



Assistance Publique
Hôpitaux de Marseille

LES KERATOKYSTES ODONTOGENIQUES

PRESENTATION DE 6 CAS ET MISE AU POINT

Castro R*, Ordioni U**, Massereau E **, Del Grande J ***, Catherine JH*

*Service de Chirurgie Maxillo-faciale, Pr C Chossegros, CHU Conception, AP-HM 147 boulevard Baille, 13005 Marseille

**Service de Chirurgie Orale, Pr C Tardieu, CHU Timone, AP-HM 264 rue Saint Pierre, 13385 Marseille

***Service d'anatomo-pathologie, Pr J Del Grande, CHU Timone, AP-HM 264 rue Saint Pierre, 13385 Marseille

Contact : castro.romain1@gmail.com

Introduction

Les kératokystes odontogéniques ont été décrits pour la première fois par Philipsen en 1956.

La classification de l'OMS de 1992 situe les kératokystes odontogéniques dans la famille des kystes épithéliaux odontogéniques liés au développement. Depuis 2005, l'OMS différencie les kératokystes en fonction du type de kératinisation de l'épithélium endocavitaire. Le type orthokératinisé est appelé kératokyste odontogénique orthokératinisant (KOO). La variante parakératinisée correspond à la tumeur odontogène kératokystique (TOK) du fait de son comportement biologique invasif.

Dans la forme parakératinisée, on associe très souvent la présence de kératokystes à une naevomatose basocellulaire ou syndrome de Gorlin-Göltz. L'aspect de la couche basale et l'immunohistochimie pourraient apporter des éléments supplémentaires pour le diagnostic de ces lésions.

Méthode

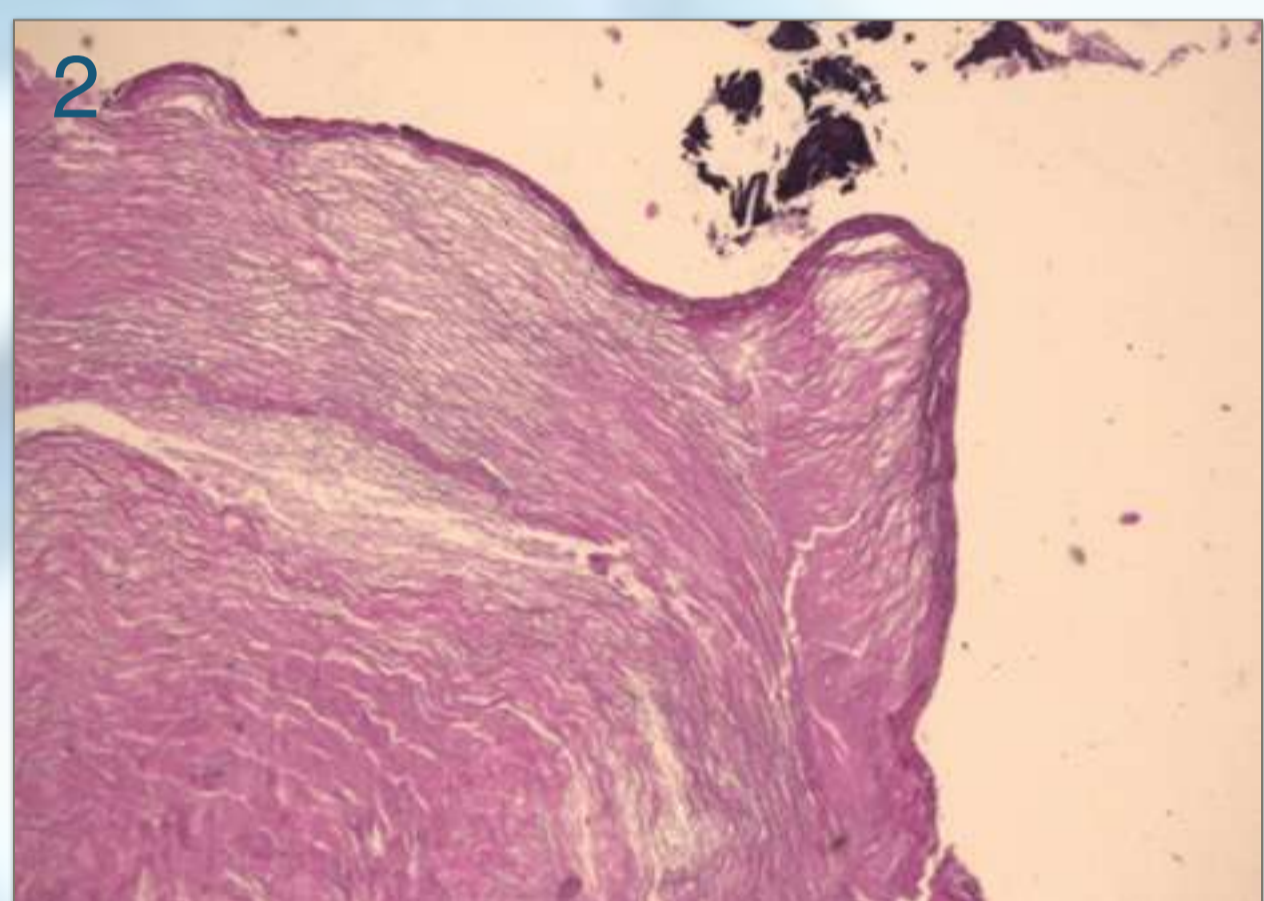
Nous avons rapporté 6 cas : 4 hommes, 2 femmes, dans leur troisième ou quatrième décennie, excepté pour le cas associé au syndrome de Gorlin-Goltz (21 ans).

