

OSTEOSARCOMME MANDIBULAIRE : PRÉSENTATION D'UN CAS

MANDIBULAR OSTEOSARCOMA: CASE PRESENTATION

BANCOLE SAA¹, ADJADOHOUN SBMG², BEHETON R³, FRANCISCO AR⁴, BIOTCHANE I³, BIAOU O², ADJIBABI W.³¹Service d'Odonto-Stomatologie CNHU HKM de Cotonou Bénin²Service d'Imagerie médicale CNHU HKM Cotonou Bénin³Service d'ORL et de Chirurgie cervico-faciale CNHU HKM Cotonou Bénin⁴Service d'Odonto-Stomatologie Hôpital de Ouidah Bénin**Correspondance : Dr BANCOLE Sylvie Arlette,**

E-mail : pobasfr@yahoo.fr

RESUME

Introduction : Les tumeurs maxillo-faciales occupent une place importante dans la pathologie stomatologique. Le diagnostic précoce permet un traitement efficace gage d'une meilleure survie. L'objectif de ce travail était de montrer les conséquences du retard à la consultation sur l'évolution des tumeurs. **Observation :** nous rapportons un cas clinique de géant ostéosarcome mandibulaire chez une femme de 41 ans suite à une avulsion dentaire. La tumeur, très douloureuse, était d'évolution très rapide. Le diagnostic évoqué par la TDM avait été confirmé par l'histologie. Le traitement proposé n'avait pas pu être mis en œuvre car la patiente était perdue de vue.

Conclusion : la prise en charge précoce des tumeurs malignes améliorerait leur pronostic.

Mots clés : ostéosarcome, mandibule, radiothérapie, chimiothérapie

SUMMARY

Introduction: maxillofacial tumors occupy an important place in stomatological pathology. Early diagnosis allows effective treatment for better survival. The aim of this work was to show the consequences of delay on consultation on evolution of tumors.

Observation: we report a case of giant mandibular osteosarcoma in 41-year-old woman following dental extraction. The evolution of the tumor, very painful, would have been very fast (less than 6 months). The CT scan had evoked the diagnosis that had been confirmed by histology. The proposed treatment (palliative chemotherapy followed by surgery if positive) could not be implemented because the patient was lost to follow-up. **Conclusion:** early management of malignant tumors would improve the prognosis of patients.

Keywords: Osteosarcoma, mandible, radiotherapy, chemotherapy

INTRODUCTION

Les tumeurs du maxillaire et de la mandibule occupent une place importante dans la pathologie maxillo-faciale [1]. Cliniquement, elles se manifestent essentiellement par une tuméfaction oro-faciale [2]. La particularité des tumeurs dans notre contexte est leurs dimensions souvent très considérables du fait du diagnostic très tardif [2]. A travers la présentation de ce cas clinique, les auteurs ont voulu montrer les risques liés au retard à la consultation dans un contexte d'extrême pauvreté et d'ignorance des conséquences de ces comportements.

OBSERVATION

Il s'agissait d'une patiente de 41 ans référée en janvier 2019 d'un hôpital de 1^{er} recours pour la prise en charge d'une volumineuse tumeur mandibulaire gauche qui évoluerait depuis 9 mois suite à l'avulsion d'une dent mandibulaire gauche très mobile faite au Ghana et dont la plaie n'aurait pas cicatrisé. L'évolution post opératoire aurait été marquée par des douleurs et des picotements dans la plaie opératoire. Ensuite, la tuméfaction aurait débuté quelques semaines après l'avulsion et aurait évolué très rapidement pour atteindre les dimensions très importantes.

La patiente était en mauvais état général, avec une maigreur remarquable et des muqueuses très pâles. A l'examen exo buccal,



Figure 1 : vue exo buccale

on notait une asymétrie faciale due à une importante tuméfaction allant de la région temporale gauche à la région angulaire droite mesurant environ 36 cm de grand axe et 23 cm de petit axe (Figure 1). La tuméfaction était très douloureuse et fixée sur les plans superficiels et profonds avec une peau de recouvrement d'aspect normal. Une anesthésie labio-mentonnaire était signalée. La palpation des aires ganglionnaires était impossible du fait de l'étendue de la tuméfaction et de l'intensité de la douleur.

L'examen endobuccal n'avait pas été possible car il y avait un trismus à 1,5cm, néanmoins on objectivait une lésion ulcéro-

bourgeonnante très volumineuse qui enserrait la mandibule empêchant l'occlusion dentaire, remplissant la cavité buccale, déplaçant les dents et entraînant un proglissement mandibulaire (figure 2).

La pâleur des muqueuses avait motivé le dosage du taux d'hémoglobine qui avait révélé une anémie à 6g/l.

La tomodynamométrie avait révélé une lésion lytique de la mandibule depuis la région angulaire gauche jusqu'en région prémolaire droite en faveur d'un ostéosarcome avec l'image typique d'ostéogenèse anarchique en feu d'herbe (figure 3). Le bilan d'extension n'avait pas pu être fait faute de moyens financiers.

