

POSTER

Métastase buccale d'un adénocarcinome colique

Campana F¹, Albertini AF², Ordioni U^{1,3}

1 - Centre Massilien de la Face, Marseille, France

2 - Cabinet d'anatomocytopathologie Medipath, Mougins, France

3 - Service d'odontologie, Hopital de la Timone, AP-HM

Le carcinome épidermoïde représente plus de 90% des lésions malignes de la cavité buccale. Les métastases d'autres cancers sont rares dans la cavité buccale mais ne doivent pas être oubliées car leur diagnostic peut précéder celui de la lésion primitive.

Nous rapportons le cas d'une métastase gingivo-osseuse d'un adénocarcinome colique connu.

Observation

Un homme de 62 ans consultait pour l'apparition récente d'une tuméfaction symphysaire mandibulaire. L'interrogatoire retrouvait un antécédent d'adénocarcinome colique 7 ans plus tôt traité par résection chirurgicale, chimiothérapie et radiothérapie. La tumeur avait récidivé 5 ans plus tard avec des métastases pulmonaire et lombaire. Il existait au niveau symphysaire une masse inhomogène refoulant les dents qui étaient mobiles. La radiographie panoramique montrait une ostéolyse avec des dents qui semblaient « voler ». La biopsie réalisée confirmait le diagnostic de métastase buccale d'un adénocarcinome colique en retrouvant une muqueuse malpighienne infiltrée par une prolifération de type glandulaire. Les immunomarquages réalisés étaient CK7-, CK20+ et CDX2+. Il existait une mutation du gene KRAS.

Après RCP, il était décidé de réaliser une irradiation de 30 grays de la lésion qui permettait de diminuer le volume tumoral. À 8 mois, le patient poursuivait une chimiothérapie palliative pour sa tumeur primitive. La lésion buccale était en récidive.

Discussion

Les métastases buccales de cancer sont rares dans la littérature. Elles représentent moins de 1% des lésions malignes buccales. Les métastases d'adénocarcinome digestif représenteraient 6% de celles-ci. La localisation est intra-osseuse dans 70% des cas, plus rarement muqueuse. La mandibule semble plus atteinte. Cliniquement la lésion se manifeste par une masse inflammatoire de croissance rapide gênant la mastication et la phonation. Elle peut refouler les dents. Radiologiquement, lorsque l'atteinte est osseuse, il existe une ostéolyse. L'immuno-marquage est utile pour définir la lésion primitive. Le marquage par CK20 permet de confirmer l'origine digestive, urinaire ou d'une tumeur de Merkel des cellules. Le CDX2 affine le diagnostic vers une origine digestive. Le diagnostic différentiel comprend une néoplasie primaire buccale, un granulome pyogénique, granulome périphérique à cellules géantes. Le traitement est l'exérèse

chirurgicale lorsque la tumeur initiale est contrôlée et en l'absence de métastases multiples. Dans le cas inverse, une radiothérapie palliative est proposée. Le pronostic vital est mauvais avec une espérance de vie inférieure à un an.

Références

Sauerborn D *et al.* Gastric adenocarcinoma metastases to the alveolar mucosa of the mandible : A case report and review of the literature. *Journal of Cranio-Maxillo-Facial Surgery* 2011 ; 39 : 645-48.

Soares AB *at al.* Metastatic Adenocarcinoma of the Colon : Early Manifestation in Gingival Tissue ; *Head and Neck Pathol* 2011 ; 5:140-3.

Miyake M *et al.* Metastasis in the Gingiva from Colon Adenocarcinoma. *J. Maxillofac. Oral Surg.* 2015 ; 14:279-82.