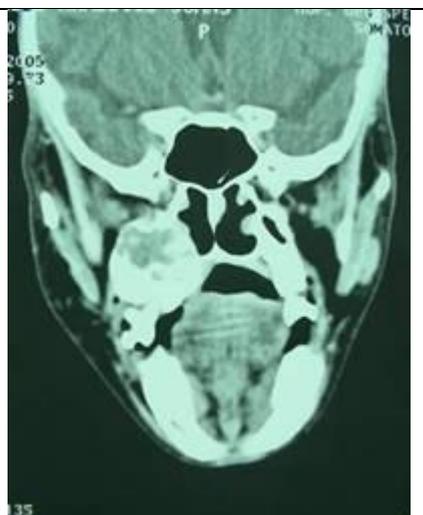


TUMEUR BRUNE MAXILLAIRE REVELATRICE D'UNE HYPERPARATHYROÏDIE PRIMITIVE : A PROPOS D'UN CAS

A. CHKOURA : résident au service d'Odontologie Chirurgicale ; Faculté de Médecine dentaire, Rabat

B. EL ABDI : Spécialiste en neuroradiologie

W. EL WADY : Chef de service d'Odontologie Chirurgicale ; Faculté de Médecine dentaire, Rabat Maroc



Résumé :

La tumeur brune est une complication rare d'hyperparathyroïdie, elle résulte des anomalies du métabolisme osseux. L'amélioration des techniques d'exploration biologique permet un diagnostic précoce avant l'installation des manifestations osseuses. Alors que l'atteinte mandibulaire est la plus fréquente dans la région maxillo-faciale, l'atteinte du maxillaire est extrêmement rare. Un cas de tumeur brune du maxillaire associée à l'hyperparathyroïdie primaire chez une femme enceinte est reporté.

Mots clés : Tumeur brune, Traitement, Hyperparathyroïdie

La tumeur brune des maxillaires est une lésion qui affecte les patients atteints d'hyperparathyroïdie le plus souvent primaire en rapport avec un adénome parathyroïdien dans 81% des cas, rarement secondaire à une insuffisance rénale chronique (1).

Au niveau maxillo-facial, elle se présente comme une masse douloureuse, évidente à l'inspection, dure à la palpation, de croissance lente pouvant prendre un volume important déformant ainsi l'os et conduisant à des dysfonctionnements masticatoires (1).

Le diagnostic de la tumeur brune est d'une importance capitale, en effet, cette tumeur régressent ou disparaissent après le traitement de l'hyperparathyroïdie, contre-indiquant ainsi toute intervention sur la tumeur. L'objectif de notre travail est de présenter cette approche diagnostique à travers un cas clinique.

Observation

Mme A. K. âgée de 36 ans, enceinte de trois mois – primipare, sans antécédents médico-chirurgicaux particuliers, s'est présentée en consultation pour une tuméfaction palatine évoluant progressivement depuis le début de la grossesse, pour laquelle la patiente n'est pas suivie médicalement.

L'examen clinique montre une tuméfaction située au niveau de la partie antérieure du palais dur droit, de 3 cm de grand axe, indolore, recouverte d'une muqueuse d'aspect normal, de consistance dure et douloureuse à la palpation. Les dents en regard de la tuméfaction sont absentes. Devant ce tableau clinique, le diagnostic d'une pathologie tumorale, kystique ou inflammatoire est posé.

Le bilan radiologique conventionnel a compris une radiographie panoramique et une incidence crane de face qui objectivent une lésion condensante paramédiane et une lésion de densité mixte érodant le bas fond du sinus maxillaire droit ([fig.1](#)). L'examen tomodensitométrique, réalisé en fenêtre osseuse et parenchymateuse avec des coupes de 3 mm, met en évidence quatre formations de densité tissulaire, contenant des logettes avec de fines travées calcifiées, soufflantes et destructrices au niveau de la médullaire inter-corticale osseuse. Ces lésions se rehaussent de façon hétérogène, et siègent au niveau du maxillaire entre le palais dur et la racine des ailes ptérygoïdes, la paroi postérieure du sinus maxillaire

droit ainsi qu'au niveau zygomatique homolatéral sans atteinte de l'articulation temporo-mandibulaire ([fig.2](#)).

