

CHRISTINE PRETZL
HEINZ-THEO LÜBBERS
KLAUS W. GRÄTZ
ASTRID L. KRUSE

Clinique et policlinique de chirurgie buccale et maxillo-faciale, Hôpital universitaire de Zurich

CORRESPONDANCE

Dr. med. univ. Dr. med. dent.
Christine Pretzl
Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
Universitätsspital Zürich
Frauenklinikstrasse 24
8091 Zürich
Tél. 044 255 11 11
Fax 044 255 41 79
E-mail: christine_pretzl@gmx.at

Traduction: Jacques Rossier
et Thomas Vauthier



Atteinte métastatique de l'articulation temporo-mandibulaire: revue de la littérature 1954-2013

Une pathologie rare de l'ATM

MOTS-CLÉS

Tumeur, métastase, ATM, condyle, dysfonction cranio-mandibulaire, tomographie volumique numérisée, IRM, douleurs orofaciales

Illustration en haut de Ruth Gottmann, graphiste indépendante

RÉSUMÉ

Introduction: Les néoplasies métastatiques ne représentent qu'environ 1% de l'ensemble des tumeurs de la sphère orale. L'articulation temporo-mandibulaire (ATM) est une localisation relativement rare de ces métastases. Les symptômes cardinaux peuvent être trompeurs, particulièrement au début, car ils ressemblent souvent – et sont parfois même identiques – à ceux d'une myoarthropathie. Bien souvent, le traitement adéquat est donc initié tardivement, ce qui péjore le pronostic.

Matériel et méthode: Une recherche documentaire a été effectuée et les cas cliniques publiés entre 1954 et janvier 2013 ont été répertoriés et évalués. L'analyse a porté sur la répartition selon le sexe, l'âge, les premiers symptômes, la localisation de la tumeur primitive et la connaissance d'une tumeur maligne dans l'anamnèse.

Résultats: Cette recherche a permis de trouver 64 cas cliniques publiés pendant cette période. L'origine de ces métastases était constituée en majeure partie par des tumeurs primaires du poumon ou du sein. Sur le plan histopathologique, il s'agissait le plus souvent d'adénocarcinomes. Dans tous les cas publiés, ce sont des symptômes non spécifiques qui ont conduit finalement au diagnostic de maladie métastatique.

Conclusion: Lors de symptômes d'étiologie incertaine dans la région de l'ATM, il faut aussi penser aux pathologies peu fréquentes telles que les métastases. Lors de suspicion fondée, des techniques d'imagerie adéquates et des mesures diagnostiques spécifiques seront réalisées pour pouvoir initier un traitement précoce, qui permettra d'améliorer le pronostic.

Introduction

Les métastases de tumeurs primaires localisées dans d'autres organes ne représentent qu'environ 1% de l'ensemble des tumeurs de la sphère orale (VAN DER WAAL ET COLL. 2003; BEENA ET COLL. 2011). A cet égard, l'os des maxillaires, en particulier la région molaire de la mandibule, est atteint plus souvent que les tissus mous (HIRSHBERG & BUCHNER 1995). Proportionnellement, on constate que 61% des lésions métastatiques orales et péri-orales se retrouvent au niveau de la mâchoire inférieure (y compris les lésions condyliennes et gingivales) – dont 5,7% seulement se caractérisent par une atteinte isolée du condyle (DEEMING ET COLL. 2003).

Les principaux symptômes observés sont souvent identiques à ceux de la myoarthropathie (ou syndrome algo-dysfonctionnel) de l'articulation temporo-mandibulaire. Typiquement, les atteintes de l'ATM se traduisent par les symptômes suivants: des douleurs au niveau de la mâchoire et de l'ATM, une limitation de l'ouverture buccale et des bruits articulaires (DYM & ISRAEL 2012). Du point de vue du diagnostic différentiel, la possibilité d'une étiologie néoplasique est assez rarement prise en compte – ne serait-ce qu'en raison de la rareté des atteintes tumorales dans cette localisation (MOSTAFAPOUR & FUTRAN 2000). On pense encore moins à d'éventuelles métastases dans les articulations de la mâchoire, mais cette éventualité, en raison de sa gravité, ne doit pas non plus être ignorée.

L'objectif de ce travail était de mettre en évidence, sur la base de l'examen systématique de la littérature, l'aspect clinique initial d'une atteinte métastatique de l'ATM, de la comparer avec la symptomatologie de la myoarthropathie de l'appareil masticaire et de montrer ainsi les similitudes et les différences entre les différences atteintes de l'articulation temporo-mandibulaire.

