



**Tumeur brune du maxillaire révélatrice d'une hyperparathyroïdie primaire: à propos de deux cas et revue de la littérature**

M. Chergui\*a (Dr), M. Akil \*a (Dr), M. Habi\* a (Dr), S. Barkou\* b (Dr), A. Bourihane \*a (Dr)

a HMRUO, Oran, ALGÉRIE ; b EPH SIDI GHILAS, Blida, ALGÉRIE

\* doc.chergui.cmf@gmail.com

**INTRODUCTION**

Les tumeurs brunes sont des lésions ostéolytiques résultant d'une activité ostéoclastique accrue. Ce sont des lésions non néoplasiques.

Elles résultent d'une anomalie du métabolisme osseux dans le cadre d'une hyperparathyroïdie primaire ou secondaire. et c'est le résultat direct de l'action de la parathormone sur la trame osseuse.

Elles sont secondaires, dans la majorité des cas, à une hyperparathyroïdie **primaire** qui sont dans plus de 80% des cas dus à un adénome parathyroïdien [1]. décrites par Albright en 1934 [2].

Rare depuis le dépistage précoce des hyperparathyroïdies, ces tumeurs siègent principalement au niveau des os longs du squelette costo-vertébral et des maxillaires. L'atteinte maxillo-mandibulaire demeure inhabituelle [3].

agressive localement sans potentiel métastatique [4]. Histologiquement, elles font partie des lésions à cellules géantes des maxillaires [5].

Le diagnostic de certitude : dosage du calcium et de la PTH

les données de l'examen clinique et radiologique objectivent une tumeur agressive localement, le résultat de l'examen anatomopathologique ayant conclu à une tumeur à cellules géantes .

le diagnostic différentiel se pose avec:

- ✓ Un granulome réparateur à cellule géantes et
- ✓ Une tumeur brune dans le cadre d'une hyperparathyroïdie.

Un bilan hormonal parathyroïdien : conclu à une hyperparathyroïdie chez les deux patientes. Quantifié à 27xN(1765pg/ml).

Un bilan Biologique a retrouvé :

- ✓ une hypercalcémie
- ✓ une Phosphatémie normale .
- ✓ des phosphatases alcalines à des taux très élevés.
- ✓ Le bilan rénal était normal. La protéidémie était normale.

Le bilan sanguin a suggéré le diagnostic d'hyperparathyroïdie primaire initialement exprimé par une tumeur brune du maxillaire, ce qui a poussé les investigations à la recherche de l'étiologie en cause.

**MATERIELS ET METHODES**

**Une étude rétrospective ayant intéressé deux femmes.**

**cas clinique N°1:**

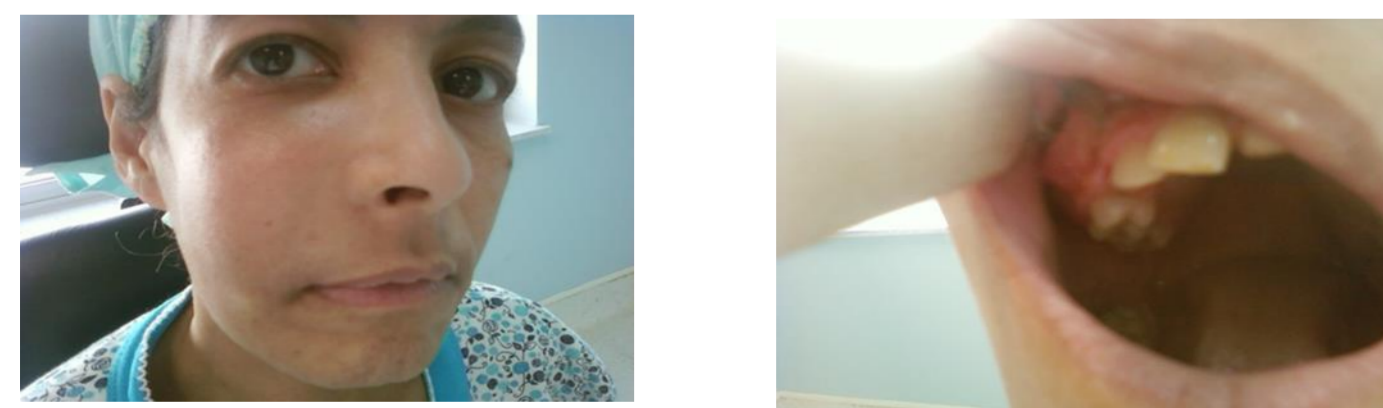
B .B âgée de 70ans,ménopausée, aux ATCDS de rhumatisme articulaire.