Devant la non spécificité de l'image radiographique, une biopsie est réalisée, elle met en évidence un tissu conjonctif fibroblastique très vascularisé comportant un grand nombre de cellules géantes ostéoclastiques autour de foyers d'hémorragie, évoquant le diagnostic de lésion à cellules géantes. Le dosage de la parathormone (PTH) a été demandé afin de faire le diagnostic différentiel entre le granulome à cellules géantes et la tumeur brune secondaire à l'hyperparathyroïdie. Ce dosage a objectivé une valeur très élevée de 532 pg/ml (valeur normale 9- 55 pg/ml), une échographie cervicale est alors réalisée montrant un adénome parathyroïdien de 2 cm de diamètre, confirmant ainsi le diagnostic de tumeur brune secondaire à une hyperparathyroïdie primitive ([fig.3](#)) et permettant d'éliminer un granulome à cellules géantes.

Un bilan radiologique comprenant des radiographies de la grille costale, du tibia, du péroné et de la clavicule a exclu d'autres localisations autres que maxillaire. L'échographie abdominale est normale.

L'attitude thérapeutique a consisté en l'ablation de l'adénome parathyroïdien, après l'accouchement, et la surveillance du taux de parathormone et de la tuméfaction maxillaire.

Trois mois plus tard, nous avons assisté à un retour à la normale des taux de PTH et une réduction notable de la tumeur, contre-indiquant ainsi tout recours à la chirurgie.

Discussion

La tumeur brune serait présente dans 4.5 % des cas d'hyperparathyroïdie, elle affecte surtout les côtes, le bassin, le fémur et la mandibule, avec une prédominance de l'atteinte de la femme jeune. L'atteinte maxillaire est rare et s'observe dans environ 4.5 % (1).

L'hyperparathyroïdie primaire résulte de la surproduction de la parathormone (PTH), le plus souvent par un seul adénome, comme c'est le cas de notre patiente.

L'hyperparathyroïdie secondaire résulte de la compensation hyperplasique, le plus souvent

des quatre glandes, condition retrouvée surtout en cas d'insuffisance rénale(3).

Au niveau du squelette, l'excès d'hormone parathyroïdienne peut amener à une ostéite fibro-kystique, qui est un processus de résorption diffus de l'os dû à un déséquilibre entre l'activité ostéoblastique et ostéoclastique (2).

Cliniquement, les tumeurs brunes des maxillaires sont révélées par une tuméfaction osseuse et/ou des douleurs. La tumeur est de consistance ferme, kystique et solide par endroit (4), parfois volumineuse avec déformation faciale importante et risque de fracture osseuse particulièrement au maxillaire (4). La mobilité des dents en regard de la tumeur est fréquente (6). Selon notre patiente les dents en regard de la tuméfaction ont été extraites suite à l'augmentation de leur mobilité au fur et à mesure de l'évolution de la tuméfaction.

Radiologiquement, l'aspect n'est pas caractéristique, il s'agit d'une lésion intra-osseuse bien définie ou au contraire expansive et soufflant l'une des corticales, la tumeur est toujours située en regard des portions dentées (6). Les radiographies des maxillaires peuvent montrer une lyse osseuse de sévérité variable, un ligament parodontal mal distinct avec l'absence de la lamina dura et des trabéculations osseuses fines (8).

La tomodensitométrie avec injection montre une lésion prenant le produit de contraste ce qui fait la différence de la lésion kystique. Les lésions osseuses extra-faciales multiples sont recherchées par le bilan radiologique du squelette et par la scintigraphie osseuse au Technétium (6).

L'imagerie cervicale (échographie, TDM et IRM) est d'un grand apport dans la découverte de la lésion parathyroïdienne en cause (1).

Macroscopiquement, la tumeur se présente comme une masse charnue rouge, ressemblant à de la pulpe splénique (5).