Matériel et méthode

La recherche documentaire a été effectuée en utilisant les bases de données et moteurs de recherche suivants: PubMed, MeSH, MedPilot, OMIM, BIREME, Google Scholar et TEXMED. Les termes de recherche suivants, combinés de différentes manières, ont été saisis dans ces bases de données et moteurs de recherche:

«metastasis», «temporomandibular joint», «tumor», «condyle», «TMJ disorders». Les critères d'inclusion étaient les suivants: publication dans la période de 1954 à janvier 2013 et mention explicite de métastase articulaire temporo-mandibulaire. Les publications dans lesquelles la localisation des métastases n'était pas clairement spécifiée ont été exclues; de même, les tumeurs primaires de l'ATM n'ont pas été prises en compte.

L'évaluation a été effectuée selon l'âge et le sexe, les symptômes initiaux, la localisation de la tumeur primaire, l'aspect histologique des métastases et la mention anamnestique d'une tumeur maligne connue.

Les publications répondant aux critères susmentionnés ont été incluses dans l'analyse.

Résultats

Cette recherche a permis de retrouver 66 patients ayant présenté une atteinte métastatique de l'articulation temporo-mandibulaire (tab. I).

Age et sexe

Les femmes étaient un peu plus nombreuses (53%) dans ce collectif de 66 patients (35 femmes et 29 hommes). L'âge moyen était de 59 ans; le diagnostic a été posé un peu plus tôt chez les femmes (en moyenne à l'âge de 57 ans) comparativement aux hommes (61 ans).

Clinique et histopathologie

Le symptôme le plus fréquent était la douleur dans les tissus affectés et avoisinants (55,6% des cas), puis la tuméfaction locale (25 patients) et la limitation de l'ouverture buccale accompagnée de trismus (spasmes toniques des muscles de la mastication) dans 14 cas. Dans 11 cas, les symptômes primaires étaient décrits en tant que troubles cranio-mandibulaires, sans autres précisions. Quatre cas étaient caractérisés par une malocclusion d'apparition soudaine, et 3 patients avaient développé un trouble de la sensibilité. Dans 2 cas, des masses tissulaires pathologiques ont été mises en évidence lors de l'examen initial, alors que 2 autres cas se caractérisaient d'emblée par une fracture pathologique (fig. 1).

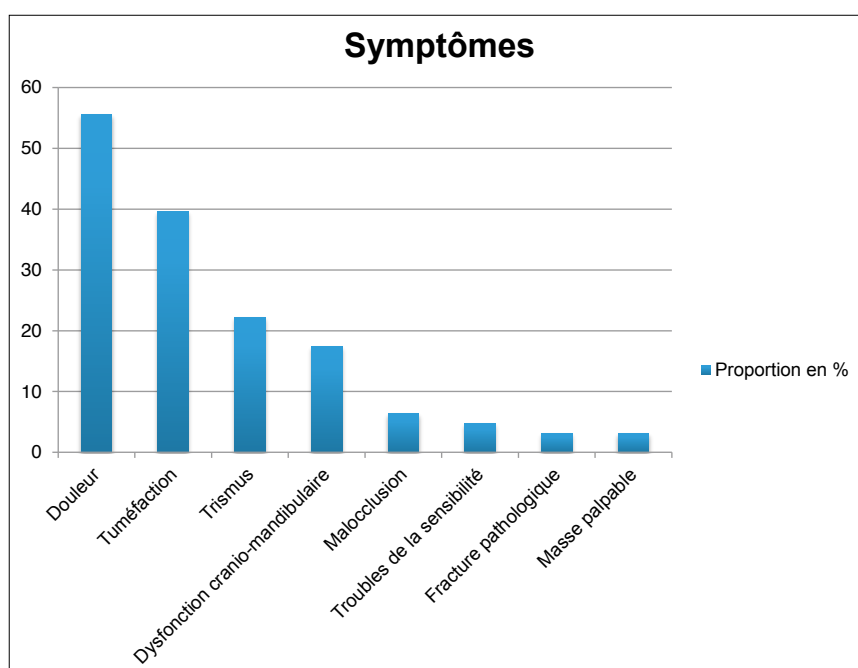


Fig. 1 Premiers symptômes chez les patients présentant une atteinte métastatique de l'articulation temporo-mandibulaire (la coexistence de plusieurs symptômes est possible). Il est manifeste que les symptômes non spécifiques sont au premier plan.