**Cas clinique N°2:**

B H âgée de 35 ans sans ATCD particulier, en pleine activité génitale ,sans aucun antécédent particulier.

Chez les deux patientes, l'examen clinique avait mis en évidence une asymétrie faciale due à une tumeur gingivomaxillaire dure, comblant le vestibule supérieur , entraînant une voussure du palais associée à une mobilité dentaire ainsi qu'une obstruction nasale.(fig. 01-02)

**Fig. 01-02 :Masse génienne droite et Tuméfaction gingivale supérieure droite comblant le vestibule**



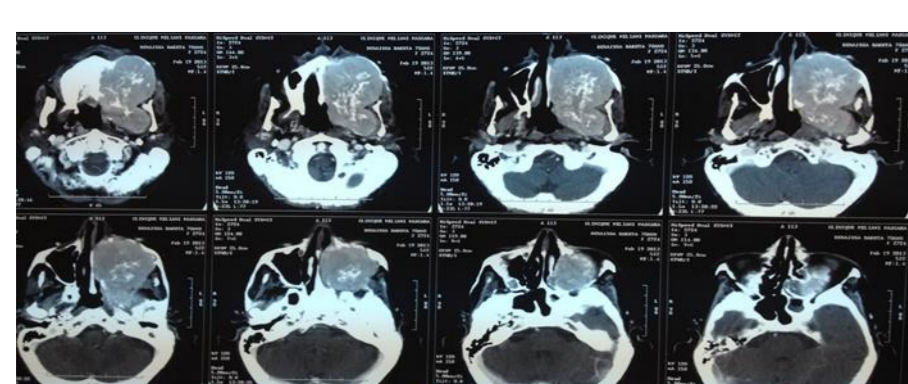
La rhinoscopie a révélé une masse comblant totalement la fosse nasale homolatérale au processus sans altération de la muqueuse nasale. Des radiographies standards ont objectivées des opacités comblant le sinus maxillaire en rapport avec le développement du processus.(fig. 03-04).

**fig:03-04: lyse osseuse comblant le sinus maxillaire droit et opacité radiologique au niveau du sinus maxillaire droit**

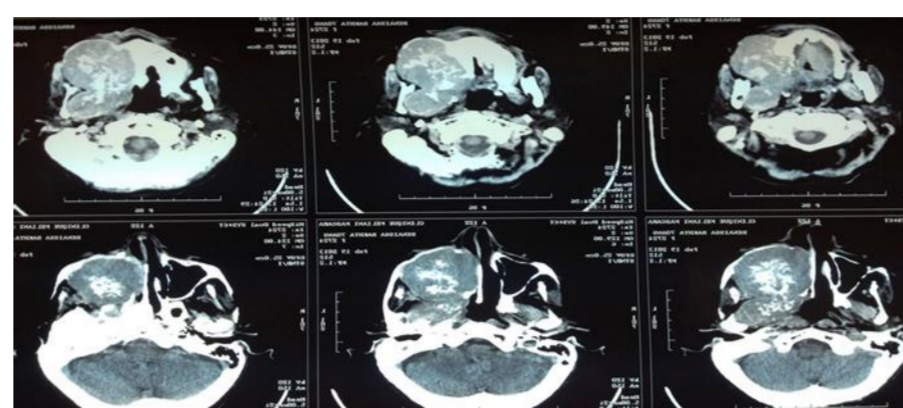


La tomodynamométrie a objectivé un processus expansif et hétérogène du maxillaire (fig.05-06).

