



Journal Homepage: - [www.journalijar.com](http://www.journalijar.com)

## INTERNATIONAL JOURNAL OF ADVANCED RESEARCH (IJAR)

Article DOI: 10.21474/IJAR01/14922

DOI URL: <http://dx.doi.org/10.21474/IJAR01/14922>



### RESEARCH ARTICLE

#### LESION VERRUQUEUSE ATYPIQUE DU PLANCHER BUCCAL : HYPERPLASIE VERRUQUEUSE OU CARCINOME VERRUQUEUX ?

\*Nawfal EL Hafidi<sup>1</sup>, Mustapha Azzakhmam<sup>2</sup>, Keith M'FA<sup>1</sup>, Ayoub Bakhil<sup>1</sup>, Lahcen Khalfi<sup>1</sup> and Karim El Khatib<sup>1</sup>

1. Department of Plastic and Maxillofacial Surgery, Mohammed V Military Hospital, Mohammed V University, Rabat, Morocco.
2. Department of pathology, Mohammed V Military Hospital, Mohammed V University, Rabat, Morocco.

#### Manuscript Info

##### Manuscript History

Received: 21 April 2022

Final Accepted: 24 May 2022

Published: June 2022

##### Key words:-

Hyperplasie Verruqueuse, Carcinome Verruqueux, Lésion Verruco-Papillaire, Fibrose Sous Muqueuse Orale, Chirurgie Orale

#### Abstract

L'hyperplasie verruqueuse est une lésion verruco-papillaire rare de la muqueuse buccale, potentiellement maligne avec une tendance à se transformer en son homologue malin, le carcinome verruqueux. Elle est cliniquement indiscernable, mais histologiquement variable. L'hyperplasie verruqueuse buccale possède des caractéristiques énigmatiques qui rendent le diagnostic très difficile, notamment du fait qu'elle peut cliniquement ressembler à d'autres lésions verruco-papillaires de la muqueuse buccale. Par conséquent, une approche protocolisée, au moyen de critères cliniques et histologiques standardisés, doit être exécutée pour différencier l'hyperplasie verruqueuse buccale des autres lésions verruqueuses et papillaires de la muqueuse buccale afin de choisir l'option thérapeutique la plus adaptée. Ce travail présente une hyperplasie verruqueuse atypique du plancher buccal chez une femme de 80 ans.

Copy Right, IJAR, 2022,. All rights reserved.

#### Introduction:-

L'hyperplasie verruqueuse orale est une entité histopathologique qui fait partie des lésions verruco-papillaires de la muqueuse buccale [1,2,3,4] pouvant se transformer en carcinome verruqueux, son équivalent malin, [5, 6] ainsi qu'en carcinome épidermoïde. [6] Parmi 324 patients taïwanais, Hsue a constaté que le potentiel malin était de 3,1 % sur une durée moyenne de 54,6 mois. [2]

L'hyperplasie verruqueuse a été décrite pour la première fois par Ackermann et porte le nom de tumeur d'Ackermann [1]. La distinction clinique entre les deux lésions reste énigmatique, l'aspect clinique de ces lésions n'a pas été dans l'ensemble bien décrit car l'accent a été mis sur la nature verruqueuse, avec peu de considération pour les autres variations. En raison de cette similitude, En 1980, Shear a d'abord différencié hyperplasie verruqueuse du carcinome verruqueux sur la base de l'absence de croissance endophytique dans la première entité, l'épithélium verruqueux hyperplasique étant complètement superficiel par rapport à l'épithélium normal adjacent [3] d'où l'importance d'inclure une marge lésionnelle avec une profondeur adéquate dans les biopsies des lésions verruqueuses.

Au départ, les sites les plus communément signalés étaient la gencive et la muqueuse alvéolaire [4]. Toutefois, une étude antérieure a révélé que les muqueuses buccales (41 %) étaient plus fréquemment touchées [5]. La langue, le

**Corresponding Author:- Nawfal EL Hafidi**

Address:- Department of Plastic and Maxillofacial Surgery, Mohammed V Military Hospital, Mohammed V University, Rabat, Morocco.

palais, les muqueuses labiales, la muqueuse sino-nasale, le larynx et la région périnéale sont d'autres sites prédisposés [5]. Cette variété survient généralement chez les individus entre 30 et 60 ans.

