

Observation clinique

Double tératome de la cavité buccale

Misk Meziane, Adil Eabdenbitsen, Malik Boulaadas, Laila Essakalli, Mohammed Kzadri

Service d'ORL et de Chirurgie maxillo-faciale, Rabat, Maroc

(Reçu le 23 août 2012, accepté le 25 septembre 2012)

Mots clés :
tératome / cavité
buccale

Résumé – Les tératomes buccaux sont rares. Ils peuvent engager le pronostic vital dès la naissance par détresse respiratoire quand ils sont volumineux. De petite taille, ils ont un retentissement fonctionnel et entraînent des malformations craniofaciales d'origine mécanique. Le diagnostic anténatal et le traitement précoce améliorent le pronostic.

Nous rapportons un cas original avec un tératome de la cavité buccale à double localisation : nasopharynx et plancher buccal.

Key words:
teratoma / oral cavity

Abstract – Double teratoma of the oral cavity. Oral teratomas are rare. They can lead to difficult management during and after birth when they are large (respiratory distress). When small, they have a functional repercussions and lead to craniofacial deformities. Antenatal diagnosis permits early multidisciplinary management and improve prognosis.

We report the first case of teratoma of the oral cavity with double location: nasopharynx and buccal floor.

Les tératomes de la cavité buccale sont des tumeurs bénignes rares d'origine embryonnaire. La gravité de ces tératomes est inhérente à leur localisation et à leur taille, et ils peuvent engager le pronostic vital par obstruction des voies aéro-digestives supérieures. Le diagnostic prénatal permet une meilleure prise en charge à la naissance.

Nous rapportons le cas d'un tératome de la cavité buccale à double localisation : nasopharynx et plancher buccal.

Observation

Un nourrisson de 17 mois, de sexe féminin, issue d'un mariage consanguin, 8^e d'une fratrie de 8, a été adressé pour tumeurs du plancher buccal antérieur et du nasopharynx. Les parents rapportaient un reflux des aliments par le nez et des fausses routes lors de l'allaitement. La tuméfaction du plancher buccal prenait naissance sur la partie antéro-médiane du plancher et mesurait 2 cm dans son grand axe. Elle était molle, indolore et s'interposait entre les deux hémis-langues (langue bifide). Une deuxième tuméfaction plus dure, s'étendait du nasopharynx jusqu'à l'oropharynx et comblait une fente vélo-palatine. Derrière cette tumeur pendait une mèche de cheveux blanchâtres (Fig. 1). Le bilan malformatif



Fig. 1. Vue endobuccale des 2 tumeurs : l'une siégeant sur le plancher buccal et l'autre dans le nasopharynx.

Fig. 1. Intraoral view of the two tumors: one on the floor of the mouth and the other in the nasopharynx.

ne retrouvait pas d'anomalies associées. L'IRM craniofaciale montrait deux formations polylobées contenant des dents, l'une dans le nasopharynx, l'autre sur le plancher buccal

* Correspondance : misk11@yahoo.fr

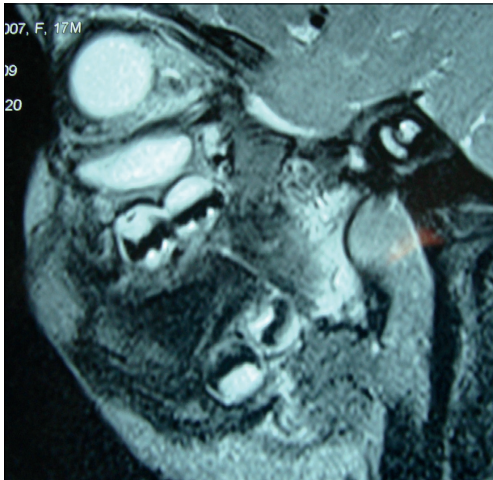


Fig. 2. IRM (coupe sagittale) montrant la localisation des 2 tumeurs et leur caractère hétérogène.

Fig. 2. MRI (sagittal view) showing the localization of the two tumors and their heterogenous nature.



Fig. 3. Pièce opératoire du tératome nasopharyngé comportant une dent et des cheveux.

