

Récidive tardive d'un myxome mandibulaire ?

Carla Patricia Martinelli-Kläy^{1,*}, Tommaso Lombardi², Jacky Samson²

¹ Laboratoire d'Histopathologie buccale, Faculté de Médecine, Genève, Suisse

² Division de Stomatologie et Chirurgie orale, Genève, Suisse

* carla.martelli@hispeed.ch

Reçu le 29 septembre 2011, accepté le 17 octobre 2011

Mots clés :

myxome / maxillaire / tumeur
odontogène / récidive

Résumé – On utilise couramment le terme de myxome odontogène pour désigner le myxome des maxillaires, une tumeur bénigne rare qui récidive fréquemment car elle envahit les espaces médullaires. Les récidives, presque toujours dues à une exérèse incomplète, sont fréquentes et quelquefois tardives.

Le myxome représente une tumeur ubiquitaire, probablement développée à partir des dérivés des crêtes neurales. Cela suffit-il à en faire une tumeur odontogène ?

Key words:

myxoma / jaw / odontogenic
tumor / recurrence

Abstract – Odontogenic myxoma with a late recurrence? The term odontogenic myxoma is often used to designate a myxoma of the jaws, a rare benign neoplasm which often recur because it may penetrate into the marrow spaces. Recurrences which usually follow incomplete removal, are frequent and sometimes late.

Myxoma is an ubiquitary tumor, probably developed from cells of neural crests. Is this enough to call it an odontogenic tumor?



Fig. 1. Tumeur gingivale indolore et non inflammatoire.

Fig. 1. Gingival tumor without pain and inflammation.

Une patiente de 66 ans consulte son chirurgien-dentiste traitant, en janvier 2001, pour une tumeur gingivale évoluant depuis 2–3 ans. Elle a présenté une lésion sensiblement similaire, dans la même région, il y a plus de 20 ans, qui a été opérée dans le service ; il n'a pas été possible de retrouver la trace du dossier ni d'obtenir plus d'informations sur la nature de la lésion.

À l'examen, on observe une tumeur mandibulaire, vestibulaire, hémisphérique, de 2,5 cm de diamètre, siégeant dans la région para-médiane gauche. Les dents 32 et 41 sont déplacées, il existe une mobilité II sur la 41, la 31 a été extraite et la 41 dévitalisée depuis plusieurs années mais il a été impossible de savoir si le traitement dentaire a été fait en rapport avec l'intervention réalisée il y a plus d'une vingtaine d'années. La tumeur est ferme sans être dure, non sensible à la palpation, recouverte par une muqueuse d'aspect normal et sans signes inflammatoires associés. Sur la radiographie rétro-alvéolaire et l'orthopantomogramme, on observe une ostéolyse bien limitée sous-jacente à la tumeur, et une discrète rhizolyse sur 32 et 41. Lors de l'intervention, on découvre une corticale vestibulaire soufflée, amincie mais non perforée ; elle est éliminée pour faciliter l'exérèse de la tumeur. La tumeur, de couleur blanchâtre et de consistance gélatineuse, se laisse facilement cliver bien qu'elle ne soit pas encapsulée ; il n'y a aucune adhérence et les parois de la cavité sont parfaitement régulières. Les racines de 32 et 41 sont en partie exposées dans la cavité et

ces 2 dents sont mobiles. La tumeur mesure 2 cm de diamètre et 1 cm d'épaisseur.

L'examen histopathologique a montré qu'elle était constituée par une prolifération de cellules fusiformes ou étoilées, ressemblant à des fibroblastes, disposées dans une substance claire, lâche, abondante, prenant fortement le bleu Alcian. On notait également la présence de nombreux petits vaisseaux, de quelques petits trousseaux de collagène et d'un infiltrat inflammatoire très clairsemé composé de lymphocytes, de plasmocytes et de quelques rares mastocytes. Cet aspect est caractéristique d'un myxome. Il n'y avait aucune infiltration tumorale dans l'os cortical.

Lors de l'examen de contrôle effectué 9 mois après l'intervention, la mobilité dentaire avait disparu et l'os s'était totalement reconstitué. Les examens de contrôle ultérieurs ont été réalisés par le chirurgien-dentiste traitant et il n'y a pas eu de récurrence.

Commentaires [1–4]

Selon la classification de l'OMS de 1992, le myxome des maxillaires constitue une tumeur odontogène se développant à partir de l'ectomésenchyme. Elle est composée de cellules fusiformes ou étoilées siégeant dans une substance myxoïde abondante, avec quelques fibres de collagène ; lorsque les fibres sont plus abondantes, on parle de fibromyxome.