Il existe un lien frappant entre les habitudes de chiquer, de mâcher et de fumer du tabac et la transformation maligne en carcinome verruqueux ou en carcinome spinocellulaire. Le taux de transformation maligne signalé est de 5,1 % en 54,6 mois [6].

Diverses modalités de traitement ont été utilisées : l'excision chirurgicale, la radiothérapie, la chimiothérapie ou une combinaison de ceux-ci. La thérapie photodynamique a également été récemment utilisée [5,6].

Ce rapport de cas illustre l'importance de la corrélation clinico-pathologique dans le choix d'une option thérapeutique adaptée.

### **Observation:-**

Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 80 ans, veuve, suivie pour une valvulopathie, ayant bénéficié en 2018 de l'exérèse d'une masse du plancher buccal, revenant en faveur d'une leucoplasie et qui vient consulter pour une récurrence, augmentant de taille progressivement et constituant un véritable handicap à la parole et à l'alimentation.(figure 1)

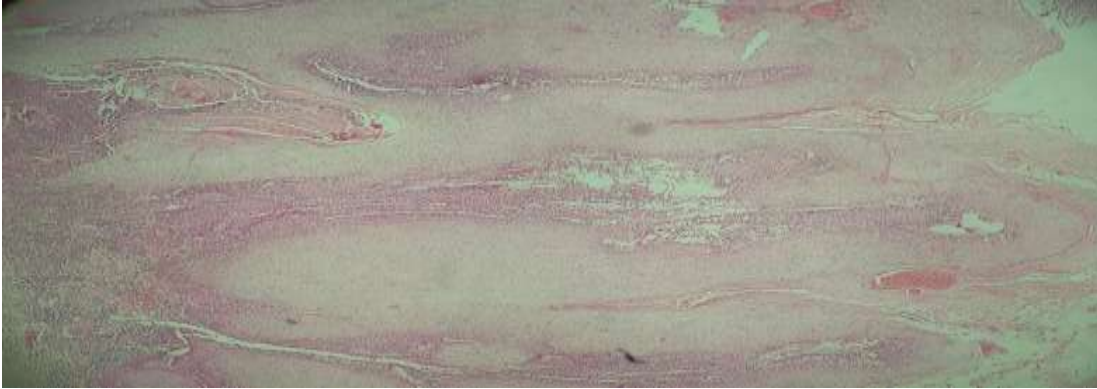


**Figure 1:-** Masse exophytique verruqueuse du plancher buccal.

L'examen clinique retrouve une masse exophytique, verruqueuse, rosâtre et ulcérée par endroit qui occupe la totalité de l'hémi-plancher droit en refoulant la langue vers le côté gauche, elle s'étend en postérieur vers la base de la langue et comble le vestibule gingivo-labial en antérieur, sans induration à la base ni saignement au contact. Les aires ganglionnaires cervicales sont libres.

Devant l'étendue clinique de la lésion une IRM a été réalisée, objectivant un processus tissulaire du plancher buccal latéralisé à droite, mesurant 14 x 49x 23 mm en hypersignal T2, qui infiltre la gencive en avant et s'étend aux muscles du plancher buccal avec infiltration de leur insertion au niveau de la base de la langue.