**Fig. 05: TDM: Processus lytique très étendu du maxillaire droit**



**Fig. 06:Rehaussement tumoral modéré**



Une biopsie faite sous anesthésie locale ayant conclu à aspect histopathologique d'une tumeur osseuse contenant des cellules géantes ostéoclastique.

- Une échographie cervicale ayant retrouvé des nodules au niveau du lobe droit de la thyroïde.
- L'aspect scintigraphique était en faveur d'un adénome parathyroïdien.
- L'examen tomodynamométrique thoraco-abdominale et la scintigraphie osseuse a retrouvé des foyers d'hyperfixations, révélateurs de localisations multiples de la tumeur brune; au niveau:

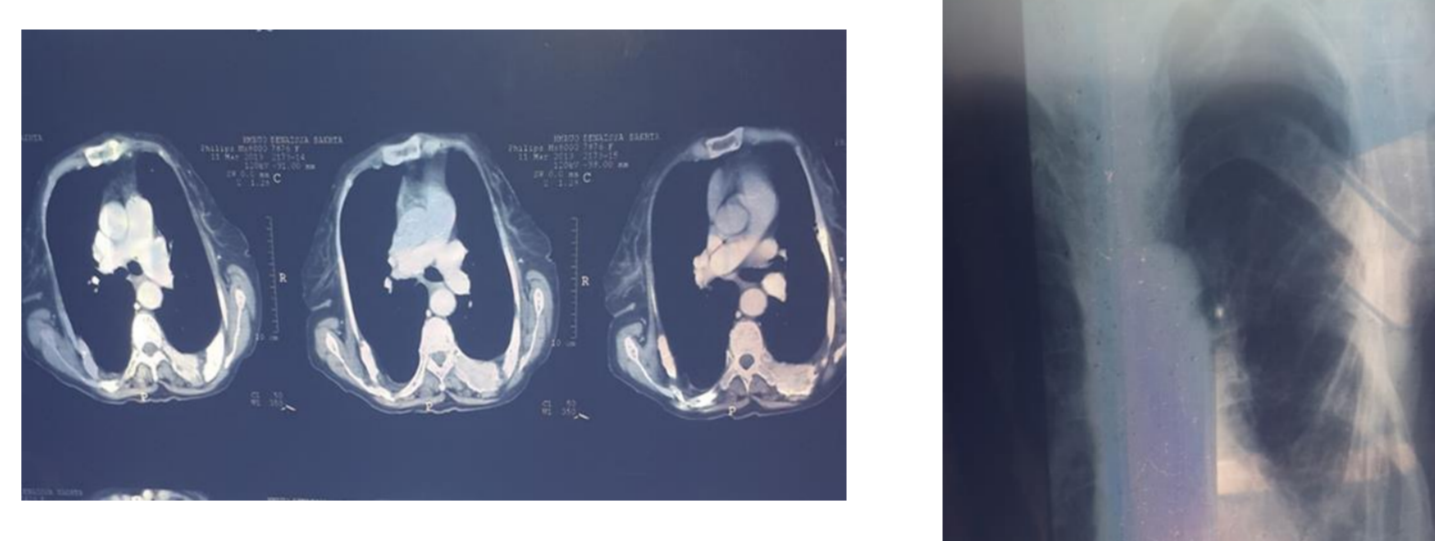
de la voûte crânienne.(fig. 07)