Fig. 3. Nasopharyngeal teratoma in resected surgical specimen containing one tooth and hair.

antérieur (Fig. 2). L'intervention chirurgicale a consisté en l'exérèse des deux tumeurs (Fig. 3) avec fermeture immédiate de la fente linguale (Fig. 4) et fermeture différée de la fente vélo-palatine. L'examen anatomo-pathologique a conclu à deux tératomes bénins.

Commentaires

Les tératomes congénitaux de la tête et du cou constituent seulement 5 % des tératomes découverts dans la période néonatale. Ils sont rarement décrits dans la littérature en raison



Fig. 4. Rétablissement de la continuité linguale après exérèse du tératome du plancher buccal.

Fig. 4. Restoration of lingual continuity after excision of the teratoma of the floor of the mouth.

de leur faible fréquence (1/20 000 à 1/40 000 naissances vivantes) [1]. Les tératomes nasopharyngés sont encore plus rares [2]. Ils se développent très probablement à partir de cellules germinales pluripotentes, d'où leur localisation quasi exclusive le long de la ligne médiane. Les tératomes buccaux sont presque toujours matures, c'est-à-dire bénins et encapsulés. Ils ont une caractéristique structurale principale : ils sont constitués par des tissus dérivant des trois feuilletts embryonnaires. Ils peuvent donc comprendre des téguments et des phanères, du tissu musculaire, des éléments vasculaires, du tissu nerveux, du tissu glandulaire, du tissu lymphoïde, du cartilage, de l'os et des dents [3]. Les tératomes buccaux peuvent être associés à des anomalies crâniofaciales d'origine mécanique. La fente palatine est l'anomalie la plus fréquemment retrouvée [4].

Lorsque la tumeur se développe avant la huitième semaine, elle gêne la fermeture normale du palais secondaire sur la ligne médiane. La tumeur peut gêner aussi la confluence des deux moitiés du nez ou de la langue, donnant un nez et une langue bifides. Ces malformations seront responsables d'un développement anormal maxillo-facial avec micrognathie et palais ogival [2]. Le cas rapporté avait une fente vélo-palatine associée à une langue bifide. L'IRM représente l'examen d'imagerie de référence. Elle montre des lésions à composante mixte, siège de calcifications, et permet d'étudier les structures cérébrales à la recherche d'extension tumorale intracérébrale. Pour les tératomes nasopharyngés, le diagnostic différentiel se pose avec les autres tumeurs observées chez le petit enfant (kyste dermoïde, gliome, céphalocèle, rhabdomyosarcome, hémangiome, lipome, craniopharyngiome, kyste de la poche de Rathke, lymphome, sarcome botryoïde). Sur le plancher buccal, on pourra évoquer une épulis congénitale du nouveau-né ou encore un kyste mucoïde géant [2]. Le traitement des tératomes buccaux comporte une exérèse chirurgicale complète

combinée avec la cure des lésions associées. En cas d'exérèse incomplète, le risque de récurrence est important et, en absence de traitement, la dégénérescence maligne peut atteindre 90 % des cas [5].

Conflits d'intérêt : aucun

Références

1. April MM, Ward RF, Garelick JM. Diagnosis, management, and follow-up of congenital head and neck teratomas. *Laryngoscope* 1998;108:1398-401.
2. Benouaiche L, Couly G, Michel B, Devauchelle B. Diagnostic et prise en charge des tératomes cervico-faciaux congénitaux : à propos de quatre cas, revue de la littérature et mise au point. *Ann Chir Plast Esth* 2007;52:114-23.
3. Khonsari RH. Tumeurs des mâchoires d'origine embryonnaire. *Rev Stomatol Chir Maxillofac* 2009;110:214-6.
4. Levine AB, Alvarez M, Wedgwood J, Berkowitz RL, Holzman I. Contemporary management of a potentially lethal fetal anomaly: a successful perinatal approach to epignathus. *Obstet Gynecol* 1990;76:962-6.
5. Azizkhan RG, Haase GM, Applebaum H, Dillon PW, Coran AG, King PA. Diagnosis, management, and outcome of cervicofacial teratomas in neonates: a Children's Cancer Group study. *J Pediatr Surg* 1995;30:312-6.