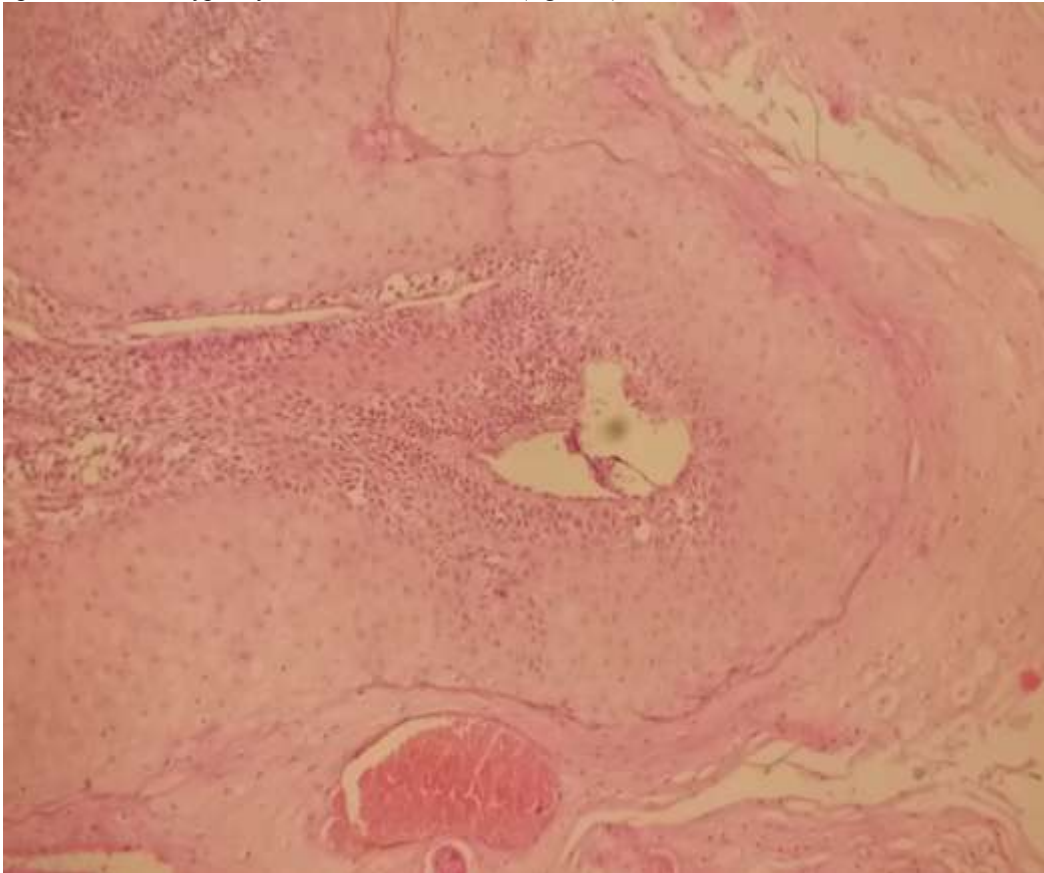
L'examen histopathologique de la biopsie a montré un revêtement malpighien hyperplasique sans désorganisation cyto-architecturale et présentant une hypergranulose et une hyperkératose orthokératosique, évoquant une hyperplasie verruqueuse.(figure 2)



**Figure 2:-** Architecture verruqueuse de l'épithélium malpighien. Faible grossissement [HEX10].

Vu l'importance de l'envahissement local et l'handicap occasionné pour la patiente, une large biopsie-exérèse a été réalisée, permettant une chirurgie de confort pour la patiente et une analyse histopathologique plus fine afin de détecter une éventuelle transformation maligne.

L'examen histopathologique de la pièce opératoire a confirmé le résultat de la biopsie initiale, avec absence de dysplasie épithéliale et d'atypie cytonucléaire en son sein.(figure 3)



**Figure 3:-** Absence d'atypies cytonucléaires et autres signes de malignité ; Fort grossissement [HEX40].



**Figure 4:-** Aspect postopératoire à 3 mois.

L'évolution a été favorable, et la patiente a pu récupérer sa mobilité linguale et sa vie normale. Après un recul de 18 mois aucune récurrence n'a été constatée.(figure 4)

### **Discussion:-**

Cliniquement, l'hyperplasie verruqueuse se présente sous la forme d'une masse muqueuse exophytique fongique verruqueuse ou papillaire, parfois ulcérée de couleur rose avec une surface partiellement blanchâtre.[4] L'âge moyen d'apparition se situe entre 30 et 60 ans avec une préférence masculine [4,5]. Des recherches antérieures [1] ont indiqué que la muqueuse buccale était le site le plus commun; cela peut potentiellement être corrélé avec l'utilisation de chique [des touffes de tabac à chiquer] qui est généralement placée dans cette région de la bouche [5,6]. Le tabagisme a été signalé comme étant le deuxième facteur étiologique [5,6].

L'hyperplasie verruqueuse a été subdivisée en différentes catégories, initialement, Shear et Pindborg, les créateurs du terme « hyperplasie verruqueuse » [4], ont décrit deux subdivisions selon leurs variations cliniques et histopathologiques, à savoir la variante « pointue » et la variante «émoussée». [1,2,3,4,5,6] Cliniquement, la variante « pointue » comprend des processus verruqueux longs, étroits et fortement kératinisés d'où des lésions qui apparaissent plus blanches, tandis que la variante «émoussée» consiste en des processus verruqueux plus larges, plus plats et moins kératinisés.[6]

En 2009, une nouvelle classification, principalement basée sur les caractéristiques histologiques, a été introduite par Wang. Depuis, cette entité a été rebaptisée en « type plaque » et « type masse ».[1,5,8,9] Bien que les caractéristiques histologiques soient les principaux critères de cette différenciation, des caractéristiques cliniques distinctes ont été suggérées pour ces deux variétés. Ainsi, les lésions de «type de masse» se manifestent sous forme de lésions roses blanchâtres verruqueuses solitaires ou multiples, protubérantes, alors que les lésions de «type plaque» se présentent sous la forme de plaques verruqueuses blanchâtres [8,9].

