



Reçu le :  
6 septembre 2011  
Accepté le :  
15 juillet 2013  
Disponible en ligne  
22 août 2013

# Carcinome intra-osseux primitif des maxillaires traités par exérèse large et radiothérapie

Extended resection and radiotherapy for primary intraosseous maxillary carcinoma

J.-P. Dujonquoy\*, C. Rojare, H. Chemli, T. Wojcik, G. Raoul, J. Ferri

*Service de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale, CHRU de Lille, 2, avenue Oscar-Lambret, 59037 Lille cedex, France*

Disponible en ligne sur

**SciVerse ScienceDirect**

[www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)

## Summary

**Introduction.** Primary intraosseous maxillary carcinoma is a rare squamous cell carcinoma developing from remnants of the odontogenic epithelium. Risk factors are unknown and it may occur at any age. Little epidemiological data is available and few series include a sufficient number of patients. We assessed the prognosis of these tumors after wide exeresis (margin of 2 cm) followed by adjuvant radiotherapy.

**Methods.** We reviewed the treatment and outcome data in nine cases of primary intraosseous maxillary carcinoma from 1995 to 2010. The WHO diagnostic criteria were used. We analyzed the demographic, clinical, and radiological data, as well as the type of treatment and the outcome of patients.

**Results.** The gender ratio was 3.5/1, and the mean age 40.2 years. The most frequent presentation was a unilocular osteolytic lesion with an irregular contour, between 24 and 60 mm, in the mandibular angle. Extended tumor resection was performed in all patients. Reconstruction was performed with a fibula flap in seven patients. Five patients underwent adjuvant radiotherapy. The survival rate at 2 years was 100%. The mean follow-up was 6.9 years (2–14 years) at the end of the study. Two patients were treated for a relapse and one died after 3 years of follow-up.

**Discussion.** The combined treatment was efficient on primary intraosseous maxillary carcinoma. The diagnosis is made with strict clinical, radiological, and histological criteria. The intraosseous location of these tumors requires an early diagnosis and aggressive treatment combining broad exeresis followed by adjuvant radiotherapy to avoid recurrence and have an optimal survival rate.

© 2013 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

**Keywords:** Squamous cell carcinoma, Odontogenic tumors

## Résumé

**Introduction.** Le carcinome intra-osseux primitif (CIOP) des maxillaires est un carcinome rare à cellules épithéliales développé à partir de résidus de l'épithélium odontogénique. Les facteurs de risque sont inconnus et il peut survenir à tout âge. Les données épidémiologiques sont pauvres et peu de séries font état d'un nombre suffisant de patients. Nous avons évalué le pronostic de ces tumeurs après exérèse carcinologique large (marges de 2 cm) et radiothérapie adjuvante.

**Patients et méthode.** Nous avons étudié les données thérapeutiques et d'évolution de neuf cas de CIOP des maxillaires entre 1995 à 2010. Les critères diagnostiques étaient ceux de l'OMS. Les données démographiques, cliniques, et radiologiques, le type de traitement et l'évolution des patients ont été analysés.

**Résultats.** Le sex-ratio était de 3,5/1 avec un âge moyen de 40,2 ans. La présentation la plus fréquente était une lésion ostéolytique uniloculaire à limites irrégulières, de 24 à 60 mm, au niveau de l'angle mandibulaire. Toutes les tumeurs ont fait l'objet d'une exérèse chirurgicale large. Sept patients ont été reconstruits par lambeau de fibula. Cinq patients ont bénéficié d'une radiothérapie adjuvante. Le taux de survie à deux ans a été de 100 %. À la fin de l'étude le recul moyen était de 6,9 ans (2 à 14 ans). Deux patients ont été traités pour des récurrences dont un est décédé après trois années de suivi.

**Discussion.** Le traitement combiné semble efficace sur les CIOP. Le diagnostic se fait selon des critères cliniques, radiologiques, et histologiques stricts. La localisation osseuse de ces tumeurs justifie un diagnostic rapide et un traitement agressif, associant chirurgie large et radiothérapie pour éviter les récurrences et obtenir le meilleur taux de survie.

© 2013 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

**Mots clés :** Carcinome épidermoïde, Tumeurs odontogènes

\* Auteur correspondant.

e-mail : [dr.dujonquoy@gmail.com](mailto:dr.dujonquoy@gmail.com) (J.-P. Dujonquoy).

## Introduction

Le carcinome intra-osseux primitif (CIOP) des maxillaires est un carcinome rare à cellules épithéliales qui se développe au sein des maxillaires à partir de résidus de l'épithélium odontogénique [1]. Il a été décrit la première fois par Loos en 1913 mais c'est Pindborg, qui en 1971, a utilisé le terme de CIOP, repris par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en 1972 [2,3]. Le CIOP appartient au groupe des carcinomes épidermoïdes d'origine odontogénique : type 1 et 3 de la classification de Waldron et Mustoe (tableau I) [4].

