

UNIVERSITE SALAH BOUBENIDER CONSTANTINE 3

Faculté de Médecine

Département de médecine dentaire

Service de pathologie et chirurgie buccales

**Cours de Pathologie  
de 5<sup>ème</sup> année 2023**

**LES CARCINOMES DES MAXILLAIRES**

**Présenté par Pr F. BOUADAM**

# GENERALITES

## Carcinome ou épithélioma

Tm épithéliales malignes provenant de la muq de revêtement, ou de reliquats épithéliaux de la lame dtaire.

Elles prennent origine au niveau de la cavité buccale, ou des cavités naso-sinusiennes .

# L'origine peut être :

## **Odontogénique:**

Se développent à partir des résidus épithéliaux odontogéniques , ou à partir d'une lésion endosseuse non cancéreuse préexistante (kyste, ameloblastome )

## **Non odontogénique:**

Se développent à partir des tissus épithéliaux de voisinage. Les conditions d'âge et de sexe sont celles observées pour les carcinomes de la muq buccale.

**Les carcinomes infiltrent et envahissent l'os sous jacent.**

**Ils peuvent présenter soit une évolution centripète ou centrifuge.**

# **Les Carcinomes de la mandibule**

## **Carcinomes primitifs intra osseux**

**C'est un carcinome touchant primitivement les maxillaires.**

**Il se développe dans le max sans relation avec la muq buccale.**

**Peut présenter toutes les caractéristiques histologiques d'un carcinome épidermoïde différencié.**

## Fréquence:

**Les plus fréquents,**

**40% des tumeurs de la mandibule**

**12% des carcinomes de la cavité buccale**

## **Siège:**

**Prédominance mandibulaire postérieure (90 % des cas).**

## **Âge de découverte et sexe ratio:**

**5<sup>ème</sup> - 6<sup>ème</sup> décennies (mais tous les âges peuvent être atteints de 4 -76 ans).**

**Une nette prédominance masculine.**

# **Circonstances de découverte**

- **Tuméfaction mandibulaire (53%)**
- **Algies bucco-faciales sans cause apparente (44%)**
- **Hypoesthésie labio-mentonnière( 30%)**
- **Alvéole non cicatrisé**
- **Mobilité et expulsion dentaire sans cause**
- **Hémorragies**

# Aspects cliniques

## Aspect Ulcéro-végétant

- Ulcération de forme  $\pm$  régulière, à fond granuleux gris-rosé, bords épais, saigne facilement (provoqué ou spontané).
- Siège sur la gencive vest, s'étend vite vers la table interne.
- Destruction osseuse avec des signes dentaires précoces



**Son mode d'évolution est caractérisé par son extension en profondeur détruisant et infiltrant l'os.**

**Le retentissement dentaire est précoce.**

## Aspect Bourgeonnant

Plus fréquent, bourgeon  $\pm$  épais, en saillie sur la muqueuse saine.

La tumeur occupe un segment du rempart alvéolaire sur ses deux faces, les dents mobiles, enchâssées dans les bourgeons tumoraux.

Une hypoesthésie du nerf alv < est parfois notée.



- L'extension

**Dans les parties molles ( vers le vest, joue, bord basilaire, plancher, langue, triangle retro molaire et la commissure postérieure)**



- Dissémination lymphatique

**Métastases Ggaires cervicales fréquentes et dépendent du type et du siège de la lésion.**

**ADP ferme ou dure indolore mobilisable au début puis devient fixe**

**L'extension dans les parties molles voisines, est (sous-mentale, sous-max, jugulo-carotidienne).**

**Une lésion ant médiane expose à la bilatéralité des ADP.**

**Une lésion post expose à l'envahissement direct des Ggs cervicaux hauts situés.**

# L'aspect radiologique

2 aspects, selon la progression au niveau de l'os.