Tab. I Vue d'ensemble des cas publiés entre 1954 et janvier 2013 (F = femmes; H = hommes)

Auteur(s)	Année	Tumeur primaire	Diagnostic	Tumeur maligne dans l'anamnèse	Sexe	Age (années)	Symptômes
SALMAN & LANGEL	1954	Utérus	Non spécifié	Diagnostiquée 1 mois auparavant	F	54	Tuméfaction préauriculaire
THOMA	1954	Origine indéterminée	Carcinome transitionnel	Non	F	51	Dysfonction temporo-mandibulaire
THOMA	1954	Origine indéterminée	Adénocarcinome	Non	M	48	Dysfonction temporo-mandibulaire
THOMA	1954	Orteil	Mélanosarcome	Oui	Non spécifié	Non spécifié	Non spécifié
BLACKWOOD	1956	Sein	Carcinome à cellules polygonales	Diagnostiquée 3 mois auparavant	F	46	Douleurs maxillaires gauches et préauriculaires
WORTH	1966	Rectum	Adénocarcinome	Non	M	Non spécifié	Dysfonction temporo-mandibulaire
EPKER ET COLL.	1969	Sein	Non spécifié	Diagnostiquée 3 ans auparavant	F	45	Douleurs, tuméfaction
HARTMAN ET COLL.	1973	Sein	Carcinome intraductal	Diagnostiquée 5 mois auparavant	F	52	Douleurs et trismus
AGERBERG & SODERSTROM	1974	Sein	Carcinome canalaire	Diagnostiquée 2 ans auparavant	F	46	Douleurs préauriculaires
MACE	1978	Sein	Adénocarcinome	Diagnostiquée 3 ans auparavant	F	54	Restriction de l'ouverture buccale, paresthésie mentonnière
MIZUKAWA ET COLL.	1980	Sein	Adénocarcinome	1 mois auparavant	F	32	Douleurs temporo-mandibulaires
WOLJEWICZ	1980	Prostate	Adénocarcinome	Non	M	74	Tuméfaction préauriculaire
COMPÈRE ET COLL.	1981	Sein	Adénocarcinome	6 mois auparavant	F	65	Douleurs, dysfonction temporo-mandibulaire
COMPÈRE ET COLL.	1981	Pancréas	Non spécifié	Non	F	73	Tuméfaction préauriculaire, trismus
COMPÈRE ET COLL.	1981	Poumon	Carcinome épidermoïde	Non	M	48	Tuméfaction préauriculaire, trismus
PERON ET COLL.	1981	Origine indéterminée	Adénocarcinome	Non	M	55	Douleurs de l'oreille, trismus
PERON ET COLL.	1981	Poumon	Carcinome épidermoïde	Non	M	74	Douleurs, tuméfaction
PERON ET COLL.	1981	Origine indéterminée	Indéterminé	Date inconnue	F	39	Douleurs, dysfonction temporo-mandibulaire
GERLACH ET COLL.	1982	Poumon	Adénocarcinome	Diagnostiquée 13 mois auparavant	M	42	Tuméfaction, douleurs, trismus
GILES & McDONALD	1982	Rectum	Adénocarcinome	Diagnostiquée 6 ans auparavant	F	55	Fracture pathologique, malocclusion
PEACOCK & FLEET	1982	Poumon	Carcinome épidermoïde	Non	M	53	Tuméfaction du côté droit du visage, douleurs, limitation des mouvements de la mâchoire