Cette tumeur est, en général, révélée par une tuméfaction, des douleurs endobuccales, ou une hypo-esthésie labio-mentonnière (par envahissement du nerf alvéolaire inférieur). Elle est localement agressive et envahit fréquemment les aires ganglionnaires cervicales. Les métastases à distance sont rares.

Les critères diagnostiques de l'OMS sont l'existence d'une lésion intra-osseuse radiographique sans lésion muqueuse ou cutanée lors de la première consultation (en dehors d'une éventuelle plaie d'extraction dentaire), l'absence de lésion tumorale primitive à distance au moment du diagnostic puis au cours du suivi clinico-radiologique pendant au moins six mois, et un résultat anatomopathologique de carcinome épidermoïde sans composante kystique et sans cellules d'autres tumeurs odontogéniques [3,5,6].

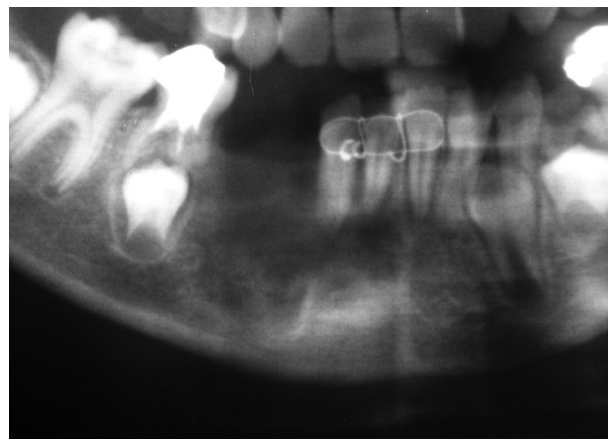
Le point de départ intra-osseux et les manifestations cliniques non spécifiques peuvent être attribuées à des pathologies dentaires infectieuses et expliquent souvent un retard diagnostique et une prise en charge tardive : d'un à 18 mois dans la littérature [6,7]. Les examens radiologiques montrent le plus souvent une lacune ou une lésion ostéolytique (uni- ou multiloculaire avec des limites plus ou moins bien définies et non corticalisées) ce qui en fait un diagnostic différentiel des kystes inflammatoires ou odontogéniques (fig. 1-3). Le traitement de référence est une exérèse chirurgicale large en marges saines associée à un curage ganglionnaire fonctionnel et une radiothérapie adjuvante [8].

Le but de l'étude était d'évaluer le pronostic de cette pathologie en termes de récurrence et de survie après exérèse carcinologique large avec marges d'exérèse peropératoires de 2 cm et radiothérapie adjuvante.

**Tableau I**

### Classification de Waldron et Mustoe.

Type 1	Carcinome intra-osseux primitif sur kyste odontogène
Type 2	Améloblastome malin ou carcinome améloblastique de novo
Type 3	Carcinome intra-osseux primitif de novo
Type 4	Carcinome muco-épidermoïde de novo



**Figure 1.** Lésion ostéolytique à bords irréguliers parasymphyse droite chez une jeune fille de sept ans après extraction des germes de 43 et 44 pour lésion kystique.

## Patients et méthode

Il s'agit d'une étude rétrospective des patients pris en charge pour cancer dans notre service entre 1995 et 2010. Les patients ont été inclus selon les critères cliniques et histologiques de l'OMS [1]. Les données démographiques, cliniques, et radiologiques, le type de traitement et l'évolution des patients ont été analysés. La classification de Waldron and Mustoe (tableau I) a été utilisée pour préciser l'origine du carcinome (sur kyste odontogène ou de novo) et la classification de Zwetyenga et al. (tableau II) pour préciser la taille et l'extension locale grâce aux données tomodynamométriques et d'IRM. Tous les patients ont bénéficié d'un bilan d'extension (bilan pan-endoscopique, scanner ou IRM cervico-facial(e) et scanner thoracique).

Une chirurgie agressive avec des marges d'exérèse de 2 cm a été réalisée. En cas d'atteinte mandibulaire, un évidement cervical unilatéral (localisation strictement latérale) ou bilatéral (localisation antérieure ou atteinte de la ligne médiane) a été associé. Une radiothérapie a été effectuée soit en postopératoire, soit en cas de récurrence. Tous les comptes-rendus opératoires, anatomopathologiques (pièces opératoires, marges et



**Figure 2.** Lésion ostéolytique à bords irréguliers au niveau de la branche montante mandibulaire gauche.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3175092>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3175092>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)