

Carcinome épidermoïde gingival invasif géant: imageries médicales d'un cas

Giant squamous cell carcinoma invasive of the gencive: radiological aspects of a case

H.D. Ranoharison (1), L.H. Rajaonarison Ny Ony Narindra (1)*,
F.R. Randrianantenaina (2), N.R.E. Hasiniatsy (3),
T. Rafaralahivoavy (1), A. Ahmad (1)

(1) Service Imagerie Médicale, Hôpital Universitaire Joseph Ravoahangy Andrianavalona, CHU d'Antananarivo

(2) Service Imagerie Médicale, Hôpital Universitaire de Fianarantsoa

(3) Service Oncologie Médicale, Centre Hospitalier de Soavinndriana, Antananarivo

Résumé

La localisation gingivale des carcinomes épidermoïdes n'est pas fréquente et les formes géantes ne sont pas habituelles. Notre objectif était de décrire ses aspects radiologiques et son extension.

Nous rapportons le cas d'un homme de 43 ans présentant un carcinome épidermoïde gingival invasif géant. La radiographie standard, l'orthopantomographie, et la tomодensitométrie (TDM) permettent d'examiner la lésion ostéolytique et l'invasion locorégionale de ce type de cancer.

Mots clés: carcinome épidermoïde, gingivale, radiographie, tomодensitométrie

Abstract

The gingival localization of the squamous cell carcinoma is not common and the giant forms are unusual. Our aim was to describe the radiological aspects of this disease.

We report the case of a 43 years old man presenting with a giant squamous cell carcinoma invasive of the gencive. Standard radiography, orthopantomography, and computed tomography allow to analyze the osteolytic lesion and locoregional invasion of this type of cancer.

Keywords: squamous cell carcinoma, gingival, radiography, computed tomography

Introduction

Le carcinome épidermoïde résulte d'une prolifération cellulaire maligne reproduisant de façon plus ou moins fidèle la structure d'un épithélium malpighien [1]. Il constitue la majorité des cancers des voies aéro-digestives supérieures (VADS). La localisation gingivale n'est pas fréquente et les formes géantes sont rares.

Nous rapportons un cas de carcinome épidermoïde invasif géant de localisation gingivale afin de décrire ses aspects radiologiques et son extension.

Observation

Mr T. âgé de 43 ans était vu au service d'Imagerie Médicale du Centre Hospitalier Universitaire Joseph Ravoahangy Andrianavalona pour tuméfaction gingivopalatine évoluant depuis 5 mois. Il était tabagique actif à 3 paquets-année et éthylique occasionnel.

Cliniquement, l'examen exo-buccal montrait une asymétrie faciale franche marquée par la présence d'une tuméfaction dure, insensible, recouverte d'une peau normale, localisée au niveau de la joue gauche. Cette lésion était de la taille d'une mandarine et s'accompa-

gnant d'une adénopathie sous mandibulaire homolatérale. L'examen endo-buccal visualisait une tuméfaction d'environ 3 cm de grand axe, de siège gingivo-palatine gauche antérieur, en regard des dents 24, 25 et 26 qui étaient cariées. Cette formation présentait une ulcération superficielle. Elle était friable et hémorragique spontanément et au contact. L'état bucco-dentaire était médiocre. Les autres aires ganglionnaires étaient libres et il n'existait pas d'organomégalie abdominale.

Le patient était gêné par une hémicrânie atroce qui l'avait motivé à consulter un médecin libre et qui, par la suite, l'avait référé pour examen d'imagerie.

La radiographie du crâne, en incidence de Blondeau, a montré une opacité relativement homogène en projection sur le sinus maxillaire gauche accompagnée d'une disparition des parois sinusiennes notamment à sa partie médiale et inférieure correspondant à une ostéolyse. L'orthopantomographie (Figure 1) a confirmé l'ostéolyse de la paroi inféro-interne du sinus maxillaire gauche.

La tomodynamométrie (TDM) de la face, réalisée dans



Figure 1. Orthopantomographie. Vue panoramique de face. Ostéolyse du maxillaire gauche et de la paroi externe du sinus maxillaire homolatéral (flèches).

le cadre du bilan d'extension, en coupes axiale, coronale et sagittale (Figures 2, 3 et 4) a mis en évidence un processus tissulaire hétérogène d'environ 8,5 cm de plus grand axe. Il a occupé la fosse ptérygo-maxillaire gauche et a pris le contraste de façon hétérogène après injection intraveineuse du produit iodé. Ce processus érodait les structures osseuses de voisinage et s'étendait en intra-sinusal maxillaire homolatéral pour envahir la fosse nasale en dedans et le processus alvéolaire gauche en bas. En arrière l'amygdale gauche était infiltrée, prenant un aspect hétérogène. Aucune lésion n'était individualisable sur les coupes passant à l'étage cérébral.