SAILER & MAKEK	1985	Sein	Adénocarcinome	Diagnostiquée 7 ans auparavant	F	56	Douleurs
DEBOOM ET COLL.	1985	Prostate	Adénocarcinome	Non	M	68	Fracture pathologique
OWEN & STELLING	1985	Poumon	Adénocarcinome	Non	M	68	Dysfonction temporo-mandibulaire
HECKER ET COLL.	1985	Origine indéterminée	Adénocarcinome	Non spécifié	F	63	Trismus
SOKOLOV ET COLL.	1986	Sein	Adénocarcinome	Diagnostiquée 12 ans auparavant	F	54	Douleurs, trismus
SOKOLOV ET COLL.	1986	Sein	Adénocarcinome	Diagnostiquée 6 ans auparavant	F	52	Douleurs, trismus
THATCHER ET COLL.	1986	Prostate	Adénocarcinome	Non	M	68	Dysfonction temporo-mandibulaire
LÖWICKE & TEUBER	1987	Rein	Non spécifié	Oui	Non spécifié	Non spécifié	Non spécifié
WEBSTER	1988	Sein	Adénocarcinome	4 ans auparavant	F	52	Dysfonction temporo-mandibulaire
CUTTINO & STEADMAN	1988	Sein	Adénocarcinome	2 ans auparavant	F	62	Dysfonction temporo-mandibulaire
RUBIN ET COLL.	1989	Origine indéterminée	Adénocarcinome	Non spécifié	F	67	Dysfonction temporo-mandibulaire
RUTSATZ ET COLL.	1990	Poumon	Adénocarcinome	Oui	F	76	Tuméfaction préauriculaire
STAVROPOULOS & ÖRD	1993	Sein	Adénocarcinome	7 ans auparavant	F	55	Malocclusion
JOHAL ET COLL.	1994	Rein	Carcinome à cellules claires	Non	F	65	Douleurs articulaires temporo-mandibulaires
BECK-MANNAGETTA ET COLL.	1997	Poumon	Adénocarcinome	1 année auparavant	F	67	Tuméfaction
YOSHIMURA ET COLL.	1997	Foie	Non spécifié	Non spécifié	M	61	Tuméfaction douloureuse
COHEN & ROSENHECK	1998	Prostate	Non spécifié	Oui	M	66	Non spécifié
KOLIK ET COLL.	2003	Estomac	Adénocarcinome	4 ans auparavant	M	51	Tuméfaction préauriculaire, limitation de l'ouverture buccale
SMOLKA ET COLL.	2004	Estomac	Adénocarcinome	Diagnostiquée 2 ans auparavant	M	67	Tuméfaction
QIU ET COLL.	2004	Vessie	Non spécifié	Non spécifié	M	49	Tuméfaction, douleurs
QIU ET COLL.	2004	Pénis	Carcinome épidermoïde	6 mois auparavant	M	53	Tuméfaction, insensibilité (région de l'articulation temporo-mandibulaire)
KAUFMAN ET COLL.	2005	Poumon	Adénocarcinome	1 mois auparavant	M	48	Douleurs
MASON ET COLL.	2005	Côlon	Adénocarcinome	Non	M	73	Tuméfaction
MILES ET COLL.	2006	Sein	Adénocarcinome	19 ans auparavant	F	78	Douleurs, trismus

Tab. I Vue d'ensemble des cas publiés entre 1954 et janvier 2013 (F = femmes; H = hommes) (Suite)

Auteur(s)	Année	Tumeur primaire	Diagnostic	Tumeur maligne dans l'anamnèse	Sexe	Age (années)	Symptômes
DÜKER	2006	Sein	Non spécifié	Oui	F	60	Douleurs
QIU ET COLL.	2006	Prostate	Adénocarcinome	Non spécifié	M	85	Tuméfaction, douleurs
QIU ET COLL.	2007	Côlon	Non spécifié	6 ans auparavant	M	64	Tuméfaction, douleurs
KAMATANI ET COLL.	2008	Foie	Carcinome hépatocellulaire	Diagnostiquée 3 ans auparavant	M	59	Tuméfaction préauriculaire
MENEZES ET COLL.	2008	Sein	Adénocarcinome	Non	F	42	Douleurs, tuméfaction
SCHULZE	2008	Poumon	Non spécifié	Non	F	52	Dysfonction temporo-mandibulaire
BONIELLO ET COLL.	2008	Poumon	Non spécifié	Non	M	60	Douleurs articulaires temporo-mandibulaires
GOMES ET COLL.	2009	Origine indéterminée	Adénocarcinome	Non	F	51	Masse tissulaire palpable
QIU ET COLL.	2009	Poumon	Non spécifié	Non spécifié	F	62	Douleurs, insensibilité de la lèvre inférieure
KRUSE ET COLL.	2010	Poumon	Adénocarcinome	Non	F	75	Douleurs préauriculaires, limitation de l'ouverture buccale
KRUSE ET COLL.	2010	Poumon	Carcinome peu différencié	Non	M	73	Tuméfaction, douleurs
KATSNELSON ET COLL.	2010	Poumon	Carcinome épidermoïde	Non	M	51	Douleurs, limitation de l'ouverture buccale
FREUDLSPERGER ET COLL.	2010	Prostate	Adénocarcinome	3 ans et 4 mois auparavant	M	75	Douleurs, limitation de l'ouverture buccale
KRUSE ET COLL.	2010	Origine indéterminée (thyroïde?)	Indéterminé	Carcinome prostatique 9 ans auparavant	M	85	Malocclusion
PURANIK ET COLL.	2010	Utérus	Carcinome épidermoïde	Diagnostiquée 1 année auparavant	F	63	Tuméfaction, douleurs
CRISTOFARO ET COLL.	2011	Prostate	Adénocarcinome	Non	M	60	Tuméfaction, douleurs
TABIB ET COLL.	2011	Poumon	Carcinome à petites cellules	Non	M	49	Douleurs, tuméfaction préauriculaire
PATRICIA ET COLL.	2011	Sein	Adénocarcinome	Oui, chirurgie mammaire	F	51	Trismus, douleurs
QIU ET COLL.	2011	Sein	Adénocarcinome	4 ans auparavant	F	47	Douleurs
SCOLOZZI ET COLL.	2012	Poumons	Carcinome à grandes cellules	Non	F	72	Douleurs, limitation de l'ouverture buccale, sensation de malocclusion
KELLES ET COLL.	2012	Rein	Carcinome à cellules claires	3 ans auparavant	F	59	Tuméfaction, trismus, masse tissulaire palpable

