

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., 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@
usz.ch



Métastase tumorale en tant que cause rare de douleurs de l'ATM

Une présentation de cas

MOTS-CLÉS

Tumeur, métastase, ATM, articulation temporo-
mandibulaire, condyle, dysfonction cranio-
mandibulaire, tomographie volumique numérisée
(TVN), scanner (CT), IRM, douleurs oro-faciales

Illustration en haut de Ruth Gottmann,
graphiste indépendante

RÉSUMÉ

Contexte: Les douleurs des articulations tem-
poro-mandibulaires (ATM) constituent un symp-
tôme fréquent dans le domaine oro-maxillo-
facial; mais il est très rare qu'une métastase
tumorale en soit la cause.

Présentation d'un cas: Un patient de 65 ans s'est
présenté en septembre 2012 à l'Hôpital universi-
taire de Zurich, Clinique et policlinique de chirur-
gie buccale et maxillo-faciale, avec une tuméfac-
tion préauriculaire droite et une hypoesthésie
mentonnaire du côté affecté. Après un examen
clinique approfondi, des examens additionnels

d'imagerie et une ponction à l'aiguille fine, le dia-
gnostic de métastase au niveau de l'articulation
temporo-mandibulaire d'un carcinome prosta-
tique déjà polymétastatique a été posé.

Conclusion: Lors de symptômes de l'ATM associés
à une affection maligne sous-jacente, à une tumé-
faction et éventuellement à une perte de poids
et à des sueurs nocturnes, la possibilité d'une
métastase de l'articulation temporo-mandibu-
laire doit être prise en compte dans le diagnostic
différentiel.

Introduction

Le tableau clinique de la myoarthropathie temporo-mandibulaire se caractérise par une problématique impliquant les muscles masticatoires, les articulations temporo-mandibulaires et/ou des structures associées. Les symptômes cardinaux de cette affection comprennent une ouverture limitée de la bouche ou une restriction fonctionnelle de l'articulation temporo-mandibulaire, des douleurs et des bruits articulaires. La myoarthropathie temporo-mandibulaire atteint préférentiellement les femmes en âge de procréer. D'après LeResche ainsi que Marklund et Wanman, elle serait environ deux fois plus fréquente chez la femme que chez l'homme (LERESCHE 1997; MARKLUND & WANMAN 2007). Selon Dym et Israël, cette proportion serait même de 4:1 à 6:1 (DYM & ISRAËL 2012). La prévalence de cette affection au cours de l'existence (prévalence vie entière) au sein de la population générale pourrait s'élever jusqu'à 12% (LIU & STEINKELER 2013).

En revanche, les affections néoplasiques impliquant l'articulation temporo-mandibulaire sont nettement plus rares. Outre les myoarthropathies et les problèmes psychiatriques en tant que facteurs déclenchants des douleurs de l'ATM, les affections néoplasiques devraient cependant faire partie du diagnostic différentiel en raison des conséquences graves de leur non-reconnaissance.

La présentation d'un cas clinique concret est destinée à souligner l'importance d'une anamnèse complète, d'un examen approfondi du patient et de l'inclusion des affections rares dans le diagnostic différentiel.

Présentation d'un cas clinique

Anamnèse, examen clinique et radiologique initial

Un patient âgé de 65 ans présentant une tuméfaction préauriculaire droite et une hypoesthésie mentonnière droite a été adressé en septembre 2012 à la Clinique de chirurgie buccale et maxillo-faciale de l'Hôpital universitaire de Zurich. Lors de la présentation initiale, le patient a signalé l'apparition il y a environ deux semaines d'une tuméfaction indolore et lentement progressive dans cette zone.

À l'examen clinique, la surface cutanée était intacte dans la région tuméfiée, sans rougeur ni douleur à la pression. Par ailleurs, une diminution de la sensibilité au toucher et à la pression a été constatée dans la région mentonnière droite. L'examen clinique du nerf facial ne montrait aucun déficit.

À l'examen intraoral, les tests de vitalité des dents 48-41 étaient négatifs; l'occlusion n'était pas perturbée et les muqueuses ne montraient aucun signe d'irritation. L'ouverture de la bouche était possible sans restriction, de même que les mouvements latéraux et la protrusion.

