

CARCINOME MANDIBULAIRE A CELLULES CLAIRES : A PROPOS D'UN CAS

H. Benbelkacem, L. Bouhouche, K. Saraoui, F. Hamel, M. Chekkouf, Y. Naouri

CHU Mustapha Alger Centre, Algérie

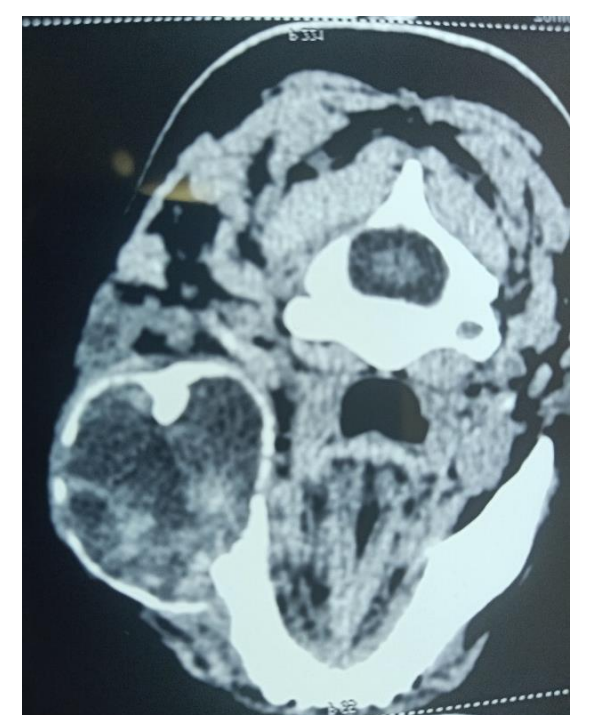
hayetbenbelkacem@gmail.com

INTRODUCTION

Le carcinome à cellules claires (COCC) est une tumeur exceptionnelle décrite par Hansen et al. En 1985. Elle était appelée tumeur odontogène à cellules claires, considérée comme une lésion bénigne à agressivité locale dans la classification de l'OMS 1992. Reconnue comme une tumeur maligne dans la révision de cette classification (Barnes 2005). La moyenne d'âge est de 56 ans (14-89ans) avec une prédominance féminine

Cette tumeur présente des difficultés diagnostiques majeures. elle a une localisation préférentielle pour la région mandibulaire. Peut-être envahissante (absence de capsule, infiltration des muscles).

Nous rapportons un cas d'une tumeur mandibulaire droite, dont la biopsie avait conclu à une tumeur à cellules claires, chez une patiente de 34 ans. Nous avons pris en charge cette patiente dans notre service. C'était une tumeur envahissante, agressive et infiltrante.



CARCINOME MANDIBULAIRE A CELLULES CLAIRES
A PROPOS D'UN CAS

OBSERVATION

Il s'agit de N S âgée de 34 ans, admise chez nous, aux urgences, enceinte de 38 semaines, sans antécédents particuliers pour une cellulite génienne droite basse, révélant une tumeur volumineuse d'évolution rapide et agressive, envahissant les tissus mous sus-jacents.

Le début des troubles remontait à 20 semaines d'aménorrhée, marqué par l'apparition d'une douleur sourde et paroxystique, d'une hypoesthésie avec sensation de fourmillements au niveau de la région angulaire.

A l'examen clinique, la tumeur était étendue à la région parotidienne, comblant les deux vestibules buccal et lingual, de consistance mixte avec des zones de rénitence. La muqueuse de recouvrement était d'aspect normal, l'ouverture buccale était correcte, avec un bloc molaire en lingoversion, une mobilité dentaire, des sensations de fourmillements avec hypoesthésie dans le territoire du nerf dentaire inférieur.

