les tumeurs brunes des maxillaires

RÉSUMÉ

La tumeur brune des maxillaires fait partie des lésions à cellules géantes. Elle est liée à une hyperparathyroïdie le plus souvent primaire.

À partir d'une étude rétrospective, les auteurs présentent 4 observations de tumeurs brunes chez des patients âgés de 22 à 52 ans dont 3 femmes et un homme. Les patients présentaient des tumeurs maxillaires étiquetées, histologiquement, tumeur à cellules géantes ou granulome réparateur à cellules géantes.

Ce sont les examens biologiques et radiologiques qui ont permis de confirmer le diagnostic de tumeur brune liée à une hyperparathyroïdie primaire dans tous les cas.

Les auteurs insistent sur les difficultés diagnostiques des tumeurs brunes des maxillaires en rappelant le caractère souvent asymptomatique des hyperparathyroïdies primaires.

Abdelfateh SLAMA

Assistant hospitalo-universitaire
en chirurgie maxillo-faciale,
Service de chirurgie maxillo-faciale,
CHU Sahloul Sousse 4000 Tunisie.

Zouha MZIOU

Résidente en chirurgie maxillo-faciale,
Service de chirurgie maxillo-faciale,
CHU Sahloul Sousse 4000 Tunisie.

Lamia WALHA

Assistante hospitalo-universitaire
en médecine et chirurgie buccale,
Clinique de médecine dentaire,
Monastir 5000 Tunisie.

Badredine SRIHA

Professeur agrégé
en anatomo-pathologie,
Service d'anatomo-pathologie
CHU F. Hached Sousse 4000, Tunisie.

Habib KOCHTALI

Professeur en chirurgie maxillo-faciale,
Service de chirurgie maxillo-faciale,
CHU Sahloul Sousse 4000, Tunisie.

MOTS CLÉS

tumeur brune

maxillaire

hyperparathyroïdie primaire

introduction

Le terme de tumeur brune a été proposé par Jaffe pour décrire une lésion osseuse ostéolytique, bénigne apparaissant au cours d'une hyperparathyroïdie^[1]. La tumeur brune fait partie des lésions à cellules géantes des maxillaires. Elle est secondaire, dans la majorité des cas, à une hyperparathyroïdie primaire qui résulte dans plus de 80 % des cas d'un adénome parathyroïdien^[2]. L'hyperparathyroïdie secondaire à l'insuffisance rénale chronique est plutôt responsable d'une déminéralisation osseuse diffuse mais rarement de tumeur brune dont l'incidence est inférieure à 1,5 %^[1, 3].

Les manifestations osseuses de l'hyperparathyroïdie primaire sont devenues, de nos jours, exceptionnelles. En effet,

la localisation maxillo-mandibulaire des tumeurs brunes liées à l'hyperparathyroïdie primaire demeure inhabituelle^[4]. Il en est de même de certaines complications telles que la lithiase rénale habituellement bilatérale et récidivante^[5, 6]. Le diagnostic de tumeur brune peut être méconnu en cas d'hyperparathyroïdie primaire asymptomatique, devant une localisation maxillaire unique, d'autant plus que cette lésion présente le même aspect histologique que la tumeur à cellules géantes et le granulome réparateur à cellules géantes^[5].

À partir de 4 cas de tumeurs brunes des maxillaires associées à des hyperparathyroïdies primaires, nous discutons les aspects cliniques, radiologiques, thérapeutiques et évolutifs de cette pathologie rare.

matériel et méthode

C'est une étude rétrospective de 4 dossiers de patients dont 3 femmes et 1 homme, âgés de 22 à 52 ans et traités entre 1987 et 2004. Ces patients, sans antécédents d'insuffisance rénale chronique, avaient présenté une tumeur maxillaire dont l'examen anatomo-

pathologique a révélé un granulome réparateur à cellules géantes dans trois cas et une tumeur à cellules géantes vraie dans un cas. Un bilan biologique et radiologique a été pratiqué et a permis de confirmer le diagnostic d'hyperparathyroïdie primaire.

résultats

L'aspect clinique était celui d'une tumeur gingivo-maxillaire charnue, d'aspect rouge violacé et évoluant, selon les cas, depuis 4 à 12 mois (**fig. 1**).

