

Le plasmocytome solitaire osseux : à propos d'une localisation mandibulaire

Solitary bone plasmacytoma : about a mandibular localisation

Résumé

MOTS-CLEFS :

- Plasmocytome, solitaire, radiothérapie

KEYWORDS:

- *Plasmacytoma, solitary, radiotherapy*

AOS n° 277 – 2016

Le Plasmocytome solitaire (PS) est une lésion rare caractérisée par une accumulation localisée de plasmocytes monoclonaux néoplasiques, sans preuve de myélomatose systémique. Il représente 5 % de l'ensemble des tumeurs plasmocytaires.

Son diagnostic repose sur trois éléments essentiels, la radiologie, l'examen immunohistologique, et l'investigation biologique.

Le traitement est basé sur la radiothérapie. Le pronostic dépend de son évolution ou vers un myélome multiple ce qui nécessite un suivi régulier des patients atteint de cette lésion.

Ce travail illustre un cas clinique d'une femme âgée de 58 ans, Les aspects clinique, radiologiques, et histologique de cette lésion sont évoqués, ainsi que les modalités de prise en charge.

Abstract

The solitary Plasmacytoma (SP) is a rare lesion characterized by localized accumulation of monoclonal plasma cells neoplastic without evidence of systemic myelomatosis. It represents 5% of all plasma cell tumors.

Its diagnosis is based on three essential elements, radiology, immunohistochemical examination, and biological investigation.

The treatment is based on radiation. Prognosis depends on its evolution or to a Multiple myeloma which requires regular monitoring of patients with this lesion.

This work shows through a clinical case of a woman aged 58 years, The clinical, radiological and histological appearance of this lesion, and the treatment are described.

► **Mohammed FAOUK**, Service d'odontologie chirurgicale, Centre de consultation et traitement dentaire, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc.

Olaya MEDAGHRI ALAOUI, Service d'odontologie chirurgicale, Centre de consultation et traitement dentaire, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc.

Ihsane BEN YAHYA, Service d'odontologie chirurgicale, Centre de consultation et traitement dentaire, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc.

INTRODUCTION

Le plasmocytome solitaire (PS) est une lésion rare caractérisée par une accumulation localisée de plasmocytes monoclonaux néoplasiques, sans preuve de myélomatose systémique (1). Il représente 5 % de l'ensemble des tumeurs plasmocytaires (2).

La forme extramedullaire de la tumeur peut siéger au niveau des tissus mou ou osseux (3). La localisation la plus habituelle est au niveau des vertèbres et des os longs, la localisation mandibulaire est extrêmement rare (4).

OBSERVATION

Une femme âgée de 58 ans s'est présentée à la consultation suite à l'absence de la cicatrisation du site de l'extraction de la 46, faite depuis 2 mois. Elle rapporte aussi la présence des douleurs discontinues spontanées, d'intensité modérée au niveau de la région mandibulaire droite.

L'interrogatoire a révélé que la patiente est en bon état de santé générale, l'examen exobuccal était sans spécificité.

L'examen endobuccal a montré au niveau du secteur molaire mandibulaire droit, la présence d'une lésion intraosseuse remplie par un tissu jaunâtre adhérent, le porteur de la lésion était érythémateux (Fig. 1).

L'examen radiologique conventionnel (panoramique) a montré la présence d'une lésion radioclaire à contour mal limité au niveau du site (Fig. 2).

Suite à ces examens la patiente a été convoquée pour le curetage chirurgical du site. La lésion était molle, érythémateuse en profondeur, et adhérente aux structures adjacente. La pièce opératoire a été adressée pour examen anatomopathologique (Fig. 3a, b).

L'examen histologique a montré qu'il s'agit d'une infiltration plasmocytaire dense (Fig. 4), ce qui nécessite une étude immuno-histochimique (Fig. 5).

L'étude immuno-histochimique a montré la présence de plasmocytes porteurs de marqueurs CD 138 (type Kappa). Suite à cette étude anatomopathologique, deux diagnostics ont été évoqués, le plasmocytome solitaire osseux et le myélome multiple.

D'autres examens complémentaires ont été demandés pour détecter la présence d'un myélome.

Ainsi, le myélogramme, la calcémie, la créatinine, l'électrophorèse des protéines sériques, et le taux d'Hg, ont tous montré des valeurs normales.

Des radiographies de crânes et des os long ont aussi été demandées, aucun signe de lésions osseuses n'a été détecté.



Fig. 1 : L'examen endobuccal.