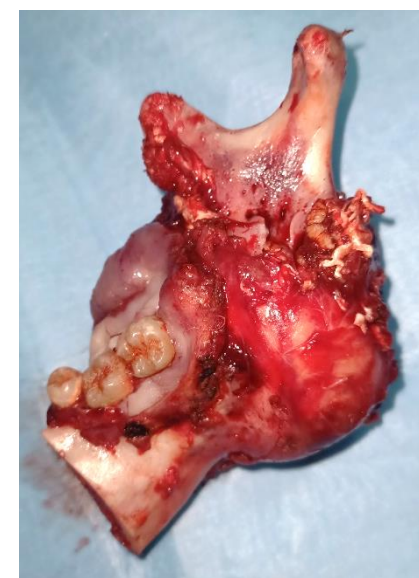
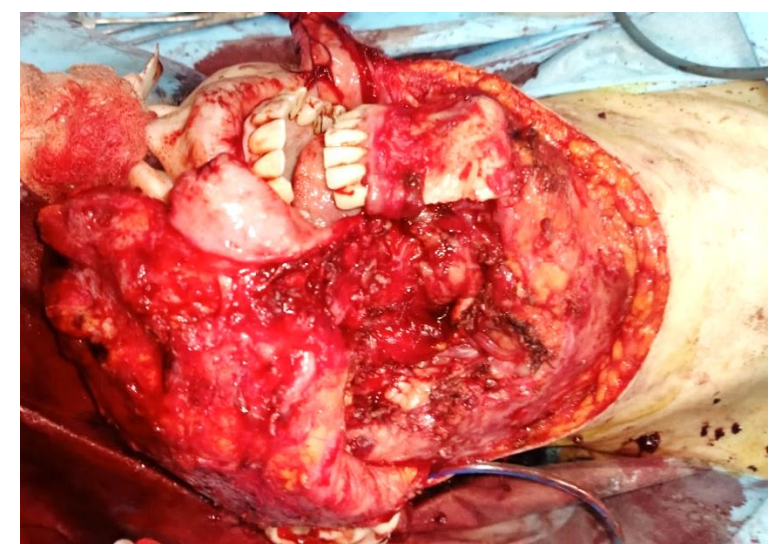
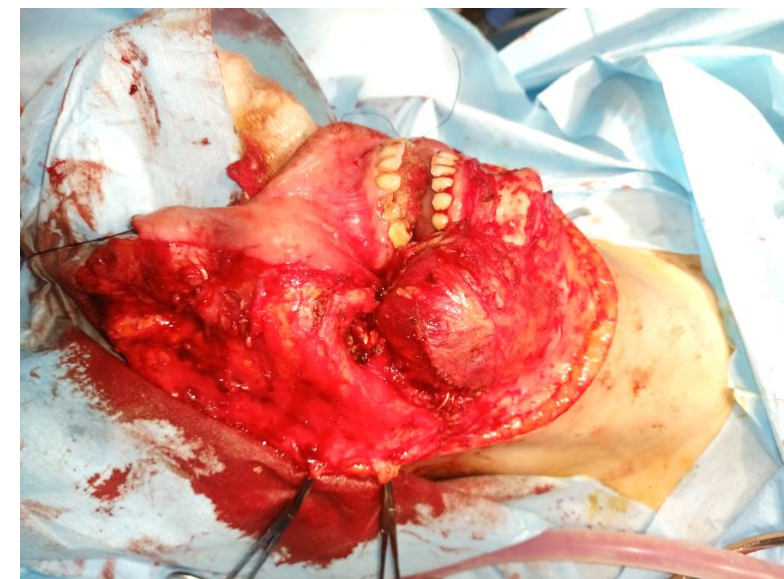
La radiographie panoramique à 20 semaines d'aménorrhée a montré une image ostéolytique multiloculaire prenant tout l'angle et une partie la branche montante, détruisant la basilaire avec rhizolyse de la 47.

La tomodensitométrie à 38 semaines d'aménorrhée a retrouvé une lésion ostéolytique agressive avec envahissement bicortical.