**Fig. 07:aspect en poivre et sel sans effacement de la table interne**



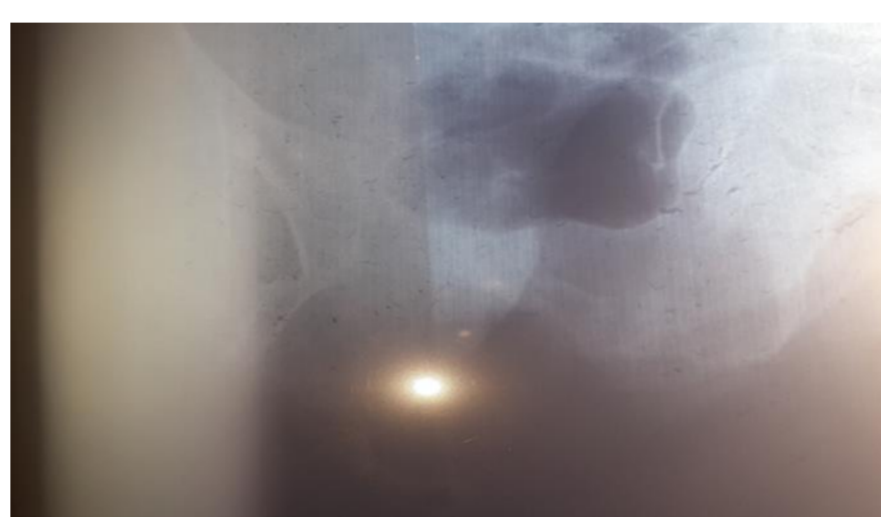
des arcs costaux.(fig.08-09)

**✓Fig:8-9: Des lésions expansives pseudo tumorales et fractures pathologiques**



du bassin.(fig.10)

**fig.:10:Remaniement osseux des branches ilio et ischio-pubiennes**



du maxillaire droit.

**RESULTATS**

Les deux patientes ont été opérées ,ayant subi une ablation de l'adénome parathyroïdien; l'examen histologique de la pièce opératoire chez les deux patientes a conclu à un adénome parathyroïdien .

**DISCUSSION**

Actuellement, l'hyperparathyroïdie est découverte fortuite dans 75 à 80% des cas, à l'occasion d'un bilan sanguin montrant une hypercalcémie asymptomatique [6].

Elle peut aussi être révélée par des lithiases rénales ou des troubles cardiovasculaires [7].

les kystes osseux, l'ostéoporose, et les tumeurs brunes sont l'expression tardive de la maladie , rares(5 à 15% des cas) [8,9].

L'hyperparathyroïdie primaire résulte dans plus de 80% des cas d'un adénome parathyroïdien, plus rarement d'une hyperplasie (15%) [10,11].

Il existe une prédisposition pour le sexe féminin dans les hyperparathyroïdies bénignes. [12] La localisation maxillaire des tumeurs brunes est extrêmement rare [16].

la tumeur brune peut se présenter sous un aspect commun à d'autres tumeurs et pseudotumeurs des maxillaires.

Radiologiquement, la tumeur brune se manifeste par une ostéolyse non spécifique pouvant prendre plusieurs aspects: souvent c'est une lyse osseuse mono géodique ou multiloculaire.

Le scanner: une masse de densité tissulaire, prenant le produit de contraste, mais qui n'envahit pas les tissus mous sans aucune réaction périostée [13].

L'échographie cervicale est demandée pour détecter une lésion des glandes parathyroïdes à l'origine de l'hyperparathyroïdie.

les tumeurs brunes se manifestent par des transformations histologiques non pathognomoniques pouvant être observées dans une tumeur à cellules géantes vraie; le granulome réparateur; kyste anévrysmal et dans une dysplasie fibreuse [14, 6].

le traitement de l'hyperparathyroïdie doit être la première étape dans la prise en charge de ces patients: les opinions se divisent quand au traitement des lésions osseuses secondaires.

l'évolution des tumeurs brunes après la parathyroïdectomie est variable.

Dans les cas où les lésions sont extensives ou largement destructives, affectant la fonction de l'organe, les dommages tissulaires engendrés ne peuvent être réparés malgré l'obtention d'une normocalcémie.

lorsque les lésions persistent après le traitement de l'hyperparathyroïdie, Yamazaki [2] recommande le curetage de la tumeur et son énucléation.

