

POSTER

Kératoacanthome de la muqueuse buccale secondaire à la vaporisation par laser CO2 d'une lésion dysplasique de GVHD chronique.

Meyer M^{1,2}, D'Elbee JM², Fricain JC^{1,2}

1 UFR Odontologie, Université Victor Segalen, Bordeaux 2, 16 à 20 cours de la Marne, 33082, Bordeaux Cedex, FRANCE

2 Pôle d'odontologie et Santé buccale - C.H.U. de Bordeaux, Place Amélie Raba-Léon, 33000, Bordeaux, FRANCE

Introduction

La muqueuse buccale est atteinte chez 80% des patients souffrant de la réaction chronique du greffon contre l'hôte (cGVHD pour chronic Graft Versus Host Disease) (J-C Fricain et al. 2005). Les principales manifestations orales de la cGVHD sont le syndrome sec et les réactions lichénoïdes (J-C Fricain et al. 2005). D'autres pathologies comme les mucocèles superficiels récidivants, les granulomes, le xanthome verruqueux et les carcinomes épidermoïdes (CE) oraux ont été parfois rapportées (Fabrice Campana et al. 2006) (Adenis-Lamarre et al. 2009) (V Sibaud et al. 2006). Le kératoacanthome (KA) de la muqueuse buccale n'a jamais été décrit chez ces patients.

Observation

Le cas d'un homme de 43 ans, suivi pour une lésion lichénoïde gingivale récidivante, est rapporté. Cette lésion est apparue suite à une allogreffe de cellules souches hématopoïétiques pour traiter une leucémie myéloïde aigüe en 2003. En 2005, l'examen clinique révélait une lésion gingivale kératinisée au niveau des dents 36 et 37. L'exérèse chirurgicale a été réalisée et l'histologie montrait une dysplasie modérée. Trois ans plus tard, la même lésion avec dysplasie modérée réapparaissait. L'exérèse a été réalisée au laser CO2 (Puissance 20W, mode chopérisé continu). Trois mois plus tard, une lésion papuleuse kératinisée s'est développée sur la zone traitée. Un KA muqueux était suspecté, de part la croissance

rapide de la lésion, ainsi que son aspect circulaire au relief en forme de volcan. Une exérèse complète a été réalisée. L'histologie révélait un cratère kératinisé associé à des atypies cellulaires. Douze mois après l'exérèse, il n'existait pas de signes de récurrence. La palpation des aires ganglionnaires cervico-faciales ne révélait pas de lymphoadénopathie. Le patient est suivi tous les 6 mois.

Discussion

Un dilemme se pose dans le traitement du KA. Parce qu'il peut régresser spontanément, certains préconisent une simple surveillance clinique. D'autres le considèrent comme une variante du CE. Ils préconisent un traitement chirurgical (Warner et al. 1995). Des traitements alternatifs comme les rétinoïdes systémiques, la radiothérapie, le curetage, l'électro-dessiccation, le Er:YAG laser combiné ou non avec le 5-fluorouracile, le méthotrexate intra-lésionnel, l'interféron alpha-2b intra-lésionnel et l'imiquimod ont aussi été utilisés mais de façon moins fréquente. Dans le cas présenté, les antécédents de dysplasie posaient l'indication du traitement chirurgical. Les difficultés du diagnostic différentiel entre un KA et un CE imposent un suivi régulier.

MEYER Matthieu
matmey@sfr.fr