Dans 53% des cas, l'examen histopathologique des biopsies prélevées a mis en évidence un adénocarcinome – le type le plus fréquent de néoplasie maligne lors d'atteinte métastatique de l'articulation temporo-mandibulaire (fig. 2).

Tumeur primaire

Les points de départ de ces métastases ont été identifiés comme suit:

Chez les femmes de ce collectif, les tumeurs primaires les plus fréquentes étaient localisées au niveau du sein et du poumon, alors que chez les hommes, l'origine des métastases était le plus souvent pulmonaire, alors que l'origine prostatique est en deuxième position du point de vue de la fréquence. Dans l'ensemble, la tumeur primaire la plus fréquente était le carcinome du sein (27,3%). Le carcinome pulmonaire se situe en deuxième position (24,2%); dans ce même collectif, il atteignait deux fois plus d'hommes que de femmes.

En ce qui concerne l'anamnèse, une tumeur maligne avait été diagnostiquée chez 54,5% des patients. Dans tous ces cas, les symptômes non spécifiques de la région de l'articulation temporo-mandibulaire ont finalement conduit au diagnostic de métastase et par la suite, dans une partie prépondérante des cas de ce collectif, au diagnostic initial de la tumeur primaire en cause.

Discussion

Les métastases sont relativement rares dans la région de l'articulation temporo-mandibulaire. La recherche réalisée dans le présent travail n'a permis de retrouver que 66 cas (tab. I).

Chez les hommes du collectif investigué, la tumeur primaire était localisée le plus souvent dans le poumon ou la prostate.

Chez les femmes, le carcinome du sein constituait la tumeur primaire la plus fréquente, suivi du carcinome pulmonaire. Cette répartition des tumeurs primaires avec ses tendances spécifiquement liées au sexe correspond aux données préexistantes de la littérature, et donc aussi, de manière générale, à l'origine des métastases condyliennes ou orales. Une exception à signaler: la survenue fréquente chez les femmes de ce collectif de métastases d'origine pulmonaire. Dans leur analyse réalisée en 1980, Hirshberg et coll. ont trouvé la répartition suivante en ce qui concerne le point de départ des métastases orales: chez les hommes, les tumeurs primaires étaient localisées le plus souvent dans le poumon, le rein, le foie et la prostate, alors que chez les femmes, les tumeurs primaires étaient localisées le plus souvent dans le sein, les organes génitaux, le rein, le côlon et le rectum (HIRSHBERG ET AL. 2008). En comparaison, Katsnelson et coll. ont trouvé dans leur étude de 2010 sur les métastases mandibulaires, et aussi temporo-mandibulaires – mais avec une fréquence moins élevée –, que les localisations les plus fréquentes des tumeurs primaires correspondantes se trouvaient dans le sein, le poumon et la prostate. Il s'est avéré en outre, comme dans notre analyse, que les femmes présentent plus souvent que les hommes des métastases articulaires temporo-mandibulaires. Du point de vue histopathologique, c'est l'adénocarcinome qui prédomine, comme c'est également le cas dans l'ensemble des métastases orales (JHAM ET COLL. 2011). En ce qui concerne l'âge, les métastases ont été diagnostiquées dans le collectif féminin entre 32 et 78 ans, avec un pic au début de la 5^e décennie. Dans le collectif masculin, le diagnostic a été posé entre 42 et 85 ans, en général un peu plus tardivement que chez les femmes.