\* Aspect ostéolytique:

- Aspect le plus fréquent.
- Image lacunaire entourée d'un os en voie de destruction
- L'os alv détruit, dents suspendues ds la lacune



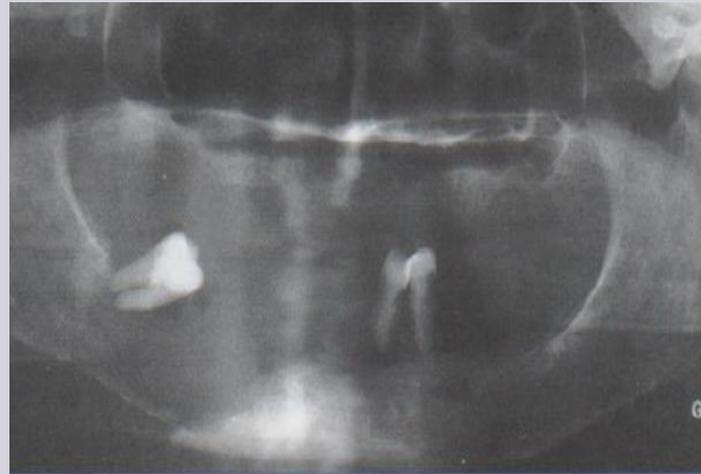
Carcinome gingivale  
raréfaction osseuse

- La destruction du bord basilaire => Fr Patho
- Le canal alv. inf. non repérable ;
- Le T. dtaire n'est jamais détruit.



## \* L'aspect Térébrant

- Raréfaction diffuse irrégulière se prolonge ds l'os sain, atteignant le bord basilaire réalisant l'image en dentelle.
- Os poreux, d'aspect mité.



# Autres aspects cliniques:

## Formes pseudo-pyorrhéique

**De découverte souvent tardive.**

**Mobilité dentaire, du pus mêlé à du sang présent au collet.**

**La mobilité s'aggrave et abouti à la chute spontanée des dents.**

**La discrétion des signes généraux , l'absence d'étiologie dentaire donnent l'éveil.**

## Formes pseudo-ostéitiques

**Le tableau clinique est celui d'ostéite subaigüe :**

**La mobilité récente des dents s'aggrave , du pus aux collets, aboutissant à leur chute spontanée ;**

**La muq congestive, parfois ulcérée.**

**Une névralgie, une hypoesthésie ou anesthésie du nerf alv pourrait être le 1<sup>er</sup> signe d'alarme .**

**Dans les 2 formes, la Radiographie révèle  
l'aspect térébrant**



## **Forme Hypoesthésique :**

**Le début est marqué par l'installation d'un trouble de la sensibilité : une névralgie, une hypoesthésie ou une anesthésie dans le territoire du nerf alvéolaire inférieur.**

# Les formes cliniques topographiques

- **La forme antérieure : d'accès facile**

L'aspect clinique souvent ulcéro-végétant et ostéolytique.

En raison de la hauteur du rempart osseux au niveau de la région antérieure, cette forme peut épargner le plancher pendant un certain temps.



## **La forme latérale:**

**L'atteinte du mylo-hyoïdien est d'autant plus rapide que la localisation est plus postérieure.**

## **La forme postérieure:**

**La discrétion des lésions muq => mauvais pronostic.**

**L'envahissement osseux est très important: angle, br montante et régions M - PM; envahissement rapide des parties molles avoisinantes (voile, joue, langue et plancher ).**

## Anatomopathologie

**Il s'agit souvent de lésions bien différenciées, volontiers kératinisantes,**

**Il est donc difficile d'exclure une origine buc, ainsi qu'une éventuelle lésion métastatique (pulmonaire, source fréquente de métastase mand ).**

## **Le diagnostic**

**de carcinome intra-osseux primitif repose sur les critères suivants :**

- La lésion doit être intra-osseuse sans aucune lésion de la muqueuse buccale ou cutanée initialement constatée;**
- L'absence d'autres lésions tumorales primitives associées**
- L'histologie est de type carcinome épidermoïde**

# Evolution

**Le pronostic est défavorable.**

**Les métastases ganglionnaires (régionaux ou à distance) sont fréquentes.**

**Le décès survient dans 50% des cas dans les deux ans suivant le diagnostic initial.**

## **Les Carcinomes secondaires de la mandibule**

**La localisation des métastases osseuses mand est rare 1,5%.**

**Les conditions de découverte sont variables:**

- Anesthésie labio-mentonnière**
- une découverte de Tm soufflant les tables osseuses ou extériorisée ds la cavité buccale.**

**Devant un carcinome d'allure métastatique,  
il importe de rechercher la Tumeur primitive  
régionale (ORL - VADS)  
ou à distance ( sein, rein, prostate, colon).  
L'examen histologique permet de déterminer  
l'origine**