Chez nos deux patientes l'évolution était différente BB âgée de 61 ans garde toujours une petite masse jugale gauche avec disparition des symptômes(arthralgies et douleurs osseuses) ne s'est plus présentée à notre consultation.

BH âgée de 35 ans a présente une nette régression de la masse jugale avec quelques troubles psychiatrique adressée en consultation de psychiatrie.

**CONCLUSION**

**une lésion à cellules géantes des maxillaires doit faire rechercher systématiquement une hyperparathyroïdie.**

**Le diagnostic de l'hyperparathyroïdie primaire permet d'éviter d'opérer les tumeurs brunes des maxillaires qui devraient régresser après l'exérèse de la lésion parathyroïdienne.**

**L'observation présente a démontré l'importance d'établir un diagnostic correct chez les patients avec un processus ostéolytique des maxillaires se présentant en histologie comme une lésion à cellule géantes et qui est crucial pour proposer un traitement approprié.**

**BIBLIOGRAPHIES**

1. Khoctali H, Ach K, Jilidi R. Tumeur brune bilatérale des maxillaires. Rev Stomatol Chir Maxillofacial. 1991;(92):116-19. [PubMed]
2. Smith G, Ward P. Giant cell lesions of the facial skeleton. Arch Otolaryngol. 1978;(104):186-90. [PubMed]
3. Cicconetti A, Matteini C, Piro FR. Differential diagnosis in a case of brown tumor caused by primary hyperparathyroidism. Minerva Stomatol. 1999;11:553-558. [PubMed]
4. Schweitzer VG, Thompson NW, Mc Clatchey KD. Sphenoid sinus brown tumor, hypercalcemia, and blindness: An unusual presentation of primary hyperparathyroidism. Head Neck Surg. 1986;(8):379-381. [PubMed]
5. Scott S, Graham S, Sato Y, Robinson R. Brown tumor of the palate in a patient with primary hyperparathyroidism. Ann Otol Rhinol Laryngol. 1999;(108):91-94. [PubMed]
6. Guney E, Yigitbasi O, Bayram F, Oser V, Canoz O. Brown tumor of the maxilla associated with primary hyperparathyroidism. Auris Nasus Larynx. 2001;(28):369-72. [PubMed]
7. Rodgers, et al. Rodgers SE, Lew JI, Solórzano CC. Primary hyperparathyroidism. Curr Opin. Oncol. 2008;20:5-52. [PubMed]
8. Horowitz M, Wishart JM, Need AG, Morris HA, Nordin BE. Primary Hyperparathyroidism. Clin Geriatric Med. 1994;10:757-775. [PubMed]
9. Marx RE, Stern D. Oral and maxillofacial pathology. A rationale for diagnosis and Treatment. 2002. Chicago, IL: Quintessence Publishing. Secondary hyperparathyroidism. Report of a case, Joint Bone Spine. 2000;67:230-233.
10. Masson EA, Macfarlane IA, Bodmer CW, Vaughan ED. Parathyroid carcinoma presenting with a brown tumor of mandible in a young man. Br J Oral Maxillo fac Surg. 1993;31:117-119. [PubMed]
11. Owens BB. A review of primary hyperparathyroidism. J. Infus. Nurs. 2009;32:87-92. [PubMed]
12. Mundy GR, Cove Fiskin D. Primary hyperparathyroidism: changes in the pattern of clinical presentation. Lancet. 1980;1:1317-1320. [PubMed]
13. Oral and Maxillofacial Surgery Clinics of North America. Philadelphia: Saunders; 1997. Fibro-osseous diseases: considerations in diagnosis and management. abraniecki, Véronique Vincenta, Elsa Poixa, Bernard Fourniéa. An unusual presentation of primary hyperparathyroidism: Severe hypercalcemia and multiple brown tumors. Revue du Rhumatisme. 2008;75(3):289-291. [PubMed]