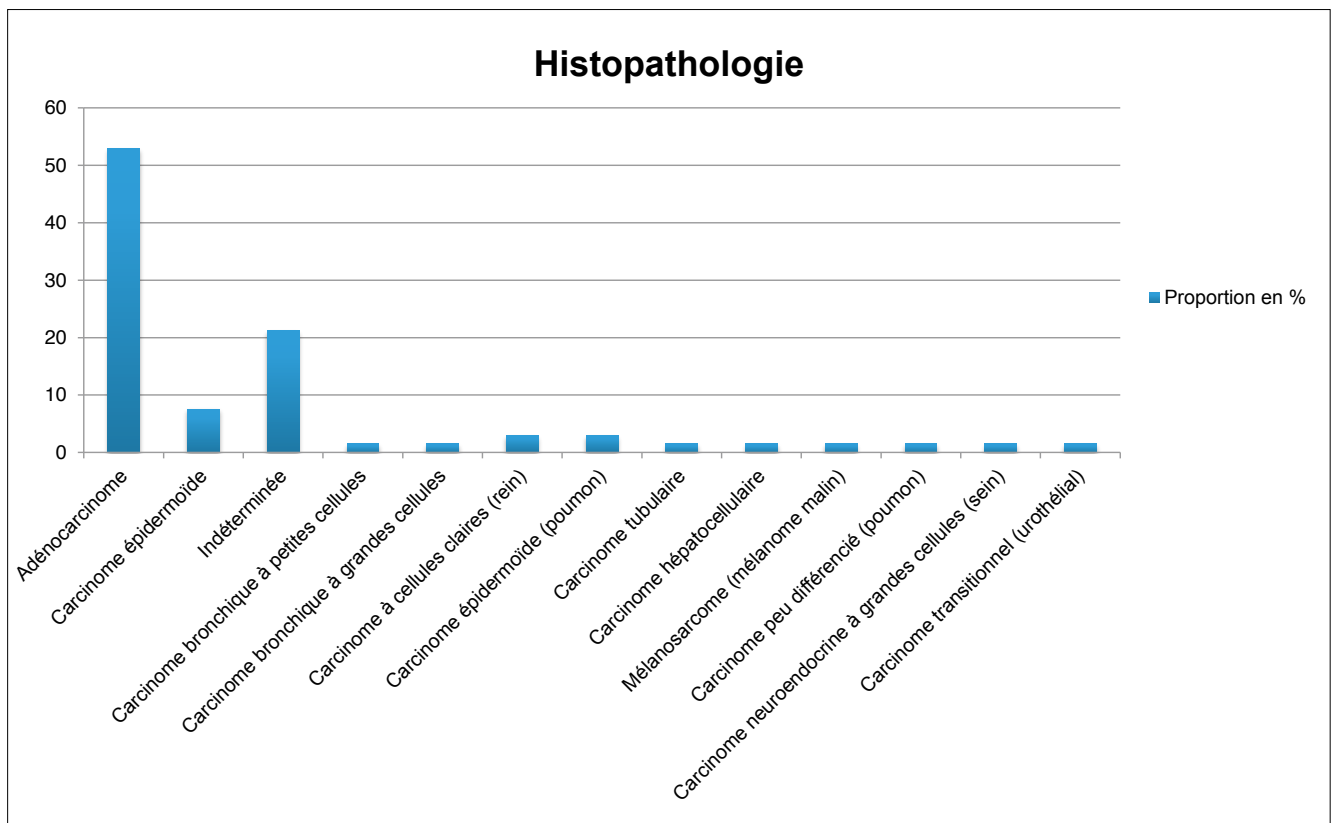


Fig. 2 L'examen histopathologique des métastases articulaires temporo-mandibulaires montre qu'il s'agit d'adénocarcinomes dans plus de la moitié des cas. Les autres cas se composent d'une large variété d'autres entités néoplasiques malignes.

