

Métastase orale d'un carcinome à cellules rénales

Présentation de cas: Métastase osseuse mandibulaire en tant que première manifestation clinique d'un carcinome à cellules rénales

Mots-clés: Métastase orale, carcinome à cellules rénales, métastase mandibulaire

JÖRN WITTIG¹
MARIUS GUSTAV BREDELL¹
ASTRID KRUSE¹
EUGENIA HARALAMBIEVA²
KLAUS WILHELM GRÄTZ¹
HEINZ-THEO LÜBBERS¹

¹ Clinique de chirurgie orale et maxillo-faciale, Hôpital universitaire de Zurich

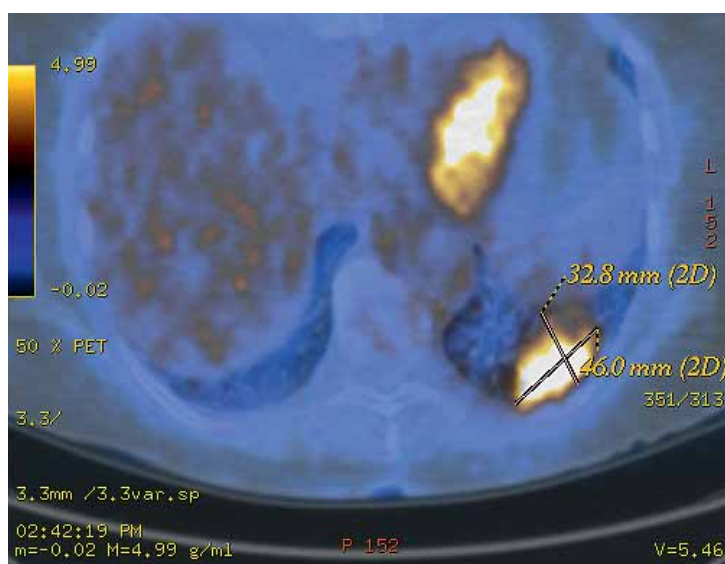
² Institut de pathologie clinique, Hôpital universitaire de Zurich

Correspondance

Jörn Wittig
Clinique de chirurgie orale et maxillo-faciale
Hôpital universitaire de Zurich
Frauenklinikstrasse 24
8091 Zürich
Tél. 044 255 11 11
Fax 044 255 41 79
E-mail: joern.wittig@gmx.de

Traduction:
Jacques Rossier et Thomas Vauthier

Image en haut: Tumeur dans le lobe pulmonaire inférieur gauche (3,3×4,6 cm)



Aperçu *Introduction:* les altérations tumorales de la cavité buccale sont souvent d'origine dentaire, et dans la plupart des cas, leur pathogenèse est locale. Occasionnellement, d'autres origines sont possibles en dehors du spectre des affections médico dentaires spécifiques. Le cas échéant, ces affections peuvent être très graves.

Les carcinomes à cellules rénales (CCR) sont connus pour leurs métastases fréquemment localisées dans le poumon, le foie, les os et le cerveau. Par contre, les métastases orales sont rares.

Présentation de cas: Il s'agit d'une patiente de 68 ans atteinte d'un carcinome à cellules ré-

nales jusqu'alors inconnu. Une lésion intra-orale suspecte a été incisée et biopsiée, ce qui a permis de poser le diagnostic de carcinome rénal à cellules claires. Les investigations ultérieures ont confirmé le diagnostic de métastase d'un carcinome rénal à cellules claires, et un traitement systémique a été initié.

Résumé: Cette présentation de cas illustre de façon exemplaire l'importance de l'examen histologique en temps opportun de toute nouvelle lésion intra orale. Le cas échéant, il est alors possible de diagnostiquer précocement des lésions inattendues mettant en danger la vie du patient, ce qui permet d'initier les traitements adéquats.