Il a été constaté que les lésions verruco-papillaires de la muqueuse buccale se produisent dans le contexte de troubles oraux potentiellement malins tels que la fibrose sous-muqueuse orale. L'hyperplasie verruqueuse est une entité qui peut coexister avec une fibrose sous muqueuse orale. L'importance de ce phénomène est que les excroissances verruqueuses qui coexistent avec la fibrose sous muqueuse peuvent mimer cliniquement une tumeur maligne, mais les résultats histopathologiques ne montrent aucune invasion maligne. Par conséquent, ces excroissances verruqueuses peuvent égarer le clinicien en fournissant un diagnostic clinique de carcinome épidermoïde, ce qui conduit finalement à un surtraitement inutile et iatrogène.

Aussi, il est important de mentionner que l'hyperplasie verruqueuse est une entité qui a été considérée comme une variante morphologique ou un précurseur du carcinome verruqueux par certains auteurs.[4] Par conséquent, l'accent a été mis sur la différenciation de l'hyperplasie verruqueuse orale du carcinome verruqueux.

Afin d'atteindre cet objectif, Shear et Pindborg ont effectué une analyse histologique complète, en tenant compte du schéma de croissance, de la morphologie et du degré d'atypie cytologique. [4]

Ainsi l'hyperplasie verruqueuse montre une croissance exophytique par rapport à l'épithélium normal adjacent alors que le carcinome verruqueux montre un schéma de croissance exo et endophytique. [4,6] Des projections minces, pointues et anastomosées peuvent être identifiées, tandis que le carcinome verruqueux comprend des processus larges et allongés [4,6]. L'atypie cytologique, associée à une dysplasie épithéliale a été identifiée comme une caractéristique associée significative ( 66%) dans l'hyperplasie verruqueuse [4,6]. La réalisation d'une bonne biopsie, avec des marges adéquates de l'épithélium normal adjacent est obligatoire pour fournir un diagnostic de confirmation, car la présence de marges profondes ou l'invasion évidente de l'épithélium vers le tissu conjonctif sous-jacent, qui est évidente dans le carcinome verruqueux, doit être exclue.[1, 3,4 ,6,8

L'hyperplasie verruqueuse et la leucoplasie verruqueuse proliférative (PVL) sont deux lésions de la muqueuse buccale cliniquement interdépendantes où la première fait partie du spectre de développement de la seconde. La PVL commence par une lésion kératosique et se développe progressivement en une lésion kératosique multifocale et étendue avec une fréquence élevée de transformation maligne et de récidives.

L'hyperplasie verruqueuse, le carcinome verruqueux et le carcinome épidermoïde peuvent coexister au sein du PVL. Malgré l'interaction, plusieurs différences peuvent être identifiées entre ces deux entités. La PVL est plus fréquente chez les femmes âgées alors que l'hyperplasie verruqueuse est fréquente chez les hommes. L'âge de survenue de la PVL est de 70,2 ans. L'hyperplasie verruqueuse se présente comme une lésion solitaire alors que la PVL a un caractère multifocal. [10]

L'hyperplasie verruqueuse a été identifiée comme une entité histopathologique plutôt qu'un tableau clinique. Par conséquent, les types de lésions précédemment décrits sont maintenant appelés collectivement « hyperplasie verruqueuse exophytique » [1,2,11], terme qui est actuellement communément utilisé. La nouvelle « hyperplasie verruqueuse exophytique » a été acceptée pour indiquer l'entité clinique qui représente le diagnostic microscopique en cas d'hyperplasie verruqueuse.

La prise en charge de l'hyperplasie verruqueuse s'oriente d'avantage vers l'exérèse chirurgicale large avec une marge de 5 mm [4], qui est considérée comme le mode de traitement conventionnel [14]. Néanmoins, de nouvelles modalités de traitement ont été introduites pour pallier les éventuels inconvénients de l'intervention chirurgicale, principalement la formation de grandes cicatrices et pertes de substances et un degré plus élevé d'invasivité. [14] La thérapie photodynamique topique médiée par l'acide 5-aminolévulinique (ALA-PDT) [12,14] est l'une de ces modalités. La cryothérapie a également été suggérée comme modalité de traitement alternative avec des résultats positifs [13,14,12]. Elle reste avantageuse par rapport au traitement chirurgical.

