la dent 38 incluse, mais pas au-delà. La vue en coupe axiale (B) montre le positionnement en direction vestibulaire de la dent 38, et antérieurement dans la mandibule, en position linguale, le trajet du canal mandibulaire. L'ostéolyse n'est pas limitée en continu par la corticale, il semble ici que la délimitation osseuse est souvent absente, ou même que la corticale est dépassée. Dans l'ensemble, la structure osseuse résiduelle est extrêmement fine radiologiquement au niveau de la lésion, comme une coquille d'œuf (C, D : images en TVN, coupes coronales).