Introduction

Environ 1% de l'ensemble des tumeurs malignes de la sphère orale sont des métastases de tumeurs dont l'origine se situe dans d'autres organes (VAN DER WAAL ET COLL. 2003). Dans 25% des cas, la métastase découverte dans la sphère orale est la première localisation métastatique d'une tumeur déjà connue, et dans 23% des cas, il s'agit du premier signe d'une tumeur maligne d'autre localisation (HIRSHBERG ET COLL. 2008).

Ces métastases se situent deux fois plus souvent dans l'os maxillaire que dans les tissus mous. Les métastases osseuses sont localisées le plus souvent – dans 82% des cas – dans la mandibule (HIRSHBERG ET COLL. 2008). Parmi les tissus mous, la gencive attachée est la plus souvent impliquée (54%), suivie de la langue (22,5%). Symptômes les plus fréquents: tuméfaction, douleurs ou paresthésies. Ces métastases osseuses sont le plus souvent de type ostéoclastique (86%) et se manifestent radiologiquement par une ostéolyse. La fréquence des diverses tumeurs primitives en cause est liée au sexe. Chez la femme, le cancer du sein est la tumeur maligne la plus fréquente (JEMAL ET COLL. 2011), et c'est aussi le point de départ le plus fréquent



Fig. 1 Métastase d'un carcinome à cellules rénales dans la mâchoire inférieure, une semaine après la biopsie réalisée le 3.3.2011

des métastases orales (37%), suivi des tumeurs d'origine génitale (9,5%) et rénale (8,5%) (HIRSHBERG ET COLL. 2008). Chez l'homme, le cancer du poumon est la tumeur maligne la plus fréquente (JEMAL ET COLL. 2011); c'est également le point de départ le plus fréquent des métastases orales (26%), suivi des tumeurs d'origine rénale (11%), hépatique (8,6%), prostatique et cutanée (7,5% pour chacune de ces deux localisations) (HIRSHBERG ET COLL. 2008).

Nous présentons ici une patiente atteinte d'un carcinome à cellules rénales métastatique; le diagnostic initial a pu être posé grâce à une biopsie d'une lésion orale suspecte.

Présentation de cas

Cette patiente de 68 ans a été adressée par son médecin-dentiste à la Clinique de chirurgie orale et maxillo-faciale de l'Hôpital universitaire de Zurich en raison d'une tuméfaction croissante de la gencive linguale de la mandibule gauche, dans les régions 35 à 36. Le volume de la lésion avait augmenté depuis quatre semaines; elle mesurait maintenant 15×10 mm (fig. 1). Cette lésion était recouverte par la muqueuse, avec une ulcération centrale et une base large adjacente au maxillaire inférieur; à la palpation, elle était indolore et de consistance ferme. L'état général de cette patiente correspondait à son âge; elle présentait une surcharge pondérale. La patiente ne présentait pas de symptômes locaux ou systémiques; pas de maladies systémiques connues. Pas de perte de poids involontaire, pas de symptômes d'accompagnement tels que fièvre, sueurs nocturnes ou malaise général. Le status dentaire était sans particularité. En particulier, les dents dépulpées 33, 36 et 37 étaient asymptomatiques à la percussion. L'examen extra oral ne montrait pas de tuméfaction ou de lymphadénopathies palpables; les fonctions sensori-motrices du nerf trijumeau et facial étaient normales.

L'OPT (fig. 2) présentait une radiotransparence apicale mésiale de la 36, avec une lésion parodontale, ainsi qu'une perte osseuse verticale dans les régions 35 et 36; sinon, pas d'autres altérations pathologiques décelables. Sur la base de la clinique et du status radiologique, le diagnostic différentiel comprenait