### **Conclusion:-**

L'hyperplasie verruqueuse est une lésion potentiellement maligne dont la distinction avec le carcinome verruqueux ne peut être établie que sur un plan histologique. Cliniquement, elle peut présenter des caractéristiques trompeuses sous plusieurs aspects. Ce travail expose le cas d'une hyperplasie verruqueuse qui présente de nombreuses déviations avec la présentation clinique habituelle. Elle a été diagnostiquée avec succès et traitée par excision chirurgicale sans signes de récurrence après un recul de 18 mois.

### **Références:-**

1. Zain RB, Kallarakkal TG, Ramanathan A, Kim J, Thilakaratne WM, Takata T, Warnakulasuriya S, Hazarey VK, Rich A, Hussaini HM, Jalil A. Exophytic Verrucous Hyperplasia of the Oral Cavity– Application of Standardized Criteria for Diagnosis from a Consensus Report. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention 2016; 17:4491-4496.
2. Zain RB, Kallarakkal TG, Ramanathan A, Kim J, Thilakaratne WM, Takata T, Warnakulasuriya S, Hazarey VK, Rich A, Hussaini HM, Jalil A. A consensus report from the first Asian regional meeting on the terminology and

- criteria for verrucopapillary lesions of the oral cavity held in Kuala Lumpur, Malaysia, December 15-18, 2013. Journal of the Faculty of Dentistry, University of Malaya 2013;20(2):1-2.
3. Hazarey VK, Ganvir SM, Bodhade AS. Verrucous hyperplasia: A clinico-pathological study. Journal of Oral and Maxillofacial pathology 2011; 15(2):187-191.
  4. Thomas GJ, Barrett AW. Papillary and verrucous lesions of the oral mucosa. Diagnostic Histopathology.2009;15(6):279-285.
  5. Grover S, Jha M, Sharma B, Kapoor S, Mittal K, Parakkat NK, Shivappa AB, Kaur R. Verrucous Hyperplasia Case report and differential diagnosis. Sultan Qaboos University Medical Journal 2017;17(1):98-102.
  6. Shear M, Pindborg JJ. Verrucous hyperplasia of the oral mucosa. Cancer 1980; 46(8):1855-1862.
  7. Jayasinghe LAH, Peiris PM, Tilakaratne WM, Attygalla AM, Jayasinghe RD, Sitheequ MAM, Siriwardena BSMS. Clinically malignant exophytic lesions in the background of oral submucous fibrosis: report of five cases. Oral and maxillofacial pathology 2016 August; 122(2):210-215.
  8. Kallarakkal TG, Ramanathan A, Zain RB. Verrucous Papillary Lesions: Dilemmas in Diagnosis and Terminology. International Journal of Dentistry 2013;2013.
  9. Wang YP, Chen HM, Kuo RC. Oral verrucous hyperplasia: histologic classification, prognosis, and clinical implications. Journal of Oral Pathology & Medicine 2009;38(8):651-656.
  10. Murrah VA, Batsakis JG. Proliferative Verrucous Leukoplakia and Verrucous Hyperplasia. Ann Oto Rhino Laryngol 103:1994.
  11. Patil S, Warnakulasuriya S, Raj T, Sanketh DS, Rao RS. Exophytic oral verrucous hyperplasia: a new entity. Journal of Investigative and Clinical Dentistry 2016; 7(4):417-423.
  12. Chen HM, Yu CH, Tu PC, Yeh CY, Tsai T, Chiang CP. Successful treatment of oral verrucous hyperplasia and oral leukoplakia with topical 5-aminolevulinic acid-mediated photodynamic therapy. Lasers in Surgery and Medicine 2005;37(2):114-115.
  13. Yeh CJ. Treatment of verrucous hyperplasia and verrucous carcinoma by shave excision and simple cryosurgery. International Journal of Oral & Maxillofacial Surgery 2003; 32(3):280-281.
  14. Yu-Chao Chang, Chuan-Hang Yu. Successful treatment of a large oral verrucous hyperplasia with photodynamic therapy combined with cryotherapy. Journal of Dental Sciences 2013;(8):87-88.