

KYSTE DERMOÏDE DU PLANCHER BUCCAL

A. GHORBEL, J. MOALLA, M. MNEJJA, W. BOUAYED, M. DHOUB*, A. CHAKROUN, I. CHARFEDDINE.

SERVICE ORL ET CHIRURGIE CERVICO-FACIALE

* SERVICE DE CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET ESTHÉTIQUE
CHU HABIB BOURGUIBA SFAX

RESUME

Le kyste dermoïde du plancher buccal est une entité rare. Il touche essentiellement le sujet jeune. Nous rapportons l'observation d'un nourrisson âgé de 9 mois qui a été amené par ses parents pour fistule sous mentale sans aucune gêne fonctionnelle associée. L'examen clinique a révélé une voussure du plancher buccal antérieur. L'IRM a montré une lésion kystique du plancher buccal en hyposignal T1 et hypersignal T2. L'enfant a été opéré par voie endobuccale. Les suites opératoires étaient simples. L'examen anatomopathologique a conclu à un kyste dermoïde. Nous discutons, dans ce travail, les caractéristiques cliniques, radiologiques et les volets thérapeutiques de cette entité.

Mots clés : kyste dermoïde, plancher buccal.

SUMMARY

The floor of the mouth dermoid cyst is a rare entity. It concerns essentially the youth. We report the observation of a child, 9 month old, who has a submental fistula without any functional trouble. The clinical examination revealed a mass of the anterior orally floor. The MRI demonstrated a cystic lesion of the orally floor with a low signal intensity on T1 and hyperintense signal on T2. The child was operated with intra-oral approach without complications. The histological examination concluded on a dermoid cyst.

We discuss clinical and radiological characteristics and therapeutic approaches of this entity.

Key words : floor of the mouth, dermoid cyst.

INTRODUCTION

Le kyste dermoïde du plancher buccal représente 1,6% des kystes dermoïdes cervico-faciaux. Il s'agit le plus souvent d'un kyste congénital mais découvert généralement entre la 2ème et la 3ème décennie de la vie. Nous rapportons l'observation d'un nourrisson, chez qui nous avons découvert un kyste dermoïde du plancher buccal. Nous discutons, dans ce travail, les caractéristiques cliniques, radiologiques et les volets thérapeutiques de cette entité.

OBSERVATION

Firas T, âgé de 9 mois, issu d'une grossesse normale, menée à terme avec un accouchement sans incidents et un bon développement psychomoteur. Il a été amené par ses parents pour une fistule sous mentale. Aucune gêne fonctionnelle n'était associée.

L'examen clinique a objectivé :

- Une voussure sublinguale médiane occupant tout le plancher buccal antérieur. Cette masse était recouverte de muqueuse saine.
- La présence d'une fistule sous mentale, médiane ramenant des sécrétions purulentes à la pression.

Nous avons pensé, alors, à un kyste du plancher buccal. Une IRM cervico-faciale a été réalisée et a montré une masse bien limitée arrondie, volumineuse du plancher buccal. Cette masse était en hyposignal en T1 et hypersignal T2 (figures 1, 2 et 3). L'aspect radiologique était très évocateur de la nature kystique de la lésion.

L'enfant a été opéré sous anesthésie générale avec intubation naso-trachéale sous nasofibroscopie. Une incision antérieure du plancher buccal était suffisante pour réaliser une exérèse complète de la masse par énucléation. L'excision de la fistule et de son trajet qui arrive jusqu'au plancher s'est faite par voie externe. Les suites opératoires étaient simples sous couverture d'une antibiothérapie et alimentation parentérale pendant 48 heures.

L'examen anatomopathologique a conclu à un kyste dermoïde du plancher buccal avec absence de signes histologiques de malignité (figure 4). Nous n'avons pas observé de récurrence après un recul de 12 mois.

L'examen anatomopathologique a conclu à un kyste dermoïde du plancher buccal avec absence de signes histologiques de malignité (figure 4).

Nous n'avons pas observé de récurrence après un recul de 12 mois.