L'examen histologique montre une lésion bien délimitée, caractérisée par la présence d'un grand nombre de cellules géantes ostéoclastiques (5) associées à des cellules mononuclées non spécifiques (6,8), séparées par un tissu fibreux. On observe aussi des plages hémorragiques récentes et anciennes (5).

Devant cet aspect histologique non spécifique, seule la coexistence de lésions ostéolytiques

multiplés et de l'hyperparathyroïdie permet de conclure au diagnostic de la tumeur brune (6).

Le diagnostic de la tumeur brune est d'une importance capitale permettant ainsi d'éviter d'intervenir sur les lésions osseuses, la prise en charge thérapeutique sera orientée vers le traitement de l'hyperparathyroïdie (ablation de l'adénome parathyroïdien comme c'est le cas de notre patiente).

Actuellement, le diagnostic de l'hyperparathyroïdie est fait précocement par la découverte d'une hypercalcémie symptomatique lors des bilans biologiques de routine. Toutefois la calcémie, peut être normale. L'élévation du taux de la parathormone constitue alors la clé du diagnostic (1).

Chez notre patiente, le diagnostic différentiel doit être fait avec une tumeur maligne ou métastatique, la dysplasie fibreuse, le granulome réparateur à cellules géantes ou l'ostéosarcome (2).

La dysplasie fibreuse est caractérisée radiologiquement par des lésions plus ou moins radiotransparentes ou radio-opaques selon le stade d'évolution.

L'ostéosarcome peut se présenter sous deux formes radiologiques : ostéolytique sous forme d'une image radioclaire, mal délimitée et traversée par de fines trabéculations. Et le type ostéosclérosant sous forme de zones ostéocondensées mal définies (10).

Le diagnostic différentiel entre le granulome à cellules géantes et la tumeur brune est biologique, et se fait par dosage du taux de parathormone qui est élevé dans le cas d'une tumeur brune (1).

Le traitement de la tumeur brune est dépendant de l'évolution des paramètres biochimiques après extirpation de la tumeur parathyroïdienne. Habituellement, les tumeurs brunes régressent spontanément, complètement ou partiellement (9). L'étude histologique montre la disparition des cellules géantes multinucléées, la diminution de la densité du tissu fibreux, la régression des lésions maxillaires est lente et nécessite parfois plusieurs années. La récurrence de la tumeur brune signifie la récurrence de l'hyperparathyroïdie (6).

L'indication du traitement chirurgical de la tumeur brune dépend de son évolution après le traitement de l'hyperparathyroïdie (7), en effet, l'exérèse chirurgicale n'est indiquée que

devant une augmentation anormale du volume tumoral (6,11) ou une régression trop lente (6) ou face à des lésions larges, symptomatiques, aboutissant à des troubles fonctionnels (2).

Lorsque l'indication est posée le traitement consiste en un curetage appuyé de la lésion associé ou non à un comblement avec de l'os spongieux (5), il n'y a pas d'indication de résection maxillaire ou de radiothérapie (6).

Conclusion :

La tumeur brune secondaire à l'hyperparathyroïdie est, actuellement, d'observation rare grâce aux examens biologiques de routine qui permettent le diagnostic de l'hyperparathyroïdie avant l'apparition des lésions secondaires associées, néanmoins l'apparition d'une lésion à cellules géantes, surtout chez la jeune femme, doit faire rechercher systématiquement une hyperparathyroïdie primaire avant de conclure à un granulome à cellules géantes, (1) ce qui permet d'éviter d'intervenir sur des lésions qui régressent après retour à la normale des taux de parathormone.

Bibliographie :

1. Aoune S, Khochtali H, Dahadouh C, Turki A, Mokni M et Bakir A. lésion à cellules géantes des maxillaires révélatrices d'hyperparathyroïdie primaire. Rev Stomatol Chir Maxillofac 2000 ; 101 : 86-89.
2. Guney E, Yigitbasi OG, bayram F, Ozer V et Canoz Ö. Brown tumor of the maxilla associated with primary hyperparathyroidism. Auris Nasus Larynx 2001 ; 28 : 369-372.