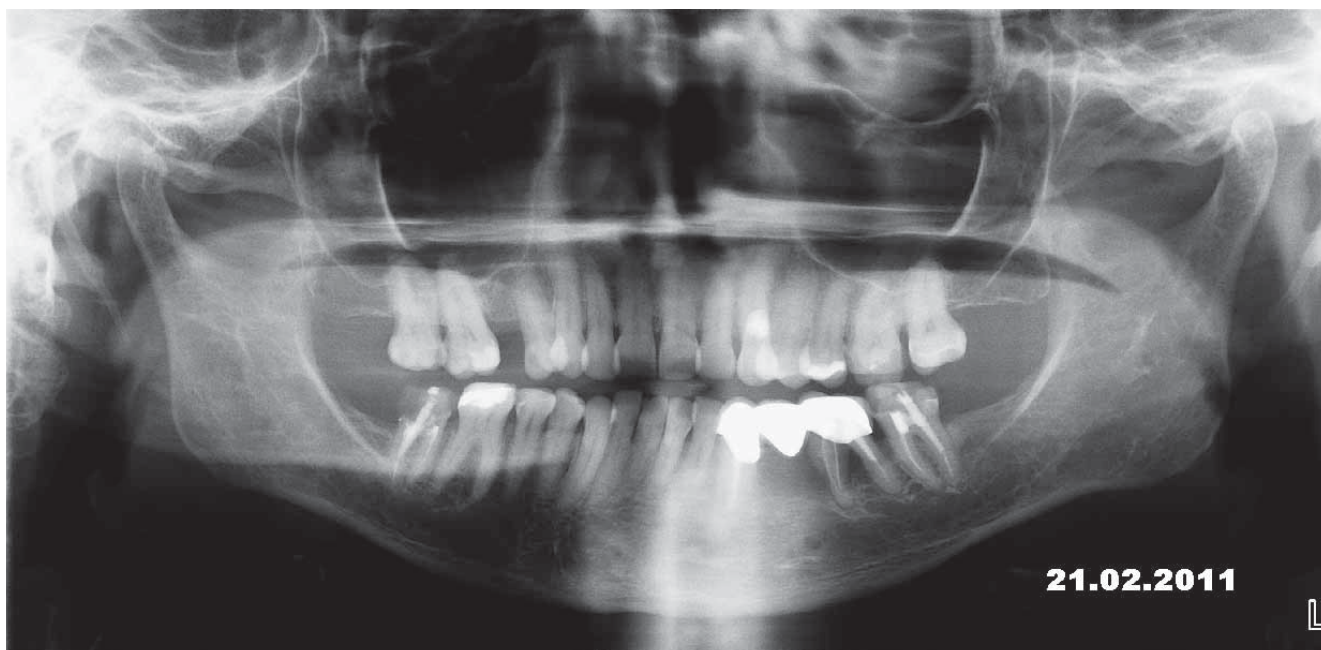


Fig. 2 OPT du 21.2.2011

également un processus inflammatoire dans le cadre d'une parodontite. L'examen histopathologique de la biopsie réalisée immédiatement a montré un carcinome peu différencié, pouvant correspondre en raison de sa localisation à un carcinome odontogène à cellules claires ou à une métastase (fig. 3).

Le staging tumoral, réalisé à l'aide d'un TEP-scanner (tomographie par émission de positrons couplée à un scanner), a mis en évidence un enrichissement suspect (activité métabolique accrue) de 4,7×4,7 cm au niveau du rein gauche, une autre zone

d'enrichissement de 4,6×3,3 cm dans le lobe pulmonaire inférieur gauche, ainsi que de petits foyers d'enrichissement dans presque tous les segments pulmonaires (fig. 4 et 5). Au niveau du foyer d'enrichissement intra oral, le scanner couplé à la TEP a mis en évidence un foyer d'ostéolyse mandibulaire localisé dans les régions 34 à 36 (fig. 6). Par la suite, une biopsie de la lésion rénale suspecte a été réalisée sous contrôle scanner; l'examen histopathologique a mis en évidence un carcinome peu différencié à cellules claires (fig. 7). L'immunohistochimie a confirmé qu'il s'agissait indubitablement d'un carcinome à cellules rénales.

Compte tenu du diagnostic clairement établi de carcinome rénal métastatique, la lésion pulmonaire n'a pas été investiguée plus avant, en l'absence de conséquences thérapeutiques. Une chimiothérapie systémique a été initiée. Au moment où nous terminons cette présentation, c'est-à-dire après trois mois de chimiothérapie, le scanner montrait une légère augmentation de volume de la tumeur primitive, alors que la taille des lésions pulmonaires était stationnaire.