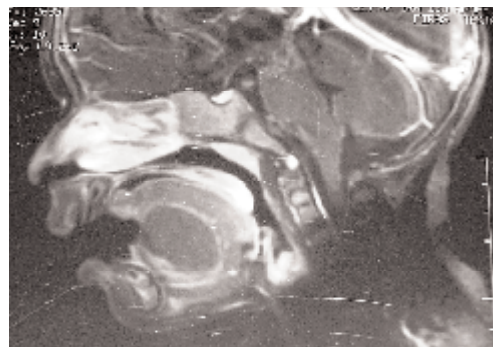


Fig. 1 : IRM : coupe sagittale en T1 formation du plancher buccal en hyposignal

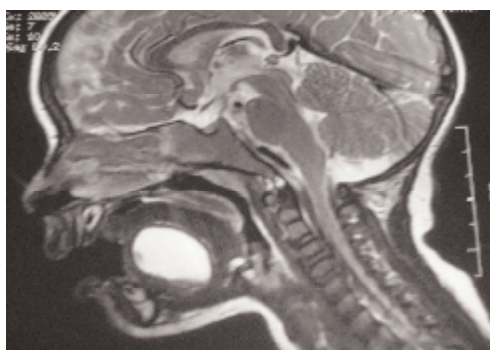


Fig. 2 : IRM : coupe sagittale en T2 formation du plancher buccal en hypersignal

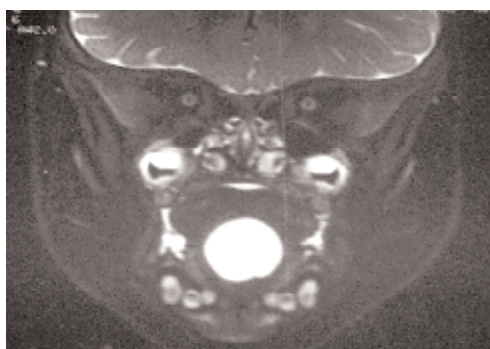


Fig. 3 : IRM: coupe frontale en T2

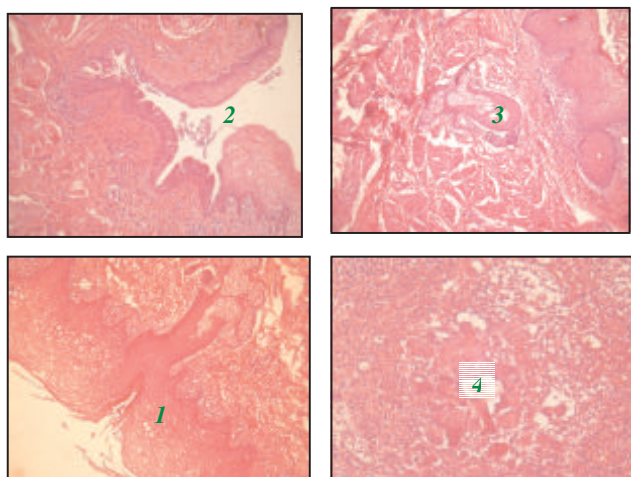


Fig. 4 : Coupes histologiques du kyste : épithélium malpighien avec des dérivés dermiques : follicules pileux, glandes sudoripares et sébacées.

1: épithélium mapighien kératinisant; 2: kératine; 3 : structures glandulaires sébacées et sudoripares; 4 : follicule pileux

COMMENTAIRE

Le kyste dermoïde est une inclusion de tissu épithélial, qui peut être d'origine congénitale, embryonnaire, résultant d'un défaut de fusion des arcs branchiaux[1] ou acquis d'origine traumatique ou iatrogène[2]. Dans notre cas, il s'agissait plutôt d'un kyste dermoïde congénital. Il peut sié-

ger dans n'importe quelle région de l'organisme [3]. Seulement 7% des kystes dermoïdes touchent la région cervico-faciale[4] dont 1,6% siègent au niveau du plancher buccal[5].

La classification anatomique divise le kyste dermoïde du plancher buccal en 3 groupes selon leur siège par rapport aux muscles du plancher : le kyste sublingual ou génio-glosse médian localisé au dessus du muscle génio-hyoïdien ; le kyste génio-hyoïdien médian localisé dans la région sous mentale entre le génio-hyoïdien et le mylo-hyoïdien ; et le kyste dermoïde latéral localisé dans la région submandibulaire[6].

Sur le plan histologique, on distingue trois sous types[7] : les kystes épidermoïdes, les kystes dermoïdes et les kystes tératoïdes ou tératomes. Les vrais kystes dermoïdes contiennent un épithélium malpighien avec des dérivés dermiques (follicules pileux, glandes sudoripares et sébacées). En absence de ces derniers, il est dit épidermoïde. Les tératomes contiennent en plus des éléments épithéliaux, des structures osseuses et cartilagineuses. La transformation maligne est observée dans 5% des tératomes[1].

Le kyste dermoïde du plancher buccal survient à tout âge et touche essentiellement l'adulte jeune entre la 2ème et la 3ème décennie de la vie [1]. Il se présente, cliniquement, comme une masse indolore bien limitée, recouverte de muqueuse saine et qui augmente progressivement de taille. Certains kystes peuvent s'infecter et s'associer à des fistules cutanées[8]. Chez l'enfant, certains kystes volumineux peuvent entraîner une gêne respiratoire, des troubles de la déglutition et de l'élocution[9].