# Les Carcinomes du maxillaire supérieur

**Les carcinomes épidermoïdes sont les + fréquents des Tms malignes des max.**

- **Naissent de la muqueuse: buccale, sinusienne, éthmoïdo-nasale ou de vestiges épithéliaux de certains Tms bénignes.**
- **Pronostic grave par l'extension régionale et la proximité de la base du crâne.**
- **Les Carcinomes max sont classés en Tm de l'infrastructure et Tm de la mésostructure.**

## Carcinomes à point de départ buccal

**Nés de la fibromuqueuse palatine ou gingivale,  
Ces Tms présentent des symptômes précoces  
et sont souvent accessibles à la vue, à la  
biopsie et à la Rx.**

**Les symptômes et la propagation varient selon  
la topographie.**



- Nés de la fibromuqueuse palatine la lésion est plus souvent végétante.
- De la muq gingivale la lésion habituelle est une ulcération, parfois végétante, détruisant la gencive le long des dents, occasionnant une destruction osseuse et la mobilité dentaire.
- L'extraction n'amène pas la cicatrisation.



**Les ADPs homolatérales , sous max, jugulaire haute, elles peuvent être bilatérales dans les lésions médianes.**

- **L'extension:**

**Se fait en surface détruisant la muqueuse et l'os sous-jacent des régions voisines.**

# Les formes cliniques topographiques

## La localisation antérieure

Est rare, souvent paramédiane et vite bilatérale; peut atteindre le vestibule, lèvre, partie ant du palais.

La destruction osseuse peut atteindre l'épine et le plancher des fosses nasales.



Lésion muq + Extension à l'os

## La localisation latérale

**Atteint rapidement le bas fond sinusien**

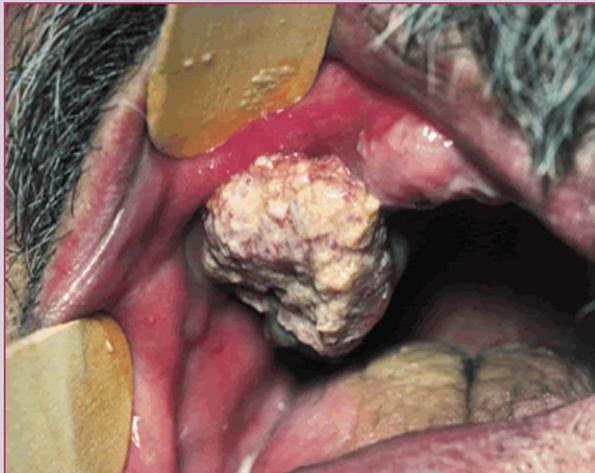
## La localisation postérieure et tubérositaire

**Exposé à l'envahissement du vestibule, de la joue et des parties molles correspondantes.**

**L'extension peut atteindre la commissure intermax, le voile la région pterygo-max, le trismus précoce.**

## La localisation palatine

Selon son siège (latérale ou médian, ant ou post) le sinus et les fosses nasales sont  $\pm$  menacés.



