



Journal Homepage: - www.journalijar.com
**INTERNATIONAL JOURNAL OF
 ADVANCED RESEARCH (IJAR)**

Article DOI: 10.21474/IJAR01/7605
 DOI URL: <http://dx.doi.org/10.21474/IJAR01/7605>



RESEARCH ARTICLE

TUMÉFACTION BUCCALE RÉVÉLATRICE D'UN MYÉLOME MULTIPLEA PROPOS D'UN CAS CLINIQUE.

Veten. Mohamed¹, Ould Ely S.O² and Ekhtelbenina.Zein².

1. Service de stomatologie et de chirurgie faciale CHN (Mauritanie).
2. centre national d'oncologie de Nouakchott (Mauritanie).

Manuscript Info

Manuscript History

Received: 21 June 2018
 Final Accepted: 23 July 2018
 Published: August 2018

Keywords:-

plasmacellneoplasm / multiple myeloma
 / plasmocytoma / oral cavit

Abstract

Multiple myeloma is a malignant disease characterized by multifocal proliferation of atypical plasma cells.that usually occurs between 50 and 80 years of age. His favorite seat is mainly vertebrae, skull, pelvis, ribs, humerus and femur. Myeloma ranks 17th among the leading causes of cancer deaths in the world by WHO. The case presented is that of a 40-year-old patient referred to a specialized consultation of stomatology and facial surgery at the National Hospital Center of Nouakchott (Mauritania) for the management of multiple maxillomandibular tumefactions, initially considered to be infectious origin. Samples made on the lesions showed that it was multiple myeloma. This observation illustrates the diagnostic difficulties of oral neoplasia, which was initially considered to be a benign gum lesion.

Copy Right, IJAR, 2018,. All rights reserved.

Introduction:-

Le myélome multiple ou la maladie de Kahler est une hémopathie caractérisée par une prolifération monoclonale maligne de plasmocytes dans la moelle hématopoïétique. Il s'agit d'une maladie très polymorphe, toutes les disciplines médicales pouvant être confrontées aux manifestations de myélome. Nous rapportons un cas de myélome multiple révélé par des tuméfactions maxillo- mandibulaires longtemps traitées comme de simples lésions d'origine infectieuses.

Observation:-

:il s'agit d'un patient âgé de 40 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, adresser par son médecin traitant pour le diagnostic et la prise en charge de quatre tuméfactions gingivales maxillo-mandibulaires apparues il Ya 2 mois(fig 1). A l'examen clinique on constate une altération de l'état général avec une pâleur cutano-muqueuse généralisée, avec notion de douleurs nocturne d'apparition récente et en endobuccal l'examen retrouve quatre tuméfactions gingivale symétriques, mandibulaire (branche horizontale) et maxillaire (région tuberositaire). Les lésions étaient deconsistance molle et indolore, dépressibles, comblant les fonds du vestibule sans ulcérations ni tendance au saignement.

Une exploration scannographique a montré la présence de lyses osseuse intéressant les différents sites maxillaire et mandibulaires avec un aspect ostéoporotique diffus, associé à une extension aux espaces masticateurs et submandibulaire (fig 2,3). Ces différentes localisations poussent le radiologue à réaliser un bilan d'extension qui retrouve des secondes localisations lombaires et sacro-iliaques (fig 4).

Corresponding Author:-Veten. Mohamed

Address:-Service de stomatologie et de chirurgie faciale CHN (Mauritanie).

Devant ces différentes localisations osseuses le diagnostic de myélome multiple a été suspecté et confirmé par une biopsie réalisée sur les lésions qui retrouve un myélome (5). Des investigations (bilans sanguin, urinaire, myélogramme) sont ensuite réalisées.