Un seul cas touchait le maxillaire et les autres concernaient la mandibule, deux cas refoulaient le canal mandibulaire, témoignant de l'agressivité locale du kyste.

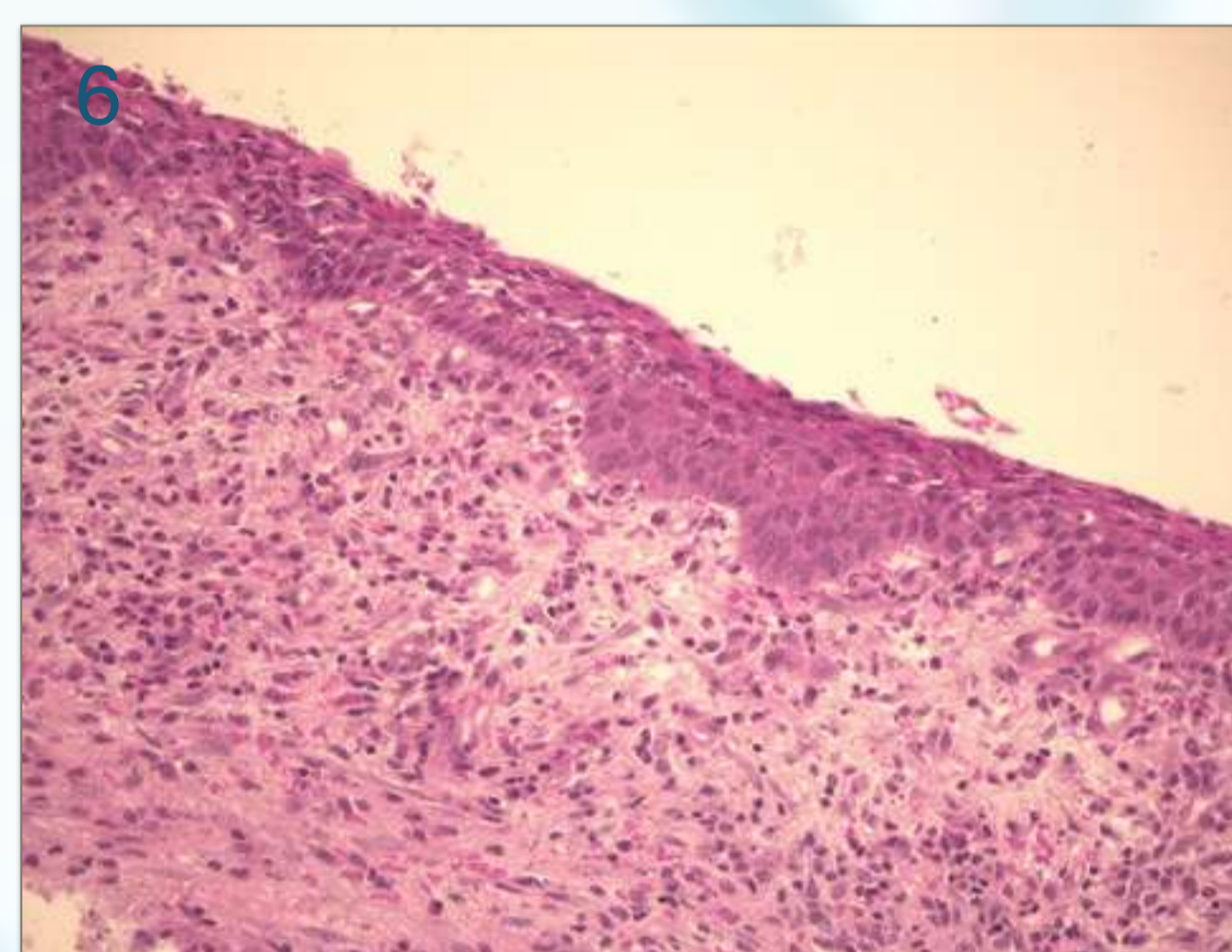
Un cas présentait des atteintes multiples, celui associé à la naevomatose baso-cellulaire.

Trois cas étaient symptomatiques et présentaient une tuméfaction ou un écoulement endobuccal.