Une biopsie de la tumeur, sous anesthésie générale a conclu à une tumeur odontogène épithéliale agressive à cellules claires. Nous avons réalisé chez elle, une exérèse large de la lésion par hémi-mandibulectomie interruptrice. Une reconstruction par un lambeau microanastomosé n'a pu être réalisée. L'examen histologique de la pièce opératoire a conclu à une tumeur épithéliale odontogène agressive à cellules fantômes.

Un bilan d'extension a été réalisé n'objectivant pas une lésion primitive rénale, ni de métastases ganglionnaires ou pulmonaires.

On n'a pas noté de signe de récurrence locale ou à distance après un recul de 03 mois



CARCINOME MANDIBULAIRE A CELLULES CLAIRES
A PROPOS D'UN CAS

DISCUSSION

Les tumeurs maxillaires à cellules claires sont très rares, une centaine de cas ont été rapportés, et de rares cas ont été décrits dans la littérature. Ces tumeurs affectent généralement, des patients dans la quatrième décennie de la vie avec une prédilection féminine.

Cette tumeur présente, une croissance tumorale agressive et entraîne souvent une résorption radiculaire. Les examens cliniques et radiologiques orientent vers une lésion agressive. Se localise souvent au niveau de la région mandibulaire. Peut envahir les tissus mous (non encapsulée et infiltrant les muscles sus-jacents). L'interprétation anatomo-pathologique est complexe, de nombreuses tumeurs ou métastases présentent des cellules claires. Dans le cas de notre patiente, sa tumeur était volumineuse, infiltrante d'évolution rapide et agressive, a entraîné une résorption radiculaire. La patiente a rapporté des sensations à type de fourmillements et d'hypoesthésie. Une IRM n'a pas pu être réalisée, elle aurait montré un envahissement du nerf alvéolaire inférieur droit par la lésion, retrouvé souvent dans ce genre de tumeurs à tropisme nerveux.

La chirurgie constitue le principal traitement de ces tumeurs. Chez notre patiente, vu la taille de sa tumeur, la destruction osseuse, son évolution, son caractère envahissant, le résultat anatomopathologique du prélèvement biopsique, nous avons opté pour une chirurgie radicale. L'examen de la pièce opératoire était revenu en faveur d'une tumeur odontogène épithéliale agressive à cellules fantômes. En sachant que la tumeur bénigne calcifiée à cellules fantômes peut être le siège de transformations malignes et en améloblastome. Par ailleurs son homologue malin, le carcinome odontogène à cellules fantômes, présente des caractéristiques de la tumeur odontogène kystique calcifiante et/ou la tumeur dentinogène à cellules fantômes, ce dernier est caractérisé à l'examen histologique par un polymorphisme cellulaire avec le contingent malin qui peut être séparé ou mêlé au contingent bénin

Les tumeurs odontogéniques agressives à cellules fantômes et à cellules claires peuvent souvent avoir un aspect clinique radiologique et évolutif similaire, sont des entités différentes en théorie, sont de diagnostic difficile ce qui explique les nombreuses controverses...

L'interprétation anapath est complexe, de nombreuses tumeurs présentent des cellules claires, tout comme la présence histologiquement de cellules fantômes dues à une kératinisation aberrante n'est pas pathognomonique (Praetorius et al.1981). Le diagnostic différentiel dans le cas des tumeurs à cellules claires se fait avec les tumeurs métastatiques du rein et les tumeurs épithéliales odontogènes (améloblastome, la tumeur squameuse odontogène ou la tumeur épithéliale odontogène calcifiée à cellules fantômes [Barnes. 2005]).

Le comportement agressif de ces tumeurs, leurs récurrences fréquentes et les possibilités de métastases ganglionnaires ou à distance, de certaines d'entre elles, imposent un traitement chirurgical radical, une radiothérapie post-opératoire doit être discutée en fonction des marges et d'un examen histologique après relecture. Concernant notre patiente nous avons opté pour un suivi postopératoire rigoureux et étroit

Déclaration de liens d'intérêts :

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