Ces différents examens révèlent l'existence d'une anémie et d'une insuffisance rénale et d'une protéinurie de Bence-Jones associée à une hypercalcémie et au niveau du myélogramme on note la présence d'une plasmocytose médullaire à 70%. Ce MM est classé : EC III B (forte masse tumorale avec insuffisance rénale) selon la classification de Durie et Salmon et ISS III (forte masse tumorale) selon l'International Staging System (6,9)

Discussion:-

Le myélome multiple ou maladie de Kahler est une hémopathie maligne caractérisée par une prolifération monoclonale de plasmocytes. Elle s'accompagne de la sécrétion d'une immunoglobuline monoclonale complète ou incomplète, et de lésions osseuses qui apparaissent d'emblée ou au cours de l'évolution de la maladie. Son incidence au plan mondial est de l'ordre de 2,4/100000/an (6,3). Les données sur les facteurs de risque du myélome multiple sont controversées. Seules les radiations ionisantes liées à des expositions accidentelles sont reconnues comme facteur de risque avéré, les solvants organiques, les herbicides et les insecticides pourraient jouer un rôle étiologique. Le facteur héréditaire semble faible (3,11). Il touche principalement les vertèbres, le crâne, le bassin, les côtes, l'humérus et le fémur. Les lésions de l'extrémité céphalique se manifestent principalement au niveau du crâne, la mandibule (30 % des cas), l'orbite, le nez et/ou les sinus maxillaires et certaines régions cutanées du visage (3,10). L'atteinte buccale est rare, Dans une revue portant sur 783 cas de myélome multiple, Epstein et al, ont trouvé des manifestations buccales dans environ 14 % des cas (4), Pisano et al Dans une série de 13 cas de plasmocytome, 9 cas étaient localisés à la mandibule (5). Dans d'autres présentations les lésions peuvent se superposer aux racines dentaires et entraîner des rhizalyses (2). Parfois le myélome multiple buccal peut avoir une extension gingivale et se présenter comme une tuméfaction gingivale asymptomatique mandibulaire ou maxillaire associée ou non une mobilité dentaire ce qui fut le cas chez notre patient. Cliniquement les présentations des localisations orales sont variées soit tumorales (vousseure, ulcérations), hémorragie gingivale, troubles de la sensibilité dans le territoire du V (hypoesthésie, hyperesthésie). La radiographie standard (panoramique) montre des images ostéolytiques, multiples, sans liseré de condensation périphérique, siégeant sur un fond d'ostéoporose diffuse. (8), Parfois, l'orthopantomographie révèle des lacunes à l'emporte-pièce sans condensation périphérique ou réaction périostée, typiques du myélome (2). La TDM reste l'examen radiologique de choix pour déceler la présence de lyse osseuse ainsi que leurs étendues et leurs localisations (2,8). Dans notre observation le scanner réalisé a mis en évidence la présence de multiples lésions maxillo-mandibulaires diffuses avec des extensions aux espaces masticateurs avec l'existence d'autres localisations extra-céphalique notamment au niveau lombaire et sacro-iliaque ce qui a orienté vers le diagnostic de myélome chez ce patient. Sur le plan biologique le développement de plasmocytes tumoraux est associé à la production monoclonale d'immunoglobulines dont le type de chaîne lourde est le plus souvent du groupe G (70 % des cas), puis du groupe A et le type de chaîne légère du groupe kappa (60 % des cas). De manière isolée, une chaîne légère monoclonale peut aussi être produite elle est alors seulement détectée dans les urines (protéine de Bence-Jones).(11,7)

Dans l'observation que nous présentons, le diagnostic a été confirmé par une immunohistochimie qui a mis en évidence un marquage diffus par le CD138 complété par un myélogramme.

Le traitement spécifique d'une atteinte des maxillaires ne repose sur aucun consensus et dépend essentiellement du degré d'évolution de la maladie ; la chirurgie peut être envisagée en cas de plasmocytome osseux solitaire, pour ensuite préférer une approche médicale pure associant radiothérapie et/ou chimiothérapie dans les cas où les atteintes sont multiples comme dans le myélome multiple (12).

Actuellement Le bortezomib représente le premier inhibiteur du protéasome, administré par voie IV (2 fois / semaine ; 2 semaines sur 3) ; il a une efficacité certaine et remarquable, seul, le plus souvent associé à la corticothérapie ou au melphalan. IL n'est pas toujours bien toléré, et expose à un risque non négligeable de neuropathies parfois sévères.