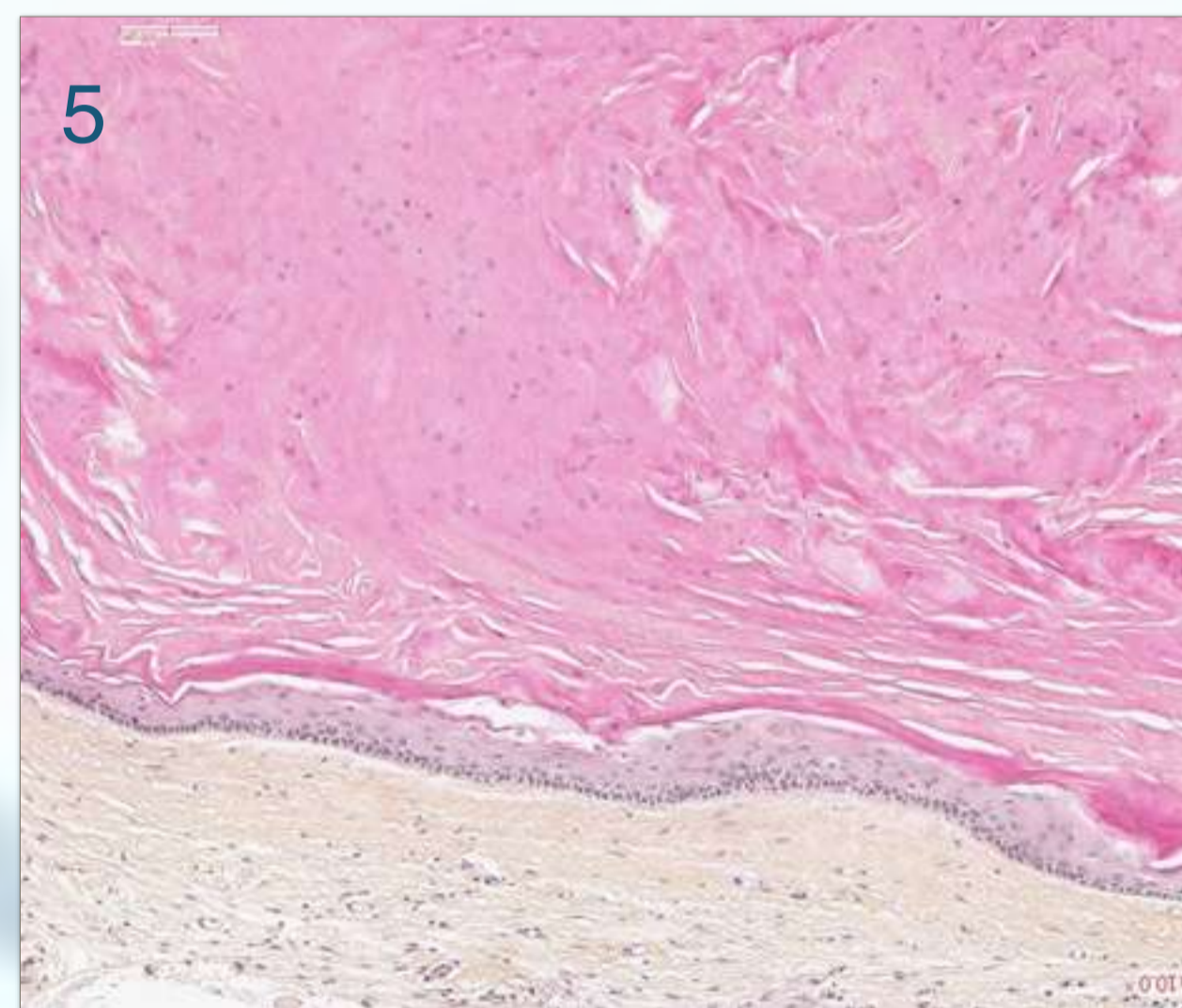
Les examens complémentaires histologiques mettaient en évidence un épithélium stratifié pavimenteux parakératinisant (ou tantôt para, tantôt ortho) avec une couche basale constituée de cellules hautes palissadiques à noyaux chromatiques avec dans la lumière des lamelles de kératine.



Orthokératose



Orthokératose ou
Parakératose ?



Parakératose

Discussion

Bien que les kératokystes parakératosiques et orthokératosiques aient de nombreuses caractéristiques communes notamment épidémiologiques, cliniques, et radiologiques, leurs évolution et leurs potentiels d'agressivité doivent nous forcer à les différencier.

L'examen histologique doit permettre de caractériser le type de kératinisation des lésions afin d'établir un diagnostic précis.

Cela peut être difficile lorsque les deux types cohabitent au sein d'une même lésion.

La connaissance de certains marqueurs biologiques et l'intérêt de l'immunohistochimie permettraient de les distinguer. En effet, la forte expression des marqueurs de prolifération cellulaire (PCNA, Ki-67 et p53) dans les couches parabasales de la tumeur odontogénique kératokystique par rapport à RK ET FK apporterait des éléments majeurs pour affiner le diagnostic.



Calcification de la
feux du cerveau

Observation



Bibliographie :

1. L. Lo Muzio *et al.* P63 expression in odontogenic cysts. *Int J Oral Maxillofac Surg.* Sept 2005 ;34 (6) : 668-73.
2. W. Thosaporn *et al.* A comparative study of epithelial cell proliferation between the odontogenic keratocyst, orthokeratinized odontogenic cyst, dentigerous cyst, ameloblastoma. *Oral Dis Oral Maxillofac Pathol.* Janv 2004 ;10(1) :22-6.
3. Deyhimi *et al.* *Pathol Res Pract.* 2014 Apr;210(4):201-4.