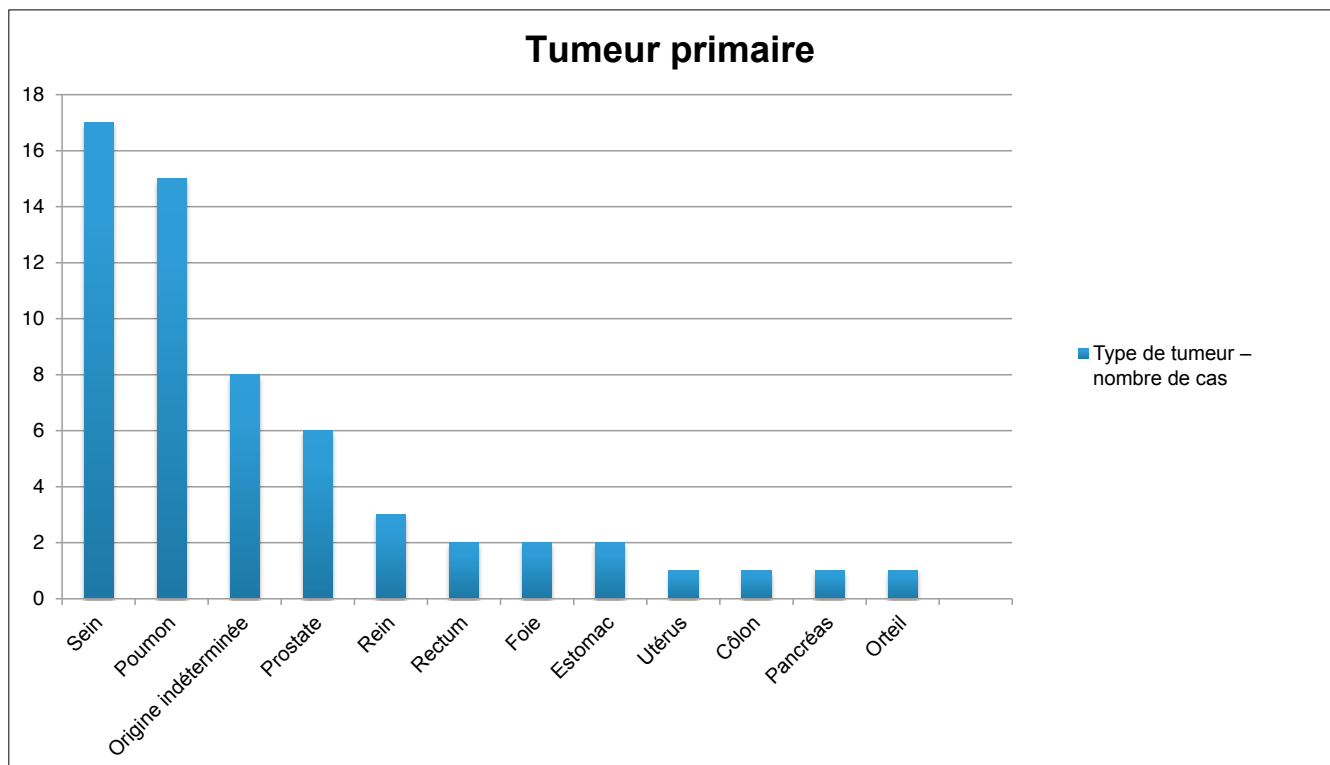


Fig. 3 Les tumeurs primaires diagnostiquées dans notre collectif sont majoritairement des tumeurs fréquentes telles que le cancer du sein, du poumon ou de la prostate.

Chez les patientes présentant un carcinome du sein en tant que tumeur primaire, les métastases ont été diagnostiquées en moyenne à l'âge de 53 ans; chez les patients atteints d'un carcinome de la prostate, ces métastases ont été diagnostiquées beaucoup plus tardivement, en moyenne à l'âge de 68 ans.