La thalidomide est efficace dans les formes réfractaires, mais présente des contre-indications (neuropathies) et des effets secondaires (sommolence, constipation, troubles neuro- psychiques). Un analogue développé et commercialisé récemment est le LENALIDOMIDE , plus maniable, mais associé à une toxicité hématologique (plaquettes, neutrophiles) réversible (13).

Ces deux derniers médicaments s'administrent par voie orale. Ils ont un potentiel tératogène certain.

La conduite thérapeutique pour notre patient été axée sur une chimiothérapie à base de thalidomide et de la dexaméthasone vus le jeune âge du patient qui malheureusement décède 9 mois aprèsle début du traitement confirmant ainsi le pronostic péjoratif du myélome multiple.

Figure 1:- vue endobuccal.

Figure 2:-coupe axiale montrant les localisations maxillaires



Figure 3:-coupe axiale montrant les localisations mandibulaire

Figure4:- ostéolyse centimétrique de l'os iliaque gauche

Figure 6:- Marquage diffus par CD 138

Figure 7:-Marquage de rare cellule par CD20

Figure 8:- marquage négatif par CD79**Bibliographies:-**

1. Meet K, Parwinder K, Rakhi G, Shally G, Simranjit S. Mandibular plasmacytoma of jaw – A case report. J ClinDiagnRes 2014.
2. Bourjat P, Kahn JL, Braun J. Imagerie des plasmocytomes solitaires maxillo-mandibulaires. J Radiol1999; 80: 859-62.
3. Dieye M, Quénel P, Gorla S, Blateau A, Colonna M, Azaloux H. Étude de la répartition spatiale des cancers possiblement liés à la pollution des sols par les pesticides organochlorés, en Martinique (27 p). Institut de veille sanitaire 2009.
4. Epstein JB, Voss NJ, Stevenson-Moore P. Maxillofacial manifestations of multiple myeloma. An unusual case and review of the literature. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1984.
5. Pisano JJ, Coupland R, Chen SY, Miller AS. Plasmacytoma of the oral cavity and jaws: a clinicopathologic study of 13 cases. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral RadiolEndod1997;83:265-71.
6. Durie BG, Salmon SE. A clinical staging system for multiple myeloma. Correlation of measured myeloma cell mass with presenting clinical features, response to treatment, and survival. Cancer 1975;36:842-54.
7. Claudia Araceli Torres Urbina¹, AguedaMarisolArellano Flores², José Luis Vazquez Salvador¹, Arlette Araceli Barbosa Ibarra³, Rocío Gloria Fernandez Lopez²,
8. BeatrizCatalinaAldape Barrios⁴, Med buccalechirbuccale2010;16:183-188.
9. CHIRAZ HAFSA¹, TOUHAMI BEN ALAYA^{1,2}, SOULEF KRIAA¹, HAYKEL DEBBABI¹, MOHAMED BEN KHELIFA³, MONDHER GOLLI¹, HABIB HAMDI³, AMOR GANNOUNI¹. Médecine buccale chirurgie buccale VOL. 13, N° 4 ,2007.
10. Greipp PR, San Miguel J, Durie BG, Crowley JJ, Barlogie B, Bladé J, Boccadoro M, Child JA, Avet-Loiseau H, Kyle RA, Lahuerta JJ, Ludwig H, Morgan G, Powles R, Shimizu K, Shustik C, Sonneveld P, Tosi P, Turesson I, Westin J. International staging system for multiple myeloma. J ClinOncol2005;23:3412-20.
11. Owotade F, Ugboko V, Ajike S, Salawu L, Amusa Y, Omole M. Head and neck manifestations of myeloma in Nigerians. Int J Oral MaxillofacSurg2005;34:761-5 .
12. Jennifer Even¹, Capucine LeGoubey¹, Yannick Sudrat¹, Laurent Devoize,³Med BuccaleChirBuccale 2010;3;19:113-117 .
13. D. Smith et K. Yong, « Multiple myeloma », BMJ, vol. 346, no jun26 2, p. f3863-f3863, juin 2013