3. Goshen O, Aviel-ronen S, Dori S et Talmi YP. Brown tumor of hyperparathyroidism in the mandible associated with atypical parathyroid adenoma. *J Laryngol Otol.* 114:302-304, 2000.
4. Kar DK, Gupta SK, Amit A et Mihra SK. Brown tumor of the palate and mandible in association with primary hyperparathyroidism. *J Oral Maxillofac Surg* 2001 ; 59 : 1352-1354.
5. Marthan E, Antin B, Goujon JM et Descrozailles JM. Granulome réparateur à cellules géantes. *Rev Stomatol Chir Maxillofac* 1996 ; 97 : 161-165,
6. Menard Ph, Pautz F, Philippe B, Bertrand JC. Tumeur brune de la mandibule et hyperthyroïdie secondaire à une insuffisance rénale chronique. *Rev.Stomatol.Chir.maxillofac.* 1993 ; 94 : 276-280.
7. Merz MN, Massicg DD, Marsh W, Sculler DE. Hyperparathyroidism presenting as brown tumor of the maxilla. *Am J Otolaryngol* 2002 ; 23 : 173-176.
8. Okada H, Davies JE et Yamamoto H. Brown tumor of the maxilla in patient with secondary hyperparathyroidism: a case study involving immunohistochemistry and electron microscopy. *J Oral Maxillofac Surg* 2000 ; 58 : 233-238.
9. Suarez-Cunquero MM, Schoen R, Klisch J, Rainer S. Brown tumor of the mandible as first manifestation of atypical parathyroid adenoma. *J Oral Maxillofac surg* 2004 ; 62:1024-1028.

10. Piette E, Reychler H. Traité de pathologies buccale et maxillo-faciale, Bruxelles, DE BOECK, 1991.

11. Yamazaki H, Ota Y, Aoki T et 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.

Liste des figures :

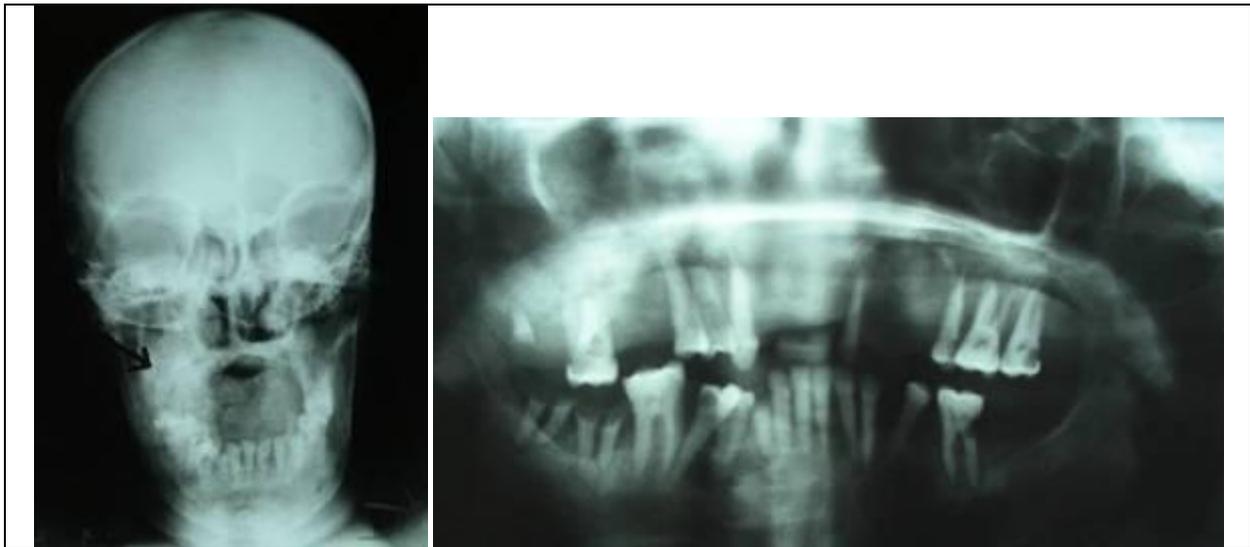


Fig. 1 : Image mixte siégeant au niveau du maxillaire droit et érodant le plancher sinusien.