La tumeur intéressait respectivement le secteur molaire gauche, le secteur prémolo-molaire gauche, le secteur molaire droit et le secteur antérolatéral droit.

fig. 1 Tumeur gingivo-maxillaire droite comblant le vestibule et le palais et entraînant des pertes et des déplacements dentaires.

fig. 2 Incidence Blondeau, comblement du sinus maxillaire droit en rapport avec une tumeur gingivo-maxillaire.

fig. 3 TDM maxillaire en coupe axiale, importante tumeur ostéolytique du maxillaire droit envahissant le sinus maxillaire et la fosse nasale.

fig. 4 TDM mandibulaire en coupe axiale, lésions d'ostéolyse irrégulière au niveau des branches horizontales de la mandibule.

Chez tous les patients, il a été constaté des chutes et des mobilités dentaires au niveau du secteur atteint.

L'aspect sur les radiographies standard était celui d'une ostéolyse irrégulière avec comblement du sinus maxillaire (fig. 2).

La tomodensitométrie a précisé l'étendue de l'ostéolyse maxillaire, l'extension tumorale aux structures de voisinage et a révélé chez un patient des localisations mandibulaires concomitantes et asymptomatiques (fig. 3, 4).

fig. 5 (HEx40), muqueuse gingivale comportant au niveau du chorion de nombreuses cellules géantes ostéoclastiques.

fig. 6 TDM cervicale en coupe axiale, nodule hypodense rétrothyroïdien gauche.

Tableau I

Synthèse des données des 4 cas cliniques.

(F : femme, H : homme, GRCG : granulome réparateur à cellules géantes, TACG : tumeur à cellules géantes, Hyperca : hypercalcémie, Hypoph : hypophosphorémie, PTH : parathormone (valeurs en pg/ml), Chir.para. : chirurgie parathyroïdienne)

	Âge/Sexe	Localisation initiale	Localisation concomitante	Localisation secondaire	Histologie	Biologie	Chir. para.
Cas n° 1	30 / F	Maxillaire gauche	–	–	GRCG	Hyperca Hypoph	Adénectomie
Cas n° 2	42 / F	Maxillaire gauche	–	Après 1 an : - maxillaire droit - fémur	TACG	Hyperca Hypoph PTH : 225	Adénectomie
Cas n° 3	52 / H	Maxillaire droit	Mandibule	–	GRCG	Hyperca Hypoph PTH : 827	Non faite : décès avant chirurgie
Cas n° 4	22 / F	Maxillaire droit	–	–	GRCG	Hyperca Hypoph PTH : 250	Adénectomie

Il a été réalisé une biopsie tumorale chez 2 patients et une résection chez les 2 autres.

L'examen anatomo-pathologique avait conclu à un granulome réparateur à cellules géantes dans 3 cas et une

tumeur à cellules géantes dans 1 cas (**fig. 5**).

Le diagnostic histologique de lésion à cellules géantes, la présence d'une lésion multifocale dans 1 cas, l'apparition d'une deuxième lésion maxillaire

controlatérale un an après chez un patient, étaient des arguments qui ont fait penser au diagnostic de tumeur brune des maxillaires (**tableau I**).

Le bilan phosphocalcique a montré, chez tous les patients, une hypercalcémie et une hypophosphorémie. Le dosage de la parathormone, pratiqué chez trois malades, a montré une hyperparathormonémie variant entre 225 et 827 pg/ml (valeurs normales : 15 à 55 pg/ml).

Le bilan biologique de la fonction rénale était normal chez tous les patients.