La forme Exophytique

Carcinome  
du palais



## Les ADP

**Sont homolatérales : sous max, jugulaires  
hauts, rarement parotidiennes bilatérales ds  
les lésions médianes.**

# Les Carcinomes à point de départ sinusien

**Fréquents, les symptômes d'alarme sont variés.**

**Les signes bucco-dentaires: voussure de la voûte palatine ou du rempart alvéolaire vestibulaire ou palatin.**

**La mobilité dentaire inquiète le malade, peut donner lieu à des aspects pseudo-ostéitiques.**

## Signes morphologiques

**Déformation faciale,**

**Peau refoulée, peut intéresser le plancher orbitaire.**

**Voussure des os propre du nez.**

**Effacement du sillon naso-génien, naso-labial**

**La déformation faciale peut être associée à des signes endo-buccaux:**

**Voussure palatine, gingivale, vest comblé**

**Une ulcération doit être recherchée.**

### **Signes rhinologiques**

**Obstruction nasale unilatérale permanente,**

**Ecoulement unilatéral, épistaxis prolongés**

## Signes oculaires

**Plus rares, sont en fonction de la localisation:**

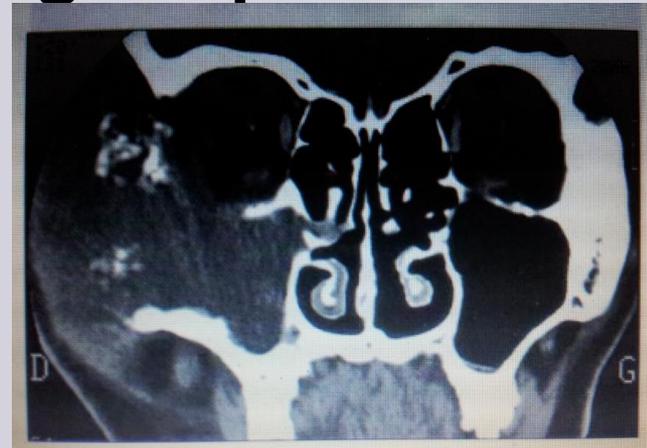
- **Diplopie,**
- **Exophtalmie unilatéral**
- **Larmoiement**
- **Œdème palpébrale inférieur.**

# Formes cliniques topographiques

## Tumeur endo-sinusienne

La suppuration est un moyen de découverte,  
Le tableau clinique est celui d'une sinusite max.  
mais l'âge, la continuité des douleurs, l'existence  
d'une hypoesthésie sous orbitaire doit donner  
l'éveil.

À ce stade il n'y a pas de destruction osseuse;  
la Rx du sinus : opacité homogène peu dense



## Tumeur du plancher

**Naissent de la région déclive du sinus, non loin des apex des dents, évoluant vers le bas.**

**Les signes révélateurs sont bucco-dentaires :  
voussure palatine , douleurs et mobilité**

**Rx : comblement du bas fond sinusien, disparition partielle de la paroi ant du sinus , atteinte de la voute palatine et effraction de la fosse nasale.**

## Tumeur de la partie moyenne du sinus

Elles s'individualisent le moins, dépistées quand une des parois du sinus est atteinte.

Tm ant : comble la fosse canine, vestibule; tuméfaction jugale, l'envahissement est rapide vers le (plancher, voute palatine).

Tm à point de départ post: très rare, elle s'apparente aux localisations buccale molaire et tubérositaire (douleurs – trismus parfois névralgie) - pronostic sombre.

## Tumeur du plafond sinusien

### Tm centrale:

**Anesthésie sous-orbitaire;**

**Rx une destruction du rebord orbitaire;  
évolution vers l'orbite, l'ethmoïde, malaire.**

### Tm externe:

**Occupe toute la région malaire, comble le vestibule,  
douleur de la pommette,  
l'extension souvent orbitaire,  
s'exteriorise à la peau.**



## Tm interne

**Evolue dans la région ethmoïdo-max et la base du crâne; les signes sont rhinologiques et orbitaires, douleurs max, une voussure latéro-nasale.**

**Le pronostic est très sombre.**

## Tumeur globale du sinus

**Destruction de toutes les parois. Elle peut succéder à une lésion en surface ayant détruit secondairement toutes les parois, ou secondaire à une Tm localisée.**

# Diagnostic

**Basé sur les arguments cliniques, radiologiques  
et anatomo-pathologiques.**

# DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

- **Ostéite d'origine dentaire banale ou spécifique ou hémotogène**
- **Névralgie du V**
- **Tms malignes des glandes salivaires accessoire max >**
- **Sinusite chronique**
- **Sarcomes**
- **Ostéopathies ostéolytiques**
- **Lésions précancéreuses**

# Bilan d'extension

- **Une radiographie du thorax (rechercher les métastases pulmonaires)**
- **Des examens biologiques (tests hépatiques et marqueurs tumoraux)**
- **Un scanner (tumeur de la région cervicale) ; sinon IRM**
- **Une exploration endoscopique des VAS**
- **Une échographie de la région abdominale supérieure**

# CONCLUSION

**L'essentiel est de ne pas méconnaître le carcinome derrière un tableau clinique monosymptomatique, qui ne doit être considéré comme une banalité. Sur le plan anat-path il s'agit de carcinome épidermoïde**

## **Ce que doit alerter l'odontostomatologiste**

- **Ulcération qui ne guérie pas après traitement**
- **Mobilité dentaire et odontalgies inexplicables.**
- **Retard de cicatrisation après extraction.**
- **Trouble de la sensibilité**
- **Voissure palatine ou alvéolaire ainsi qu'une déformation faciale.**

