

POSTER

Réhabilitation implantaire et tumeurs odontogènes : A propos d'un cas de tumeur.

Gossioime C^{1,2}, Toledo R¹, Gruffaz F³, Descroix V^{1,4}, Lescaille G^{1,5}

1. Service d'Odontologie - Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), Groupe Hospitalier Pitié-Salpêtrière, Paris
2. Département de Médecine Buccale et Chirurgie Buccale - Faculté de Chirurgie Dentaire - Université Paris V - Paris Descartes
3. Service d'Anatomopathologie - Sorbonne Universités UPMC - Groupe Hospitalier Pitié-Salpêtrière - AP-HP - Paris
4. Université Paris Diderot - Sorbonne Paris Cité - Paris 7
5. Centre d'Immunologie et Maladies Infectieuses (CIMI Paris), UMR-S INSERM U1135, CNRS ERL 8255 - Sorbonne Universités UPMC - Paris 6

Introduction

Les tumeurs kératocystiques sont des tumeurs odontogènes bénignes classées parmi les tumeurs et non les kystes depuis 2005 compte-tenu de leur agressivité et de leur potentiel de récurrence. Leurs traitements ont fait l'objet de nombreux débats et différentes thérapeutiques ont été proposées en complément de l'énucléation kystique, comme l'utilisation d'une solution de Carnoy. A l'heure actuelle se pose la question de la réhabilitation post chirurgicale chez ces patients et des possibilités de programmation en terme de délai. Afin d'illustrer ce propos, un cas de prise en charge d'une tumeur kératocystique suivi d'une réhabilitation implantaire est rapporté ici.

Observation

Il s'agissait d'une jeune patiente de 25, sans antécédents médicaux consultant pour des douleurs mandibulaires en regard de la dent 36 depuis plus d'un an pour lequel son chirurgien dentiste avait prescrit un traitement antalgique local sans réalisation d'examen radiologique. La patiente consultait en urgence devant une évolution des symptômes. L'examen clinique révélait une absence de 35, une légère égression de 36, ainsi qu'une palpation douloureuse en vestibulaire de 36. Les tests de sensibilité pulpaire étaient positifs sur 34, 36, 37. Une panoramique ainsi qu'un dentascanner ont été prescrits. L'orthopantomogramme réalisé 5 ans plus tôt ne montrait aucune lésion. L'imagerie 3D montrait une lésion uniloculaire bien délimitée radioclaire centrée sur 36, refoulant le nerf alvéolaire inférieur, et soufflant la corticale en vestibulaire de 36 devenue très fine. Les diagnostics de tumeur kératocystique et d'améloblastome uniloculaire ont été évoqués. Compte du caractère bénin, l'exérèse a été programmée et l'énucléation associée à un curetage osseux ont été réalisés. La pièce macroscopique contenait un liquide jaune crémeux compatible avec le diagnostic de tumeur kératocystique confirmé par l'analyse anatomopathologique. Sans signe de récurrence, une réhabilitation par greffe d'apposition osseuse a été mise en place 3 ans après l'élimination de la lésion suivie de la pose d'un implant, 6 mois plus tard. Le suivi de la patiente est à l'heure actuelle de 11 ans sans aucune récurrence.

Discussion

A partir de la présentation d'un cas, cet article a pour but de faire d'une part le point sur la prise en charge de ces lésions, ainsi que sur la réhabilitation post chirurgicale et des délais à envisager.

Conclusion

Certains auteurs proposent une reconstruction immédiate dans le cas de ses pertes de substances dans des indications bénignes. Toutefois, la problématique concerne le risque de récurrence, qui plus est pour une lésion dont le diagnostic anatomopathologique de certitude n'est pas encore établi. La question de l'indication des reconstructions chirurgicales immédiates des tumeurs et des kystes des maxillaires reste donc ouverte.

charlesgossioime@hotmail.com