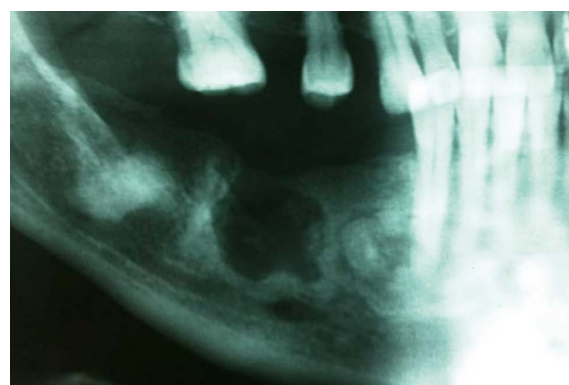


Fig. 2 : L'examen radiologique.

Suite à l'ensemble de ces examens le diagnostic de plasmocytome solitaire osseux de la mandibule a été retenu.

La patiente a été adressée au service d'oncologie où elle a été traitée par radiothérapie. Le contrôle après 3 mois montre une cicatrisation du site (Fig. 6).

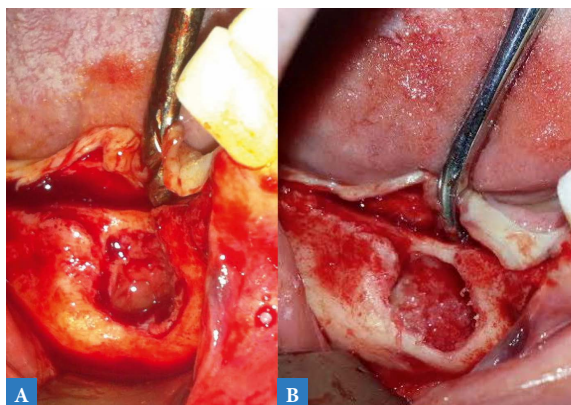


Fig. 3a, 3b : Le curetage chirurgical.

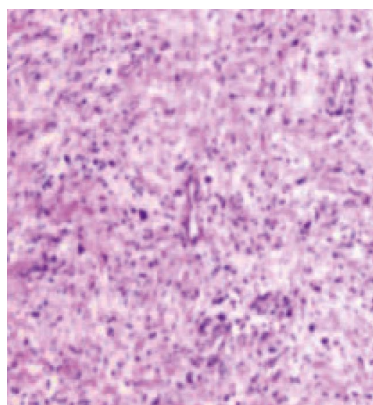


Fig. 4 : L'examen histologique.

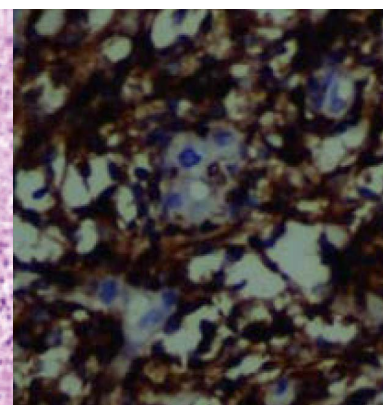


Fig. 5 : L'examen immunohistochimique.



Fig. 6 : Le contrôle montrant une cicatrisation.

DISCUSSION

Le plasmocytome solitaire est un processus tumoral malin dérivant d'un clone unique de lymphocytes B plus ou moins différenciés sans envahissement médullaire diffus, ce qui le distingue du myélome multiple (5).

Il est classée en trois groupes : dans le cadre d'un myélome multiple (MM), plasmocytome solitaire osseux (PSO), et le plasmocytome extramédullaire. Le PSO représente 2 % à 3 % de toutes les tumeurs plasmocytaires (6, 7).

Les sites les plus communs de PSO sont les os longs et les vertèbres. La localisation au niveau des maxillaire est extrêmement rare et ne représente que 4,4 % des PSO, les zones les plus atteintes sont l'angle et la branche montante mandibulaires (8, 9).

Il se manifeste souvent chez les patients de sexe masculin (sexe ratio 2/1) (10), dans la tranche d'âge 50/70 (8). Cliniquement la maladie se manifeste par une douleur osseuse ou dentaire, une paresthésie voir une anesthésie, une mobilité dentaire, une hémorragie, une tuméfaction (8).

Sur le plan radiologique, la lésion ne présente aucune spécificité (5), elle se présente sous forme d'une image radioclaire bien limitée, avec ou sans destruction des corticales (9).

Le PSO est souvent confondu avec des lésions bénignes comme l'améloblastome, ou avec une ostéomyélite ou un granulome. La malignité est rarement évoquée face à cette lésion (6).

Un certain nombre de critères sont nécessaires pour porter le diagnostic de plasmocytome solitaire et écarter celui du MM : l'absence d'anémie, un bilan phosphocalcique normal, une fonction rénale normale, une cytologie médullaire normale dans au moins deux sites différents et une absence d'autres lésions sur les radiographies du squelette ou sur l'IRM (5).