Discussion

Le carcinome rénal à cellules claires représente plus de 90% des tumeurs malignes d'origine rénale; il était appelé aussi tumeur de Grawitz, après la première description qui en avait été faite

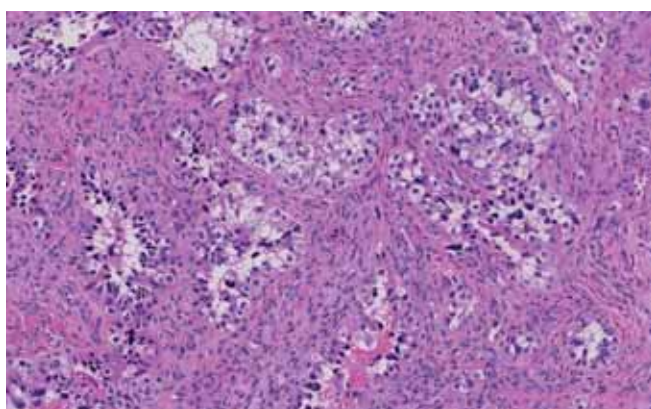


Fig. 3 Histologie de la métastase orale du carcinome à cellules rénales

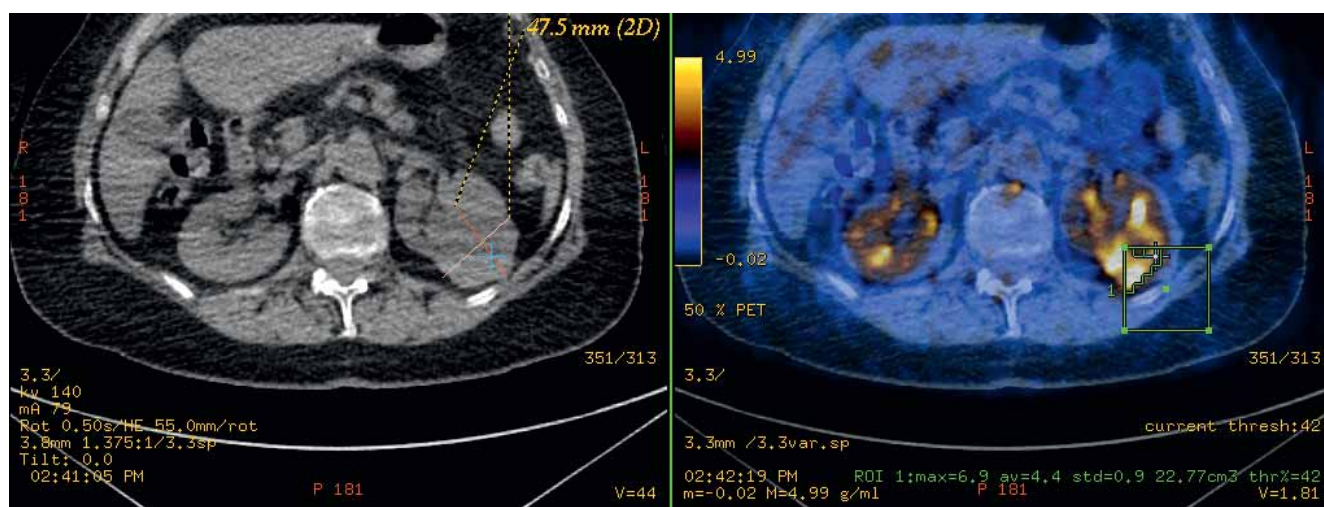


Fig. 4 Tumeur du rein gauche (4,7×4,7 cm)