Le myxome siège le plus souvent à la mandibule (2/3 des cas) dans la région molaire, chez un adulte jeune (âge moyen 30 ans), avec une légère prédominance féminine. Au stade initial, il est asymptomatique. Lors de sa croissance, il reste indolore et il souffle progressivement les corticales, et les perce parfois. Radiologiquement, il se traduit par une image uniloculaire ou multiloculaire (image en « bulles de savon » ou plus fréquemment en « rayons de miel »). Les limites de la tumeur sont presque toujours nettes, avec le plus souvent la persistance des corticales. L'aspect histologique est caractéristique : cellules fusiformes ou étoilées, dispersées dans une substance myxoïde abondante, avec des fibres de collagène en nombre variable.

L'énucléation, le curetage ou l'exérèse locale sont fréquemment suivis de récurrence (dans 25 % des cas) car le myxome a tendance à pénétrer dans les espaces médullaires. En conséquence, certains auteurs préconisent une exérèse large. La fréquence des récurrences dépend de plusieurs facteurs : la taille, la localisation, la consistance de la tumeur, du type d'intervention... et de l'opérateur. L'exérèse incomplète est suivie d'une récurrence le plus souvent précoce (2 ans en moyenne), quelquefois tardives (plus de 30 ans dans un cas). Le cas rapporté correspond probablement à une récurrence survenant plus de 20 ans après l'exérèse initiale.

On considère que le myxome des maxillaires est d'origine odontogène car il survient fréquemment pendant l'adolescence, il peut être associé à une agénésie ou à une dent incluse, il est plus fréquent dans les maxillaires que dans le reste du squelette et il comporte parfois de l'épithélium odontogène. Il se développerait à partir de la papille dentaire, du follicule dentaire, du ligament parodontal ou d'un fibrome odontogène en voie de dégénérescence. Certains auteurs contestent cette origine odontogène mais ils ne proposent aucune hypothèse réellement satisfaisante (transformation myxoïde d'un neuro-fibrome intra-osseux...).

Il existe d'autres formes de myxome : myxome cardiaque (le plus fréquent), myxome des gaines nerveuses, myxome cutané... Chacun présente des particularités mais ils possèdent tous les caractères spécifiques du myxome (tumeur constituée par une substance myxoïde abondante où sont dispersées des cellules fusiformes ou étoilées peu nombreuses). À côté des formes familiales et des formes récidivantes, il y a des syndromes où l'on trouve des myxomes associés. Ce sont le NAME syndrome (Nevi, Atrial Myxoma, Ephelides), le LAMB syndrome (Lentiginos, Atrial Myxoma, Blue nevi), le syndrome de Carney qui comporte des lésions pigmentées, des myxomes, des troubles endocriniens, une maladie pigmentaire nodulaire de la corticosurrénale, un fibroadénome mammaire myxoïde, une tumeur testiculaire à cellules de Sertoli et un adénome hypophysaire. Enfin, le syndrome de Mazabraud associe, dans la même région, myxome(s) intra-musculaire(s) et dysplasie fibreuse des os. Les trois premiers syndromes (NAME, LAMB et Carney) concernent des dérivés des crêtes neurales et le myxome cardiaque – qu'il soit isolé ou associé à l'un de ces syndromes – se développe dans 75 % des cas sur le septum inter-auriculaire gauche, c'est-à-dire là où il y a du tissu neuro-endocrinien qui sécrète le facteur natrial natriurétique. Tout ceci tend à confirmer que le myxome se développe probablement à partir de dérivés des crêtes neurales, comme l'ectomésenchyme dans les maxillaires. Certes l'ectomésenchyme participe à la formation de la papille dentaire mais cela suffit-il pour justifier le qualificatif d'odontogène pour une tumeur ubiquitaire ?

Conflits d'intérêt : aucun

Références

1. Buchner A, Odell EW. Odontogenic myxoma/myxofibroma (pp. 316-7). In WHO Pathology and genetics of head and neck tumours. IARC Press, Lyon, 2005.
2. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Oral and maxillofacial pathology, 3rd ed., (pp. 635-7). Saunders-Elsevier, Saint-Louis, 2009.
3. Marx RE, Stern D. Odontogenic myxoma (pp. 668-70). In Oral and maxillofacial pathology. A rationale for diagnosis and treatment. Quintessence Publishing Co, Chicago, 2003.
4. Reichart PA, Philipsen HP. Odontogenic myxoma or myxofibroma (pp. 189-97). In Odontogenic tumors and allied lesions. Quintessence Publishing Co Ltd, London, 2004.