Le diagnostic définitif de la lésion est obtenu après examen histologique et immuno-histologique (7).

Sur le plan histologique, ces tumeurs sont composées de cellules plasmatiques bien différenciées avec de petits noyaux excentriques et une chromatine condensée à la périphérie. Les tumeurs peuvent également avoir des plasmocytes immatures montrant une chromatine nucléaire finement dispersé dans les noyaux excentriques ayant des nucléoles proéminents et un cytoplasme abondant (8).

L'étude phénotypique positives pour les marqueurs CD138, CD117, EMA et l'expression monoclonale de la chaîne légère cytoplasmique des cellules plasmatiques malignes obtenus par biopsie ou cytoponction de la lésion solitaire permet de la différencier des autres tumeurs à cellules rondes (8).

L'infiltrat plasmocytaire est également fréquent dans diverses infections odontogènes, et donc doit être différencié du plasmocytome solitaire osseux (8).

Le plasmocytome solitaire est une lésion très radiosensible. La radiothérapie radicale comprenant 40-50Gy a montré 80 % de contrôle local de la maladie. Le traitement chirurgical est recommandé pour les cas où toute la tumeur doit être enlevée pour réduire au minimum un risque esthétique ou fonctionnel, ou dans les cas où le risque de fracture pathologique est présent (7).

La place de la chimiothérapie reste controversée. Une seule étude prospective a rapporté un bénéfice avec l'association chimiothérapie-radiothérapie par rapport à la radiothérapie seule (8).

Le plasmocytome solitaire progresse à un myélome multiple dans 35 % à 75 % des cas dans un délai moyen de 38 mois. Il n'est pas possible de prédire quels patients peuvent développer une maladie systémique parce qu'aucun facteur de risque n'est identifié. Par conséquent un suivi régulier clinique avec suivi des immunoglobulines, des protéines monoclonales dans le sérum, et protéines de Bence-Jones dans l'urine est conseillé (6).

C'est ainsi que le pronostic de cette maladie est fortement lié au développement ou non vers le myélome multiple.

CONCLUSION :

Le plasmocytome solitaire osseux est une entité clinique rare, son diagnostic repose sur trois éléments essentiels, la radiologie, l'examen immunohistologique, et l'investigation biologique.

Le pronostic dépend de son évolution ou vers un myélome multiple ce qui nécessite un suivi régulier des patients atteint de cette lésion.

Bibliographie

- [1] Meet K, Parwinder K, Rakhi G, Shally G, Simranjit S. Mandibular plasmacytoma of jaw – A case report. *J Clin Diagn Res* 2014; 8(8): 20–21.
- [2] Rajendra B, Solitary plasmacytoma of the mandible – A rare entity. *J Int Oral Health* 2013; 5(3): 97–101.
- [3] Jingpin Z, Yuqing L, Wenjuan W, Zekun Z, Yang Di. Solitary plasmacytoma of the sternum with a spiculated periosteal reaction: A case report. *Oncol Lett*. 2015; 9(1): 191–194.
- [4] Ashraf MJ, Azarpira N, Khademi B. Anaplastic solitary plasmacytoma of mandible, masquerading as sarcoma. *Pak J Med Sci* 2013; 29(3): 872-3.
- [5] MohamadJavad A, Negar A, Bijan Ki. Anaplastic solitary plasmacytoma of mandible, masquerading as sarcoma. *Pak J Med Sci* 2013; 29(3): 872–873.
- [6] Bourjat P, Kahn JL, Braun J. Imagerie des plasmocytomes solitaires maxillo-mandibulaires. *J Radiol* 1999; 80: 859-62.
- [7] Annapurna S, Nidhi M, Shipra A, Shyama J. Solitary bone plasmacytoma: An interesting case report with unusual clinico-cytological features. *J Cytol* 2014; 31(3): 158–160.
- [8] Afshin M, BehroozIlkhani Z, Ghasemi M. Mandibular plasmacytoma with sun-ray periosteal reaction: A unique presentation. *Int J Surg Case Rep* 2012; 3(7): 296–298.
- [9] Adama D, Karima N, Bellefqih S, Kebdani T, Benjaafar N. Plasmocytome solitaire osseux : expérience de l'institut national d'oncologie de Rabat (INO). *Pan Afr Med J* 2014; 17: 180-7.
- [10] Brinch L, Hannisdal E, Abrahamsen AF. Diagnosis and treatment of solitary plasmacytoma. *Tidskr Nor Laegeforen* 1990; 110(12):1515-6.