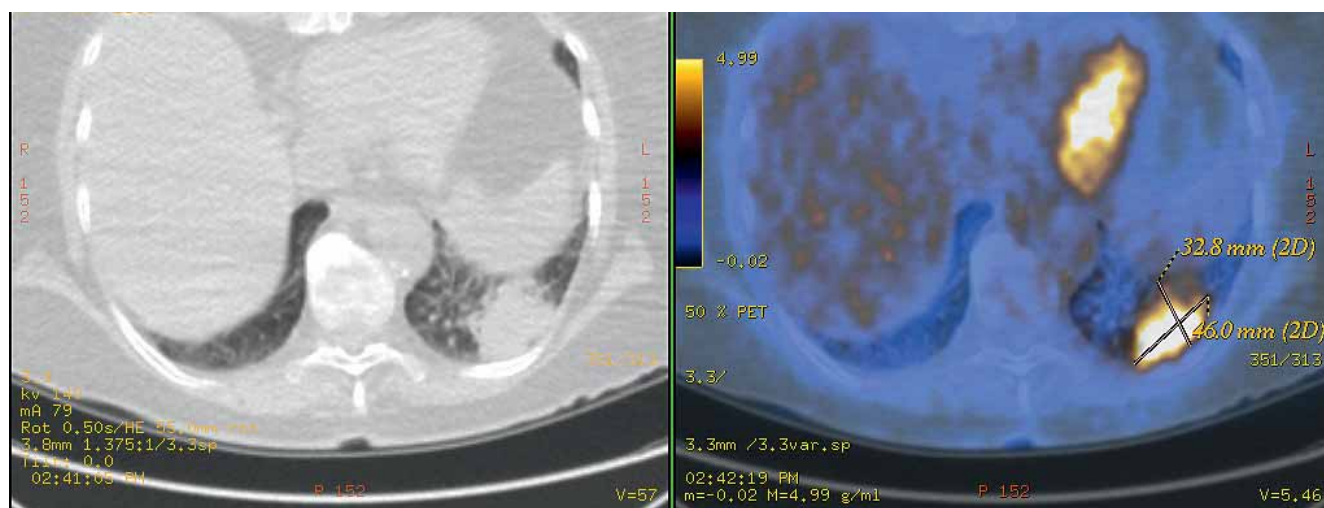


Fig. 5 Tumeur dans le lobe pulmonaire inférieur gauche (3,3×4,6 cm)