Dans le cadre de l'anamnèse générale, le patient a signalé l'existence d'un cancer de la prostate diagnostiqué initialement en août 2011. Des métastases en partie diffuses étaient connues au niveau du crâne, des vertèbres lombaires et du bassin, ainsi que des adénopathies para-aortiques, inter-aortico-caves et rétro-péritonéales.

Pour préciser l'origine des symptômes, une tomographie volumétrique numérisée a été réalisée. Elle a mis en évidence une zone de sclérose dans la région du col mandibulaire droit (fig. 1 et 2). L'IRM réalisée ensuite a montré dans cette région (fig. 3) une masse tissulaire pathologique, qui a été investiguée plus précisément au moyen d'une ponction à l'aiguille fine.

L'examen cytomorphologique de la ponction correspondait à une métastase de l'adénocarcinome prostatique connu chez ce

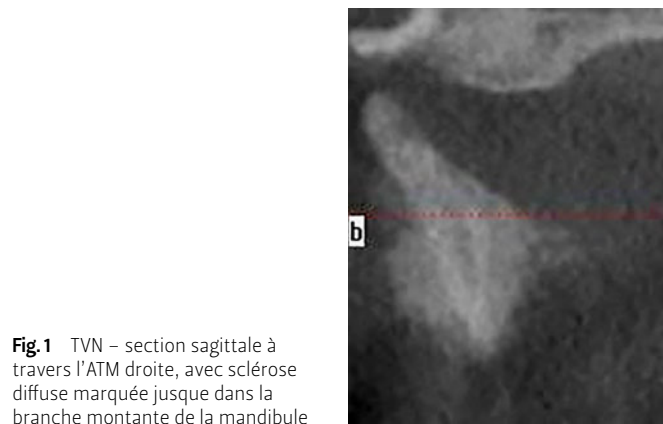


Fig. 1 TVN – section sagittale à travers l'ATM droite, avec sclérose diffuse marquée jusque dans la branche montante de la mandibule

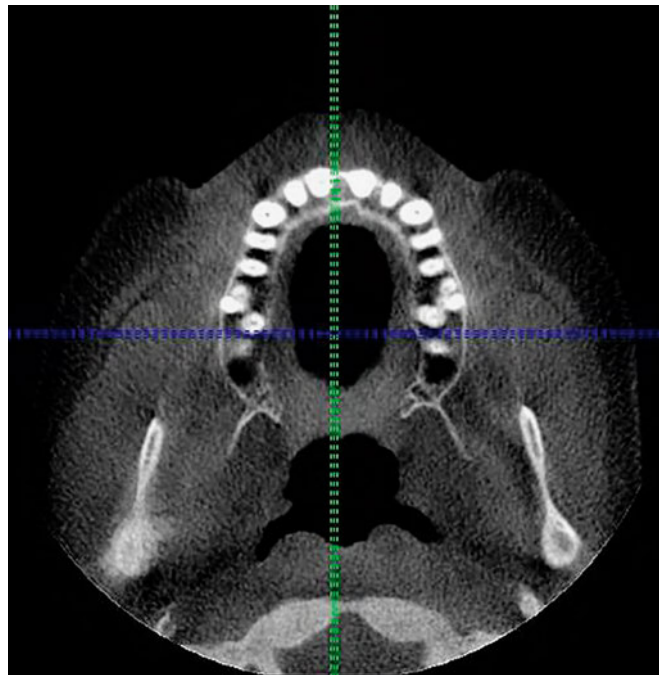


Fig. 2 TVN – plan de coupe axial avec sclérose diffuse de la région de la branche montante droite de la mandibule et du condyle, clairement reconnaissable en comparant le côté gauche et droit

patient. En raison des métastases osseuses et ganglionnaires déjà décelées, une radiothérapie locale et une chimiothérapie ont été initiées.

Discussion

En tant que localisation secondaire d'une tumeur maligne d'autre origine, les métastases dans la région de l'articulation temporo-mandibulaire sont rares. Par conséquent, cette possibilité est rarement évoquée d'emblée dans le diagnostic différentiel des atteintes de l'ATM. Une hypoesthésie concomitante en tant que symptôme cardinal, comme dans le cas présent, peut également être consécutive à une ostéomyélite ou à une ostéonécrose associée aux bisphosphonates (OTTO ET COLL. 2009). Il est certain que ces deux dernières possibilités se rencontrent plus souvent que les métastases.