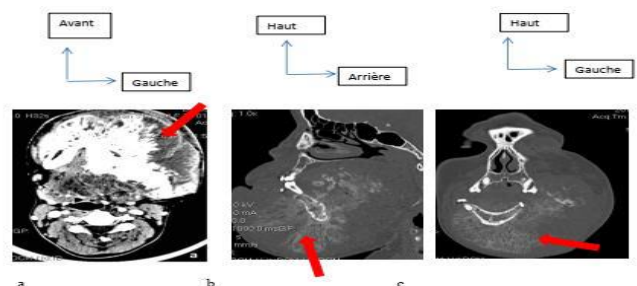


Figure 3 : Coupes TDM axiale en fenêtre molle (a) et reconstructions sagittale (b) et frontale (c) en fenêtre osseuse montrant le processus tissulaire ostéolytique mandibulaire gauche avec extension à la mandibule droite, une réaction périostée spiculée « en feu d'herbe » avec une infiltration des parties molles. La flèche rouge indique la lésion.

La biopsie faite avait permis de confirmer à l'histologie le diagnostic d'ostéosarcome mandibulaire.

Au total, le diagnostic d'ostéosarcome avait été retenu. Du fait de la taille de la tumeur, la décision thérapeutique d'une chimiothérapie néo adjuvante par cure séquentielle de 6 semaines avait été prise. Le bilan pré thérapeutique avait été prescrit mais la patiente avait disparu. Quelques semaines plus tard, elle était revenue avec un état général très dégradé, elle aurait été subir une radiothérapie dans un hôpital au Ghana sans aucune amélioration

mais plutôt avec une aggravation de la tumeur et une extension à la peau (Figure 4) et une dégradation de l'état général. La patiente était décédée 7 mois après la première consultation, soit environ 15 mois après le début de la maladie dans un état de cachexie.



Figure 4 : vue buccale de la tumeur après radiothérapie

DISCUSSION

L'ostéosarcome est une tumeur maligne primitive non odontogène de la trame squelettique [3-5]. C'est une tumeur qui touche habituellement les os longs [4-5]. Assez rare au niveau maxillo-facial, elle représente moins de 1% des tumeurs malignes de la face avec des atteintes mandibulaires plus fréquentes [4-7]. Contrairement aux os longs, l'ostéosarcome des maxillaires survient à un âge moyen plus tardif (40 ans au lieu de 20 ans) [8,9]. Selon certains auteurs, il serait une affection des 2^{ème} et 3^{ème} décennies [5-7]. La patiente de cette présentation avait 41 ans. Pendant que certains auteurs avaient rapporté une prédominance masculine [6,8,10], d'autres tels que Fernandes [11] avaient plutôt retrouvé une prépondérance féminine ; le cas présenté dans ce travail était de sexe féminin.

Le siège mandibulaire gauche avait été souvent rapporté [7,10-14] sans qu'aucune explication scientifique n'ait pu être donnée. C'était le cas chez cette patiente.

Au plan clinique, on a une tuméfaction associée ou non à des douleurs ainsi qu'une symptomatologie dentaire [4,5,8,13] avec parfois ulcération de la muqueuse. Les circonstances de découverte peuvent être des douleurs très intenses avec des mobilités dentaires de cause inexplicquée et une tuméfaction d'évolution très rapide [8,10]. Des extractions dentaires peuvent précéder l'apparition de la tumeur [7]. La patiente avait des douleurs très intenses et un antécédent d'avulsion d'une dent très mobile avant l'installation de la tuméfaction d'évolution très rapide. C'est l'occasion d'insister sur la nécessité d'un diagnostic minutieux avant toute avulsion d'une dent très mobile sans causes locales évidentes. Le rôle iatrogène dans la flambée des processus néoplasiques est donc une réalité. L'anesthésie ou l'hypoesthésie du territoire cutané du nerf alvéolaire inférieur (signe de Vincent) est présente d'emblée ou peut survenir secondairement [8,10,15]. Elle était présente chez cette patiente.

Au plan paraclinique, l'imagerie privilégiée est la tomodensitométrie mandibulaire. Elle permet d'évoquer le diagnostic de tumeur maligne osseuse. On a des images de remaniement osseux diffus, sans limites nettes, avec des plages d'ostéolyse ou d'ostéocondensation, une lyse corticale, un éperon périosté ou une image d'ostéogenèse anarchique réalisant un aspect en spicules radiés ou « en feu d'herbe » [5] comme celle retrouvée chez cette patiente.

La biopsie est indispensable au diagnostic de certitude qui est histologique. Elle avait permis de confirmer le diagnostic d'ostéosarcome dans le cas de cette patiente.