Le bilan squelettique, comportant des radiographies du squelette et/ou une

scintigraphie osseuse, n'a pas montré d'autres lésions chez trois malades et a révélé une localisation fémorale chez un malade (**tableau I**).

La tomодensitométrie cervicale, pratiquée chez trois malades, a révélé la présence d'un nodule hypodense, en situation rétro et infra-thyroïdienne gauche en faveur d'un adénome parathyroïdien (**fig. 6**).

L'ablation de l'adénome parathyroïdien a été réalisée chez trois patients avec une bonne évolution des lésions maxillaires. Un malade est décédé, avant l'adénectomie, probablement des suites d'une hypercalcémie maligne (**tableau I**).

discussion

Les lésions à cellules géantes des maxillaires regroupent la tumeur brune de l'hyperparathyroïdie, la tumeur à cellules géantes vraie (ancienne tumeur à myélopaxes) et le granulome réparateur à cellules géantes^[7, 8].

La tumeur brune est liée, dans la majorité des cas, à une hyperparathyroïdie primaire.

Cette dernière résulte dans plus de 80 % des cas d'un adénome parathyroïdien, plus rarement d'une hyperplasie et exceptionnellement d'un carcinome parathyroïdien^[3, 9].

Les tumeurs brunes liées à des hyperparathyroïdies primaires s'observent rarement au niveau des maxillaires avec une incidence de 4,5 %^[10, 11].

La prédominance féminine^[2, 5] des tumeurs brunes des maxillaires, rap-

portée par plusieurs auteurs, a été constatée dans notre série.

On a noté une atteinte presque exclusive de l'os maxillaire. Certains auteurs ont décrit une prédominance des localisations mandibulaires^[4].

Cliniquement, la tumeur brune se présente sous un aspect commun à d'autres tumeurs et pseudo-tumeurs des maxillaires à savoir une tuméfaction osseuse parfois douloureuse.

La tumeur peut être volumineuse et responsable d'une déformation faciale importante, particulièrement au niveau maxillaire. La mobilité dentaire en regard de la tumeur est fréquente^[1, 4].

L'aspect rouge violacé d'une tumeur brune extériorisée a été constaté chez la totalité de nos patients. Cet aspect est plutôt évocateur d'un granulome répa-

rateur à cellules géantes, lésion beaucoup plus fréquente au niveau des maxillaires surtout si la tumeur est isolée sans signes d'hyperparathyroïdie^[12].

Radiologiquement, la tumeur brune se manifeste par une ostéolyse non spécifique pouvant prendre plusieurs aspects. L'aspect le plus commun est celui d'une lyse osseuse à limites non précises entraînant une soufflure des corticales voire leur rupture. L'aspect multiloculaire comportant des trabéculation est moins fréquent. La résorption de la lamina dura constitue un signe précoce de l'hyperparathyroïdisme primaire^[4].

Un comblement sinusien est fréquemment observé en cas d'atteinte de l'os maxillaire^[3].

Le scanner avec injection montre une lésion prenant le produit de contraste ce qui la différencie d'une lésion kystique^[1].

Histologiquement, la tumeur brune est formée par un tissu conjonctif fibroblastique très vascularisé et comportant des cellules géantes ostéoclastiques réparties autour de foyers d'hémorragie. Cet aspect évoque aussi bien une tumeur à cellules géantes et un granulome réparateur central à cellules géantes^[5, 8].

Le diagnostic d'une tumeur brune liée à une hyperparathyroïdie primaire est établi à partir d'un faisceau d'arguments cliniques, radiologiques, biologiques et anatomopathologiques^[4].

L'aspect histologique d'une lésion maxillaire à cellules géantes devrait évoquer le diagnostic de tumeur brune. La découverte de lésions osseuses

concomitantes, recherchées par le bilan radiologique du squelette et par la scintigraphie osseuse au Technétium, plaide en faveur du diagnostic^[5]. En l'absence d'insuffisance rénale chronique, la présence d'une hypercalcémie associée à une hypophosphorémie, et surtout l'élévation du taux de la parathormone, constituent la clé du diagnostic de l'hyperparathyroïdie primaire^[13]. L'imagerie cervicale permet de découvrir la lésion parathyroïdienne en cause dont l'examen anatomopathologique, après exérèse, va confirmer avec certitude le caractère primaire de l'hyperparathyroïdie^[2, 4].