Une seule exception était constituée par les tumeurs primaires pulmonaires chez les patientes de sexe féminin, avec le diagnostic relativement tardif des métastases articulaires temporo-mandibulaires. Les patients atteints de cancer du poumon étaient âgés en moyenne de 60 ans au moment du diagnostic,

Tab. II Tableau récapitulatif

	MAP (Myoarthropathie)	Métastases articulaires temporo-maxillaires
Symptômes		
Communs	<ul style="list-style-type: none"> • Douleur • Limitation de l'ouverture buccale/de la mobilité de la mâchoire • Combinaison 	
Différences	Bruits articulaires – – – –	– Tuméfaction Malocclusion Masses palpables Fracture pathologique Trouble de la sensibilité
Age	↓	↑
Tumeur primaire		
Femmes	1. Sein 2. Poumon	
Hommes	1. Poumon 2. Prostate	
Tumeur maligne dans l'anamnèse	–	>50%

l'âge moyen des femmes étant alors nettement plus élevé que celui des hommes (68 versus 56 ans). Un autre aspect à relever: l'âge moyen élevé des hommes au moment du diagnostic de métastases articulaires temporo-mandibulaire d'un carcinome prostatique, par rapport à l'âge nettement inférieur des femmes lors du diagnostic de métastases d'un carcinome du sein.

Lors de la répartition en fonction de l'âge des atteintes de l'articulation temporo-mandibulaire, il apparaît de manière générale que les patients sont un peu plus jeunes, en moyenne, lorsque les troubles sont provoqués par une myoarthropathie avérée (MANFREDINI ET COLL. 2012) comparativement aux patients atteints de maladies néoplasiques.

Chez 41% environ des patients de notre collectif, la tumeur primaire n'était pas connue au moment de la découverte des métastases. Elle a été diagnostiquée simultanément ou ultérieurement. Cependant, chez la majorité des patients, l'anamnèse indiquait qu'une tumeur maligne avait été diagnostiquée antérieurement. Les métastases articulaires temporo-mandibulaires n'ont été généralement découvertes qu'après des investigations plus poussées des troubles cliniques signalés dans cette localisation. A cet égard, les données de la littérature sont contradictoires: certains articles ont rapporté que la tumeur primaire n'a été diagnostiquée après les métastases que dans un tiers à un cinquième des cas (HIRSHBERG ET AL. 1994; VAN DER WAAL ET AL. 2003). Comparativement, D'Silva et coll. ont constaté que la tumeur primaire était initialement inconnue dans environ 2/3 des cas de métastases au niveau de la mâchoire (D'SILVA ET COLL. 2006).

Dans la population de l'étude, les douleurs, la tuméfaction locale et la limitation de l'ouverture buccale ont été les symptômes cliniques les plus fréquents des métastases. La présentation clinique est donc similaire à celle qui caractérise par exemple les pathologies régionales primaires musculaires ou articulaires.

Il existe cependant une différence nette en ce qui concerne l'âge des patients lors du diagnostic initial. Le tableau II pré-

sente un aperçu des symptômes communs et des symptômes divergents.

Lors de suspicion d'atteinte néoplasique de l'articulation temporo-mandibulaire, des investigations supplémentaires peuvent être nécessaires, par exemple une biopsie ouverte ou une biopsie à l'aiguille fine (KATSNELSON ET COLL. 2010). Une tomographie par émission de positons (TEP) peut être utilisée pour la recherche de la tumeur primaire et d'éventuelles métastases.

Le traitement dépend de l'extension et des manifestations de la maladie, de la localisation de la ou des métastases et de l'état général du patient. En moyenne, le taux de survie à quatre ans des patients atteints de tumeurs malignes avec des métastases orales est de l'ordre de 10%. Le pronostic des patients atteints de métastases articulaires temporo-mandibulaires est donc défavorable car bien souvent, ces patients présentent déjà de multiples métastases: le diagnostic est posé à un stade relativement avancé de la maladie. En général, le traitement envisagé sera donc palliatif, au moyen d'une radiothérapie seule ou combinée à la chimiothérapie. Lors de métastase solitaire dans l'ATM d'une tumeur primaire thérapeutiquement contrôlable, un traitement curatif avec exérèse chirurgicale locale de la métastase peut être envisagé (KATSNELSON ET COLL. 2010).

Conclusion

Les myoarthropathies de l'articulation temporo-mandibulaire et les atteintes métastatiques de cette articulation se manifestent cliniquement par des symptômes similaires; une différenciation précise est donc nécessaire en tenant compte de facteurs supplémentaires comme l'âge, le sexe et une anamnèse éventuelle de tumeur maligne. Lorsque la situation n'est pas claire, des investigations plus poussées sont nécessaires afin de diminuer le délai entre les symptômes initiaux et le diagnostic définitif. Un traitement aussi précoce que possible est alors, à ce jour, le seul moyen d'améliorer le pronostic des maladies tumorales.