Le diagnostic différentiel peut se poser avec d'autres lésions du plancher buccal : le lymphangiome kystique qui se présente comme de multiples petites tumeurs kystiques molles ; l'hémangiome qui est une lésion colorée rouge plane ou lésion tumorale rouge sombre se décolorant à la pression; le papillome qui est une lésion pédiculée avec un aspect en « chou-fleur » de coloration rouge ou blanche ; le kyste sébacé et le lipome qui réalise une tuméfaction molle, indolore bien limitée, sessile ou pédiculée, lisse avec un aspect jaune caractéristique[10].

La palpation bidigitale, l'échographie associée à une ponction cytologique, le scanner et au mieux l'IRM sont essentiels pour l'orientation étiologique devant toute lésion du plancher buccal [8]. En effet, l'IRM, l'examen de choix, confirme la nature kystique en montrant une lésion en hyposignal T1, hypersignal T2 ne se rehaussant pas après injection de produit de contraste[7]. Elle permet aussi, une bonne précision de la localisation du kyste et ses rapports avec les muscles génio-hyoïdien et mylo-hyoïdien. Ceci permet de choisir la voie d'abord chirurgicale adéquate surtout pour les lésions étendues.

Le traitement des kystes dermoïdes est exclusivement chirurgical. Une exérèse complète est nécessaire pour éviter les récurrences. La présence d'une capsule fibreuse permet



une énucléation facile du kyste. Deux voies d'abord ont été décrites : la voie endobuccale et la voie cervicale. Le choix de l'une ou l'autre des deux voies d'abord dépend de la localisation du kyste dans le plancher et de son étendue [3]. La voie endobuccale est envisagée pour les kystes sublinguaux, comme c'était le cas de notre malade. La voie d'abord cervicale est nécessaire pour les kystes qui dépassent la limite du muscle génio-hyoïdien[6]. En cas de très volumineuse lésion, les deux voies peuvent être combinées. La voie d'abord endobuccale, quand elle est envisagée, doit être réalisée après une intubation nasotrachéale sous nasofibroscopie. Une trachéotomie préopératoire est parfois nécessaire pour prévenir les troubles respiratoires en postopératoire surtout pour les lésions étendues du plancher buccal[3]. Une alimentation parentérale ou par sonde nasogastrique doit être maintenue quelques jours après l'intervention. Le pronostic est généralement bon et les récurrences sont très rares[8].

REFERENCES

- 1-Zachariades, N., and Skoura-Kafoussia, C. A life threatening epidermoid cyst of the floor of the mouth: Report of a case. *J. Oral Maxillofac. Surg.* 1990; 48: 400.
- 2-Brusati, R., Galioto, S., Tullio, A., and Moscato, G. The midline sagittal glossectomy for treatment of dermoïde cysts of the mouth floor. *J. Oral Maxillofac. Surg.* 49: 875, 1991.
- 3-Ichiro Akao, Shigenori Nobukiyo, Takehiko Kobayashi, Hitoshi Kikuchi, Izumi Koizuka. A case of large dermoid cyst in the floor of the mouth. *Auris, Nasus, Larynx* (2003); 30 : 137 S139.
- 4- Bloom, Daniele Carvalho. Neonatal Dermoid cyst of the floor of the mouth. *Archive Otolaryngol Head Neck Surgery.* 2002; 128; 68-70.
- 5-New, G. B., and Erich, J. B. Dermoid cysts of head and neck. *Surg. Gynecol. Obstet.* 1937; 65: 48.
- 6- Colp, R. Dermoid cyst of the floor of the mouth. *Surg. Gynecol. Obstet.* 1925; 40: 183.
- 7- Meyer, I. Dermoid cysts (dermoids) of the floor of the mouth. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.* 1955; 8: 1149.
- 8-Francesco Longo, Pietro Maremonti, Giuseppe Michele Mangone, Giuseppe De Maria, and Luigi Califano. (Dermoid) Cysts of the Floor of the Mouth: Report of 16 Cases and Review of Surgical Techniques. *Plast. Reconstr. Surg.* 2003; 112: 1560.
- 9- Soni NK, Chatterji P.A. A massive sublingual cervical dermoïde. *J. Laryngol Otol.* 1978;92:1151-1159.
- 10- P. Bouletreau. Affections du plancher buccal. *EMC-Stomatologie 1* (2005): 126-140.