

POSTER

Traitement d'un cas de tumeur odontogène kystique kératinisante du maxillaire par décompression

Gossart R¹, Crampette L², Torres JH³

1 - interne DESCO

2 - PU-PH ORL

3 - PU-PH Chirurgie Orale

La tumeur odontogène kystique kératinisante (TOKK) est une tumeur bénigne agressive à fort potentiel de récurrence avec un faible risque de dégénérescence maligne (*Bhargava et al 2011*). Initialement asymptomatique, elle peut se manifester en cas de surinfection ou de croissance importante. L'image radiologique de la lésion se présente sous la forme d'une géode mono ou polyfocale homogène. Le traitement est chirurgical, et plusieurs techniques existent, dont la décompression avant énucléation qui consiste en une ouverture du kyste à la cavité orale avec la pose d'un drain. Cette technique cherche à obtenir une diminution de la taille de la lésion (afin de s'éloigner des structures voisines pour les respecter) et un épaississement de la membrane, ce qui facilite son décollement lors de l'énucléation (*Abdullah 2011*). Elle présente un taux de succès aussi élevé que les traitements chirurgicaux radicaux d'emblée, plus agressifs (*Pogrel 2005*).

Une tuméfaction de la pommette droite a été découverte fortuitement chez une patiente de 37 ans non fumeuse et sans aucun antécédent, qui rapportait une légère dysesthésie infra-orbitaire. La vitalité des dents 13 à 16 était conservée. L'OPT a révélé la présence d'une formation occupant la totalité du sinus maxillaire droit, dont la TDM et l'IRM ont précisé les rapports. Lors de la biopsie, la lésion a laissé s'échapper un contenu liquide et pâteux blanc-jaunâtre. L'anatomopathologie a précisé le diagnostic de TOKK. 4 semaines après, une décompression a été pratiquée, dans le fond du vestibule, au-dessus des apex dentaires, avec mise en place d'une canule confectionnée sur mesure. La patiente avait pour consigne d'effectuer 3 lavages par jour avec une solution de chlorhexidine pendant 3 semaines, puis avec de l'eau du robinet 2 fois par jour. Le volume de la cavité, initialement mesuré à 11 ml, était de 8 ml à 2 mois, et 6.8 ml à 4 mois. À 7 mois, le rinçage ne rapportait plus d'éléments figurés blancs. L'intervention d'exérèse chirurgicale a eu lieu sous anesthésie générale, 11 mois après la décompression. Elle a été pratiquée en double équipe (CO/ORL), sous contrôle endoscopique. Il n'y a pas eu de méatotomie associée. Les dents 13 à 16, qui avaient été obturées préalablement à l'intervention, ont pu être conservées. Le curetage de la lésion a imposé leur résection apicale. L'anatomopathologie de la pièce opératoire a confirmé le diagnostic de TOKK. La patiente a été revue en consultation de contrôle à une semaine. La patiente s'est dite soulagée d'avoir pu conserver l'ensemble de ses dents. Par la suite, l'évolution a été favorable.

Il semble que la décompression pratiquée dans ce cas a permis une chirurgie moins invasive, en éloignant la lésion du nerf infra-orbitaire et de la fosse temporale, et en restaurant les septums dentaires détruits. La patiente a toutefois été bien informée de la nécessité de contrôle à long terme du fait du risque de récurrence élevé lié à la nature de la tumeur.

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License 4.0, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.