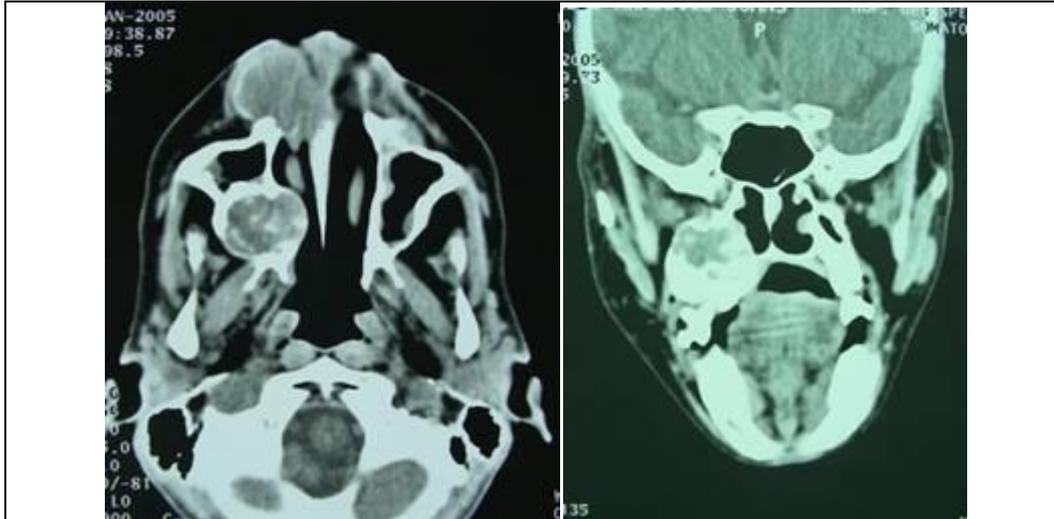


Fig. 2 : Coupe tomodensitométrique coronale et axiale en fenêtre parenchymateuse : masse siégeant au niveau du maxillaire droit et la paroi postérieure du sinus maxillaire droit.

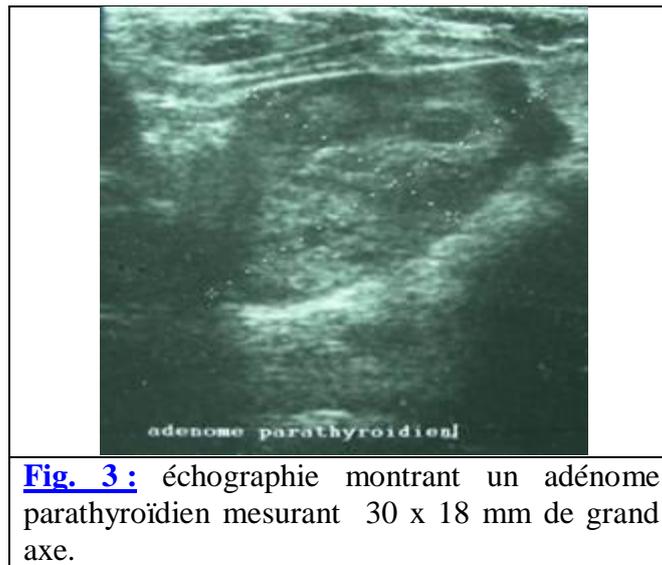


Fig. 3 : échographie montrant un adénome parathyroïdien mesurant 30 x 18 mm de grand axe.

Abstract :

The brown tumor is a rare complication of hyperparathyroidism, it is the result of abnormalities of bone metabolism. Improved biological diagnosis technique allows early diagnosis prior to the installation of bone lesions. The mandibular lesion is most common in the maxillo-facial region, maxillary lesion is extremely rare. A case of brown tumor of the maxilla associated with primary hyperparathyroidism in a pregnant woman is presented.

Key words : Brown tumor; Treatment; hyperparathyroidism.