La radiographie du thorax et l'échographie abdominale



Figure 2. Scanner de la face. Coupe axiale en fenêtre parenchymateuse. Masse tissulaire hétérogène occupant la fosse ptérygo-maxillaire gauche avec érosion des structures osseuses adjacentes.

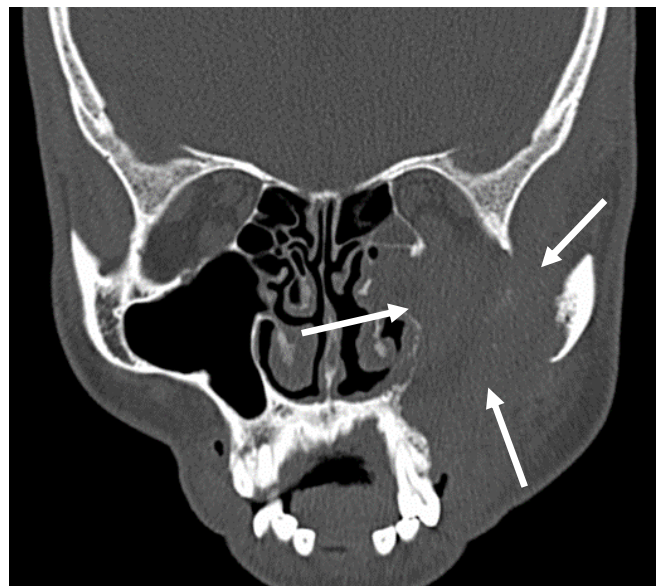


Figure 3. Scanner de la face. Reconstruction coronale en fenêtre osseuse. Vaste érosion osseuse intéressant la partie gauche du maxillaire, l'arcade zygomatique, les parois du sinus maxillaire gauche et la lame papyracée homolatérale (flèches).

ne révélait aucune anomalie permettant de suspecter une éventuelle métastase à distance.

L'examen histologique d'une pièce biopsique de la tuméfaction palatine a montré un carcinome épidermoïde invasif à grandes cellules, bien à modérément différencié.

Faute de plateau technique ainsi que de moyen finan-

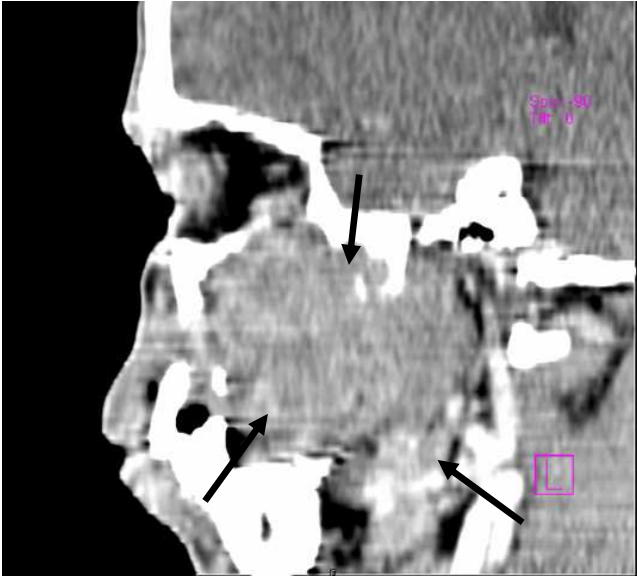


Figure 4. Scanner de la face. Reconstruction sagittale en fenêtre parenchymateuse. Masse tissulaire hétérogène de la fosse ptérygo-maxillaire et palatine gauche avec extension jusqu'au niveau de l'amygdale homolatérale (flèches).

cier, la radiothérapie et ou la chimiothérapie n'avait pas pu être instaurée. De la morphine à la demande a été prescrite. Au septième mois, le patient décédait d'une dyspnée aiguë.

Discussion

Le carcinome épidermoïde représente le premier cancer des VADS en termes de fréquence. Il affecte plus l'homme que la femme [2-4]. Les facteurs étiologiques, presque retrouvés chez notre patient, sont dominés par l'irritation chronique des muqueuses des VADS liée le plus souvent au tabac, à l'alcool ou à une hygiène bucco-dentaire déficiente [2].

