

Une tumeur du maxillaire avec une présentation radiologique atypique

JF. Devoti^{*a} (Dr), N. Sigaux^b (Dr), N. Zirganos^c (Dr), C. Meyer^c (Pr), A. Louvrier^c (Dr)

^a CHRU Nancy, Nancy, FRANCE ; ^b Hospices civils de Lyon, Lyon, FRANCE ; ^c CHRU Besançon, Besançon, FRANCE

* j.devoti@chru-nancy.fr

Description du cas :

Un homme de 70 ans a été adressé à notre Service de Chirurgie Orale et Maxillo-Faciale par son dentiste pour une lésion d'allure kystique située dans la zone de la tubérosité maxillaire gauche.

La lésion a été détectée sur une radiographie panoramique et était associée à une période de 30 jours de saignements buccaux épisodiques. Le patient était un ancien fumeur et a nié toute consommation excessive d'alcool.

L'examen endobuccal a révélé une lésion gingivale bourgeonnante, infra-centimétrique derrière la dent n°27, près de la tubérosité maxillaire. Il n'y avait pas d'adénopathie cervicale.

Une biopsie de la lésion et un scanner ont été réalisés. Ce dernier a révélé une lésion arrondie, bien délimitée, d'allure kystique de la tubérosité maxillaire gauche. Elle mesurait 2 cm de diamètre et présentait un contraste hétérogène mais sans ostéolyse périphérique, en contact avec l'apex de la dent n° 27 (fig. 1 et 2).

Quel est votre diagnostic ?

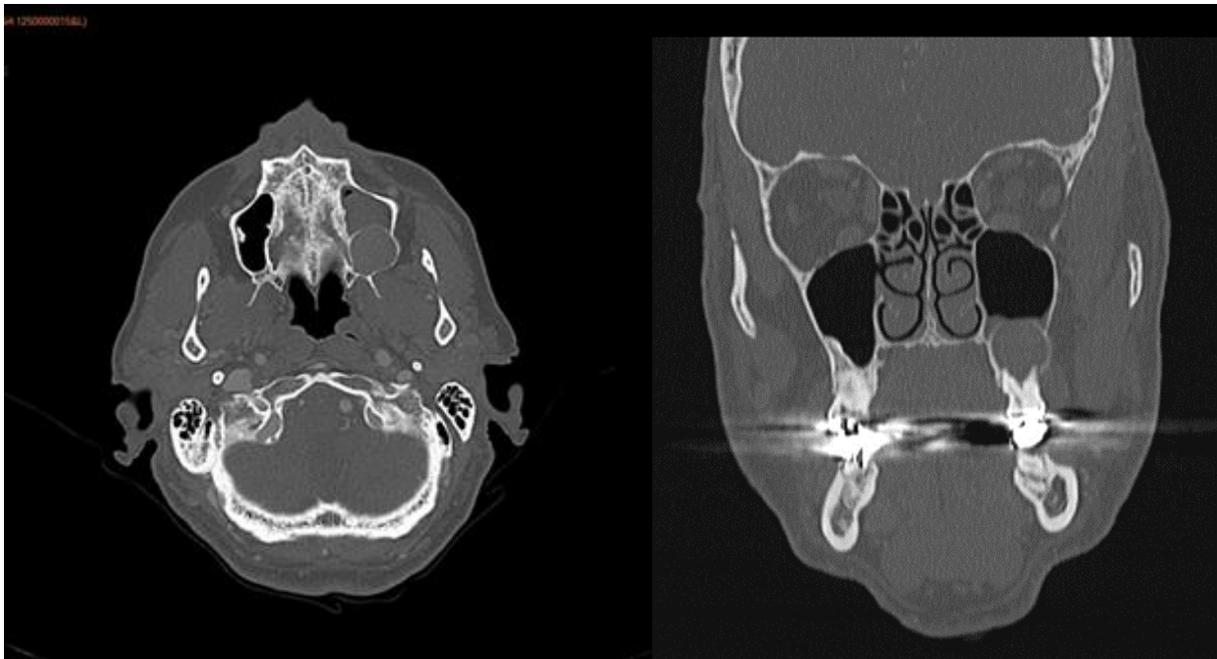


Figure 1 (gauche): Scanner cervico-facial (coupe axiale) montrant une lésion arrondie du maxillaire entourée d'os compact

Figure 2 (droite): Scanner cervico-facial (coupe coronale) montrant une lésion arrondie du maxillaire à l'apex de la dent n°27

Diagnostic :

La biopsie a suggéré un diagnostic de carcinome épidermoïde. Une réunion pluridisciplinaire a opté pour une maxillectomie partielle, un évidement ganglionnaire cervical gauche et une reconstruction par lambeau temporal. L'examen histologique définitif a identifié un carcinome épidermoïde basaloïde de 2cm de diamètre (fig. 3). Une réunion pluridisciplinaire postopératoire a décidé d'une radiochimiothérapie adjuvante.

La première description du carcinome épidermoïde basaloïde a été faite par Wain et al. en 1986 [1]. Il a été défini par quatre caractéristiques : une croissance solide de cellules dans une configuration lobulaire, de petites cellules entassées avec un cytoplasme peu abondant, des noyaux hyperchromatiques, de petits espaces kystiques contenant un matériau de type mucine et une comédonécrose. Il est considéré comme une variante rare et de haut grade du carcinome épidermoïde [2,3]. Le principal diagnostic différentiel est le carcinome adénoïde kystique et la différence est particulièrement difficile à faire, en particulier si l'échantillon biopsique est limité. Dans ce cas, les techniques immunohistochimiques sont cruciales.