L'hyperparathyroïdie primaire peut être de découverte fortuite à l'occasion d'un bilan sanguin montrant une hypercalcémie asymptomatique. Elle peut être aussi révélée par la présence d'une tumeur brune qui constitue le seul témoin de l'hyperfonctionnement parathyroïdien^[4].

En effet, la tumeur brune était révélatrice de l'hyperparathyroïdie primaire pour la totalité des patients de notre étude.

L'évolution des tumeurs brunes est parallèle à celle de l'hyperparathyroïdie primaire.

Habituellement, les tumeurs brunes régressent après exérèse de la lésion parathyroïdienne en cause^[5]. Après ce traitement étiologique de l'hyperparathyroïdie primaire, l'exérèse chirurgicale d'une tumeur brune des maxillaires est rarement indiquée en dehors d'une régression trop lente d'une tumeur volumineuse chez un patient présentant une gêne fonctionnelle et une déformation faciale inesthétique^[1, 4].

conclusion

Une lésion à cellules géantes des maxillaires doit faire rechercher systématiquement une hyperparathyroïdie primaire par la pratique d'un bilan phosphocalcique et un dosage de la

parathormone. Le diagnostic de l'hyperparathyroïdie primaire permet d'éviter d'opérer les tumeurs brunes des maxillaires qui devraient régresser après l'exérèse de la lésion parathyroïdienne.

bibliographie

- Menard PH, Pauzie F, Philippe B, Bertrand J-Ch. **Tumeur brune de la mandibule et hyperparathyroïdie secondaire à une insuffisance rénale chronique.** Rev Stomatol Chir Maxillofac 1993;94:276-280.
- Khochtali H, Ach K, Jlidi R. **Tumeur brune bilatérale des maxillaires.** Rev Stomatol Chir Maxillofac 1991;92:116-119.
- Kahn JL, Bourjat P. **Imagerie des atteintes faciales de l'hyperparathyroïdisme.** J Radiol 2005;86:999-1002.
- Guney E, Yigitbasi O, Bayram F, Oser V, Canoz O. **Brown tumor of the maxilla associated with primary hyperparathyroidism.** Auris Nasus Larynx 2001;28:369-372.
- Scott S, Graham S, Sato Y, Robinson R. **Brown tumor of the palate in a patient with primary hyperparathyroidism.** Ann Otol Rhinol Laryngol 1999;108:91-94.
- Villiaume J, et al. **Le nouveau visage clinique de l'hyperparathyroïdie primitive : Circonstances de diagnostic et caractères symptomatiques actuels.** Rev Rhumatol 1988;55: 561-568.
- Yamazaki H, Ota Y, Aoki T, Karakida K. **Brown tumor of the maxilla and mandible: Progressive mandibular brown tumor after removal of parathyroid adenoma.** J Oral Maxillofac Surg 2003; 61:719-722.
- Marthan E, Antin B, Goujon JM. **Granulome réparateur à cellules géantes.** Rev Stomatol Chir Maxillofac 1996;97:161-165.
- Shanmughan MS, Alhady SF. **Hyperparathyroidism with osteitis fibrosa cystica in the maxilla.** J Laryngol 1984;98: 417-422.
- Paume P, Saunneville PH, Cruel TH. **Tumeur à cellules géantes du condyle mandibulaire.** Rev Stomatol Chir Maxillofac 1997;98:100-103.
- Stage D, Pusel J, Janser J. **Lésions à cellules géantes de la mandibule : Problèmes de diagnostic différentiel. À propos de 3 cas de granulome central de réparation.** Ann Otol Rhinol Laryngol 1986; 103:159-166.
- Kar DK, Gupta KS, Agarwal A, Mishra SK. **Brown tumor of the palate and mandible in association with primary hyperparathyroidism.** J Oral Maxillofac Surg 2001;59:1352-1354.
- D'Avanzo A, et al. **False positive 99mTc sestamibi scans in patients with osteitis fibrosa cystica and brown tumours.** Eur J Surg 2001;167: 592-597.