La localisation gingivale ou palatine de ce type de cancer n'est pas très fréquente et l'atteinte de ces sites est variable selon les séries [5-7]. Les rares formes géantes rapportées sont essentiellement des cas africains et seraient dues à la négligence du patient liée aux problèmes sociaux et à l'insuffisance de plateau technique [8-10]. Ces tumeurs sont particulièrement invasives avec un caractère lymphophile important mais les métastases systémiques sont rarement présentes initialement [3]. Ce qui concorde avec la présence d'adénopathie sous mandibulaire et l'absence de lésion secondaire à distance chez notre patient.

Le bilan radiologique fait partie intégrante du bilan ini-

tial des cancers des VADS. Selon l'*American Joint Committee on Cancer (AJCC)* et l'*Union Internationale Contre le Cancer (UICC)*, la classification TNM (*tumor, node, metastasis*) est élaborée à partir des données cliniques, endoscopiques et radiologiques [3]. Pour ces dernières, la lésion est le plus souvent de type ostéolytique [8]. Dans notre cas, tumeur est classée T4 à cause de l'érosion des structures osseuses adjacentes et de l'importante extension locorégionale. Cette ostéolyse peut être observée sur la radiographie de Blondeau et l'orthopantomographie. La TDM apporte encore plus d'information, notamment pour le bilan d'extension [3]. Avec l'injection de produit de contraste, la TDM du massif facial permet d'évaluer l'atteinte des parties molles, surtout en l'absence d'IRM (imagerie par résonance magnétique) qui est l'examen de choix. En effet pour ce cas, une IRM permettrait d'évaluer avec plus de précision l'éventuelle extension de la lésion au niveau cervico-facial ou cérébral et les atteintes ganglionnaires ; elle est aussi indiquée en cas de contre-indication de l'injection pour la TDM [1].

Conclusion

Les carcinomes épidermoïdes invasifs géants de localisation gingivale sont rares. La radiographie standard, l'orthopantomographie, et notamment la TDM permettent d'examiner la lésion ostéolytique et l'invasion locorégionale de ce type de cancer.

Références

1. Pinot-Roussel H, Diémé M-J, Andriamparany RJ, *et al.* Cancer des voies aéro-digestives supérieures. Le carcinome épidermoïde des voies aéro-digestives supérieures et ses variantes. *Réflex Méd Oncol* 2010; 37(7): 9-11.
2. La ligue contre le cancer. Les cancers des voies aéro-digestives supérieures [en ligne]. Paris: aidé; 2009. <http://www.ligue-cancer.net/shared/brochures/cancers-voies-aero-digestives-superieures.pdf>.
3. Hans S, Brasnu D. Cancer des voies aéro-digestives supérieures. Signes cliniques et bilan d'extension des cancers des voies aéro-digestives supérieures. *Réflex Méd Oncol* 2010; 37(7): 4-8.
4. Boussen H, Khedim A, Touati S, *et al.* Epidemiology of nasal and paranasal sinus cancer in Tunisia. *Ann Otolaryngol Chir Cervicofac* 2006; 123(3): 115-9.
5. Krutchkoff DJ, Chen J, Eisenberg E, *et al.* Oral cancer: a survey of 566 cases from the University of Connecticut Oral Pathology Biopsy Service, 1975-1986. *Oral Surg Oral Med, Oral Pathol* 1990; 70: 192-8.
6. Lucas RB. Epidermoid tumors. In: Pathology Tumors of the Oral Tissues, 3rd ed. Churchill Livingstone Edinburgh 1976:130-57.

7. Konan AV, Gbazi GC, Abby BC, *et al.* Aspect tomodensitométrique des tumeurs maxillaires primitives observées à Abidjan à propos de 39 cas. *J Afr Imag Méd* 2008; 9(2): 169-76.
8. Samson J, Gabioud F, Kuffer R. Carcinomes épidermoïdes de la cavité buccale. *Réalités Clin* 1997; 8(2): 125-39.
9. Parkins GEA, Armah G, Ampofo P. Tumours and tumour-like lesions of the lower face at korlebu teaching hospital, Ghana -an eight year study. *World J Surg Oncol* 2007; 5: 48.
10. Chidzonga MM. Oral malignant neoplasia: a survey of 428 cases in two Zimbabwean hospitals. *Oral Oncol* 2006; 42(2): 177-83.