La tuméfaction préauriculaire, quant à elle, peut être consécutive à un épanchement articulaire dans une affection rhumatologique, à un traumatisme ou à une maladie de la glande parotide. Les critères de différenciation importants découlent de l'anamnèse, de l'examen clinique et d'examen supplémentaires

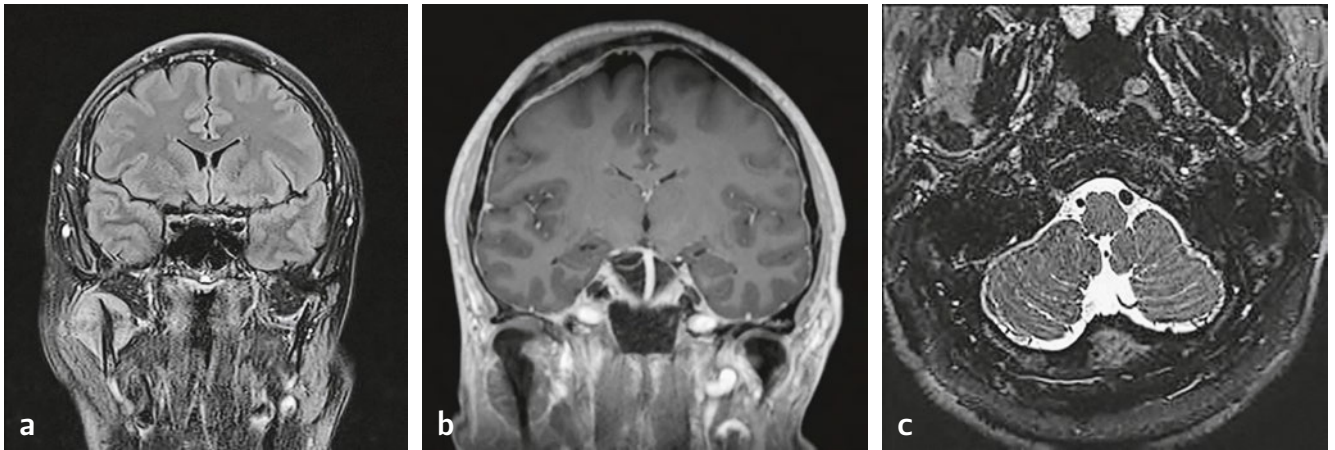


Fig. 3a–c Imagerie par résonance magnétique (IRM). Coupe frontale (coronale) (a et b) et axiale (c). Pondération T1 en b; pondération T2 en a et c

choisis en fonction du tableau clinique. Lors de suspicion de maladie rhumatismale, l’histoire clinique initiale peut être utile, de même qu’une analyse spécifique des valeurs sanguines. En cas d’origine traumatique, le patient donne généralement des indications à ce sujet dans le cadre de l’anamnèse. En tous les cas, cette question doit être posée explicitement. Dans ces cas, une malocclusion d’apparition récente peut souvent être mise en évidence. La parotidite aiguë est caractérisée par une tuméfaction douloureuse de la glande, qui peut être assez importante pour écarter le lobe de l’oreille. La palpation provoque souvent une fluctuation de la glande avec un écoulement purulent au niveau du canal excréteur. La papille est alors rouge et œdémateuse.

Dans le cas présent, l’anamnèse de carcinome de la prostate métastatique était évidemment connue, conjointement à l’absence totale de douleur. La tomographie volumique numérisée (TVN) réalisée sans délai a corroboré la suspicion d’un processus malin.

Cependant, les myo- et/ou les arthropathies sont de loin les causes les plus fréquentes des troubles de l’ATM. En raison de la clinique similaire, la différenciation initiale peut être difficile. Sur le plan international, un système de classification basé sur les *Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (RDC/TMD)* s’est imposé à partir de 1992 (DWORKIN & LERESCHE 1992; DWORKIN 2010).

En cas de divergences par rapport aux symptômes typiques ou de symptômes additionnels, la connaissance des manifestations possibles d’une affection est importante pour réaliser un constat précis et pour établir le diagnostic différentiel. Lors de l’investigation d’une pathologie donnée, il s’agit de rassembler les éléments suivants (DYM & ISRAEL 2012):

- Symptômes principaux
- Evolution de la maladie actuelle
- Anamnèse générale médicale et médico-dentaire
- Investigation clinique.