Au plan thérapeutique, le traitement de première intention repose sur une chirurgie d'exérèse large [4,6,14]. Elle peut être associée à une chimiothérapie pré ou post opératoire selon les auteurs [3,5,14]. C'est une poly chimiothérapie par cures séquentielles de 6 à 8 semaines qui associe plusieurs drogues telles que le méthotrexate et l'acide folinique, la vincristine, la bléomycine, le cyclophosphamide et le d'acide folinique [3]. Steve et al [8] préconisent plutôt une chimiothérapie néoadjuvante consistant en trois cures d'adriamycine et de cysplatine avant la chirurgie. La tumeur de cette patiente, avait des dimensions trop importantes pour qu'une chirurgie soit envisagée. Une chimiothérapie néo adjuvante avait été prescrite mais la patiente avait disparu pour aller subir une radiothérapie au Ghana sans aucune amélioration. Le peu

d'efficacité de la radiothérapie sur la tumeur pourrait s'expliquer par le fait que cette dernière n'a pas été citée dans la littérature comme bénéfique pour la prise en charge des ostéosarcomes. Ce qui pose le problème de l'errance diagnostique des patients. Au contraire, les rayonnements ionisants avaient plutôt été cités dans l'initiation de l'ostéosarcome [6,12]. Un praticien averti et qui a fait un diagnostic correct n'aurait donc pas pu faire de la radiothérapie sur une telle tumeur.

La survie moyenne à 5 ans varie entre 12 et 85% [8,12]. Cependant, un cas de 14 ans de survie d'un porteur d'ostéosarcome mandibulaire traité chirurgicalement avait été rapporté par Fernandes [11]. La patiente de cette présentation était décédée 7 mois après la première consultation sans réel traitement de la tumeur du fait des difficultés financières et de l'errance thérapeutique. Le problème de l'inaccessibilité des thérapeutiques anti-cancéreuses se pose donc avec acuité surtout au sein des couches défavorisées de la population du fait de l'inexistence de la couverture maladie universelle.

CONCLUSION

Nous avons présenté un volumineux ostéosarcome de la mandibule, dans les suites opératoires de l'avulsion d'une molaire mandibulaire gauche très mobile chez une femme de 41 ans. La tumeur était d'évolution très rapide avec un pronostic très mauvais dans un contexte de pauvreté extrême et d'errance diagnostique et thérapeutique. Le décès de la patiente était survenu environ 15 mois après le début de la maladie. Ce cas clinique pose également le problème des avulsions de dents très mobiles faites à la hâte sans un diagnostic minutieux au préalable.

REFERENCES

- Kpémissi E, Amana B, Tchandana K. Tumeurs mandibulaires : aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques, à propos de 91 cas. *Mali médical* 2009; 24(3):47-52
- Tagba E, Sy A, Ndiaye M. Aspects diagnostiques et résultats du traitement chirurgical des tumeurs maxillo-mandibulaires : à propos de 23 cas. *J. Afr. Cancer* 2014; 6:228-34
- Lézy JP, Vacher C. Tumeurs malignes primitives osseuses des maxillaires : diagnostic et principes de traitement. Collège national des enseignants en chirurgie orale et médecine orale. Paris : 2017, 10p
- Fricain JC. Chirurgie orale. ID Paris (2017), pp 365-366
- Féki A. Le chirurgien-dentiste face au cancer du diagnostic précoce du cancer buccal à la prise en charge du patient cancéreux. *ADF Paris* (2008), pp 100-101
- Bennett JH, Thomas G, Evans AW, Speight PM. Osteosarcoma of the jaws : a 30-years retrospective review. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2000; 90:323-33
- Pasler FA, Visser H. Atlas de poche de radiologie dentaire. Flammarion Paris, (2006), pp 296-299
- Steve M, Ernenwein D, Chaîne A, Bertolus C, Goudot P, Ruhin-Poncet B. Ostéosarcomes des mâchoires *Rev Stomatol Chir Maxillofac* 2011;112(5):286-92.
- Forteza G, Colmenero B, Lopez-Barea F. Osteogenic sarcoma of the maxilla and mandible. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1986;62 :179-84
- Moumine M, Tahri R, Harroudi T, Benkabbou A, Elotmany A, Regragui A. et al Ostéosarcome chondroblastique géant de la mandibule : à propos d'un cas. *Annales de chirurgie plastique esthétique* 2011; 56:269-72
- Fernandes R, Nikitakis NG, Pazoki A, Ord RA. Osteogenic sarcoma of the jaw: a 10-year experience. *J Oral Maxillofac Surg* 2007;65:1286-91
- Modarressi Ghavami SA, Lombardi T, Becker M, Richter M. Chondroblastic osteosarcoma of the mandible: a case report with 14 years follow-up *Rev Stomatol Chir Maxillofac* 2006;107: 380-5
- Nomenjanahary L, Randriamiarisoa HD, Haminason LS, Randrianjafisamindrakotroka NS Ostéosarcome de la mandibule : rapport d'un cas et revue de la littérature *Revue d'odontostomatologie malgache* 2017 ;12 : 58-66
- Hajji F, Meziane M, Boulaadas M, Benhalima H, Kzadri M. Ostéosarcome des maxillaires : présentation de deux cas *Med Buccale Chir Buccale* 2011;17 : 279-82
- Traoré O, Wakrim S, Moussali N, El Benna N, Gharbi A. Ostéosarcome à localisation rare, à propos d'un cas *Mali Médical* 2015;30(3):55-9