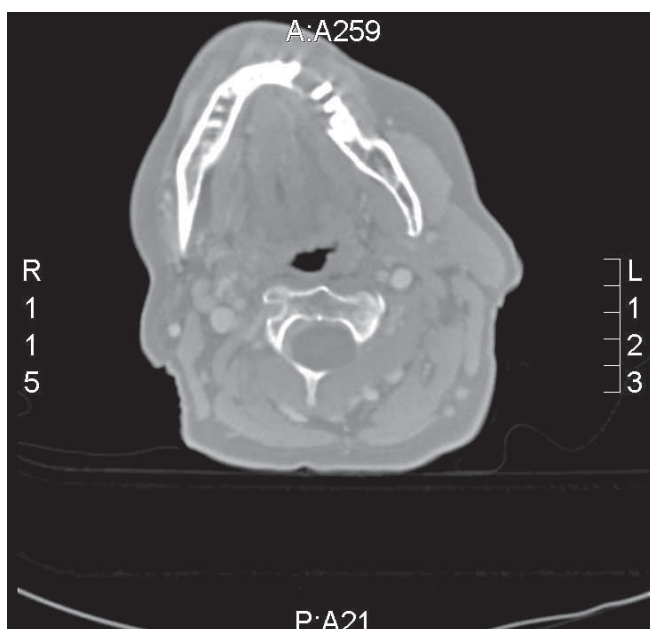


Fig. 6 Ostéolyse mandibulaire, région 34 à 36

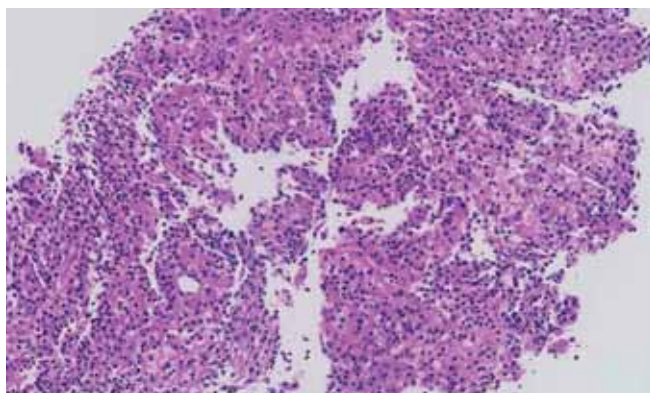


Fig. 7 Biopsie du carcinome rénal primaire

par cet auteur en 1883 (AL-KASSAB ET COLL. 1995). Le carcinome rénal à cellules claires est une tumeur d'évolution difficilement prévisible; elle peut croître localement pendant longtemps sans provoquer de symptômes, et souvent, les premiers symptômes cliniques sont provoqués par des métastases. La présentation typique avec des douleurs au niveau du flanc, une hématurie ou une tuméfaction de la région rénale ne s'observe que dans les cas avancés. Lorsque le diagnostic initial est posé, 30 à 40%

des patients présentent déjà des métastases (RUSSO 2010). Pour ces patients, les options thérapeutiques sont limitées et le taux de survie à cinq ans est de l'ordre de 10% (BUKOWSKI 2009). Le taux de survie à cinq ans des patients sans métastases ou avec des métastases limitées est de 35 à 60% lorsqu'il est possible de résecter la tumeur primitive et les métastases. Lors de métastases inopérables, il est possible de recourir au traitement systémique par des cytokines. On utilise depuis plusieurs années l'interleukine 2, ainsi que l'interféron alpha, mais avec des taux de réponse faibles de l'ordre de 10 à 15%. Plus récemment, de nouvelles substances sont en cours d'investigation dans des études cliniques, avec des taux de réponse plus élevés pouvant atteindre jusqu'à 40%. Lors de tumeurs étendues, le bénéfice de la néphrectomie palliative cytoréductrice destinée à diminuer la masse tumorale a été discuté à plusieurs reprises dans la littérature (RUSSO 2010).

Dans 15% environ des cas, les métastases du carcinome à cellules rénales sont situées dans la région de la tête et du cou. En règle générale, il s'agit de métastases hématogènes à partir des métastases pulmonaires, comme c'était le cas dans le présent exemple. Cependant, des cas de métastases cervico-céphaliques ont été décrits en l'absence de métastases pulmonaires; on admet que ces métastases ont transité par le plexus veineux vertébral ou le canal thoracique (AZAM ET COLL. 2008; BOLES ET COLL. 1971).

Les métastases orales peuvent être la première manifestation clinique d'une tumeur maligne, et ces cas ont fait l'objet de diverses publications (FUKUDA ET COLL. 2002; MAKOS ET COLL. 2009). Il n'est pas rare que ces métastases se présentent cliniquement, voire même histologiquement, en tant que tumeurs bénignes de la gencive ou en tant que lésions inflammatoires locales telles que l'épulis, le granulome pyogène ou le granulome à cellules géantes (BUCHNER ET COLL. 1980; HEINROTH ET COLL. 2006). Dans le cas présent, le diagnostic aurait aussi été retardé si l'ostéolyse apicale mise en évidence radiologiquement avait été interprétée en tant que conséquence d'une inflammation chronique péri-apicale. L'élément décisif dans le cas qui nous occupe a été certainement le caractère indolore de la lésion, associé à une dent cliniquement sans particularité.

Enfin, ce cas exemplaire montre l'importance d'obtenir une biopsie représentative de la lésion et de son examen histopathologique soigneux, dans tous les cas peu clairs et a fortiori pour toute lésion suspecte. Le prélèvement d'une biopsie est une petite intervention de morbidité minimale, souvent indispensable et presque jamais contre-indiquée.

Bibliographie voir texte allemand, page 623.