SUMMARY

Brown tumours of the jaws

A. SLAMA, Z. MZIOU, L. WALHA, B. SRIHA, H. KOCHTALI

Brown tumour of the maxilla is one of giant-cell lesions. Usually it is associated to a primary hyperparathyroidism.

We studied retrospectively 4 cases of brown tumour involving patients aged between 22 and 52 years.

The patients were 3 females and one male. They complained for a maxillary tumour iden-

tified, histologically, as a giant-cell tumour or reparative giant-cell granuloma.

The diagnosis of primary hyperparathyroidism was established by biochemical and radiological investigations.

The authors insist on the difficulty to diagnose the primary hyperparathyroidism because of its asymptomatic character.

keywords: brown tumor, maxilla, primary hyperparathyroidism.

www.editionsid.com

CATALOGUE

Orthodontie Odonto

Société d'Information et de Diffusion

LIBRAIRIE INTERNATIONALE
INTERNATIONAL BOOKSELLERS

Éditeur / Publisher
9, rue Christine
75006 PARIS

Vente par correspondance

Tél. +33 (0)1 43 29 31 01
Fax : +33 (0)1 43 29 32 62
Site www.editionsid.com
E-mail : sidedition@orange.fr

Actualités Odonto-Stomatologiques

Des descriptions de traitement très explicites...

Des cas cliniques traités de manière exhaustive...

Une place importante donnée à l'évolution des technologies...

l'intervention de spécialistes réputés...

le sevrage tabagique par les dentistes et stomatologues

Cette revue trimestrielle vous fera découvrir les progrès de la recherche et des techniques dans les spécialités de l'odontologie et la stomatologie, par une information pluridisciplinaire très illustrée et argumentée.

TARIFS DES ABONNEMENTS
(4 numéros)

France et Dom-Tom (voie de surface)	190 €
Membre aeos	170 €
Étudiant France (sur justificatif)	110 €
DOM-TOM (par avion)	210 €
Étranger (par avion)	240 €
(voie de surface)	220 €
Prix au numéro	65 €

Pour s'abonner, composer le :
Tél. 01 43 29 31 01 - Fax : 01 43 29 32 62
www.editionsid.com

Tarif aeos
(prix au numéro)

2003 - 42,50 €
2004 - 45,00 €
2005 - 45,00 €
2006 - 50,00 €
2007 - 65,00 €

Frais de port : 3 € par numéro

N° 221 Mars 2003	Spécial pathologies cardiovasculaires et odontologie 120 p.	N° 227 Sept. 2004	Varia 80 p.
N° 222 Juin 2003	Varia 96 p.	N° 228 Déc. 2004	Varia 80 p.
N° 223 Sept. 2003	Varia 96 p.	N° 229 Mars 2005	Varia 116 p.
N° 224 Déc. 2003	Varia 120 p.	N° 230 Juin 2005	Varia 100 p.
N° 225 Mars 2004	Spécial pathologies de la muqueuse buccale (1 ^{re} partie) 96 p.	N° 231 Sept. 2005	Varia 88 p.
N° 226 Juin 2004	Spécial pathologies de la muqueuse buccale (2 ^e partie) 96 p.	N° 232 Déc. 2005	Spécial Nutrition 72 p.
		N° 233 Mars 2006	Varia 112 p.
		N° 234 Juin 2006	Varia 108 p.
		N° 235 Sept. 2006	Varia 92 p.
		N° 236 Déc. 2006	Spécial Chirurgie de l'enfant (1 ^{re} partie) 128 p.