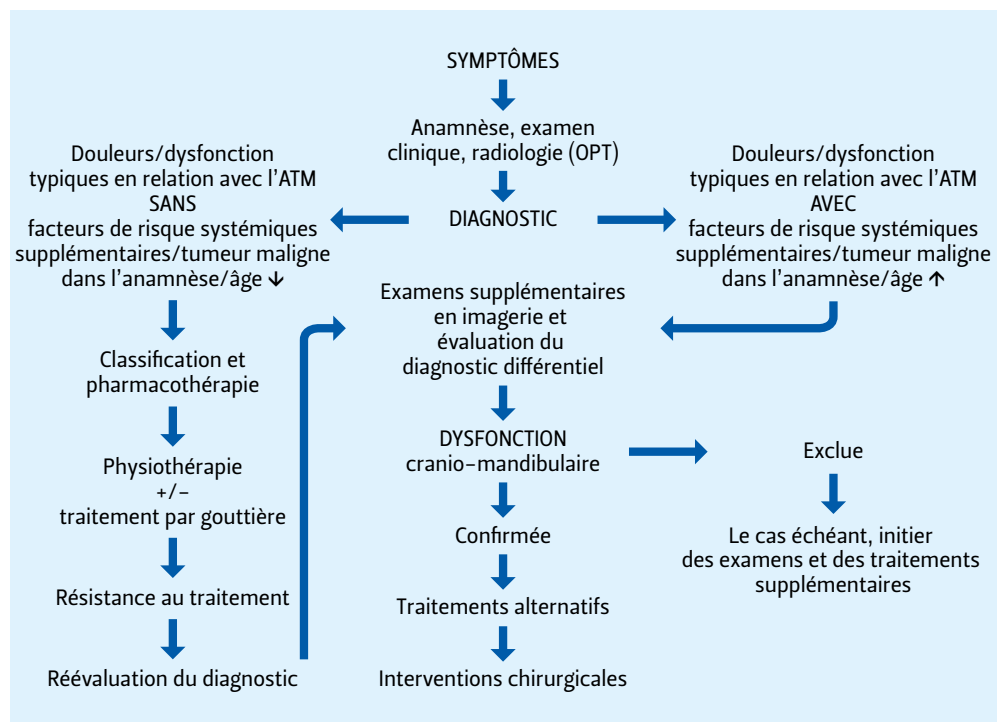


Fig. 4 Approche algorithmique des pathologies, symptômes et dysfonctions de l’ATM

Le cas échéant, l'imagerie médicale est utilisée pour identifier, confirmer ou exclure une maladie donnée. A cet égard, l'orthopantomogramme (OPT) est considéré comme un examen de base qui ne peut mettre en évidence que des altérations grossières de la structure osseuse. La tomographie volumique numérisée (TVN) est beaucoup plus sensible et implique surtout une irradiation inférieure au scanner (CT). Avec sa reproduction précise et détaillée des tissus mous, notamment, l'imagerie par résonance magnétique (IRM) est l'étalon-or pour la visualisation de l'articulation temporo-mandibulaire.

Lors de suspicion de tumeur dans la région de l'articulation temporo-mandibulaire, des investigations supplémentaires peuvent être nécessaires. Lorsque le patient est atteint d'une tumeur maligne connue, une biopsie à l'aiguille fine ou une biopsie ouverte peuvent confirmer la suspicion de métastase. La figure 4 présente un algorithme diagnostique fréquemment utilisé pour l'investigation des atteintes de l'ATM.

Conclusion

Lors de processus néoplasique malin dans la zone de l'articulation temporo-mandibulaire, il est important de poser le diagnostic le plus rapidement possible afin de ne pas retarder le début du traitement, ce qui aggraverait le pronostic. Il est donc important, même lors de symptômes non spécifiques de l'ATM, d'inclure dans le diagnostic différentiel la possibilité d'une métastase au niveau de cette articulation. C'est aussi le cas, a fortiori, lors de résistance au traitement, ou en présence de facteurs de risque supplémentaires tels qu'une tumeur maligne connue d'autre origine, de symptômes B (fièvre, sueurs nocturnes ou perte de poids), ou encore lorsque l'âge ou le sexe du patient est atypique.