Les facteurs de risque identifiés sont le sexe masculin ainsi que la consommation d'alcool et de tabac. Cliniquement, ce type de cancer survient principalement dans l'hypopharynx, le sinus piriforme, le larynx supraglottique ou à la base de la langue mais rarement sur la muqueuse buccale [4].

Le pronostic semble être moins bon que pour les carcinomes épidermoïdes en raison d'un taux de récurrence élevé, de fréquentes métastases régionales et à distance qui peuvent s'expliquer par la présence d'embolies endovasculaires dans la tumeur primaire. Le principal site de métastase est le poumon, mais en réalité, 50 % des métastases du carcinome épidermoïde basaloïde concernent plusieurs organes.

A ce jour, il n'existe pas de stratégie thérapeutique spécifique. Il est recommandé d'extrapoler les stratégies utilisées pour le carcinome épidermoïde de mauvais pronostic. Si la lésion est accessible chirurgicalement et s'il n'y a pas de signe de métastase, une résection chirurgicale large est le traitement de choix. En raison du taux élevé de métastases ganglionnaires, un évidement ganglionnaire cervical doit toujours être effectuée. Il a été constaté qu'une radiochimiothérapie adjuvante diminuait le risque de récurrence locorégionale et améliorait le taux de survie des patients atteints de carcinome épidermoïde basaloïdes de la tête et du cou [5].

Le diagnostic final pour notre patient était surprenant compte tenu de l'apparence faussement bénigne de la tumeur sur le scanner initial.

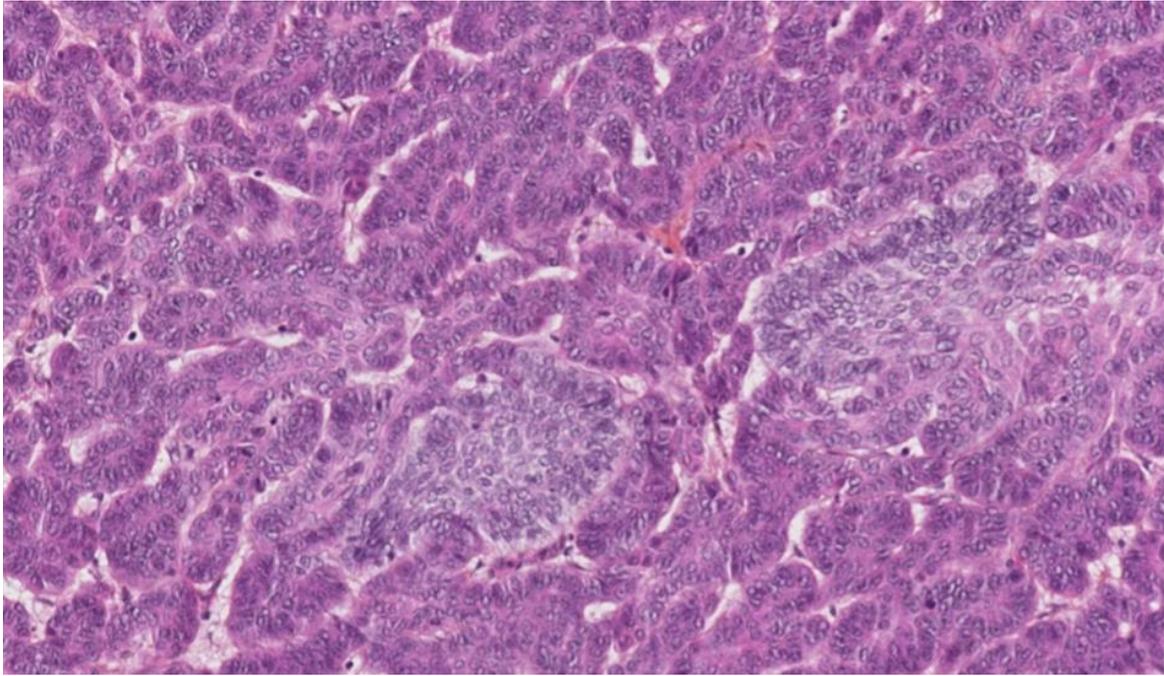


Figure 3 : Examen histologique d'un carcinome épidermoïde basaloïde (grossissement x200).

Références :

- [1] Wain SL, Kier R, Vollmer RT, Bossen EH. Basaloid-squamous carcinoma of the tongue, hypopharynx, and larynx: *Human Pathology* 1986;17:1158–66.
- [2] Hirai E, Yamamoto K, Yamamoto N, Yamashita Y, Kounoe T, Kondo Y, et al. Basaloid squamous cell carcinoma of the mandible: Report of two cases. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology* 2009;108:e54–8.
- [3] Wedenberg C, Jesslen P, Lundqvist G, Lundgren J, Hellquist H. Basaloid squamous cell carcinoma of the maxilla. *Oral Oncology* 1997;33:141–4.
- [4] Ide F, Shimoyama T, Horie N, Kusama K. Basaloid squamous cell carcinoma of the oral mucosa: a new case and review of 45 cases in the literature. *Oral Oncology* 2002;38:120– 4.
- [5] Soriano E, Faure C, Lantuejoul S, Reyt E, Bolla M, Brambilla E, et al. Course and prognosis of basaloid squamous cell carcinoma of the head and neck: A case–control study of 62 patients. *European Journal of Cancer* 2008;44:244–50.